REVUE HEBDOMADAIRE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — INFLUENCE DE LA CIVILISATION SUR LA PRODUCTION DE LA FOLIE.

La question à laquelle la Société médico-psychologique vient de consacrer plusieurs séances, pleines de vivacité et d'intérêt, est une des plus graves assurément dont puisse se préoccuper le moraliste. La civilisation, qui est la loi fatale et glorieuse des sociétés, multiplie-t-elle les germes de folie, et l'accroissement proportionnel du nombre des aliénés est-il comme le prix des conquêtes successives de l'humanité?

Tout le monde l'a senti, la définition préalable des termes n'a jamais été plus nécessaire que dans une telle discussion. Mais une définition peut varier, sans cesser d'être exacte, suivant le point de vue où l'on se place; seulement il n'en importe que plus de bien préciser le point de vue, afin d'y approprier la formule.

Dans l'espèce, le précepte n'a pas toujours été suivi. On a eu le tort, à nos yeux, de chercher une définition hors du véritable terrain de la question. Les uns ont placé l'idéal de la civilisation dans le triomphe de l'idée chrétienne, et la philosophie de l'histoire leur donne raison; mais comme ce sont les mêmes qui accusent la civilisation d'augmenter le nombre des fous, ils se sont attiré le reproche assez naturel de calomnier ce qu'ils avaient exalté, de commettre tout au moins une inconséquence de langage; car ce n'est pas, dans la civilisation, l'élément chrétien, c'est-à-dire ce qui épure les mœurs, refroidit les passions, relève la dignité humaine, assoit l'égalité universelle, ce n'est pas, ce ne peut pas être cet élément qui favorise la dégradation de l'intelligence. Le problème, derrière une définition religieuse, apparaît donc enveloppé de confusion. D'autres ont tiré leur définition de la *fin sociale* de la civilisation, qui est de développer dans les populations la moralité, l'instruction et l'aisance. Il est clair que cette formule absout d'avance la civilisation des funestes effets qu'on lui impute; mais on peut lui reprocher d'être plus consolante que rigoureuse et complète.

Ces deux manières exclusives de poser la question ont eu ou plutôt avaient, au commencement du débat, leurs représentants dans la Société médico-psychologique. M. Brierre de Boismont entrait en lice avec son mémoire de 1839, publié dans les ANNALES D'HYGIÈNE; M. Parchappe avec ses RECHERCHES STATISTIQUES publiées à Rouen la même année. Disons tout de suite que la discussion a sensiblement rapproché les deux adversaires. Le premier, faisant bon marché de ce qu'il appelle son *ébauche* de 1839, n'hésite plus à attribuer une large part aux bienfaits moraux de la civilisation; le second se défend vivement d'en méconnaître les dangers; mais il est facile de voir que l'un se préoccupe surtout de la fermentation intellectuelle où vivent les sociétés modernes, de la surexcitation imprimée à la partie sensuelle de notre nature, de l'oubli des grands principes qui assurent le calme des États comme celui des consciences; et l'autre, du perfectionnement intellectuel et moral, qui est à ses yeux le but divin et la fin nécessaire de la civilisation. Les deux points de vue restent donc au fond très-distincts et même opposés.

Suivant nous, dans l'examen d'une question de ce genre, la civilisation ne doit être considérée ni comme fait religieux, ni comme fait social, et la seule définition qu'on en pût donner, si le mot ne cessait alors d'être applicable, serait la simple énumération des éléments dont elle se compose: éléments multiples, complexes, différents, analogues, contraires, bons, mauvais, faibles, puissants, passagers, durables, etc. De quoi s'agit-il? Uniquement d'une cause présumée d'aliénation. Il faut donc l'étudier comme on étudie toute autre cause complexe de maladie, le climat ou une mauvaise alimentation, c'est-à-dire comme un simple fait en puissance; il faut décomposer ce fait, en abstraire ce qui est salutaire, ce qui est neutre, ce qui est nuisible, sans s'inquiéter de savoir pour le moment quel sera le dernier mot, religieux ou social, du travail des siècles. En assimilant la civilisation au progrès social, on enchaîne en quelque sorte son jugement, parce qu'il répugne d'accoupler le progrès à l'aliénation mentale, et d'admettre que les sociétés les mieux organisées se reconnaissent à une plus grande proportion de fous. En réalité, la civilisation est loin d'avoir pareille signification. C'est un éclair qui luit sur les peuples, mais qui illumine parfois leur décadence, ou qui va jusqu'à les consumer. Ici les merveilles de l'industrie, des arts, de la littérature, de la parole, de la guerre, avec la dégradation morale, le culte des appétits sensuels, toutes les extrémités de la débauche, l'ambition effrénée, la passion de l'argent, la rapine, les immenses affaires, les brusques retours de fortune, tout ce qui enfin est de nature à pertorber les facultés intellectuelles. Là, au milieu d'une société inculte, le travail sourd d'une idée excellente en soi, civilisatrice, de l'idée religieuse, par exemple, qui éclate tout à coup, semant autour d'elle la déraison ou l'enthousiasme. Ailleurs des institutions sociales sages, éprouvées, à l'ombre desquelles l'activité individuelle, détournée de la politique, se déploie à l'excès dans la sphère des intérêts matériels; ou, tout au contraire, le vent de la politique soufflant dans les masses, les agitant, les soulevant et les tenant dans une émotion perpétuelle. Voilà la civilisation, telle qu'elle se présente à la simple observation. Athènes, Rome, le moyen âge, les temps modernes en ont donné le changeant spectacle.

Cela établi, que veut-on dire quand on demande si la civilisation élève ou abaisse le chiffre proportionnel des aliénés? La civilisation est aux peuples ce que l'éducation est à l'individu: c'est l'éducation des peuples. Elle aussi, elle se compose d'éléments divers, et comme la vie des peuples est longue, comme ils ne grandissent pas sous une direction calculée, les éléments de l'éducation s'échelonnent à de longs intervalles, suivant un ordre arbitraire, ou du moins qui échappe au gouvernement de l'homme. Quand de nombreux éléments se sont ainsi succédé dans un même peuple, ils disparaissent aussi successivement, et c'est ainsi que peut se former le cercle de Vico A mesure qu'elle avance, l'éducation d'un peuple satisfait de légitimes instincts; elle en éveille d'autres qui seront bientôt devenus dangereux si la règle morale vient à fléchir, et le résultat variera suivant le tempérament; car les nations ont leur tempérament comme les individus; les mêmes institutions ne produisent pas des effets identiques en France et en Angleterre. Lors donc qu'on parle de la civilisation, sans préciser un de[illegible] mode, on pose un problème vague dont la solution est nécessairement fort embarrassante.

Rien n'empêcherait néanmoins, si l'histoire en fournissait les moyens, de rechercher quelle est, de deux civilisations connues, la civilisation actuelle, par exemple, et la civilisation du moyen âge, celle qui donne, non pas le plus grand nombre de fous, mais la *proportion* la plus élevée rela-

---

Feuilleton.

LETTRES SUR VICHY.

(Troisième lettre.)

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Mon cher et très-honoré confrère,

Je voudrais présenter dans cette lettre, comme je l'ai annoncé, un tableau concis des maladies qui se traitent à Vichy. J'ai cependant hésité un peu à entreprendre cette tâche qui me semblait difficile. M'en tenir à une simple nomenclature, cela n'apprendrait rien: le moindre prospectus en dirait autant, et il y a une foule de choses qui n'ont de valeur que par la manière dont on les dit. D'un autre côté, entrer dans des détails sur toutes les maladies qui se traitent à Vichy nous entraînerait fort loin, et ce n'est pas de cela qu'il s'agit dans cette courte publication.

Nous tâcherons de nous tenir dans un moyen terme; seulement nous avertirons le lecteur qui voudra bien nous suivre, que nous avons à réclamer d'abord sa patience pour une esquisse nécessairement fort sèche et très-raccourcie, et ensuite sa confiance dans notre propre observation. Ce n'est pas le lieu de nous demander la preuve de tout ce que nous avancerons: nous résumerons ce que nous avons vu, en ne nous prononçant du reste qu'avec toute la réserve et toute la discrétion possible.

Vichy est sans doute l'endroit du monde où se peuvent le mieux étudier les maladies de l'abdomen, chroniques bien entendu: à tort ou à raison, toutes à peu près s'y donnent rendez-vous, et si l'observation peut avoir à souffrir du séjour passager qu'y fait chaque malade, le grand nombre de cas analogues (sans parler du retour fréquent des mêmes individus) fait passer sous les yeux tant de variétés d'âge et d'aspect d'une même affection, qu'il devient aisé d'en approfondir et d'en compléter l'étude.

Ce qui frappe d'abord, ce sont les maladies du tube digestif; à elles seules elles défrayeraient toute une clinique, et nous trouvons en tête, pour le nombre infini de cas que l'on en rencontre, la *dyspepsie*.

La dyspepsie est, si l'on ne veut pas que ce soit une maladie, un mot du moins que l'on paraissait assez disposé à mettre en oubli, et que nous avons tenté de remettre en honneur. Culler en avait pourtant donné une excellente définition.

Les dyspeptiques que nous voyons à Vichy sont des gens qui se plaignent de digestions longues, pénibles, souvent douloureuses, avec retentissement plus ou moins prononcé ou sur le système nerveux cérébral, ou sur le grand sympathique; ils ont des aigreurs, des pituites, des éructations, des bâillements,

tivement au chiffre de la population. Mais possède-t-on des éléments suffisants d'appréciation? Là est la grande difficulté qui a été mise surtout au grand jour par M. Maury d'abord, puis par M. Parchappe appuyé de M. Ferrus. M. Brierre de Boismont lui-même, avec la loyauté de son caractère, n'a pas hésité à reconnaître toute la fragilité des bases statistiques. On ne sait pas le nombre des fous en France, à l'heure qu'il est; comment les compter au moyen âge ou dans telle peuplade actuelle de l'Amérique? Les indications vagues d'un savant, s'appelât-il de Humboldt, ne sauraient suppléer l'arithmétique; et il nous paraît évident que les tableaux empruntés à la littérature anglaise ne présentent qu'une médiocre garantie. Sur ce point donc, nous partageons tous les scrupules des orateurs. Mais si, comme l'a fait M. Brierre de Boismont dans son second discours, nous consultons, à défaut de preuves positives, l'induction, nous nous défendons difficilement d'une sympathie marquée pour ses convictions. Nous inclinons en un mot à penser qu'une civilisation comme la nôtre, avancée sur tous les points à la fois; où les préoccupations politiques, commerciales, industrielles, artistiques et toutes les exigences d'une vie dévorante surmènent les facultés cérébrales; où l'imprévu des événements fouette l'ambition des uns et fait endurer aux autres de terribles mécomptes; où abondent les émotions morales sous les deux formes où elles deviennent trop souvent des causes de folie, sous la forme d'excitation et sous celle de dépression; où le frein moral n'a pas toute la puissance qu'il faudrait dans un milieu social aussi tourmenté; qu'une telle civilisation, disons-nous, prédispose notablement à la folie. Sans doute il y aurait à rechercher si elle ne répare pas d'un côté le mal qu'elle produit de l'autre. Mais ce que nous craignons précisément, c'est que la balance n'ait pas lieu, qu'elle n'ait pas lieu surtout de la manière qu'entrevoit M. Parchappe, c'est-à-dire par une salutaire influence de la civilisation sur les *excès sensuels* et sur les *troubles domestiques*. Les excès sensuels se sont donné carrière à des époques de haute civilisation (nous avons précisé le sens du mot), et l'esprit de famille a été très-vivace dans des temps moins civilisés que le nôtre. Nous dirons, par occasion, qu'Esquirol, dont l'autorité a été plusieurs fois invoquée contre M. Brierre, ne niait pas aussi absolument qu'on paraît le supposer l'influence de la civilisation sur la production de la folie. Il ne rapportait qu'en partie l'augmentation du chiffre connu des fous à l'ouverture de nombreux asiles, et il en attribuait une certaine part à l'*altération profonde de nos mœurs*, à une éducation où l'on s'occupe trop de l'esprit et pas assez du cœur. Or n'est-ce pas là un résultat fréquent, presque constant, des progrès de la civilisation?

Ce qui ressort de tout ceci, c'est que, au lieu d'embrasser la question dans ces termes vagues et généraux, il vaudrait bien mieux la diviser et mettre les divers éléments de la civilisation en regard des diverses *formes* d'aliénation. Il y aurait là, si nous ne nous trompons, un sujet d'études plein d'intérêt et peut-être d'enseignements.

A. DECHAMBRE.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR L'ÉPIDÉMICITÉ DE CERTAINES AFFECTIONS DU TISSU CELLULAIRE, ET PARTICULIÈREMENT DU PANARIS, DU FURONCLE ET DE L'ANTHRAX (lue à la Société de biologie); par M. le docteur THOLOZAN.

Bien que l'étude des épidémies et des constitutions épidémiques soit très-négligée de nos jours, il est à peu près généralement reconnu que tout ce qui tient à l'élucidation de ces questions a une certaine importance pour l'étiologie des maladies. Il n'y a pas longtemps qu'une doctrine qui a rendu de très-grands services, mais qui faisait jouer à l'irritation un trop grand rôle et qui ne reconnaissait parmi les causes d'irritation que les agents extérieurs connus, pondérables ou impondérables, avait si fortement ébranlé la doctrine des constitutions médicales que l'on en était presque arrivé à nier l'épidémicité, c'est-à-dire la spécificité de certaines affections que l'on considérait comme types des maladies inflammatoires. A tel point que dans quelques ouvrages classiques de cette époque on n'aurait point osé enseigner que le rhumatisme, que la pneumonie, que la méningite, s'observaient quelquefois en nombre variable à la façon des maladies régnantes, d'autres fois en nombre très-considérable comme des maladies épidémiques. L'attention toute portée sur certaines questions de thérapeutique et de physiologie pathologique, on ne songeait nullement à examiner les maladies par groupes et à s'assurer si au-dessus des influences des agents physiques il n'y a point quelque autre cause, moins définie mais plus puissante, puisque d'elle dépendrait la variabilité des maladies que l'on observe dans une même saison et dans une même localité. De nos jours cette étude est destinée à éclairer bien des questions médicales, mais pour cela faire il faudrait y apporter ce qui manquait aux observateurs du commencement de ce siècle et de la fin du siècle passé, les données exactes que nous fournissent aujourd'hui la statistique et la science du diagnostic. Je développerai ces principes dans une autre communication; aujourd'hui je viens seulement établir le fait de l'épidémicité de certaines affections chirurgicales que l'on observe ordinairement à l'état sporadique.

Ayant eu de fréquentes occasions d'observer dans les régiments et dans les hôpitaux militaires auxquels j'ai été successivement attaché, qu'un grand nombre de maladies se montraient ordinairement par groupes, je me suis efforcé de déterminer le genre et l'espèce de ces affections, afin de les comparer entre elles; j'ai bientôt vu que presque toutes les maladies pouvaient se présenter ainsi groupées, apparaissant en grand nombre et presque à la même époque pour disparaître de la même façon; il m'est rarement arrivé de voir dans deux années successives des groupes identiques se présenter dans le même ordre et dans les mêmes saisons; j'ai reconnu, au contraire, que ces manifestations étaient souvent indépendantes des phénomènes terrestres et météorologiques. Je ne serai point aussi explicite en ce qui regarde l'hygiène du soldat; il y a là quelques influences, mais elles sont difficilement appréciables et n'agissent le plus souvent que comme causes occasionnelles.

Parmi les maladies dont l'étude ainsi faite a le plus vivement éveillé mon attention, il en est une sur laquelle j'étais resté dans le doute, n'en ayant observé qu'un petit nombre de cas en Corse à Bastia, au mois de mai 1841,

---

l'appétit languit en général, l'épigastre est sensible à la pression, bien que les douleurs gastriques soient en général fort modérées; et il s'y joint de la constipation. Quelquefois ces symptômes sont assez considérables pour que l'alimentation devienne presque nulle; alors la nutrition peut s'altérer d'une manière prononcée.

Vie enfermée, excès de travail intellectuel, affections morales tristes, misère, enfin toutes sortes de circonstances débilitantes, tels sont en général, et presque jamais les excès de table, les antécédents de ces malades, qui vivent la plupart de la vie de tout le monde en apparence, mais dont l'existence n'en est pas moins fort troublée, sinon empoisonnée, par ces malaises incessants et que rappelle chaque digestion.

Autre chose est la *gastralgie*, bien que la plus grande confusion paraisse exister entre ces deux affections et ces deux termes, parmi les médecins qui adressent leurs malades à Vichy. Chez les gastralgiques, c'est la douleur qui domine, douleur cardialgique, souvent augmentée par les aliments, mais se montrant à toute heure, le matin à jeun surtout, continue ou se reproduisant par accès, accompagnée ou non de troubles de la digestion, mais indépendante par elle-même de l'accomplissement de cette fonction

C'est la douleur qui domine chez les gastralgiques, et la digestion lente et pénible chez les dyspeptiques; et la distinction entre ces deux modes pathologiques est très-importante à faire, car tandis que l'état des dyspeptiques est presque constamment amélioré à Vichy, celui des gastralgiques est quelquefois empiré. Ces douleurs fixes, essentielles de la région épigastrique résistent presque toujours au traitement thermal, alors même que chez le même individu les digestions s'améliorent ou l'état général gagne en santé.

On envoie aussi à Vichy des *cancers d'estomac*. Nous ne supposons pas que ce soit avec l'espérance de les voir guérir; mais quand les malades ne sont pas encore *in extremis*, c'est sans doute dans l'espoir de les soulager et d'enrayer les progrès du mal. Mais ce sont là des espérances vaines, et le traitement thermal est plutôt propre à accélérer qu'à modérer la marche de la maladie.

On rencontre encore de ces *vomissements* singuliers, d'apparence toute essentielle, qui reviennent tous les jours, en général aussitôt après le repas, et n'empêchant pas du reste l'appareil digestif d'assimiler ce qui reste, la nutrition de s'entretenir et la santé générale de se soutenir; ou bien de ces pneumatoses énormes qui rendent la vie de société presque impossible. Tous ces malades ne viennent en général à Vichy qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique. Les effets des eaux, très-remarquables, dans les vomissements, sont assez inconstants dans les pneumatoses, quoique nous ayons un beau cas de guérison de ce genre, et qui sera publié.

Les maladies des *intestins* sont de toutes les maladies qu'on observe à Vichy celles peut-être dont le traitement est le plus difficile et réclame le plus d'attention.

Parmi ce qu'on désigne un peu arbitrairement sous le nom d'*entérite* (mais c'est à propos des maladies chroniques que l'on s'aperçoit surtout de l'insuffisance et de l'incorrection de la nomenclature médicale), il y a les diarrhées, et puis ces cas où on observe des alternatives de diarrhée et de constipation, avec bal-

lorsque je lus dans le RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDECINE MILITAIRE (t. LVII, année 1844) que le docteur Martin, chirurgien en chef de l'hôpital de Colmar, avait observé en 1834, dans le pays des Basques de la Soule (Basses-Pyrénées, arrondissement de Mauléon), une véritable épidémie de panaris sur les soldats du 57e de ligne qui faisait partie de l'armée d'observation réunie sur les frontières d'Espagne. Le mémoire de M. Martin contient 11 observations détaillées de phlegmons des mains ou de l'avant-bras, et présente un résumé de 101 observations semblables dont 53 en 1834 et 48 en 1835.

Je cite maintenant textuellement les différents passages de ce travail qui se rapportent à la question :

« Un très-petit nombre de rhumatismes musculaires, d'engelures et de » bronchites légères formèrent à peu près tout le cadre des maladies qui » s'observèrent en décembre 1833 et janvier et février 1834; aux approches » du printemps et jusqu'au mois de juillet se montrèrent successivement » des éruptions dartreuses, des boutons hémorrhoïdaux, divers érythèmes » et érysipèles, des abcès dans plusieurs régions du corps et particulière- » ment aux membres, des furoncles, des anthrax, quelques cas de charbon » et la tendance de certaines inflammations phlegmoneuses à se compli- » quer de gangrène.

» Mais, de toutes ces lésions, aucune ne fut plus commune et n'attira » plus mon attention que les tumeurs inflammatoires des mains, connues » sous le nom de panaris. La fréquence et la gravité de ces phlegmons » pendant le printemps et l'été de 1834 furent remarquables : peu de cas » eurent de la bénignité. Ils occupaient en général les doigts, se montraient » à la face palmaire des mains et parfois aux parties antérieures de l'avant- » bras et externe du bras. L'inflammation qui présidait à leur formation » prenait en peu de jours un grand développement; le gonflement était » plus considérable que cela ne se voit d'habitude; son acuité était telle » qu'elle rendait le plus souvent la gangrène imminente; celle-ci en fut le » terme dans deux ou trois cas; plusieurs fois il y eut aussi exfoliation des » tendons et carie des os.

» Les émollients, les narcotiques, les saignées générales et locales furent » des secours souvent impuissants. Les incisions pratiquées pour prévenir » le développement de ces tumeurs ou pour en opérer le dégorgement et » en atténuer les douleurs furent même souvent infructueuses. Les phleg- » mons se terminaient *dans tous les cas par suppuration*, la guérison » en était lente et difficile, il semblait qu'il y eût dans leur génie phleg- » masique un principe de malignité paralysant l'effet de toutes les médica- » tions employées. »

Plus loin, l'auteur note le caractère sérieux que prirent celles de ces tumeurs survenues sans cause externe appréciable ; la disparition de l'épidémie en hiver et sa réapparition au mois de mars de l'année suivante; puis les bons effets des frictions mercurielles. Relativement aux causes, il insiste sur le régime tonique et excitant, sur l'abus des épices, du piment, des boissons spiritueuses, et il fait jouer un très-grand rôle à la chaleur atmosphérique.

Rien n'indique d'une manière positive que cette affection soit endémique dans le pays basque ; M. Martin incline à penser seulement que les Basques de la Soule y sont plus sujets que les Basques espagnols, et il écrit que la maladie ne se manifesta plus que rarement chez les militaires du 57e, dès la fin de 1835, alors qu'ayant eu pour nouvelle destination la citadelle de *Saint-Jean-Pied-de-Port*, ils eurent repris dans cette position les habitudes et le régime de la vie militaire.

Cette relation, d'une exactitude et d'une précision remarquables, ne laisse pas le moindre doute sur la marche et la nature des maladies observées ; seulement l'auteur, fortement pénétré des principes de la doctrine physiologique, fait jouer un rôle trop grand à l'excitation, et n'insiste pas assez sur la spécificité de l'affection dont il a cependant parfaitement indiqué les caractères.

Le fait que je viens d'analyser pourrait donner lieu, comme tous les faits semblables, à des commentaires sur l'origine et la nature de la maladie; c'est précisément ce que je veux éviter de faire ici, il me suffit d'avoir constaté le *nombre considérable de ces affections, leur gravité, leur terminaison par la suppuration, la tendance à la gangrène, et la coexistence des furoncles, des anthrax et de quelques cas de charbon,* Ce sont là, à mon sens, autant de traits caractéristiques.

On trouve bien, dans les recueils périodiques et dans les ouvrages des épidémiologistes, quelques faits analogues, mais ils ne sont point aussi complets, et je ne craindrais pas d'affirmer que généralement ils ont été mal compris ou présentés d'une manière inexacte, et au point de vue chirurgical. Tout montre cependant que ces affections sont dominées par des conditions générales sans lesquelles elles ne se développeraient point avec ces caractères, spontanément et en aussi grand nombre; tout semble indiquer des affinités d'origine entre les phlegmons de différentes régions du corps, les panaris et les furoncles, nous verrons tout à l'heure que là ne s'arrête point cette ligne généalogique que je cherche à tracer ici.

Un journal de Dublin (DUBLIN MEDICAL PRESS, 28 juillet 1852) contient un article plein d'intérêt sur des éruptions furonculeuses occasionnellement épidémiques. L'auteur, Hamilton Kinglake, a fait ses observations dans l'hôpital de Somerset et de Taunton, et s'est assuré que la maladie régnait dans un rayon de vingt lieues au moins à la ronde dans le comté de Somerset.

« Dans le cours de l'automne, une scarlatine maligne s'était montrée dans toutes ces localités, elle fit beaucoup de ravages, surtout chez les enfants, qui mouraient en quelques heures. A la fin de cette épidémie, les éruptions furonculeuses ont été très-fréquentes et ont régné d'une manière continue pendant six mois. La forme la plus ordinaire de la maladie était le panaris (*whitlow*), qui quelquefois envahissait plusieurs doigts en même temps; dans certains districts, elle était tellement commune que les habitants l'appelaient la *peste des doigts*. Un praticien, consulté sur la fréquence de ces affections, dans son arrondissement, écrit que dans une matinée 10 ou 12 malades appartenant principalement à la classe pauvre, le firent appeler pour des panaris. L'âge, le sexe, le tempérament n'exerçaient aucune influence sur le développement de cette affection.

» Dans l'autre forme, tout aussi importante et quelquefois même plus grave, on observait des furoncles (*boils*) dégénérant quelquefois en anthrax, (*carbuncles*). »

« Des furoncles de toutes les dimensions, écrit un praticien des districts ruraux, depuis le plus petit bouton jusqu'au volume d'une tasse à thé, se montrent dans différentes parties du corps. Les deux sexes y paraissent sujets, les hommes plutôt que les femmes. Un grand nombre de ces furoncles se transforment en anthrax, exigent l'incision cruciale et s'accompagnent de gangrène du tissu cellulaire. Une demi-douzaine de remèdes ont été essayés sans succès. »

---

lonnement habituel, sensibilité du ventre, surtout vers la région cœcale. Bien des cas de ce genre, répondant parfaitement à ce qu'on observe dans la dyspepsie proprement dite, semblent mériter le nom de *dyspepsie intestinale*. Mais il y a là toute une pathologie à faire. C'est dans ces derniers cas surtout que les eaux réussissent, mais toutefois prescrites avec une infinie réserve et dirigées avec une attention soutenue. On a de moins heureux résultats dans les diarrhées anciennes et continues, dans les diarrhées séreuses, surtout où l'on n'obtient pas grand'chose; mais dans les diarrhées glaireuses, pseudomembraneuses surtout, on a plus de chances de réussir.

Le lecteur tirera de ces courtes observations ce qu'il pourra : ce ne sont ni des conseils ni des indications que nous prétendons lui fournir, mais seulement une idée générale de ce qui nous passe sous les yeux à Vichy, une physionomie de la clinique thermale.

Quand on a parlé des *maladies du foie*, on a nommé Vichy. Quelle qu'en soit la raison, il est certain que cet organe, considéré soit dans sa propre texture, soit comme agent secréteur de la bile, est très-heureusement et très-énergiquement influencé par les eaux alcalines.

Mentionnons d'abord les *coliques hépatiques*. Nous ne connaissons pas de contre-indication au traitement des coliques hépatiques par les eaux de Vichy. Si la guérison radicale n'est pas toujours facile à obtenir, on peut être à peu près assuré d'atténuer singulièrement cette cruelle maladie. Nous parlons ici des coliques symptomatiques de calculs biliaires. Il y a des coliques qui ressemblent fort et qui ne sont pas calculeuses, mais que l'on peut en distinguer avec de l'attention. Il y a peut-être des coliques plus franchement hépatiques et qui ne sont pas non plus calculeuses : ceci est fort difficile à décider.

On traite beaucoup d'*engorgements du foie* à Vichy. Leur physionomie varie considérablement : les uns se sont développés lentement, presque imperceptiblement ; les autres succèdent à une hépatite aiguë, maladie moins rare qu'on ne le dit, en France. Les uns s'accompagnent d'ictère foncé, les autres n'en ont jamais déterminé. Quelques-uns constituent à peine une maladie, tant la santé générale en paraît peu souffrir, les autres s'accompagnent de graves désordres dans les fonctions de la digestion et de la nutrition. Il y a rarement d'anasarque. Eh bien! cherchez à classer tous ces faits d'après l'anatomie pathologique du foie, vous n'y arriverez pas.

S'il ne s'agit ni de squirrhes, ni de cirrhoses, ni d'hydatides, bien entendu, s'il n'y a point d'ascite ni d'anasarque considérable, on peut presque toujours espérer la disparition de ces engorgements. Le fait est qu'il est rare qu'ils occasionnent la mort, tant qu'il n'y a pas de semblables dégénérescences. Un certain degré d'anasarque, si l'on est bien sûr qu'elle soit symptomatique de l'engorgement du foie lui-même, ne contre-indique pas les eaux.

Nous avons rencontré plusieurs fois des *tumeurs* abdominales très-difficiles à localiser, ne pouvant se rapporter précisément à aucun organe et semblant développées dans quelqu'un des replis du péritoine. On en obtient souvent la résolution.

Bien que les eaux de Vichy ne présentent pas précisément de spécialité pour le traitement des *maladies de matrice*, nous avons rencontré un assez bon nombre d'affections de l'appareil générateur chez la femme. Voici le résumé de ce que nous avons vu.

Hamilton Kinglake a observé ensuite, dans l'ordre de fréquence, des inflammations phlegmoneuses profondes, des abcès, des collections purulentes dans différentes parties du corps. « Il existait concurremment, dit-il, une dépression manifeste des forces vitales exigeant un traitement tonique et ne cédant qu'après l'élimination des matériaux morbides par plusieurs éruptions successives. »

Cette description présente de grandes analogies avec celle du docteur Martin, on y retrouve les mêmes formes d'inflammation, phlegmons, furoncles, panaris, la même tendance à la suppuration et à la gangrène, la même résistance aux agents thérapeutiques ordinaires; seulement, dans le premier cas, on a l'exemple d'une épidémie qui ne sévit que sur une fraction de la population, ce qui est un fait assez fréquent dans l'histoire des épidémies, tandis que, dans le second cas, la maladie est plus généralisée et semble avoir été préparée en quelque sorte par l'épidémie de scarlatine qui l'a précédée.

La manifestation épidémique du comté de Somerset, qui a eu lieu vers la fin de 1851 et le commencement de 1852, aurait passé inaperçue si elle n'avait point rencontré un historien aussi exact; bien des observateurs n'auraient vu dans ces affections que les effets secondaires et consécutifs de la scarlatine, et à défaut on aurait tout expliqué par l'irritation, l'embarras ou l'état saburral des voies digestives; car c'est avec des théories de cette sorte qu'on a enterré bien des faits précieux pour l'histoire des épidémies.

Hamilton Kinglake est porté à croire que l'épidémie qu'il a observée est un fait tout local; je le pensais aussi en lisant cette relation, mais il paraîtrait, d'après un mémoire lu à la Société épidémiologique de Londres, dans la séance du 5 juillet 1852, et dont le MEDICAL TIMES AND GAZETTE donne un résumé, que les furoncles, les anthrax, les panaris, les pustules, les abcès superficiels se sont montrés en très-grand nombre dans les différents comtés d'Angleterre et dans beaucoup de villes situées sur les côtes ou dans l'intérieur des terres, dans l'île de Wight, en Écosse, en Irlande, etc. D'après l'auteur, M. Hunt, ces maladies, bien qu'elles aient sévi sur la classe pauvre, ont attaqué cependant des personnes de toutes les classes; et pendant leur durée, toutes les maladies éruptives ont montré une tendance remarquable à la pustulation et à la suppuration d'un caractère asthénique.

En même temps, on a observé une augmentation considérable dans le nombre des cas de variole, dont le chiffre de mortalité a presque triplé. En effet, en 1840, 1841, 1842, 1843, il y a eu en moyenne par an, à Londres, 771 décès par suite de cette affection, tandis que les trois mois d'avril, mai, juin 1852 ont fourni à eux seuls 472 décès de variole, ce qui ferait le chiffre énorme de 1,888 morts pour un an.

Parmi les caractères de cette constitution médicale, j'ai noté à dessein la tendance gangréneuse du travail inflammatoire. C'est une particularité qui a été presque toujours remarquée; aussi ne lira-t-on peut-être point sans intérêt les chiffres suivants sur l'augmentation du nombre des cas de charbon à Londres, depuis 1840 jusqu'en 1852.

La moyenne annuelle de la mortalité, par suite d'affections charbonneuses, a été :

Pour 1840, 1841, 1842, 1843, de 3 1/2
1844, 1845, 1846, 1847, de 8
1848, 1849, 1850, 1851, de 18

Le dernier trimestre de 1851 à lui seul, a donné 9 morts : moyenne annuelle de 36.

Le premier trimestre de 1852, 16 morts : moyenne annuelle de 64.

Le deuxième trimestre de 1852, 5 morts seulement, moyenne de 20.

Je me hâte de dire que ces documents, extraits de la statistique générale des décès et des naissances en Angleterre, ont la plus grande authenticité; voici, du reste, un fait particulier qui s'y ajoute et qui les corrobore. Le JOURNAL DE DUBLIN que nous avons cité (n° du 1er sept. 1852) relate plusieurs observations d'inflammations charbonneuses de la face recueillies à l'hôpital Saint-Bartholomée de Londres par MM. Stanley et Lloyd, et les rédacteurs s'expriment ainsi : « l'inflammation charbonneuse de la lèvre supérieure a régné d'une manière épidémique, et cette affection a été très-grave et souvent mortelle. On l'a observée dans différents hôpitaux et surtout à Saint-Bartholomée. Le nombre des cas d'affection charbonneuse a augmenté partout d'une manière notable; ces maladies, qui se montrent de préférence au cou ou à la lèvre supérieure, donnent lieu à des pertes de substance considérables... On dut penser généralement d'abord qu'il y avait là une cause d'irritation locale ou quelque influence tenant à la profession du malade; mais cette idée ne peut être soutenue en présence des cas nombreux qui se présentent et qui attestent une action épidémique qui atteint son maximum de diffusion pendant la saison chaude de l'année. »

L'influence des professions, des logements insalubres n'a point été déterminé, on sait seulement qu'une fois la maladie se montra sur un chirurgien; une fois sur un fondeur de cuivre, une fois sur un vigneron, une fois sur un garçon mercier.

Il serait important de savoir jusqu'à quel point les affections dont nous parlons se sont montrées avec ces caractères dans d'autres parties de l'Europe. N'y a-t-il rien eu de semblable à Paris? Pendant que je m'occupais de la solution de cette question, M. Laboulbène, interne des hôpitaux, membre de la Société de biologie, eut l'obligeance de m'apprendre qu'à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le service de M. Marjolin, on avait observé dans le courant de 1852 un très-grand nombre de panaris. M. Marjolin, que je consultai plus tard, confirma cette indication; il fit dresser un relevé de toutes les maladies chirurgicales observées à Sainte-Marguerite, et il résulte de ce document, dont je regrette de ne pouvoir citer ici les chiffres exacts, que pendant l'année 1852 on y a observé avec une telle fréquence les panaris et les phlegmons spontanés qu'on ne saurait expliquer ce fait que par une coïncidence extraordinaire ou par l'existence d'une disposition épidémique. M. Marjolin, comme tous les observateurs que j'ai cités précédemment, a du reste été frappé de la gravité de ces inflammations spontanées des doigts, et de leur tendance à la suppuration et à la gangrène.

J'allais terminer là cette note lorsqu'à la lecture d'un rapport sur le choléra-morbus de Ferrare (RELAZIONE SUL CHOLÉRA-MORBUS CHE DOMINÒ NELLA CITTA E PROVINCIA DI FERRARA NEL 1849), je trouvai le fait suivant qui vient s'ajouter à ceux que j'ai déjà cités.

Les auteurs du rapport, en parlant des maladies qui ont régné avant le choléra pendant l'été de 1849, déclarent « qu'à *Porto-Maggiore* (petite commune du territoire de Ferrare) on observa des érysipèles phlegmoneux et des phlegmons qui se montrèrent quelquefois spontanément, mais le plus ordinairement après les causes traumatiques les plus légères, les saignées, les coupures superficielles des doigts, les écorchures les plus insignifiantes. Ces affections se développaient également chez les enfants et chez

---

D'abord un nombre assez grand de *tumeurs fibreuses* de la matrice. Il faudrait des eaux singulièrement alcalines pour les dissoudre; aussi ne fondent-elles pas à Vichy. Mais voici ce qui arrive quelquefois : c'est qu'après le traitement elles paraissent moins volumineuses, leurs formes sont plus arrêtées, leurs contours plus distincts, leur pesanteur moindre pour le malade. Il semble alors qu'une sorte d'atmosphère celluleuse qui les enveloppait a disparu, et que la tumeur s'est réduite à une expression plus simple. C'est quelque chose dans une maladie semblable.

On voit aussi tous les ans à Vichy des *hydropisies enkystées de l'ovaire*; nous n'avons rien à en dire. Les eaux de Vichy n'y font ni plus ni moins que les autres résolutifs.

Parlons des maladies de matrice curables.

Les engorgements simples du col et du corps, sans érosion, sans rougeur du col et sans douleur, les déviations, les abaissements sont quelquefois très-remarquablement influencés par le traitement thermal; mais cela tient peut-être moins à la nature des eaux qu'aux procédés qu'on emploie.

Mais ces engorgements de la matrice avec sensibilité hypogastrique, on par le toucher, avec col volumineux, rouge, avec des érosions ou des ulcérations, avec leucorrhée verdâtre et irritation au méat urinaire, le traitement thermal ne leur convient nullement. Nous avons vu bien des fois tous ces symptômes s'exaspérer : c'est à tort en général que ces malades viennent à Vichy.

Il en est autrement lorsqu'à la suite d'un traitement approprié, de cautérisations, etc., la matrice, si je puis ainsi parler, entre en convalescence : nous avons vu souvent les eaux réussir très-bien à hâter ces guérisons si lentes et si difficiles à parfaire. Mais ici il y a encore un écueil : il ne faut pas envoyer trop tôt certaines malades aux eaux, ou trop près d'une cautérisation. Les symptômes passés peuvent être rappelés par un traitement prématuré. Deux fois j'ai vu éclater alors des accès de névralgie utérine, excessivement intenses; il est vrai qu'il y en avait eu auparavant, mais ils redoublaient ici de gravité.

Tous ces détails si courts se compléteront un peu, quand nous nous occuperons plus directement de l'administration des eaux et des divers procédés au moyen desquels elles peuvent être utilisées.

Les eaux de Vichy jouissent d'une grande réputation dans les maladies des voies urinaires : aussi ces dernières abondent-elles ici.

Parlons de la *gravelle*.

Que la gravelle soit une maladie générale comme le diabète, ou qu'elle doive être considérée comme une affection primitive de l'appareil urinaire, elle est une des plus souvent et des plus heureusement modifiées par les eaux de Vichy, et en particulier une de ses manifestations les plus graves, la colique néphrétique. Pour l'action curative des eaux de Vichy, la colique néphrétique fait le pendant des coliques hépatiques. Dans ces deux formes symptomatiques, nous avons vu les eaux réussir également, dans des cas où l'on ne trouvait aucune raison de croire qu'elles fussent calculeuses.

La presque totalité des gravelles sont d'acide urique. Le nombre de gravelles d'autre nature que nous avons observées est fort restreint; mais il nous a semblé que celles d'oxalate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien se trouvaient aussi bien de l'emploi des eaux de Vichy, que celles d'acide urique; cependant, comme on a dit le contraire et que nous n'avons observé qu'un

les personnes d'un âge mûr, sur des sujets robustes comme sur des constitutions cachectiques. Chez tous, après les premiers jours, la maladie prenait un cachet de gravité, et chez les cachectiques elle s'accompagnait de gangrène ; presque tous les cas se terminèrent par une suppuration qui fut prolongée et qui enlevait souvent les malades.

Au *Bosco Eliseo* (localité voisine de Porto-Maggiore), on observa des phlegmons, on des phlyctènes (flitieni) et des furoncles.

A *Voghera*, des anthrax et des charbons se sont développés sur beaucoup d'individus en même temps que des affections internes fort graves sévissaient sur les bestiaux.

Plus loin (p. 23), les rapporteurs concluent de l'examen des maladies régnantes : que dans l'année 1849 on a observé à Ferrare la variole, les parotides, la grippe, comme maladies régnantes ; que la grippe développée au printemps a duré tout l'été ; que dans quelques localités on a observé des phlegmons, des anthrax, des charbons, des furoncles, des éruptions miliaires ; enfin qu'avec la variole et quelquefois sur le même malade, on a observé des exanthèmes de plusieurs formes et surtout des érysipèles.

On trouve dans presque tous les auteurs classiques quelques données sur les conditions qui prédisposent aux éruptions furonculeuses ; ou a noté que ces affections étaient quasi endémiques dans certaines localités et particulières à certaines professions. Pour le panaris on a été moins explicite ; cependant Boyer, dans le grand DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, dit formellement que les constitutions froides et humides et certaines variations de l'atmosphère paraissent avoir quelque influence sur le développement de cette inflammation. Lieutaud a remarqué qu'elle était plus fréquente en automne que dans toutes les autres saisons. Ravaton lui seul paraît avoir observé cette affection sous forme épidémique ; dans la PRATIQUE MODERNE DE LA CHIRURGIE, tome III, article PANARIS, il s'exprime ainsi : « J'ajouterai, et mon expérience m'en a convaincu bien des fois, qu'il y a des années où les vices de l'air contribuent à la formation du panaris. En 1760 et en 1767, il entra à l'hôpital de Landau un grand nombre de soldats attaqués de cette maladie, qui fut chez la plupart accompagnée de carie des os et de la pourriture des tendons ; il y en eut même plusieurs qui furent estropiés.

Ce fait, rappelé par Boyer et par M. Bégin dans le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE, n'avait frappé personne ; on l'avait généralement admis comme le seul exemple de développement du panaris d'une manière épidémique. Conduite bien différente de celle qui fut tenue envers un observateur pour le moins aussi sérieux que Ravaton, feu Bayle, lorsqu'il rapporta dans sa thèse des exemples de pustules malignes non contagieuses, développées d'une manière épidémique dans un village des Basses-Alpes. Boyer nia complétement ce mode de développement et attribua la maladie observée par Bayle sur les lieux mêmes au contage des maladies charbonneuses qui règnent quelquefois sur ces animaux dans ces départements. L'explication tout hypothétique de Boyer n'en a pas moins eu force de loi et a passé depuis lors dans tous les classiques.

De l'ensemble des faits que je viens de présenter, je demande à prendre ici les conclusions suivantes :

1° Le furoncle, l'anthrax, le panaris peuvent sévir comme maladies épidémiques et leur développement dans ces circonstances se fait suivant les lois du développement des épidémies.

2° La coexistence et le développement simultané de ces affections impliquent une certaine affinité de nature qui se traduit suivant les lois de relations d'origine des maladies.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR L'INTRODUCTION, DANS L'ÉCONOMIE, DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES ; par MM. AUG. DUMÉRIL, DEMARQUAY et LECOINTE.

(Suite. — Voir les numéros des 10, 17, 24 avril, 4 juillet et 24 octobre 1852.)

I. — VOMITIFS.

2° IPÉCACUANHA.

Ce médicament vient tout naturellement se ranger immédiatement après du tartre stibié, parmi les substances vomitives, mais nous aurons bientôt à reconnaître qu'il s'en éloigne, sous bien des rapports, par ses propriétés *dynamiques* et *spécifiques*.

L'ipécacuanha peut être : 1° appliqué sur la peau dépouillée de son épiderme ; 2° ingéré dans l'estomac ; 3° administré sous forme de lavement.

1° Appliqué sur la peau dépouillée de son épiderme, l'ipécacuanha, ainsi que l'ont constaté MM. Bretonneau (de Tours), Barbier (d'Amiens), suscite une inflammation locale très-énergique, de la douleur, des élancements. La poudre de cette substance voltige-t-elle dans l'air inspiré, elle provoque de la rougeur aux yeux et du gonflement ; elle picote l'intérieur des narines, excite la toux, irrite la gorge, pénètre dans les bronches, les enflamme et peut occasionner un crachement de sang.

2° Ingéré dans l'estomac, ce médicament détermine des vomissements, avec moins de promptitude que l'émétique, mais avec une plus grande énergie. Ils sont tels, que la plus grande partie de la substance est rejetée, ce qui laisse plus de latitude pour les doses.

3° En lavement, l'ipécacuanha ne cause d'ordinaire que des coliques, des évacuations alvines avec chaleur à l'anus, mais il amène rarement des vomissements.

Nous avons fait sept expériences avec cet agent thérapeutique, sur des chiens adultes, les voici :

EXP. I. — 20 octobre 1850. La température initiale est de 40°,6.

A 11 heures 23 minutes, on introduit 50 centigrammes de poudre d'ipécacuanha en suspension dans 100 grammes d'eau à 35°.

A midi 48 minutes, 40°.

A 3 heures 35 minutes, 40°,3.

L'animal s'est tenu couché et immobile dans un coin.

EXP. II. — 20 octobre 1850. La température initiale est de 39°,7.

A 11 heures 40 minutes, on introduit dans l'estomac 2 grammes de poudre d'ipecacuanha en suspension dans 100 grammes d'eau à 35°.

A 1 heure, 39°,8.

A 1 heure 3 minutes, il survient des nausées.

A 3 heures 40 minutes, 39°,7.

petit nombre de cas de ce genre, nous suspendrons notre jugement.

Quant à la question de la *pierre* et de sa dissolution dans la vessie, nous n'en parlons pas, et pour cause : c'est une question enterrée.

On voit aussi à Vichy beaucoup de *catarrhes de vessie*, d'irritations chroniques de toute la muqueuse urinaire, d'inerties de la vessie. Il s'en faut que nous ayons à nous louer autant du traitement thermal pour ce groupe d'affections que pour la gravelle. Mais il faut dire que ce sont des affections en général bien rebelles, quand une fois elles ont une certaine durée.

Les eaux de Vichy doivent une partie de leur réputation d'aujourd'hui au traitement de la *goutte*. On sait tout le bruit qu'a fait à une certaine époque la question d'opportunité de l'emploi de ces eaux dans le traitement de cette maladie, si peu expliquée encore et si incurable. Rien n'y a manqué, même les chansons. Il fallait à Vichy être pour la goutte ou contre la goutte. Les goutteux ont eu raison, cependant, ils affluent à Vichy et règnent aux Célestins, plus paisiblement qu'autrefois.

J'ai prononcé tout à l'heure le mot d'opportunité : là est en effet le point délicat du traitement de la goutte.

Que sous l'influence du traitement thermal, les accès de goutte soient éloignés ou amoindris, les observations de M. Petit, à ce sujet, ne sauraient laisser de doute. Il y a des cas rebelles ; mais quelle médication n'en rencontre pas ? Cependant la goutte n'est pas une maladie comme une autre. Sans doute c'est beaucoup d'avoir soulagé un goutteux, mais cela ne suffit pas. On sait que dans la goutte il existe un élément morbide, quelle que soit la forme dont l'idée médicale le revête, qui domine l'économie et tend à se manifester de côté ou d'autre. C'est en général vers les articulations qu'il se produit, sous forme d'accès. C'est là la goutte régulière. Eh bien ! cette régularité dans les manifestations de la goutte est jusqu'à un certain point nécessaire : s'il est une maladie qui nous représente et nous matérialise par excellence cette ancienne idée d'un être morbide qui cherche une issue quelque part, c'est bien la goutte. Il faut donc respecter dans de certaines limites les manifestations régulières de la goutte, de peur qu'il en survienne d'irrégulières. C'est là un des plus vieux principes de la pratique médicale. Et si la goutte larvée, remontée, n'a été souvent qu'un fantôme invoqué au hasard, il n'est pas de praticien versé dans un certain cercle d'observation qui n'ait vu ce fantôme se réaliser en de terribles résultats. Il faut donc, dans la goutte aiguë, régulière, craindre d'abord de troubler l'évolution naturelle de la maladie.

Mais on est tout aussi bien goutteux lorsqu'on ne souffre pas de la goutte, que pendant la durée des accès. La goutte est une maladie diathésique, c'est-à-dire dont le germe, lequel n'est autre sans doute qu'une manière d'être générale de l'organisme, ne s'éteint jamais. Le moment à choisir pour opposer le traitement thermal à la goutte est donc celui où les goutteux se portent le mieux, c'est-à-dire où ils sont le plus éloignés possible de leurs accès, aussi bien des accès passés que des accès futurs, autant que ceux-ci peuvent être prévus. C'est alors que, sans aucun danger, et quelle que soit l'idée que l'on attache à son mode d'action, le traitement thermal peut modifier la manière d'être de l'économie, l'état diathésique, et atténuer ainsi les manifestations futures de la maladie, s'il ne peut les détruire. Pour ce qui est de l'emploi du traitement

Le 21 à midi, l'animal est trouvé mort.

Le 22, autopsie à 10 heures du matin.

L'animal, quoique mort depuis vingt-quatre heures, offre encore la roideur cadavérique; il est à noter que cet animal, resté en compagnie d'animaux vivants, est encore chaud.

Les viscères du thorax n'offrent rien d'anormal; dans l'abdomen, le petit cul-de-sac de l'estomac est fortement revenu sur lui-même, et présente une teinte rouge brun; sa vascularisation est considérable.

Les ganglions des plexus des nerfs ganglionnaires ont une teinte rosée très-manifeste.

Les membranes du cerveau, dure-mère et pie-mère, sont fortement injectées. La substance grise de l'encéphale, cerveau et cervelet, est rosée, et on y constate l'existence d'un piqueté fin. La substance blanche est parsemée d'un piqueté manifeste et considérable. Les membranes et la substance blanche de la moelle épinière sont intactes; mais la substance grise présente, comme celle de l'encéphale, un piqueté fin et nombreux.

Exp. III. — 10 novembre 1850. La température initiale est de 40°,8.

A onze heures cinquante-cinq minutes, on introduit dans l'estomac 2 grammes de poudre d'ipécacuanha en suspension dans 50 grammes d'eau à 35°.

A midi quarante minutes, 40°,4.

A deux heures trente minutes, 40°,8.

A six heures, 40°,7, abattement.

L'animal succombe dans la matinée du 11.

Autopsie le 12, à dix heures du matin.

Les poumons sont le siége d'une stase veineuse évidente, surtout du côté sur lequel reposait l'animal. Le cœur, le foie, la rate et les reins n'offrent rien d'anormal. L'estomac est légèrement rosé à sa face interne; il présente quelques plaques plus fortement nuancées. L'intestin est rempli d'helminthes; il est légèrement rougeâtre dans son premier quart, puis parfaitement sain dans le reste de son étendue.

Les ganglions du plexus solaire sont rouges.

Les membranes du cerveau sont à peine le siége d'une légère injection. La substance grise a une teinte rosée générale, et présente, à un degré moindre, il est vrai, que la substance blanche, un piqueté assez abondant.

Les membranes de la moelle épinière sont saines. La substance grise est très-légèrement rosée; la substance blanche est intacte.

Exp. IV. — 17 novembre 1850. La température initiale est de 40°.

A onze heures, on introduit dans l'estomac 4 grammes de poudre d'ipécacuanha, en suspension dans 100 grammes d'eau à 35°.

A onze heures dix minutes, l'animal a des nausées.

A midi dix minutes, 40°,3, les nausées ont disparu.

A deux heures trente-cinq minutes, 40°,9; selle à demi liquide, écume à la bouche, abattement.

A six heures, 40°,5.

A onze heures, 39°,8, l'abattement persiste, l'animal se couche dès qu'il est abandonné à lui-même, sa respiration est bruyante.

Le 18, à huit heures du matin, on le trouve mort.

Autopsie le 19 à midi.

Rien d'anormal dans la cavité thoracique. La membrane muqueuse de l'estomac offre une teinte lie de vin et une injection peu abondante; celle de l'intestin présente le même aspect dans la première moitié de l'intestin grêle; encore faut-il ajouter que cette teinte s'affaiblit de plus en plus à partir de l'ouverture pylorique.

Les ganglions du plexus solaire sont rouges.

Les membranes du cerveau sont fortement injectées. La substance grise dans les tubercules quadrijumeaux et dans les corps striés n'offre, comme la substance blanche, qu'un peu de piqueté. La pie-mère de la moelle épinière est un peu injectée; sa substance grise est très-légèrement teintée de rose.

Exp. V. — 13 avril 1850. La température initiale est de 39°,9.

A huit heures cinq minutes, on introduit dans l'estomac 2 grammes de poudre d'ipécacuanha en suspension dans 50 grammes d'eau à 35°.

A dix heures cinq minutes, 40°,4.

A onze heures cinq minutes, 40°,5.

A midi quarante-cinq minutes, 40°,7.

A trois heures cinquante minutes, 42°,1.

A onze heures, 40°,6.

Le 14 au matin, le chien est encore vivant. On le sacrifie. L'autopsie n'est pas pratiquée.

Exp. VI. — 13 avril 1851. La température initiale est de 40°,2.

A huit heures vingt-cinq minutes, on introduit dans l'estomac 4 grammes de poudre d'ipéca en suspension dans 50 grammes d'eau à 35°.

A dix heures quinze minutes, 40°,3.

A onze heures douze minutes, 40°,3.

A midi cinquante-cinq minutes, 40°,7.

A quatre heures, 41°,5.

A onze heures cinq minutes, 41°,2.

Le 14 au matin, vers huit heures, l'animal meurt. L'autopsie n'est pas pratiquée.

Exp. VII. — 13 avril 1851. La température initiale est de 40°.

A huit heures quarante minutes, on introduit dans l'estomac 6 gr. de poudre d'ipéca en suspension dans 50 gr. d'eau à 35°.

A dix heures vingt minutes, 40°,6; l'animal a une selle.

A onze heures vingt minutes, 41°.

A une heure cinq minutes, 41°,6.

A quatre heures cinq minutes, 40°,6.

A onze heures dix minutes, 41°,5.

Le 14 au matin, l'animal est encore vivant. On le sacrifie. L'autopsie n'est pas pratiquée.

En négligeant la première de ces expériences qui est isolée et incomplète, les six autres se résument dans les faits suivants : élévation constante de la température avec propension au vomissement sous l'influence de 2 grammes de poudre; état pathologique des centres nerveux cérébro-spinal et ganglionnaires; légère vascularisation de la muqueuse intestinale.

L'élévation de la température nous semble un fait capital dans l'analyse des propriétés d'une substance si voisine du tartre stibié par ses propriétés vomitives, mais qui s'en éloigne rationnellement par l'usage qu'on ont fait de tout temps les cliniciens les plus distingués.

La propriété émétique tient, suivant M. Barbier, « à l'étroite liaison de la surface gastrique avec la moelle allongée par le moyen du nerf pneumogastrique. Ce centre d'innervation est toujours l'origine des efforts, des contractions musculaires qui effectuent le vomissement. Sur la surface gastrique, il y a deux causes de provocation pour la moelle allongée : 1° l'impression de l'agent émétique sur les expansions nerveuses du nerf pneumogastrique; 2° l'absorption de ses molécules et leur action sur la pulpe médullaire du mésocéphale, où elles arrivent avec le sang. »

M. Barbier signale « le changement d'état que l'ipécacuanha fait éprouver aux plexus des nerfs ganglionnaires. »

Nos autopsies, en révélant l'état pathologique de l'axe cérébro-spinal et des ganglions du grand sympathique, viennent en aide aux déductions théoriques de M. Barbier et nous permettent de nous en étayer pour établir cette première proposition :

---

thermal pendant les accès de goutte eux-mêmes, nous le proscrivons d'une manière absolue.

Quant à ces gouttes chroniques, sans accès déterminés, avec des articulations déformées, habituellement douloureuses ou non, devenues chez beaucoup une infirmité plutôt qu'une maladie, le traitement thermal peut être employé en tout temps, et presque toujours avec quelque succès, bien que les résultats en soient souvent moins frappants et moins complets que dans la goutte aiguë.

Il est une espèce de goutte, bien difficile encore à classer nosologiquement, et dans laquelle les eaux de Vichy procurent d'excellents résultats. Ce sont ces déformations qui se fixent à un doigt, à une main, à un poignet, sans accès de goutte, mais avec des douleurs passagères, un peu de sensibilité habituelle parfois, quelquefois rien de semblable. Une ou plusieurs articulations se gonflent, plus souvent, à l'inverse de la goutte aiguë franche, aux mains qu'aux pieds; les mouvements deviennent difficiles, les malades accusent tantôt la difformité seulement, tantôt l'usage plus difficile, très-rarement la souffrance. Ceci s'observe souvent en Angleterre.

Mais dans tous ces cas, goutte aiguë, chronique, régulière ou irrégulière, nous ne saurions trop insister sur la nécessité d'employer les eaux avec modération et surveillance, de ne pas abuser de la tolérance qu'offrent souvent les malades pour des doses considérables, et surtout de leur disposition à faire des traitements exagérés. Les prouesses des goutteux, aux Célestins, transforment souvent la médication en un jeu : malheureusement on leur a trop laissé croire qu'on pouvait impunément se jouer d'une médication qui serait sans vertu si elle était sans péril.

C'est dans le *diabète* surtout que les eaux de Vichy constituent une précieuse ressource. Les eaux de Vichy et l'usage tempéré du régime diététique devenu classique, nous ne connaissons pas de meilleur traitement du diabète; palliatif encore, malheureusement, mais qui soutient le mieux possible la santé, aux prises avec cette cause incessante de destruction. L'action du traitement sur le sucre est presque toujours immédiate, soit que ce principe diminue beaucoup ou même disparaisse entièrement, et cette influence salutaire se prolonge en général un certain temps après le traitement thermal; mais ce n'est toujours que pour un temps. Le rétablissement de la santé générale est surtout prononcé, et l'on comprend quelle doit être la portée, sur l'avenir de la maladie, d'un pareil résultat.

Ajoutons à cette énumération qu'il est beaucoup d'individus qui ne portent point de maladie déterminée, mais qui sont affaiblis, mal portants, par suite de conditions hygiéniques particulières, à la suite de longues convalescences, de grossesses et de couches pénibles, d'individus enfin qui offrent tous les caractères de l'*atonie*, et qui en général se trouvent parfaitement des eaux de Vichy. Chez ces malades, le traitement thermal de Vichy est essentiellement un traitement tonique et réparateur. Il se rapproche en ce sens des bains de mer; mais il offre des ressources infiniment plus complètes, et il est applicable dans beaucoup de cas où ces derniers ne peuvent pas être supportés.

Maintenant que nous avons mis le lecteur au courant, ou à peu près, de la médecine qui se fait à Vichy, nous devons, avant d'aller plus loin, l'entretenir de l'influence que les conditions hygiéniques et le genre de vie propres aux eaux médicales peuvent exercer sur la guérison des maladies.

L'ipécacuanha a *électivité* sur les centres nerveux cérébro-spinal et ganglionnaires.

En parlant du tartre stibié, nous avons dit que son action relative aux centres d'innervation était primitive sur l'axe cérébro-spinal, secondaire sur les plexus ganglionnaires; or, quand il s'agit de l'ipécacuanha, nous sommes portés à retourner ce corollaire déduit de nos expériences avec le tartre stibié et à penser que l'action primitive de cette racine s'exerce sur les centres ganglionnaires, et son action secondaire sur l'axe cérébro-spinal.

Nous appuierons cette proposition des considérations suivantes : L'ipécacuanha ne fait ordinairement vomir que lorsqu'il est introduit dans l'estomac; il élève la température animale; enfin son emploi est tout spécifique dans les modalités morbides du grand sympathique.

L'action *dynamique* de l'ipécacuanha est hyposthénisante suivant l'école italienne.

Cette école, en classant ainsi cette substance, la laisse auprès du tartre stibié et n'en fait qu'un succédané de cet hyposthénisant énergique.

Dans son dichotomisme phlogistique, elle dédaigne rigoureusement la spécificité des affections contre lesquelles l'ipécacuanha est tout-puissant. On s'étonne alors de la nécessité d'étudier et d'employer un si grand nombre de substances qui ne sont que les succédanés les unes des autres. Ne suffit-il pas de connaître comme hyposthénisant vasculaire artériel le tartre stibié et de savoir en varier les doses suivant l'intensité de l'état inflammatoire du système artériel? Pour nous qui croyons à la spécificité, nous nous appuierons sur la nature de certaines affections pour déterminer l'action dynamique de l'ipécacuanha.

Ce fut vers la fin du dix-septième siècle que Pison introduisit dans la thérapeutique de la dyssenterie l'ipécacuanha; mais ce fut à peine si les médecins fixèrent leur attention sur cette substance; plus tard Legras en rapporta d'Amérique, le fit vendre publiquement sans pouvoir le mettre en faveur. Il était réservé à Helvétius, médecin hollandais, qui exerçait à Paris, d'obtenir du roi l'autorisation de faire des essais publics de son arcane et de pousser par la mauvaise foi de ses procédés, Grenier, son associé et le véritable propriétaire du secret, à révéler l'origine du médicament.

La dyssenterie fut donc combattue avec succès à l'aide de l'ipécacuanha par d'illustres praticiens. Saucerotte, dans un mémoire inséré dans la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, pose ainsi les règles de la convenance de l'ipécacuanha : quand il n'y a ni fièvre, ni symptôme de phlegmasie franche, ni douleurs vives et que la diarrhée et le ténesme résistent soit aux émissions sanguines soit aux opiacés.

Cette formule est trop restreinte à notre avis. Nous partageons les opinions émises par MM. Trousseau et Pidoux, qui disent « qu'administré à temps, c'est-à-dire quand les évacuations sont encore ensanglantées et que rien n'indique la gangrène de la membrane muqueuse, ce vomitif calme les coliques, diminue le nombre des déjections et l'abondance de l'exhalation sanguine. »

La dyssenterie est pour nous, comme pour MM. Trousseau et Pidoux, une maladie spécifique et l'orgasme inflammatoire un phénomène secondaire, qui n'est pas à proprement parler la maladie elle-même. La dyssenterie est une affection de la membrane muqueuse intestinale, dont la cause réside dans une modification morbide du système nerveux ganglionnaire.

Le flux dyssenterique auquel s'applique si bien l'ipéca, nous semble tenir bien plus à un état hyposthénique des plexus ganglionnaires qu'à un état inflammatoire.

L'ipécacuanha ne mérite pas seulement le titre de spécifique par son application à la dyssenterie, il est un autre état de l'économie contre lequel cette substance est véritablement héroïque : nous voulons parler de l'état puerpéral.

Après l'accouchement, la femme se trouve dans un état *spécial*, dont le tableau est vivement tracé par nos maîtres, MM. Trousseau et Pidoux. Dans cet état, certaines maladies peuvent se déclarer, et alors elles revêtent un cachet particulier. L'accouchée a épuisé pour l'acte de l'enfantement toutes ses forces vives; elle a perdu une quantité considérable de sang; elle manque de *forces organiques* pour résister à la nouvelle invasion. Les fonctions de conservation ont perdu tout ressort, et quoique l'inflammation du péritoine, de la plèvre, du péricarde ou des méninges soit évidente, le danger réel est dans l'*hyposthénie* des fonctions organiques. Dans cet état, Doublet, Desormaux, Tonnelli, Récamier, Trousseau et Pidoux, et nous-mêmes, nous administrons l'ipécacuanha, et toujours la modification a été heureuse.

L'état puerpéral est sous la dépendance de modifications pathologiques du système ganglionnaire; cet état est véritablement hyposthénique, et c'est en cela que l'ipécacuanha est héroïque dans cette modalité morbide.

C'est encore avec avantage qu'il a été administré par Pearson, Vogler, Werber, Bretonneau (de Tours), Trousseau et Pidoux, et nous-mêmes, dans la coqueluche. Nous attribuons à ce médicament la vertu de diminuer la longueur des crises et de garantir jusqu'à un certain point le poumon.

La coqueluche, privée de complications, est une affection du système nerveux ganglionnaire; aussi son spécifique par excellence est assurément la belladone.

Avant de continuer l'énumération des cas pathologiques contre lesquels l'ipécacuanha a été préconisé, il nous semble possible de formuler deux nouvelles propositions.

2° L'ipécacuanha convient dans les maladies sous la dépendance du système nerveux ganglionnaire, et dont la nature est hyposthénique, l'ipécacuanha est donc une substance *hypersthénisante.*

3° L'ipécacuanha est un remède *spécifique* qui agit par substitution dans les flux des membranes muqueuses.

Les trois forces médicatrices de l'ipécacuanha peuvent être utilisées unies ou séparées.

Son *électivité* sur les centres nerveux explique son emploi dans les convulsions, par Plenk; dans l'épilepsie, par Ferrara; dans la cardialgie, par Hecker; dans le choléra épidémique, par beaucoup de médecins célèbres; et dans la dernière épidémie de 1849, par presque tous les praticiens.

Sa *spécificité* sur les membranes muqueuses donne raison de son usage dans l'asthme, par Heim; dans la bronchite, dans la diarrhée, par Bang, Magnus Huss, Richter, Meyer, Heine; dans le croup, par Jadelot et autres.

L'ipécacuanha administré à hautes doses agit donc de trois manières différentes, par son électivité sur le système nerveux, par sa vertu hypersthénisante, enfin par ses propriétés substitutives sur le système muqueux.

L'ipécacuanha peut encore être utilisé par ses propriétés vomitives, et alors il devient une substance hyposthénisante; en effet, administré à pe-

---

Suivant quelques médecins, esprits forts, toute la vertu des eaux minérales consisterait dans le déplacement, le repos, l'éloignement des préoccupations, l'habitude d'un climat meilleur. Rien n'est plus faux que cette manière de voir, hautement professée par quelques hommes sérieux qui, faisant abstraction du médicament lui-même, accordent leur attention seulement aux circonstances qui lui sont étrangères.

Sans doute il est des eaux minérales, aux Pyrénées par exemple, où l'on est assuré de rencontrer des conditions climatériques particulières, et propres, comme l'air et le voisinage de la mer, à exercer par elles-mêmes une influence marquée sur l'organisme. L'élévation de la contrée, la vivacité de l'air, les émanations résineuses, les courses dans les montagnes, le spectacle même de cette nature à part, il y a là une source puissante de modifications morales et physiques bien propres à agir, à elles seules, sur plus d'un état morbide. Mais ailleurs, à Vichy en particulier, il ne faut pas s'attendre à rencontrer rien de semblable. Si l'on a bien voulu nous suivre dans le court exposé que nous avons présenté plus haut de la topographie de Vichy, on a pu voir qu'il s'agissait d'une localité, très-agréable sans doute, mais dont les conditions météorologiques, fort semblables à celles du reste de la France, des environs de Paris, par exemple, n'offrent rien de saillant et d'utile à rechercher. On y trouve les agréments et les avantages de la campagne, mais c'est tout.

Il est un autre point de vue, tout aussi peu fidèle, sous lequel on se plaît en général à considérer un établissement d'eau thermale. On se figure assez volontiers Vichy comme un lieu de plaisir, hanté principalement par de grands personnages, des gens riches tout au moins, où la distraction, la toilette, la conversation, la danse, constituent la moitié du traitement, où l'on n'a affaire qu'à des gens oisifs, blasés, à un public à part enfin, écrémé dans la clientèle des grandes villes. Rien de tout cela n'est exact.

La population de Vichy représente fidèlement, dans des proportions seulement un peu différentes, celle de toutes les localités où nous trouvons à exercer notre ministère. Il y a d'abord l'hôpital civil, qui reçoit de 2 à 300 malades par saison (sans compter l'hôpital militaire); puis une population indigente, bien autrement nombreuse, attirée par la gratuité du traitement (1), et que loge misérablement une population aussi pauvre qu'elle, pour vingt sous par jour et moins encore. Puis il y a les ouvriers, les artisans, les cultivateurs, les petits commerçants, en très-grand nombre aussi, venant de tous les départements voisins et même de localités éloignées. Cette classe de malades fait de grands sacrifices pour accomplir le voyage de Vichy : ils se logent à bon marché, vivent simplement, ne se permettant que les distractions en plein vent, et comptant les jours qui les ramèneront à leurs travaux et à leurs familles. Vient maintenant une classe de malades, plus aisés sans doute, mais tout aussi sérieux, pour qui le voyage aux eaux, s'il est un sacrifice moins onéreux, n'en est pas moins encore une dépense pour quelques-uns, mais pour tous une perte de temps, un déplacement, auquel on ne se résigne pas sans peine et souvent

(1) Tout malade porteur d'un certificat constatant qu'il paye moins de 15 fr. de contributions, a droit à l'usage des eaux gratuit; s'il paye moins de 10 fr., il peut être admis à l'hôpital.

tite dose, selon notre première expérience, il abaisserait la température animale.

Cette expérience, rapprochée de ce que nous avons observé à l'aide du tartre stibié, est assez curieuse, en ce que le tartre stibié à électivité comme l'ipécacuanha sur la moelle allongée pour produire le vomissement; mais, suivant nous, l'effet du tartre stibié sur la moelle allongée est primitif; il est, au contraire, secondaire pour l'ipécacuanha, et il est à remarquer que l'effet vomitif est bien plus lent à se produire avec cette dernière substance qu'avec l'émétique.

A petites doses souvent répétées, il jette l'organisme dans un état d'anxiété, de malaise, de souffrance indécise, qui devient de l'hyposthénie.

Cet état de l'organisme sous l'influence de petites doses explique la manière de voir de l'école italienne et celle de M. J. Delioux, qui regarde cette substance comme sédative et altérante, sans pouvoir nier cependant les propriétés irritantes et l'augmentation de la caloricité.

Le tartre stibié et l'ipécacuanha à petite dose, dès que leur action a atteint le mésocéphale, ont une action dynamique opposée: l'un élève la température, l'autre l'abaisse. A haute dose, lorsque chacun d'eux est arrivé à dévoiler ses propriétés spécifiques, le tartre stibié se montre hyposthénisant, et l'ipécacuanha hypersthénisant.

Nous résumons ce qui précède par les propositions suivantes :

1° L'ipécacuanha a *électivité* sur les centres nerveux,

2° L'ipécacuanha à petite dose a électivité secondairement sur le centre cérébro-spinal, et il est *hyposthénisant*; à haute dose, il a électivité sur le grand sympathique, et il est *hypersthénisant*.

3° L'ipécacuanha exerce par substitution une action *spécifique* sur les membranes muqueuses.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

III. GAZZETTA MEDICA ITALIANA LOMBARDA.

Les numéros de mars, avril, mai et juin 1852 contiennent les travaux suivants : 1° *Thoracentèse faite avec succès chez un enfant de cinq ans et demi;* par M. Morganti. 2° *Commentaires aux principes de médecine légale sur les lésions traumatiques, etc.;* par M. Gianelli. 3° *Cas d'hydrophobie;* par M. Guaragnoni. 4° *Observations pratiques sur les principales maladies inflammatoires des enfants;* par M. Ferrario. 5° *Insuffisance de la législation autrichienne actuelle relativement aux blessures;* par M. Torchitti-Bonfacili. 6° *Monographie sur la fièvre typhoïde;* par M. Paraceggiani. 7° *De la préméditation dans la folie;* par M. Platner. 8° *Divers cas de lésion des fonctions encéphaliques;* par M. Verga et par M. Melchiori. 9° *Symptômes de hernie étranglée; opération; mise à nu d'une tumeur graisseuse dont on fait la ligature; guérison;* par M. Ferrario. 10° *Utilité de la saignée dans l'hydropisie suite de scarlatine.* 11° *De l'abus et de l'emploi défectueux du seigle ergoté;* par M. Ripa. 12° *Perforation d'appendice vermiforme par des matières fécales;* par M. Rota. 13° *Prosopalgie grave guérie par l'application de l'aimant;* par M. Giacomelli. 14° *Inspiration du gaz oxygène pour un diabète albumineux;* par M. Cazorati. 15° *Fracture compliquée de la jambe;* par M. Barbieri. 16° *Hypertrophie de la glande vaginale, guérie au moyen de l'extirpation;* par M. Mascazzini. 17° *Sur la dentition;* par M. Ripa. 18° *Tétanos guéri à l'aide du magnétisme animal;* par M. Manetti. 19° *Viol et homicide par un imbécile;* observation recueillie par M. Platner. 20° *De la capacité juridique des aliénés pour l'épreuve du serment;* par M. Zanini. 21° *Larves de mouche développées dans la peau d'un homme frappé de démence et encore vivant;* par M. Verga. 22° *Du système vasculaire comme principe fondamental objectif d'une science clinique;* par M. Salmaso. 23° *Quelques remarques sur les maladies de l'ombilic et du cordon ombilical;* par M. Facen. 24° *Calculs d'oxalate de chaux trouvés dans le pavillon de la trompe de Fallope;* par M. Mantegazza. (La malade était une fille de 54 ans, morte de méningite. La trompe gauche contenait 23 calculs et la droite 8. Ils étaient très-petits.) 25° *Cas de myélite suivie de paraplégie;* par M. Milani. 26° *Cas de tænia guéri par l'emploi des fleurs de kousso;* par M. Castiglioni.

THORACENTÈSE PRATIQUÉE SUR UN ENFANT DE CINQ ANS ET DEMI; GUÉRISON; par M. MORGANTI.

Si le succès a couronné les efforts du médecin, malgré les complications de toute nature dont ce cas était entouré, malgré l'imperfection du procédé mis en usage, ce résultat ne semble-t-il pas prouver que l'opération réussit constamment lorsque l'épanchement thoracique dépend d'une exhalation séreuse passive et n'a pas été précédée d'un travail phlegmasique?

OBS. — Un enfant de 5 ans et demi, lymphatique, s'étant exposé à un refroidissement alors qu'il était convalescent de la scarlatine, fut saisi d'un frisson, perdit l'appétit, tomba peu à peu dans la somnolence, souffrant en même temps de violentes douleurs abdominales, et rendant des urines noirâtres qu'on jugea être sanguinolentes. Deux applications de sangsues sur le ventre furent pratiquées.

M. Morganti le vit pour la première fois le 25 août 1851, avec une forte fièvre, la peau brûlante, œdème de la face et du cou, somnolence soporeuse, dilatation des pupilles. La respiration était anxieuse; pendant l'inspiration, la poitrine se dilatait régulièrement du côté gauche; à droite, elle se soulevait d'une seule pièce. De ce même côté, il y avait matité absolue; à gauche, l'oreille entendait un murmure respiratoire exaspéré, faisant contraste avec l'abolition complète de ce même bruit du côté droit.

Il s'agissait évidemment d'un épanchement séreux dans la cavité de l'arachnoïde et dans celle de la plèvre droite. Le calomel, uni plus tard à la gommegutte, parut soulager les symptômes abdominaux. Mais l'oppression allant en augmentant, M. Morganti, de concert avec M. Dubini, déclara et fit admettre l'urgence de la toracentèse pour remédier à la cause, qui menaçait le plus directement et le plus prochainement les jours de l'enfant.

Le 22 septembre, M. Morganti fit la ponction du thorax avec un bistouri droit, en taillant la levre supérieure de l'incision, de façon qu'elle pût fermer, comme une valvule, l'ouverture de la paroi pectorale, afin de prévenir l'entrée de l'air. Il sortit par la plaie, soit sur le moment soit ensuite, environ deux verres de sérosité. Aussitôt après l'enfant put se tenir couché sur le côté gauche, ce qui lui était impossible auparavant. Il mangea et dormit tranquillement toute la nuit.

Dès le 22, il se déclara un nouveau frisson et la respiration redevint un peu difficile. Les lèvres de l'incision étant tuméfiées, il n'en sortait plus de liquide; cependant l'appétit et le sommeil se maintenaient intacts.

---

sans l'avoir remis d'année en année: ce sont les hommes d'affaires, du barreau, du commerce, etc., en un mot, le monde des gens occupés.

Telle est la population que nous rencontrons aux eaux minérales; que l'on y ajoute, si l'on veut, et dans une proportion un peu plus considérable qu'ailleurs, ces gens inoccupés pour qui un tel voyage n'entraîne aucun souci de dépense ou de temps, il n'en restera pas moins vrai que l'immense majorité des malades qui viennent aux eaux n'y viennent que par nécessité, et y apportent des habitudes sérieuses, des préoccupations d'intérêt, d'affaires ou de familles, enfin tout ce qui peut entraîner un déplacement forcé, et généralement imposé, pour les malades de Vichy, par des affections anciennes ou sérieuses.

Ce qui donne aux établissements thermaux, et à ceux surtout qui possèdent le genre de réputation de Vichy, une physionomie particulière, c'est que l'on y vient souvent en famille. Il en résulte une population valide qu'il faut occuper et amuser, et pour laquelle surtout il y a tous les soirs concert ou bal. Ce n'est pas que nous contestions l'heureuse influence de la société, de la musique et même de la danse, dans beaucoup de maladies chroniques. Il nous est arrivé plus d'une fois de prescrire ce dernier exercice en particulier à ces malades hypocondriaques, chagrins, paresseux, qu'il faut secouer, stimuler à tout prix. D'ailleurs un de nos confrères n'a-t-il pas très-élégamment fait remarquer, précisément au sujet de l'excellent orchestre de Strauss, « que tandis que la peur, l'inquiétude et l'oppression du cœur arrêtent les *sécrétions*, les émotions agréables, au contraire, les augmentent (1)? » Pour ce qui est des sécrétions, il en est une qui se trouve en effet singulièrement favorisée par la musique de Strauss, c'est la sueur. Ces salons où l'on va chercher tous les soirs, au mois de juillet, la foule, la lumière et un exercice violent, suppléent assez bien aux bains de vapeur dont l'établissement thermal est dépourvu.

Cependant ce n'est assurément que dans des limites fort restreintes que ce genre de plaisirs contribue au rétablissement de la santé: la vie de salon n'a jamais passé pour une chose précisément hygiénique, pas plus à Vichy que dans de plus grandes villes. Or les salons de Vichy et la direction brillante qui y préside ne sont pas un des éléments les moins légitimes de la réputation extra-médicale de ces eaux.

La conclusion de tout ceci est que les malades qui sont à Vichy font bien de s'y amuser le plus possible, mais qu'ils ne trouvent ni dans le climat, ni dans la nature des distractions qui s'y rencontrent, d'éléments de guérison très-importants; que tout séjour dans une campagne agréable et habitée en offre autant, sous le rapport hygiénique, et que ce que l'on en obtient, dans le traitement des maladies, est bien dû aux eaux elles-mêmes, considérées à titre de médicament, ou si l'on veut, de médication.

DURAND-FARDEL,
médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy.

(1) Barthez, GUIDE PRATIQUE DES MALADES AUX EAUX DE VICHY, p. 290.

Le 27, la plaie se rouvrit et donna issue à une grande quantité de liquide, qui continua de couler tout le jour et la nuit suivante. La fièvre seule persistait; du reste, l'état était excellent.

Jusqu'au 28, le liquide s'écoula. L'air était entré dans la cavité thoracique; on pouvait l'entendre entrer et sortir sous l'influence des efforts pour tousser. Appétit; plus de fièvre à partir du 30; respiration très-libre.

A dater du 1er octobre, des symptômes de méningite reparurent avec violence, mais furent combattus avec succès par cinq applications de sangsues aux tempes et aux apophyses mastoïdes. Les urines devinrent albumineuses. Mais enfin la santé se rétablit définitivement.

Jusqu'à la fin de décembre, il continua à sortir un peu de pus par la plaie restée fistuleuse; mais elle finit par se fermer complétement.

Le 5 février 1852, l'enfant fut revu bien portant; seulement sa tête est penchée à droite, et l'épaule de ce côté est de 4 à 5 travers de doigt plus basse que l'autre. Mais cette difformité va en diminuant graduellement à mesure que le poumon droit redevient perméable à l'air.

SUR L'ABUS ET L'USAGE DÉFECTUEUX DU SEIGLE ERGOTÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT; par M. RIPA.

Ces réflexions d'un simple médecin de village sont bonnes à reproduire pour l'édification de plus d'un confrère haut placé. Le fait qui les lui a suggérées est par lui-même sans importance; car il n'a pas même pu être complété. Une sage-femme qui avait donné l'ergot à une femme en travail, voyant que, malgré ce secours, les douleurs languissaient, fit appeler M. Ripa *pour pratiquer une saignée*. Mais celui-ci, en arrivant, trouva l'enfant mort, la femme dans un état de prostration physique et morale absolue. Au lieu d'une saignée, ce qu'il lui fallait c'était la terminaison immédiate du travail par le moyen de la main ou des instruments. Il en fit la proposition formelle, et sur un premier refus des parents conseillés par la sage-femme, demanda qu'on lui adjoignît un confrère. Mais...... ainsi que nous l'avons déjà dit, les choses tournèrent de telle façon qu'il ne peut donner aujourd'hui l'observation complète; et nous imitons forcément le généreux silence qu'il s'impose sur les circonstances qui suivirent.

La plupart des matrones, dans la campagne, ajoute-t-il, administrent le seigle ergoté d'après des indications variées, et bien différentes de celles qu'on lui reconnaît en médecine. Quelques-unes le donnent, pour peu que le travail se prolonge au delà du terme qu'elles lui ont d'avance assigné, ou au delà du temps qu'elles ont de disponible. D'autres y recourent dès que les douleurs se ralentissent, et afin de ne pas être méprisées par les familles pour leur peu de science, comme si la longueur de l'accouchement était sous leur dépendance. Car on s'adresse de préférence à telle ou telle sage-femme qui possède un secret, une poudre pour hâter la délivrance. Ainsi « tandis que le raffinement britannique, uni au raffinement de l'égoïsme satisfait, ralentit le travail pour que la parturition s'opère sans douleur et fait du bien sans produire de mal, l'ignorance exige au contraire que cet acte soit accéléré, même au prix de spasmes atroces, et compromet la santé future de la mère en tuant souvent le fœtus. »

On enseigne cependant aux sages-femmes que le seigle ergoté est un agent dont l'administration est délicate, et doit être permise par un médecin. Mais loin de là : elles le donnent d'elles-mêmes le plus fréquemment sans utilité, sans opportunité. Or le médicament peut alors causer un préjudice sérieux au fœtus, soit par suite de la compression violente que la contraction de l'utérus, suscitée trop longtemps, lui fait éprouver — soit par la cessation de la circulation du cordon, effet dû à la même cause — soit enfin en raison de l'influence vénéneuse que l'absorption du seigle ergoté détermine sur son organisme (1).

Quant à la mère, les conséquences de l'usage intempestif de ce remède sont assez faciles à comprendre pour nous dispenser de les énumérer ici.

Un motif sérieux s'oppose cependant à ce que, du moins dans les campagnes, on interdise absolument aux sages-femmes la faculté de se faire délivrer du seigle ergoté par le pharmacien. C'est que, en cas d'hémorrhagie, la nécessité de l'administrer peut quelquefois devenir tellement pressante, que le retard imposé par l'obligation d'aller chercher le médecin exposerait la vie de la femme. A cet état de choses, M. Ripa ne voit que deux remèdes; et nous reconnaissons avec lui leur insuffisance et leurs difficultés. L'un consisterait dans la prohibition absolue aux sages-femmes de prescrire l'ergot sans autorisation du médecin. Mais les mauvais effets possibles de cette mesure seraient-ils compensés par les avantages qu'on s'en promet? — L'autre moyen est d'exiger des sages-femmes exerçant dans les campagnes un degré plus élevé d'instruction médicale, afin qu'elles puissent d'elles-mêmes apprécier les contre-indications capables de s'opposer à l'emploi de ce médicament toujours dangereux quand il n'est pas utile.

(1) Depuis les travaux de M. Bonjean, cette dernière cause de danger ne doit plus entrer en ligne de compte, puisqu'on est libre, en ordonnant l'ergotine, de laisser de côté le principe toxique du seigle ergoté, tout en conservant l'usage de son élément thérapeutique.

(NOTE DU RÉDACTEUR.)

RESPIRATION DU GAZ OXYGÈNE DANS UN CAS DE DIABÈTE ALBUMINEUX; par M. CASORATI.

Nous n'avons pas besoin de longs commentaires pour fixer toute l'attention de nos lecteurs sur la communication suivante. Ils en sauront apprécier d'eux-mêmes la haute importance. Bien qu'elle soit très-succincte, bien qu'elle ne résume encore que la première partie d'un travail plus étendu où M. Casorati se propose de consigner l'ensemble de ses recherches, elle n'en ouvre pas moins dès à présent à la thérapeutique une voie dans laquelle le nom honorable qui y a marqué les premiers pas doit puissamment encourager les travailleurs à s'engager à sa suite.

OBS. — Un homme de 50 ans, grêle, sobre, sujet dans sa jeunesse à des troubles des organes respiratoires, fut affecté, il y a cinq ou six ans, de sensations de pesanteur, de piqûres, de contorsion, d'ardeur à l'épigastre, parfois d'une véritable anxiété, symptômes qui s'apaisaient l'hiver. Les antiphlogistiques les calmaient.

En 1850, il offrit quelques signes d'une lésion de la moelle, douleur obscure dans la région rachidienne, faiblesse des membres inférieurs, inertie du rectum et de la vessie, phénomènes qui cessèrent par l'application de sangsues et d'exutoires.

Depuis un an, les symptômes épigastriques ont lieu sans fièvre, même dans leurs plus fortes exacerbations. Les urines sont devenues plus abondantes. Aucune médication interne n'est supportée.

En février 1852, il présente l'état suivant. La sensation pénible de l'épigastre ne se calme qu'après le repas pour se renouveler au bout de quelque temps. Une nourriture animale, substantielle, procure un relâche plus prolongé que l'alimentation insuffisante ou composée de végétaux. A distance extrême des deux repas, le malade éprouve un sentiment d'*érosion interne* qui lui arrache des gémissements. Il est donc obligé de les répéter trois à quatre fois par jour; il mange avec voracité.

On ne reconnaît aucune altération des organes sus et sous-diaphragmatiques. Le pouls est à 60, parfois au-dessous, dépressible, régulier, soif un peu plus forte; point de renvois, ni de mauvaise odeur à la bouche, un peu de faiblesse musculaire.

L'urine sort en quantité excessive — 7 à 8 livres dans les vingt-quatre heures, plus du double de la quantité des boissons — elle forme de l'écume, est dense et colorée comme la sérosité du lait, et offre l'odeur du bouillon. Reposée, il s'en précipite un dépôt floconneux, filamenteux, d'un blanc sale.

On soupçonnait que, outre l'albumine, l'urine pouvait contenir du sucre. Mais les réactifs n'en démontrèrent pas la présence. Au contraire, par l'acide nitrique, le bichlorure de mercure, la teinture de noix de galle et l'ébullition, on y constata l'existence d'une proportion considérable d'albumine. — Le malade affirme que dès le printemps de 1851, ses urines offraient cette apparence écumeuse, indice de l'albumine en excès qu'elles contenaient. Effectivement c'est depuis cette époque que l'amaigrissement fit des progrès et qu'il lui devint impossible de se contenter de deux repas par jour.

Le 1er mars, on commença l'emploi du gaz oxygène, en en faisant respirer deux vessies, chacune de la capacité de deux litres, contenant ce gaz mélangé d'un quart d'air atmosphérique. Peu à peu, on fit usage du gaz oxygène pur, et on en consomma par jour quatre vessies de la même capacité. L'effet immédiat de ces inspirations se bornait à une sensation non désagréable de chaleur à l'épigastre.

Le huitième jour, on nota les changements suivants : la quantité de l'urine est un peu diminuée. La proportion d'albumine qu'elle renferme est réduite des trois quarts environ. Les sensations pénibles de l'épigastre sont notablement apaisées. Le pouls est plus fréquent de 10 à 12 pulsations par minute, et a gagné de la résistance. La chaleur de la peau est plus marquée, la sécrétion cutanée s'est activée jusqu'à la sueur.

On continua les inspirations d'oxygène, sans interruption, jusqu'au 19 mars, à la quantité quotidienne de trois et plus souvent de quatre vessies. Un peu de toux, à cette époque, obligea de les suspendre. Durant cinq à six jours, il n'en résulta aucun changement; mais alors il survint une recrudescence des symptômes épigastriques.

En conséquence, on reprit les inhalations le 31 mars.

Le 7 avril, la crainte exprimée par le malade d'une lésion des organes respiratoires exigea une nouvelle suspension.

On les recommença le 10 du même mois. Mais la même cause les fit cesser au bout de quatre jours.

Cependant les urines étaient devenues plus claires, avaient graduellement perdu leur ressemblance avec la sérosité, et fournissaient moins de dépôt. Leur quantité était moindre, mais l'amélioration était moins marquée sous ce rapport que sous les autres. Les symptômes épigastriques reparaissaient, mais plus rares, plus faibles, et principalement lorsque le malade, au lieu de se nourrir de viande, avait voulu manger du riz et boire des boissons acidules.

Le 17 avril, les urines ne forment presque plus de bulles.

Le 19, traitées par l'acide nitrique et l'ébullition, elles ne fournissent plus d'albumine. A peine la noix de galle et le bichlorure de mercure en révèlent-ils quelques vestiges. La voracité a cessé. L'activité sécrétoire de la peau va en augmentant.

On recommence les inhalations d'oxygène, à raison de deux vessies par jour.

Ici s'arrête l'observation. M. Casorati cherche ensuite à déterminer, selon les lois physiologico-chimiques, le mécanisme par lequel cette médication a contribué à la guérison. Les recherches modernes ont prouvé, dit-il, que, par l'influence de l'oxygène, les matières albumineuses subissent dans le sang une combustion qui donne pour résidu deux corps azotés, l'urée et l'acide urique, lesquels sont éliminés avec les urines. Si quelque cause vient à entraver cette combustion, l'albumine, au lieu de passer dans l'urine à l'état d'urée et d'acide urique, y passe en nature. Ces données chimiques sont cliniquement confirmées par une foule d'observations desquelles il résulte que toute maladie empêchant directement ou indirectement le libre exercice de la respiration pendant un certain temps, donne lieu à l'expulsion d'une quantité plus ou moins considérable d'albumine par les urines. Cet effet a été constaté dans le croup, la bronchite capillaire, la phthisie, l'emphysème pulmonaire étendu, produisant l'asthme, les lésions organiques du cœur très-avancées (lorsqu'elles troublent gravement la respiration), l'ascite volumineuse, la grossesse à sa dernière période, enfin, dans les lésions de la moelle épinière et du cerveau.

Un fait d'anatomie comparée tend à établir la réalité de cette influence de l'oxygène sur la combustion de l'albumine dans le sang, c'est que les urines des mammifères et des oiseaux, à l'état normal, ne contiennent point d'albumine, tandis que les reptiles, si remarquables par la basse température de leur corps — indice d'une faible combustion — en ont constamment dans l'urine. Cette remarque a été faite par M. Robin.

Mais, outre les lésions désignées tout à l'heure, plusieurs causes morbides, dépendant d'autres organes et altérant d'autres fonctions que la respiration, peuvent produire le même effet. En recherchant attentivement, dès son début, l'origine de l'albuminurie, on la trouve souvent, comme chez le malade ci-dessus, dans un trouble des fonctions digestives. Les matières alimentaires n'ayant, par suite, subi qu'une élaboration imparfaite, s'arrêtent à un degré inférieur de leur transformation normale, et demeurent à l'état de sucre ou d'albumine, matériaux non assimilables dont l'économie se débarrasse par l'émonctoire rénal : d'où le diabète sucré, l'albuminurie ou la chlorose (dans laquelle l'élément qui manque dans le sang est l'élément globulaire.)

On comprend que le traitement de l'albuminurie doit varier autant que l'essence des causes morbides si diverses qui mettent obstacle à la combustion de ce principe dans le sang. Nous n'avons pas à nous occuper des indications toutes spéciales qui s'adressent aux maladies du cœur, de la moelle, à la bronchite, etc. Ici la conduite à tenir était toute différente, et la convenance de l'inspiration oxygénée évidente. Ne serait-ce pas folie, dit M. Casorati, de vouloir prouver l'utilité du gaz oxygène dès qu'il s'agit d'activer une combustion quelconque? N'est-il pas universellement reconnu que la digestion s'accomplit mieux l'hiver, alors que, sous le même volume d'air, on respire une plus grande quantité d'oxygène que l'été ; que l'appétit est plus vif quand on vit au grand air que dans un lieu renfermé ; lorsqu'on fait beaucoup d'exercice, ce qui, en faisant exhaler plus d'acide carbonique, provoque l'inspiration de plus d'oxygène ; que les gastropathiques, en général, se trouvent mieux en voyageant et en changeant quelquefois le milieu dans lequel ils respirent qu'en restant toujours au sein de la même atmosphère ; enfin que, chez les animaux, on peut réduire à son minimum l'activité des organes digestifs et la quantité d'aliments dont ils ont besoin en les contraignant à vivre dans un air rarement renouvelé, c'est-à-dire à respirer peu d'oxygène?

P. Diday.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE PUBLIQUE DU LUNDI 20 DÉCEMBRE.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Prix décernés pour l'année 1852.

EXTRAIT DU RAPPORT SUR LES PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1852.

Commissaires : MM. Velpeau, Roux, Andral, Rayer, Magendie, Duméril, Flourens, Lallemand, et Serres, rapporteur.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT LOCAL DU CANCER PAR LA PATE ARSENICALE, par M. Manec, chirurgien de la Salpêtrière.

L'emploi des préparations arsenicales, pour détruire les altérations cancéreuses, n'est pas nouveau dans la pratique; mais M. le docteur Manec en a suivi les effets immédiats et consécutifs avec beaucoup plus de soin qu'on ne l'avait fait avant lui. La méthode qu'il a employée dans le maniement de la pâte arsenicale du frère Côme lui a permis, d'une part, de faire des applications plus sûres et plus hardies de cet agent puissant, et, d'autre part, d'en obtenir des résultats inespérés, dans des cas tellement graves qu'on aurait pu les regarder comme au-dessus des ressources de l'art.

Voici en quoi consistent les nouvelles données que M. le docteur Manec a puisées dans la longue pratique de ce médicament :

En premier lieu, la pâte arsenicale pénètre les altérations cancéreuses par une sorte d'action spéciale qui s'arrête aux limites des tissus malades. Son action n'est pas seulement escarrotique, ainsi qu'on le pensait avant lui, mais, de plus, au-dessous la couche noirâtre superficielle que le caustique a désorganisée immédiatement, les tissus morbides sous-jacents paraissent frappés de mort, quoiqu'ils conservent en apparence leur texture propre et presque leur aspect ordinaire. Plus tard, la masse cancéreuse est séparée des tissus sains par une inflammation éliminatrice qui s'établit tout autour de la limite du mal. Il est à remarquer que la même pâte arsenicale, qui peut étendre son action à plus de six centimètres de profondeur dans des cancers d'une texture serrée, lorsqu'elle est appliquée à dose égale sur des ulcères rongeants superficiels, ne détruit le plus souvent que le tissu morbide, quelque mince qu'il soit, et respecte en quelque sorte les parties saines.

En second lieu, l'absorption de l'arsenic est proportionnée à l'étendue de la surface sur laquelle on l'applique.

Tant que cette surface ne dépasse pas les dimensions d'une pièce de 2 francs, l'absorption n'est pas suivie de danger. Si la maladie présente une surface beaucoup plus grande, on peut encore l'attaquer impunément en y revenant à plusieurs reprises et en mettant un intervalle convenable entre chaque application. C'est pour n'avoir pas pris ces précautions que l'on a vu des malades succomber à l'intoxication arsenicale, par suite d'une application faite sur une surface trop étendue.

En troisième lieu, l'arsenic absorbé se trouve éliminé principalement par les voies urinaires, dans un espace de temps qui ne dure pas moins de cinq jours, ni plus de huit, ainsi que l'ont démontré les nombreuses analyses faites par M. Pelouze. Il suit de là qu'en mettant un intervalle de neuf ou dix jours entre deux applications de la pâte arsenicale, il devient facile d'éviter tout danger provenant de l'absorption de l'arsenic. C'est dans la démonstration pratique de ces données capitales, qui reposent sur plus de cent cinquante cas, que consiste le mérite du travail de M. le docteur Manec. Ces faits ne sont pas seulement nouveaux, ils offrent encore la plus grande importance pour le traitement d'une maladie qui fait si souvent le désespoir de la chirurgie. En conséquence, la commission propose d'allouer à M. Manec une récompense de 2,000 francs.

SUR L'EMPLOI DES MERCURIAUX DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par M. A. Becquerel.

Depuis les communications faites par l'un de nous (M. Serres) à l'Académie sur l'efficacité du sulfure noir de mercure (éthiops minéral) dans le traitement de la fièvre entéro-mésentérique ou typhoïde, la médication dont il fait la base a été employée par divers médecins. Parmi les résultats obtenus, la commission mentionne celui de M. le docteur Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze (1), qui annonce avoir obtenu dix-neuf guérisons sur vingt malades affectés de cette fièvre.

Avant d'admettre un résultat qui dépasse les avantages qu'en avait obtenus l'un des membres de la commission, il était nécessaire de connaître avec exactitude, d'une part, les conditions morbides dans lesquelles étaient les malades au moment de l'administration du traitement, et, de l'autre, les circonstances détaillées de son effet sur la marche de la maladie.

Ces conditions, indispensables en thérapeutique, ont été parfaitement remplies par M. A. Becquerel, médecin des hôpitaux de Paris, dans un mémoire sur l'Emploi des mercuriaux dans le traitement de la fièvre typhoïde, (sulfure noir de mercure et frictions avec onguent mercuriel).

En conséquence, la commission propose d'allouer au travail de M. A. Becquerel un encouragement de 1,000 francs.

— La commission propose d'allouer une récompense de 1,000 fr. à l'ouvrage de M. Bouisson sur la Méthode anesthésique appliquée a la chirurgie et aux différentes branches de l'art de guérir.

INJECTIONS IODÉES DANS LE TRAITEMENT DE L'ASCITE; par M. Boinet.

Proposées par M. Velpeau, mises en pratique avec soin par un certain nombre de médecins, les injections iodées dans le péritoine des malades atteints d'ascite soulèvent des questions de thérapeutique trop graves pour être facilement jugées. Bien pénétré des difficultés du sujet, M. le docteur Boinet n'a pas craint de les affronter : il ne les a pas toutes surmontées sans doute; il n'a encore démontré ni l'efficacité ni l'innocuité absolue du traitement de certaines ascites par les injections iodées ; mais certaines observations qu'il a rassemblées, les faits qui lui sont propres, les expériences qu'il invoque et les considérations auxquelles il se livre paraissent de nature à justifier de nouvelles tentatives. En raison de la haute importance du fait, la commission a pensé qu'il convenait d'allouer aux efforts de M. Boinet un encouragement de 1,000 fr.

AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE; par M. Baudens.

Lorsque le pied est assez malade pour ôter tout espoir de le conserver, les chirurgiens se croyaient obligés, il n'y a guère plus de vingt-cinq ans encore,

(1) Gazette des hôpitaux, 16 novembre 1852.

d'amputer la jambe près du genou. Aujourd'hui c'est au-dessus des malléoles, et non plus à la partie supérieure du membre, qu'on ampute, quand le mal ne permet pas de s'en tenir à l'ablation de la moitié antérieure du pied. M. Baudens a pratiqué la désarticulation de cette partie du membre, de manière à conserver toute la jambe... La commission a pensé qu'il y avait lieu de tenir compte à M. Baudens des efforts auxquels il s'est livré pour la faire prévaloir et pour en démontrer les avantages : en conséquence, elle propose d'allouer à M. Baudens un encouragement de 1,000 fr.

HYGIÈNE.

ÉTIOLOGIE DU CRÉTINISME; par M. NIEPCE.

M. Niepce, en allant pendant trois ans sur les lieux où règne le crétinisme, a essayé d'éclairer l'importante question de l'étiologie de cette dégradation de l'espèce humaine.

Il a d'abord observé avec soin les individus qui en étaient affectés, et, de même que ceux qui l'avaient précédé dans cette étude, il a constaté que cette dégradation de l'espèce humaine frappait simultanément l'ensemble de tout l'organisme. Par là il différencie le crétinisme de l'idiotie, bornée presque toujours à l'arrêt de développement des facultés mentales.

Passant ensuite l'examen des conditions physiques qui peuvent amener ce résultat, M. Niepce établit qu'elles sont multiples, et non uniques, ainsi qu'ont pu le croire certains observateurs.

Ainsi, ni la présence de la magnésie dans les eaux, ni celle en excès du sulfate de chaux, ni même l'absence de l'iode dans les plantes et dans l'air, ne lui paraissent susceptibles à elles seules de produire un effet si général et si profond sur l'ensemble de tout l'organisme; il faut de plus la disposition des lieux qui arrête la ventilation, produit la stagnation de l'air et le charge d'une humidité surabondante. De plus encore, dans les localités visitées par M. Niepce, le développement du crétinisme est favorisé par la mauvaise nourriture et l'insalubrite des habitations.

Au milieu du triste tableau que retrace l'ouvrage de M. Niepce, un fait consolant se fait jour en montrant la diminution du crétinisme dans les localités où l'industrie vient diminuer la misère de la population.

Il ressort encore de ce travail que la dégradation humaine a des limites qu'elle ne franchit jamais. Quel que soit le degré d'abaissement qu'il présente, l'organisme humain conserve toujours la supériorité physique que le Créateur lui a assignée : il se dégrade sans reculer vers l'animalité.

D'après ces considérations, d'après aussi l'utilité dont pourra devenir cet ouvrage pour ceux qui de nouveau voudront se livrer à l'étude du crétinisme, la commission propose d'accorder à M. Niepce un encouragement de 1,000 fr.

EFFETS DE L'INGESTION DES MATIÈRES VIRULENTES DANS LES VOIES DIGESTIVES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX; par M. RENAULT (d'Alfort.)

M. RENAULT, directeur de l'École vétérinaire d'Alfort, a adressé, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un mémoire intitulé : ÉTUDES EXPÉRIMENTALES ET PRATIQUES SUR LES EFFETS DE L'INGESTION DES MATIÈRES VIRULENTES DANS LES VOIES DIGESTIVES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX DOMESTIQUES. Ce travail repose sur un grand nombre d'expériences faites sur le cheval, le mouton, le porc, le chien et la poule. De ces expériences, l'auteur s'est cru autorisé à conclure à l'innocuité de ces substances ingérées dans l'appareil digestif. Il pense même que la chair des animaux n'éprouve, par cette alimentation, aucune diminution appréciable de qualité, et que par conséquent il n'existe aucune raison d'empêcher l'alimentation des porcs et des poules avec les débris des clos d'équarrissage ; enfin l'auteur ajoute qu'il n'y a aucun danger pour l'homme à manger la viande cuite provenant d'animaux atteints de maladies virulentes, ou à se nourrir du lait qu'ils fournissent.

La commission a pensé que de nouvelles expériences sont nécessaires avant que l'autorité puisse modifier les règlements qui s'opposent à la vente et à l'emploi de la viande provenant d'animaux atteints de maladies contagieuses.

Reconnaissant néanmoins l'importance des recherches de M. Eug. Renault, qui tendent à la solution d'une des questions les plus graves de l'hygiène et de l'économie domestique, la commission propose d'accorder à l'auteur un encouragement de 1,000 fr.

DES MAISONS MORTUAIRES; par M. JOSAT.

M. le docteur JOSAT a adressé, pour le concours de médecine et de chirurgie, un travail relatif aux *maisons mortuaires* établies dans plusieurs villes d'Allemagne. Les asiles destinés à recevoir les corps des personnes dont l'inhumation ne doit avoir lieu qu'après le développement des premiers phénomènes de putréfaction, ont été créés dans l'opinion que la décomposition *générale* du corps était le seul signe certain de la mort. Cette opinion et la conséquence que M. Josat en a déduite, en proposant d'établir des maisons mortuaires dans toutes les villes de France, ne peuvent être admises. Mais le travail de M. Josat contient, sur l'organisation de ces asiles, qu'il est allé étudier sur les lieux, des renseignements qui pourront être consultés avec fruit si le gouvernement croyait devoir établir dans les quartiers pauvres et populeux des grandes villes manufacturières, des *dépôts mortuaires*, pour soustraire des familles réunies dans une chambre commune au contact et aux émanations d'un cadavre plus ou moins altéré.

D'après cette considération, la commission a accordé à M. Josat un encouragement de 1,000 fr.

TOXICOLOGIE.

DE L'ÉLIMINATION DES POISONS; par M. LOUIS ORFILA.

En toxicologie, l'élimination des poisons était bien admise d'une manière générale, mais elle n'avait pas été démontrée expérimentalement pour le plomb, l'argent, le cuivre, le mercure, et c'est ce qu'a fait M. Louis Orfila.

Plusieurs des expériences relatives aux voies par lesquelles les poisons sont éliminés ne sont que la confirmation de celles qui avaient été faites antérieurement ; mais il en est beaucoup qui sont propres à l'auteur et qui renferment des faits nouveaux : telles sont, en particulier, les expériences relatives à l'élimination du mercure, élimination qui, comme on le sait, a été si longtemps controversée.

En conséquence, la commission propose d'accorder à M. Louis Orfila un encouragement de 1,000 fr.

Enfin la commission a examiné l'ouvrage de M. Ricord sur la maladie syphilitique. Elle y a remarqué plusieurs observations relatives à des affections des viscères profonds que l'auteur considère comme vénériennes. Par ses travaux antécédents, de même que par sa position, l'auteur était mieux que tout autre à même d'éclaircir ce point presque nouveau et si important de la pathologie, la commission le recommande à son attention. Elle réserve aussi pour un concours prochain deux travaux importants : l'un est celui de M. Renault, relatif à la rapidité avec laquelle les différents virus pénètrent dans l'économie; l'autre est le travail de M. Pétrequin, sur la galvanopuncture appliquée au traitement des tumeurs anévrismales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté,

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Trois rapports de M. le docteur Villemin, médecin sanitaire à Damas, relatifs à l'étude du bouton d'Alep et à l'influence attribuée à l'eau de la rivière d'Alep sur cette maladie. Ces rapports sont accompagnés de deux paquets de terre d'Alep et de sept bouteilles d'eau d'Alep. (Comm. des eaux minerales.)

2° Une lettre de M. le docteur Bozard, médecin à Vercel (Doubs), contenant de nouvelles observations au sujet du procédé qu'il emploie pour la conservation du vaccin. (Comm. du vaccin.)

3° Divers appareils d'un sieur Fléchelle, destinés au soulagement des malades, avec demande d'avis à l'Académie.

4° Enfin une demande d'avis sur divers remèdes secrets.

— M. BRULET, secrétaire de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Dijon, fait connaître à l'Académie un moyen qu'il croit appelé à remplacer avantageusement les agents anesthésiques ordinaires. Il s'agit de l'emploi d'irrigations froides, dirigées dans le conduit auditif externe. L'auteur a observé que ces irrigations avaient pour effet de produire une insensibilité momentanée avec ralentissement du pouls.

— M. BARDINET (de Limoges), adresse un mémoire intitulé : DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE ET DE LA TRANSMISSIBILITÉ PAR SA VOIE DE L'ALLAITEMENT, DES ENFANTS AUX NOURRICES. (Commission déjà nommée : rapporteur M. Depaul.)

— M. BABAULT, d'Angerville (Seine-et-Oise), adresse une notice sur le traitement de la pustule maligne, et sur un moyen prophylactique de cette maladie. (Comm. : MM. Velpeau et Huguier.)

— M. DIDIER, médecin-dentiste, adresse un mémoire sur un nouveau système de prothèse dentaire. (Comm. : MM. Malgaigne, Duval et Oudet.)

— M. STANISLAS MARTIN soumet à l'examen de l'Académie la formule d'un composé de chlore, de phosphore et de mercure, qu'il désigne sous le nom de chlorophosphure de mercure. (Comm. : MM. Soubeyran et Boullay.)

— M. DECES, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims, adresse un mémoire sur un cas de luxation horizontale et antérieure de la tête du fémur, et sur un nouveau procédé de réduction à l'aide d'un levier extenseur. (Comm. : MM. Gerdy, Hervez de Chegoin et Malgaigne.)

— M. BOULAND adresse une lettre en réponse à la réclamation de priorité faite dans la précédente séance par MM. de Puisaye et Lecomte, relativement au procédé de chauffage de l'eau d'Enghien. M. Bouland établit dans cette lettre, contrairement à l'assertion de MM. de Puisaye et Lecomte, que c'est dès 1846 qu'il a conçu l'idée de cette modification dans le mode d'administration des eaux d'Enghien, et par conséquent longtemps avant l'époque où ces messieurs se sont occupés de cette question. (Comm. des eaux minérales.)

— L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions permanentes.

Sont nommés :

Dans la commission des épidémies, MM. Maccartan et Roche;
Dans la commission des remèdes secrets, MM. Orfila et Robiuet;
Dans la commission des eaux minérales, MM. Mêlier et Boullay;
Dans la commission de vaccine, MM. Bouvier et Devilliers.
Comité de publication : MM. Chomel, Bousquet, Bégin, Bussy et Bouley jeune.

OPIUM INDIGÈNE.

M. BOUCHARDAT, au nom d'une commission composée de MM. Rayer, Orfila, Boullay, Chevallier, Grisolle et Bouchardat, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Aubergier, relatif à la préparation de l'opium indigène.

Ce rapport, très-étendu, comprend d'abord le résultat des recherches chimiques faites par la commission sur la composition de l'opium indigène, et en second lieu les résultats des études cliniques sur les propriétés thérapeutiques.

D'après la commission, l'opium indigène bien préparé serait, non-seulement plus riche que l'opium exotique, mais sa composition serait surtout plus con-

stamment uniforme que celle de l'opium que fournit l'Orient. La commission, toutefois, fait des réserves sur les différences qui pourraient provenir, soit des procédés mis en usage pour sa préparation, soit même des fraudes qui pourraient l'altérer; et pour prévenir ces causes d'inégalité dans la composition de l'opium indigène, elle émet la pensée qu'il y aurait utilité, dans l'intérêt de la salubrité et de la sûreté publiques, à ce que le gouvernement s'attribuât le monopole de la fabrication de l'opium.

Les études cliniques sur les effets thérapeutiques de l'opium indigène ont été faites dans les services de MM. Grisolle et Rayer. En voici les principaux résultats.

Les observations qui ont été transmises au rapporteur par M. Grisolle, démontrent que l'extrait d'opium obtenu par M. Aubergier jouit de toutes les propriétés thérapeutiques de l'extrait d'opium exotique, que son action est peut-être plus énergique, et que s'il fallait fixer par des nombres l'énergie proportionnelle des deux extraits, on arriverait à conclure que 4 centigrammes d'extrait d'opium indigène représentent assez exactement 5 centigrammes d'opium exotique.

Dans le service de M. Rayer, l'extrait d'opium indigène préparé et fourni par M. Aubergier a été donné sous forme de granules de 1 centigramme chacun, à des doses variables, depuis 1 centigramme jusqu'à 10 centigrammes, dans des maladies très-diverses. Sur une centaine de malades, il a été constaté que les effets sédatifs de l'opium indigène n'ont jamais été au-dessous des effets de l'opium exotique habituellement employé.

L'opium indigène a été administré dans un grand nombre de maladies dans lesquelles on emploie souvent, avec succès, l'opium exotique, et particulièrement dans plusieurs cas de coliques de plomb très-douloureuses, de rhumatismes aigus, de névralgies, de phthisie pulmonaire, etc.; constamment l'opium indigène aux doses ordinaires de l'opium exotique a procuré du soulagement et du sommeil.

Il reste démontré, pour les commissaires, que l'opium indigène qui leur a été remis par M. Aubergier, jouit de toutes les propriétés thérapeutiques de l'opium exotique, à un degré au moins égal à celui de l'opium de bonne qualité employé dans nos hôpitaux.

En résumé, l'examen chimique et l'observation clinique ont démontré que l'opium indigène peut soutenir avec avantage la comparaison avec l'opium exotique de bonne qualité.

La commission, en conséquence, propose pour conclusion de demander l'approbation de l'Académie pour le mémoire de M. Aubergier, et d'en ordonner l'impression dans les mémoires de l'Académie.

M. Chevallier désirerait qu'on supprimât dans le rapport la phrase qui a trait au monopole. Il ne croit pas que le monopole fût désirable en pareille matière; mais ce qui lui paraîtrait devoir atteindre le but qu'a en vue M. le rapporteur en proposant le monopole, c'est le *titrage*. Aussi voudrait-il que le rapport en fît mention.

M. Boullay partage l'avis de M. Chevallier, particulièrement en ce qui concerne le monopole. Il appuie la suppression demandée.

M. Bouchardat consent à proposer l'application du titrage demandée par M. Chevallier. Quant au monopole, il persiste à croire que ce serait une mesure utile, et il ne saurait consentir à supprimer de son rapport la phrase qui le concerne.

M. le président met aux voix la suppression de ce passage. La majorité se prononce contre la suppression. Le passage, en conséquence, est maintenu.

La proposition qui consiste à soumettre l'opium indigène à la mesure du titrage est mise aux voix et adoptée.

M. Chevallier propose d'adresser une copie du rapport au ministre. L'Académie adopte.

Les conclusions du rapport, avec ces additions, sont mises aux voix et adoptées.

CLINIQUE DE VICHY.

M. Patissier fait un rapport verbal sur un travail de M. Durand-Fardel, membre correspondant de l'Académie, ayant pour titre : Mémoire clinique sur cinq années de pratique a Vichy (de 1848 a 1852).

Dans un tableau synoptique qui termine son mémoire, M. Durand-Fardel résume par des chiffres les résultats curatifs qu'il a obtenus dans cette période quinquennale. Sur 615 maladies diverses observées, 101 ont été guéries, 224 ont été considérablement améliorées, 139 n'ont éprouvé qu'une faible amélioration, sur 99 les résultats ont été nuls, chez 5 on a constaté des suites fâcheuses, chez 47 les résultats ont été inconnus.

Si l'on considère, dit M. le rapporteur, que la médecine ordinaire est le plus souvent impuissante dans la curation des maladies chroniques, on devra reconnaître que les résultats signalés par M. Durand-Fardel démontrent évidemment que les eaux minérales sont un précieux secours pour combattre les maladies de long cours, et qu'à cet égard elles manifestent une étude sérieuse de la part des praticiens.

La commission estime qu'il y a lieu d'adresser une lettre de félicitations à M. Durand-Fardel et de renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

PURPURA HEMORRHAGICA FEBRILIS; ANALYSE DU SANG; AUCUNE TRACE DE FIBRINE; MORT.

M. Hérard, médecin des hôpitaux, communique sous ce titre une observation qu'il croit sans exemple dans les annales de la science, et qui serait appelée, suivant lui, à jeter quelques lumières sur l'histoire encore obscure des affections scorbutiques, et en particulier sur la question si controversée de la composition du sang dans ces maladies.

Voici le fait rapporté par M. Hérard :

Dans cette observation, remarquable à plus d'un titre, il s'agit d'un homme âgé de 35 ans, doreur, entré à l'hôpital de la Pitié le 22 août 1851.

Jouissant habituellement d'une bonne santé, doué d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, cet homme était convalescent depuis une quinzaine de jours d'un érysipèle de la face qui n'avait présenté rien d'insolite ni dans sa marche ni dans ses principaux symptômes.

Le 19 août, à la suite d'un bain froid, il fut pris tout à coup, sans cause appréciable, d'un frisson avec fièvre, céphalalgie, courbature générale, et en même temps d'une très-vive douleur de reins.

Le 20 et le 21, les accidents continuèrent, allèrent même en augmentant; le malade eut des nausées et quelques vomissements.

Le 22, il vint à pied à l'hôpital de la Pitié, où il fut admis. L'interne de la salle, M. Labric, constata, le soir de l'entrée, une fièvre intense, de la céphalalgie, de l'inappétence, la langue blanche, légèrement rouge sur les bords, une douleur de reins tellement aiguë, qu'elle arrachait des cris au malade et absorbait presque tous les autres symptômes. Du reste, pas de larmoiement ni de coryza; pas de toux, pas de mal de gorge, pas de diarrhée. Çà et là sur la face et les membres quelques petites saillies coniques qui firent songer à la variole; mais le malade, d'ailleurs vacciné, assurait que ces élevures existaient depuis longtemps.

Le 23, à la visite du matin, l'état est à peu près le même que la veille au soir. La fièvre persiste, les douleurs de reins sont intolérables; les élevures demeurent stationnaires; mais sur la face et le devant de la poitrine on remarque une rougeur assez vive, générale, uniforme, sans pointillé, disparaissant à la pression. Le malade ne se plaint ni de mal de gorge ni de difficulté à avaler. La muqueuse bucco-pharyngienne est saine, la langue blanchâtre, humide. Il n'y a plus de vomissements. L'intelligence est libre. Le soir, l'injection des téguments est plus étendue et encore plus marquée que le matin.

Le 24 (quatrième jour depuis le début), la céphalalgie et surtout la douleur des reins sont toujours très-violentes. La peau est chaude, le pouls, développé, bat 108 fois par minute. Les deux conjonctives oculaires et les paupières, principalement du côté droit, sont le siége de fortes ecchymoses violacées, noirâtres. Un grand nombre de pétéchies lie de vin se montrent sur le ventre et les membres inférieurs; elles sont confluentes à la région hypogastrique, rares sur la poitrine et les bras. Sur les jambes, on observe par plaques disséminées une teinte bleuâtre qui dénote une hémorrhagie profonde. La langue, à peine rouge sur les bords, présente à sa face dorsale un enduit blanchâtre; les gencives sont saines, ainsi que l'arrière-gorge, le malade expectore cinq ou six crachats sanglants, et assure avoir rendu des urines rouges de sang. A l'auscultation, on perçoit dans la poitrine quelques râles sous-crépitants disséminés. La percussion ne fait reconnaître aucune différence de son appréciable. (Limonade citrique pour boisson; saignée de 200 grammes; diète). Un soulagement immédiat a été obtenu après la saignée; puis, quelques heures après, le malade s'est plaint tout à coup d'une sensation d'étouffement et est mort subitement.

Examen du sang tiré de la veine. — Le sang ne s'est pas séparé, comme à l'ordinaire, en sérum et en caillot; il a conservé pendant vingt-quatre heures une couleur noirâtre et un état de fluidité des plus remarquables. Il n'a présenté aucune trace de couenne. M. le docteur Becquerel, qui en a fait l'analyse quantitative et qualitative, est arrivé aux résultats suivants tout à fait inattendus :

Fibrine. — Après un quart d'heure de battage avec une vergette d'osier, il a été impossible de constater le plus petit atome de fibrine.

Globules. — Même impossibilité de séparer les globules du sérum. Le dépôt spontané, pas plus que l'addition au sérum du sulfate de soude, pas plus que la réfrigération, n'ont pu permettre cette séparation.

Densité. — La densité du sang ainsi altéré était de 1053,50.

1,000 parties de sang mis à dessiccation contenaient : eau, 803,44; parties solides, 196,56.

La proportion des substances alcalines n'a pu être déterminée.

Les réflexions dont M. Hérard fait suivre la relation de ce fait tendent à le faire considérer comme un cas de purpura hémorrhagique fébrile, semblable à ceux qu'a décrits M. Rayer. (Commissaires : MM. Louis et Gibert.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons orales sur les phrénopathies; par M. Guislain, professeur à l'université de Gand. — Paris, chez J.-B. Baillière.

Traité théorique et pratique des maladies mentales; par M. Morel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Mareville, etc. — Paris, chez Victor Masson, 19, place de l'École-de-Médecine.

On s'étonne, en considérant la succession des découvertes humaines, de la marche incohérente et capricieuse du progrès. Lent et rapide, brusque et régulier, marqué d'élans limités et de réactions considérables, réalisant des prodiges dans un ordre intellectuel presque inaccessible, et laissant dans l'ombre des vérités élémentaires : telle est son histoire.

A l'époque où les Archimède et les Euclide résolvaient les plus difficiles problèmes; lorsque la lumière se faisait, dans certaines branches de nos connaissances, sur les questions les plus obscures, beaucoup de branches importantes, la chimie, l'anatomie, la physiologie et, sous plus d'un rapport, la médecine elle-même, ne procédaient qu'avec un succès douteux et tardif à l'extinction des préjugés qui les dominaient et aux perfectionnements dont ils devaient plus tard s'enrichir.

Ces remarques, déjà trop vraies dans leur acception générale, s'appliquent de tous points à la médecine des aliénés. Tandis que l'esprit s'usait dans des subtilités d'école, on négligeait la seule étude capable peut-être de porter la clarté dans les questions philosophiques. Les fous, décrétés d'incurabilité, étaient délaissés dans leurs familles, confondus avec les malfaiteurs dans les prisons, livrés dans des asiles infects, à des soins mercenaires, souvent barbares. Il fallut une révolution pour substituer la pitié à la répression, la prévoyance au délaissement, le bon sens à la cruauté. L'aliénation mentale devint une science, l'aliéné un malade, et l'immortelle date de 1789 le point de départ d'une réforme qui honore l'intelligence du dix-huitième siècle et dont l'humanité s'applaudit.

C'est à l'initiative de Pinel que sont dus, en effet, les innovations salutaires apportées dans le traitement des aliénés et le premier ouvrage important sur la folie. Des prémisses bien posées amènent leurs conséquences. L'arbre porta ses fruits. A l'école de Pinel se formèrent des médecins instruits; ils comprirent son œuvre, y concoururent et la continuèrent. On ne s'occupa plus seulement des aliénés pour les contenir, mais bien pour les guérir ou tout au moins pour les soulager. Une médecine morale, par son intervention salutaire, vint détrôner les moyens de coercition et féconder le matérialisme étroit des applications thérapeutiques. La loi de 1838, en obligeant les départements à créer des services spéciaux d'aliénés et en soumettant surtout cette organisation nouvelle à la direction commune de l'État, a secondé cet élan qui a dépassé les frontières. Les asiles se sont multipliés en France et à l'étranger, on les a soumis à des inspections périodiques, à un contrôle intermittent qui en garantit le fonctionnement et en assure la régularité. La science mentale a conquis d'ardents disciples, des interprètes éclairés. Une foule de travaux d'ensemble et de détail ont été élaborés, de questions obscures approfondies. De toutes parts, l'émulation s'exerce; une sainte alliance scientifique se noue; chacun dans la mesure de ses forces apporte à l'édifice sa pelletée de terre, à l'observation son contingent. Des recueils périodiques ont paru sur la matière. L'un d'entre eux, le premier en date (les ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES), forme déjà un riche répertoire d'œuvres instructives. La science possède, dans la société du même nom, une sorte d'académie où les plus hautes questions de philosophie mentale sont traitées par des hommes spéciaux. Partout enfin se révèle cette effervescence scientifique, cette tendance commune à porter la lumière sur des sujets que vingt siècles n'ont pas éclairés. Les deux ouvrages que nous allons essayer d'analyser ici en sont une intéressante et nouvelle preuve.

L'un de ces ouvrages a pour auteur un vétéran de la science mentale, M. Guislain, qu'à ce titre nous aborderons le premier. Connu pour sa laborieuse sagacité, cet écrivain, auquel on doit déjà un traité complet des phrénopathies que recommande surtout à l'attention une classification remarquable, se fût sans aucun doute dispensé d'en publier un second sur le même sujet, s'il n'avait su pouvoir lui donner une forme différente et lui faire acquérir un autre genre d'utilité; c'est ainsi qu'au lieu de rééditer son premier travail, M. Guislain, auquel un long intervalle d'années avait apporté un plus riche contingent de remarques, de comparaisons et d'expériences, s'est livré à une tâche toute nouvelle et pleinement justifiée par son importance, en inculquant, comme professeur, sa science au public et aux élèves qui suivaient ces cours.

C'est la collection volumineuse de ces leçons orales qu'il vient de faire paraître avec un grand luxe typographique, de nombreux plans, figures et modèles.

Le point de départ de cet ouvrage indique d'avance son caractère; on y trouve les avantages et les lacunes de ces sortes d'improvisations dont le sujet, le choix, les développements sont déterminés par l'inspiration du moment, les dispositions accidentelles de l'esprit, l'état plus ou moins intéressant des malades examinés, en un mot par la circonstance. C'est une sorte de causerie scientifique qui admet les simples esquisses ou les longs tableaux, et ce n'est pas toujours, on le conçoit, l'importance même du sujet qui décide des développements qui lui sont donnés. M. Guislain s'est surtout appliqué à l'analyse des faits particuliers de diagnostic et de traitement dont l'aliénation mentale se compose. Les nombreux chapitres qu'il a consacrés à ces importantes questions méritent une mention spéciale: tous dénotent le but qu'il s'est proposé de former des praticiens: c'est ainsi qu'il s'appesantit avec raison sur les principes qui doivent présider à l'interrogation des aliénés; les conditions où doit être placé le médecin à l'égard du malade, des employés, des élèves et des assistants, sur la nature des questions à poser et sur l'interprétation qu'on peut faire soit des réponses, soit du silence.

L'analyse méthodique des particularités phénoménales, dans leur filiation avec les formes mentales au sein desquelles elles se produisent, a été l'objet de plusieurs leçons savantes et curieuses.

On sait toutes les polémiques soulevées à l'égard des causes. Plusieurs médecins ont donné la supériorité à l'élément physique. M. Guislain, armé de son expérience de praticien et d'une observation studieuse, se sépare, avec beaucoup d'auteurs, de cette opinion. Il restitue aux causes morales leur prééminence, et démontre que cette origine est presque toujours celle de la folie. Dans cette belle leçon où M. Guislain s'élève aux idées les plus hautes, se rencontre une savante analyse des effets de la civilisation. Il importe de les envisager, dit l'auteur, à un point de vue relatif et non d'une manière absolue. Les sophismes et les exagérations, à cet égard, ont du reste fait leur temps. Ce point d'intérêt supérieur, qui touche aux bases fondamentales de la société et aux systèmes qui doivent la régir, n'est plus guère un thème de polémique et de désaccord: ceux-là mêmes qui attribuent une fâcheuse influence à certains éléments de la civilisation actuelle, n'accusent pas précisément le progrès, comprenant que son idéal, en détruisant les inégalités, les injustices et les résistances, détruirait par cela même toutes les causes de folies qu'alimente un état social moins avancé.

Ce cadre est trop étroit pour citer dans notre analyse toutes les parties de ce livre qui auraient droit à y figurer, et pour insister en particulier sur le traitement que M. Guislain met en rapport avec la prédominance des diverses formes mentales. Disons pourtant qu'on demeure frappé de la rectitude des jugements et de la pénétration analytique qu'accuse le choix varié des moyens hygiéniques et thérapeutiques. Modificateurs médicamenteux, révulsions dermiques, soustractions sanguines, isolement des aliénés, traitement moral, ces divers ordres d'éléments sont envisagés dans tous leurs détails et tous leurs aspects. Le savant professeur ne se borne pas à une simple médication; il les approprie avec prévoyance, les combine avec art, se refuse aux systématisations absolues, et se tient, dans ses applications comme dans ses principes, sur la limite de la modération et dans le cercle des vérités positives.

« En médecine, dit M. Guislain, on doit savoir se préserver des entraî-
» nements et des séductions de l'amour-propre; car notre imagination ne
» grossit que trop souvent la somme des succès obtenus, et nous sommes
» conduits à établir des règles générales là où ne se présentent que des cas
» exceptionnels.

» Nulle part les déceptions n'ont été plus fortes que dans le traitement
» des maladies mentales. Chaque jour des moyens nouveaux sont annon-
» cés, et chaque jour on enregistre des mécomptes.

» L'homme pratique doit tendre à la connaissance de la vérité. »

M. Guislain a d'ailleurs traité tous les points relatifs à la construction des asiles, à leur organisation, leurs conditions administratives, l'action médicale, la discipline et le service intérieur avec les développements précis, l'esprit de détail et d'analyse qui forment la direction principale et l'une des grandes ressources de son talent.

En résumé il faut entrer, pour bien apprécier ce livre et lui assigner sa valeur réelle, dans l'intention qui l'a dicté. Si l'on n'y trouve pas un exposé didactique de l'aliénation mentale, ni le développement régulier d'une doctrine quelconque; si l'abondance des observations et des faits ne rend que plus sensible l'absence de coordination et d'unité, ce défaut d'enchaînement est, à vrai dire, le résultat nécessaire du plan que l'auteur s'est tracé, du but qu'il a poursuivi; et c'est peut-être, à ce point de vue, un des mérites de l'ouvrage. M. Guislain n'a fait et voulu faire que de bonnes et substantielles leçons, profitables à ses élèves et marquées d'un cachet de haute utilité pratique.

Bien différent est le livre que M. Morel a publié récemment sous le titre d'ÉTUDES CLINIQUES.

Ce médecin suit une autre voie, il procède par d'autres moyens, il brille par d'autres qualités. Écrivain souple et facile, doué, si l'on peut ainsi parler, d'un tempérament artiste, d'une imagination moins contenue qu'aventureuse, il excelle, sinon à analyser sévèrement les faits en eux-mêmes, du moins à en montrer les faces saillantes. Nul ne pouvait mieux écrire l'histoire de l'aliénation; car versé comme il l'est dans l'étude de plusieurs langues et ayant appuyé ses recherches de nombreux voyages scientifiques, personne ne la pouvait mieux connaître, ni apporter à cet égard un plus riche contingent. Disons encore que M. Morel est chargé d'un grand service d'aliénés, où l'immense somme de ses facultés trouve une application et un but: c'est là une situation exceptionnellement favorable, mais où l'homme n'a pu peut-être dépouiller entièrement ses qualités personnelles, qui l'éloignent des détails, ni les préventions qu'il a pu acquérir par des opinions préconçues, ni enfin les idées philosophiques

abstraites dont il s'est nourri et qui tendent à dominer, dans une certaine mesure, sa pratique et sa théorie mentales.

Quoi qu'il en soit, M. Morel, placé dans cette condition doublement favorable de nature et de position, croyant saisir dans la science une lacune que n'ont comblée ni les travaux de Pinel ni ceux d'Esquirol, s'est appliqué à résumer l'histoire de l'aliénation dans un traité général, destiné moins aux savants et aux praticiens, familiers avec cette affection, qu'aux médecins étrangers tout à la fois aux principes et à l'histoire de la science mentale.

Porté à cette tâche par ses aptitudes, M. Morel l'a remplie de la manière la plus complète. Faits de l'histoire, science, pratique, doctrines, appréciations tout, dans son livre, se groupe, se rattache et s'associe: tous les sujets y sont élégamment présentés, rendus faciles et attrayants, mais dépourvus peut-être de cette sévérité scrupuleuse, de cette précision logique qui forme le fond de certains travaux et sont le cachet de certains tempéraments: c'est une suite de tableaux, constitués pour ainsi dire de toutes pièces, avec les données de la chronologie, les citations des auteurs, les impressions de l'écrivain, et pris à ce point de vue généralisateur qui est dans la manière de M. Morel, dans ses tendances et dans son talent.

La description la plus exacte ne vaut pas pour lui les enseignements qui résultent de la nature prise sur le fait. Il fait intervenir les malades, consigne leurs paroles et leurs impressions directes, comme la meilleure préparation à l'intelligence des phénomènes intimes de l'aliénation mentale.

M. Morel a, du reste, indiqué lui-même son but et ses espérances: « Si nous parvenons, dit-il, à vulgariser l'étude de ces difficiles maladies, » si la théorie que nous avons développée nous amène à des appréciations » plus fécondes, tant au point de vue du traitement que de la médecine » légale; si surtout nous parvenons à intéresser davantage le public à la » cause des malheureux aliénés, notre but sera atteint, notre satisfaction » sera complète: nous ne demandons pas d'autres récompense pour prix » de nos efforts et de nos veilles. »

En comparant maintenant, dans un coup d'œil rétrospectif, les deux ouvrages dont nous venons de faire ressortir les faces saillantes, on voit que, s'ils tendent à un même résultat, c'est par des moyens fort différents.

M. Guislain est surtout l'homme des détails précis, de l'analyse intime, individuelle et profonde, l'interprétateur scrupuleux des causes, des symptômes, des conditions de traitement, et il force en quelque sorte, grâce à la clarté que ses explications minutieuses et complètes jettent sur tous les points d'un sujet, les élèves et le public à le suivre dans les plus obscurs labyrinthes de l'aliénation.

M. Morel met en œuvre d'autres ressources; sa pensée a besoin d'espace, son inspiration de traits accentués, son style de rapprochements ingénieux; et c'est surtout par l'exposé pittoresque des faits et des incidents variés qui s'y rattachent qu'il fait arriver la vérité dans les esprits.

On peut dire, en un mot, que M. Guislain a fait et publié ses leçons pour instruire directement les auditeurs ou les lecteurs, et provoquer les améliorations que son talent d'analyse, son esprit d'observation et sa longue pratique lui ont suggérées, tandis que M. Morel a voulu moins communiquer au public médical les aperçus de son propre savoir et le fruit de ses méditations, qu'exposer d'une manière saisissante le tableau général du mouvement scientifique dans le domaine de la folie.

Ces ouvrages, si distincts par leur genre de mérite, et qui ne se rapprochent guère que par leur utilité, sont, du reste, à la hauteur de tout ce que publie de nos jours la science. C'est une justice à rendre à l'époque: il n'y a plus guère, à cet égard, de travaux médiocres. Chacun marche, comme à l'unisson, d'un pas ferme sur un terrain bien éclairé.

Toutefois, les dernières productions de MM. Guislain et Morel font désirer, par leur divergence même, qu'il vienne à surgir, dans un cadre à la fois large et concis, un traité analytique où toutes les faces de la science mentale pourront être mises en relief et tous ses enseignements consignés.

Dr De Lasiauve.

VARIÉTÉS.

— Le tribunal correctionnel de Paris (6e chambre) a rendu, le 29 de ce mois, un jugement qui condamne M. Malgaigne, pour délits d'injures publiques et de diffamations envers M. Jules Guérin, à une amende de 2,000 fr., aux dépens et à l'insertion dudit jugement dans la Revue médico-chirurgicale et dans la Gazette Médicale.

— Par décret impérial, M. le docteur Trousseau est transféré de la chaire de thérapeutique et de matière médicale de la Faculté de médecine de Paris dans la chaire de clinique interne de ladite Faculté.

— Par un décret du 15 décembre 1852, M. Blache (Jean-Antoine-Romain), second médecin en chef de la marine, a été promu au grade de premier médecin hors cadre.

— Par un décret de l'empereur en date du 15 décembre, M. Grimaud, second pharmacien en chef de la marine, à Rochefort, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite à titre d'ancienneté de service.

— Par d'autres décrets du même jour ont été nommés dans le corps des officiers de santé de la marine M. Sabourand, second pharmacien en chef; MM. Olivier et Colson, chirurgiens de première classe, MM. Vidal et Grenet, chirurgiens de deuxième classe, — MM. Pelon, le Pennel et Bonnet, chirurgiens de troisième classe.

— M. le docteur Rimbaud, chirurgien-chef interne de l'Hôtel-Dieu d'Aix, a été nommé médecin-major de cet hospice, en remplacement de M. le docteur Carbonnel, décédé.

— On assure que les dépêches de la Martinique, parvenues au ministère de la marine, annoncent que la situation sanitaire de la colonie s'est complètement améliorée, et que le fléau a cessé.

— M. Doury-Sincère, chirurgien de deuxième classe de la marine, détaché à la fonderie de canons de Ruelle, a été appelé à continuer ses services au port de Rochefort, en remplacement de M. Lallemand, chirurgien de première classe, qui embarque pour la Chine.

— Par décision de la commission administrative des hospices de Dijon, M. Lépine est nommé à l'emploi de chirurgien à l'hôpital général, que le décès de M. Naigeon avait laissé vacant.

M. le docteur Chanut est nommé chirurgien adjoint, en remplacement de M. Lépine.

Une amélioration a été apportée par la même commission dans le service de l'hôpital général, où elle vient d'établir un service spécial d'ophthalmologie (maladie des yeux), qu'elle a confié à M. le docteur Brulet. M. Brulet est en outre nommé chirurgien à l'hospice Sainte-Anne, en remplacement de M. Lépine.

— Le concours de l'internat est terminé. En voici le résultat:

Ont été nommés *internes définitifs*: MM. Garreau, Tarnier, Lefort, Bailly, Bourgarel, Dupuy, Amen, Bourcy, Vautrin, Van-Gaver, Barbeau, Parrot, Fleurot, Dumont-Pallier, Liégard, Billoir, Perret, Rabaud, Guyot, Richard-Maisonneuve, Brunet, Pain.

Internes provisoires: MM. André, Frémineau, Joseph, Houzé de l'Aulnoit, Aubrée, Luys, Borde, Bertholle, Schloss, Bignon, Blache, Moysant, Nadaud des Islets, Holaind, Pise, Buhon, Mercier, Grellet de Fleurelle, Provent, Touraine, Binet, Lallemand, Blot, Labosse, Thomas de Clomadeuc.

Ont été nommés *externes des hôpitaux*:

MM. Baillon, Costa, Duharry, Guyon, Audain, Aviolat, Collineau, Danner, Defoville, Tamarellë-Mauriac, Allard, Bortin, Donfils, Chairon, Dayot, Desvouges, Gibert, Passier, Pinel (Ch.-Ph.), Verjon, Warmont, Moilin, Salva, Sudry, Blondet, Colvis, Hureau, Maugin, Meynier, Albanel, Bourgarel, Doyen, Godat, Gueneau, Lecadre, Martinez, Turel, Roussel, Silvestre, Chaloon, Dublanc, Tripier, Boyon, Collois (Ph.), Delannay, Dexant, Dosias, Dumoulin, Fichaux, Mandard, Martin, Rendu, Robinet, Smyltère, Adeline, Barnichon, Bedane, Boyer, Devers, Guelle, Guiffart, Nelaton, Collin (Ch.-A.), Boncourt (Paul), Rémond, Rigodin, Daudouin, Blavette, Bourcier, Buisson, Dauvé, Despaignet, Fillarter, Forestier, Jacquier, Lafosse, Moreau (Nicolas), Poupelard, Rouyer, Taguet, Ducoursière, Delatte, Delclaux, Dutournier, Feron, Gellé, Guillemin, Lecuire, Larquier, Luthon, Pératé, Pillon, Siredey, Camus, Destival, Dugué, Fleuriot, Hardy, Mariglier, Moret, Poizat, Aime, Bureau, Collin (F.-H.), Dieudonné, Faulcon, Lorquin, Motel, Pelissé, Raoux, Th.. de Closmadeuc, Touzelin, Vanvers, Vimont, Bocquet, Bonnet, Bourdin, Bribant, Bulard, Chapin, Drouet, Laisne, Lepage, Moreau (Fr.), Mousteu, Pana, Quentin, Videau, Amblard, Besnard, Dumoutiel, Giraud, Goeman, Hornbortel, Morel, Pepin, Pinel (Ch.-A.), Cintrat, Cazelles, Créquy, Gaymard, Guerlot, Le Bocey, Leudu-ger-Fortmorel, Noizet, Petit, Souesme, Soufflet, Dertrand, Caudron, Durian, Elleaume, Forget, Frizon, Giron-la-Nauze, Jauwicz, Japin, Marcotte, Mauhon, Menault, Mercier (J.), Minard, Montou, Peyreau, Aichet, Saurel, Sejournet, Vibert, Barrand, Boutin, Delorme, Dubois (Ange), Fauvelle, Lesage, Mauvais, Méjensac, Tainturier (H.), Darillier, Bergeret, Boquin, Fontgour, Hoffmann, Laneelin, Mercier (J.-D.), Méténier, Noëlas, Persiat, Poiré, Rougedemontant, Saljon, Corhin, Desfossez, Duplomb, Loignien, Langenhagen, Magitot, Reboul, Reynault, Vermont, Badonr, Dazille, Favene, Jollet, Motheré, Siry, Témoins.

DISTRIBUTION DES PRIX ET DES ENCOURAGEMENTS DÉCERNÉS AUX ÉLÈVES DES ANNÉES PRÉCÉDENTES.

Externes. — Prix: M. Garreau (Louis-Jean), externe de troisième année. — Accessit: M. Tarnier (Étienne), externe de troisième année. — Mentions honorables: MM. Lefort (Louis-Clément), externe de deuxième année; Bailly (Étienne-Émile), externe de deuxième année.

Première division. — *Internes de quatrième année*. — Médaille d'or: M. Axenfeld. — Médaille d'argent: M. Charcot. — Mentions honorables: MM. Trélat, Landry.

Deuxième division. — *Internes de deuxième année*. — Médaille d'argent: M. Zapfle. — Accessit: M. Graü. — Mentions honorables: MM. Laplat, Canuet.

— L'Académie de Stanislas vient de déférer le secrétariat perpétuel, héritage de M. de Haldat, à M. le docteur Edmond Simonin.

— La fièvre jaune sévit à la Barbade et à Sainte-Lucie.

— Nous recevons de M. le docteur Boinet une réponse à la lettre de M. Renault (d'Alfort), publiée dans le n° 51 de l'année 1852. Elle sera insérée dans le prochain numéro.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DONATION FAITE PAR M. ORFILA. HÉRÉDITÉ DE L'IDIOTIE ET DE L'IMBÉCILLITÉ.

Le grand événement du jour est dans la donation faite dès à présent, par M. Orfila, d'une somme de 121,000 fr. à divers établissements publics, et dans le témoignage exceptionnel de gratitude par lequel l'Académie a voulu reconnaître un acte, exceptionnel aussi, dont elle profite, comme on le pense bien, pour une large part. On trouvera au compte rendu de la séance et au feuilleton tous les détails relatifs à cette rare et magnifique effusion de générosité. Nous ne voulons ici que dire un mot du caractère des questions toxicologiques que le donateur entend mettre au concours, pour le prix de 2,000 fr. institué par lui à l'Académie.

Ces questions sont de deux ordres. Les unes sont relatives à des poisons végétaux et animaux, connus dans leur existence matérielle et faisant partie de la toxicologie proprement dite : chloroforme, champignon, cantharide, vératrine, venin de la vipère, etc. Les autres concernent certains principes morbigènes dont l'admission ne repose encore que sur de simples présomptions. Voici comment M. Orfila lui-même exprime sa pensée sur ce point dans sa lettre au président de l'Académie : « Je dis depuis trente ans dans mes cours que les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde, les phlegmasies éruptives contagieuses, la dyssenterie, la péritonite puerpérale, le choléra, la diphtérite, etc., sont des maladies spécifiques occasionnées par un toxique qui s'est développé dans l'économie animale ou qui a été introduit du dehors par les voies respiratoires, pour être ultérieurement mêlé au sang. »

Nous ne dirons rien des questions de la première catégorie, malgré la manière large et vraiment scientifique dont M. Orfila en envisage l'étude, parce que, grâce à la direction qu'il a imprimée aux recherches toxicologiques, cette manière est aujourd'hui populaire. Mais la Gazette Médicale, moins que tout autre organe, pourrait se dispenser de signaler tout ce qu'il y a de fécond, d'élevé, dans un ordre de questions où elle cherche parfois à engager l'investigation moderne. Il y a longtemps qu'on dit en termes vagues que les maladies contagieuses ou épidémiques sont des empoisonnements. Depuis quelques années, on a étudié plus spécialement à ce point de vue la fièvre puerpérale et le choléra ; on a même beaucoup parlé en Angleterre du champignon du choléra ; mais ces essais suffisent à peine à faire pressentir l'avenir caché derrière de pareilles études. Rien n'est fait encore. Il n'est même pas sûr que les recherches aient été jusqu'ici dirigées avec une intelligence exacte et complète du but. Si les maladies épidémiques sont des empoisonnements, il ne faut pas seulement isoler le poison, ce qui serait déjà beaucoup assurément ; il faut étudier les lois de son action comme on fait celle des toxiques minéraux. Et ce n'est pas sans un vif plaisir qu'on caresse l'idéal auquel conduirait les succès de semblables tentatives. On se plaît à voir le principe de la fièvre puerpérale, de la fièvre typhoïde, du choléra, pénétrer dans le sang par les voies ordinaires de l'absorption ; se concentrer plus spécialement dans certains viscères, celui-ci dans le foie, celui-là dans le cerveau ; exercer une action élective sur tel ou tel organe, comme l'émétique sur l'estomac ou la strychnine sur le système nerveux ; altérer diversement les tissus, troubler diversement les fonctions ; avoir leurs voies propres d'élimination, etc. Il y aurait même à ce sujet une question particulière à examiner, celle de savoir si chacun de ces principes morbides est toujours identique à lui-même dans une épidémie déterminée, ou s'il n'est pas susceptible de se modifier, soit à sa source, soit par la réaction diverse des organismes. Par exemple une atmosphère miasmatique donne à la fois des dyssenteries, des fièvres intermittentes, des fièvres continues ; le toxique est-il néanmoins le même chimiquement, et la différence tient-elle à celle des organismes ? ou bien la même atmosphère, quoique altérée dans des conditions uniformes, contient-elle des miasmes différents ? De même, à quelles modifications du toxique rapporter les oscillations des épidémies et ces dégradations successives par lesquelles elles arrivent à une disparition complète ? Voilà certes de beaux et grands problèmes, trop grands peut-être pour que la science puisse y atteindre de longtemps ; mais puisqu'ils contiennent le progrès, il faut bien les poursuivre ou abdiquer, et il nous paraît que le moment est venu de prendre un parti.

— Après la communication de M. Orfila, l'Académie a été rendue au calme par un rapport de M. Collineau sur un travail de M. Moreau (de Tours), relatif à l'étiologie de l'idiotie ; rapport trop sévère, à notre sens, et où la question a été traitée plus en psychologue (et M. Collineau est un psychologue fort distingué) qu'en aliéniste et même en médecin. M. Moreau professe que l'idiotie, alors même qu'elle paraît acquise, a plus souvent sa source dans une prédisposition héréditaire, et sa raison est qu'on parvient presque toujours à découvrir chez les ascendants des signes non équivoques d'affections nerveuses : manie, épilepsie, imbécillité, etc. Or, d'après M. Collineau, il ne faudrait regarder comme idiots d'origine que les enfants nés de parents idiots. C'est manifestement réduire l'hérédité dans de trop étroites limites. Ni pour les affections mentales ni pour aucune autre, l'influence des parents sur leur progéniture n'a cette précision de mécanisme, comme l'a très-bien montré M. Baillarger. Un fou engendre un idiot ; un épileptique, un choréique ; un scrofuleux, un phthisique. Prétendre que l'idiotie, la chorée et la phthisie n'ont pas alors une origine héréditaire, ce serait une pure équivoque. Nous ne nous portons pas garants des *trente-deux* sources originelles d'idiotie déjà comptées par M. Moreau ; le nombre importe peu, et c'est le principe qu'il est essentiel de maintenir. En vain M. Collineau s'enferme dans un axiome de logique et répète qu'on ne peut pas donner ce qu'on ne possède pas. Si l'axiome ne peut être répudié, on peut contester qu'il soit applicable. Les parents ne peuvent pas transmettre un mal qu'ils n'ont pas réellement, mais ils peuvent ne pas transmettre tout le mal qu'ils ont. Or, bien souvent, les enfants ne reçoivent d'eux qu'une prédisposition ou une ébauche de maladie ; et les résultats ultimes de cette prédisposition ou la forme définitive de la maladie peuvent varier au gré d'une multitude de causes accessoires. Nous disons plus : des enfants reçoivent la phthisie de parents qui ne sont pas phthisiques au moment de la génération et le deviennent plus ou moins longtemps après. Est-ce à dire qu'ils ont transmis ce qu'ils n'avaient pas ? Non sans doute ; mais la phthisie elle-même n'est que le produit d'un germe enfoui dans les profondeurs de l'organisme, et c'est ce germe qu'ils peuvent transmettre, avant d'en avoir subi eux-mêmes la fatale influence.

Le reproche adressé aux idées de M. Moreau, d'être désespérantes pour la pratique, ne serait pas, en tout état de cause, de nature à infirmer sa doctrine. Elle est ou elle n'est pas, indépendamment des conséquences qu'elle peut entraîner. Mais a-t-elle cette conséquence de désarmer la pratique ? M. Baillarger l'a dit encore avec raison, toutes les formes de folie sont bé-

Feuilleton.

LES ÉTRENNES DU CORPS MÉDICAL.

Le lecteur est prié de ne point nous prêter, sur ce titre équivoque, des intentions de largesse à son bénéfice. L'idée ne nous est pas venue de lui offrir, avec nos souhaits, quelque cadeau selon son goût, quelque œuvre sérieuse propre à former l'esprit et le cœur, par exemple, la collection des feuilletons de la Gazette Médicale. On est tellement accaparé en ces beaux jours par toutes sortes d'occupations sérieuses, tellement plongé dans les compliments et les sucreries, les protestations de dévouement et les pantins, le carton sous enveloppe et en boîtes gauffrées, qu'on est fort excusable de ne pas songer à tout. Nous tâcherons de nous mieux conduire une autre fois ; mais pour le moment notre générosité n'est pas en cause.

Point n'est question non plus de cette rosée de faveurs qui a coutume de tomber des hautes régions, aux approches du Verseau. Il nous semble même, sauf erreur, que ce phénomène de haute météorologie a été moins prononcé cette année, dans les régions de la médecine, que nous ne l'avions encore vu. D'ordinaire les confrères qui avaient la précaution, vers Noël, de mettre leur chaussure dans la cheminée, et qui savaient joindre à cela certaines objurgations, manquaient rarement d'y trouver un ruban rouge, ledit ruban noué parfois en rosette. Le corps médical, tout entier aux plaisirs du *réveillon*, ou retenu par la messe de minuit, a-t-il négligé la pratique salutaire que nous venons de rappeler ; ou Noël a-t-il été d'une cruauté insolite ? Nous ne saurions le dire et n'avons d'ailleurs nulle envie de le savoir. Il nous suffit de constater le fait.

On pourra supposer encore que nous faisons allusion à certains bruits répandus depuis plusieurs semaines dans le couloir bavard de l'Académie de médecine, et d'après lesquels de hautes dignités seraient suspendues sur la tête de plusieurs illustrations chirurgicales, ne tenant plus qu'à un fil (les dignités, s'entend). La plus obstinée de ces rumeurs ne va pas à moins qu'à gratifier d'un siége au sénat un membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine et doyen de la chirurgie parisienne. Les choses en sont venues à ce point que l'honorable sénateur *in partibus* a déjà une bonne moitié des tracas de l'emploi : félicitations d'un côté, remontrances de l'autre, conseils par-ci, sollicitations par-là. — Souvenez-vous de Double qui a refusé de troquer sa profession contre la pairie ; ferme sur la dignité médicale ! — Quand vous y serez, n'oubliez pas que nous attendons toujours la loi sur l'organisation de la médecine. — Trente mille francs de dotation, beau denier ! — Le costume est resplendissant. — Est-ce que vous ne quitterez pas la clinique ? etc., etc. — On dit que les grandeurs sont un fardeau ; jugez du poids d'une dignité qu'on ne possède pas, et comme il est difficile de la porter avec grâce. Au milieu de toutes ces salutations, notre pauvre confrère a l'air d'un soleil d'artifice qui n'aurait pas pris feu. Une telle position n'est plus tenable ; si le Moniteur n'a pas un cœur d'acier, il la régularisera au plus vite, et il n'a plus, à l'heure qu'il est, le choix du moyen. M. X. est virtuellement sénateur ; on n'amènera jamais le couloir de l'Académie à s'en

réditaires; elles le sont dans la grande majorité des cas; la thérapeutique est-elle, pour cela, complétement impuissante contre la folie? Non. Ne pouvant éloigner la cause première, qui est venue des ascendants, il reste à écarter les conditions susceptibles de favoriser l'explosion du mal ou son développement; il reste à combattre les désordres réalisés. Le point vulnérable du travail de M. Moreau eût été plutôt du côté pratique. Nous craignons qu'il n'ait pas tenu assez de compte des opinions et de la pratique d'autrui, relativement au rôle des conditions organiques dans l'idiotie. La réfection du moral par la modification de ces conditions n'est pas chose aussi inusitée, ce nous semble, qu'il paraît le croire, et probablement un des maîtres de la psychiatrie, M. Ferrus, sera de notre avis. Ajoutons que l'éducation morale est loin d'être sans influence sur l'état physique du cerveau. Le cerveau se trouble, s'enflamme, se ramollit, sous l'action d'émotions pénibles; il s'apaise, se fortifie, sous celle d'une éducation appropriée. Un exercice intellectuel bien dirigé peut modifier le tissu cérébral dans son intimité, comme un exercice physique le tissu musculaire. Mais ce sont de ces questions qu'il ne convient pas d'agiter incidemment.

A. Dechambre.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Mémoire sur la paralysie générale ou partielle des deux nerfs de la septième paire; lu à la Société de biologie (mars 1852), par M. C. Davaine.

(Suite. — Voir les nos 46, 47, 48 et 50 de l'année 1852.)

TROISIÈME PARTIE.

Considérations générales sur la paralysie des deux nerfs de la septième paire.

Après avoir établi que les phénomènes de la paralysie des deux nerfs de la septième paire ne sont pas toujours bornés à l'extérieur de la face, mais qu'ils apparaissent encore dans les désordres de plusieurs fonctions internes, nous allons essayer, par le rapprochement des divers faits contenus dans ce mémoire, de tracer une histoire générale de la maladie.

Causes. — Par l'analyse des observations que nous avons rapportées, on peut rattacher à cette double paralysie trois ordres de causes : 1° celles qui ont leur siége dans les centres nerveux; 2° celles qui portent leur action sur les rochers; 3° enfin celles qui agissent directement sur les rameaux périphériques des nerfs de la face.

Au premier ordre de causes se rapportent les lésions des centres nerveux, comme épanchements de sang, ramollissement, etc., dont les phénomènes paralytiques seraient limités aux deux nerfs de la septième paire; mais en l'état actuel de nos connaissances sur le système nerveux, il ne nous est pas possible d'expliquer par les lésions cadavériques la localisation de la paralysie dans ces cas (obs. VIII).

La seconde catégorie comprend les affections qui, par les altérations qu'elles déterminent dans le rocher, compriment ou détruisent consécutivement le nerf facial, et l'on conçoit comment une cause morbide ou une affection qui porte ordinairement ses effets sur plusieurs organes à la fois, et spécialement sur les os, comme la syphilis, les scrofules, est plus propre qu'aucune autre à produire une lésion simultanée des deux rochers (obs. V). Il en doit être de même d'une violente commotion du crâne qui peut fracturer en même temps les deux temporaux (obs. IX).

A la troisième catégorie, on doit rapporter l'impression prolongée d'un vent froid sur la face, et pour les enfants nouveau-nés, la compression exercée par le forceps. Ces causes si fréquentes de l'hémiplégie faciale pourront aussi occasionner la paralysie des deux nerfs de la septième paire.

Il n'est pas toujours possible de distinguer par les symptômes si la cause de la paralysie a son siége dans l'encéphale ou sur le trajet des nerfs; une remarque de Marshall-Hall que nous avons vérifiée plusieurs fois pourra fournir souvent des renseignements précis pour cette détermination et utiles pour le traitement; la voici : lorsque la cause de la paralysie se trouve dans l'encéphale, la faculté conductrice des nerfs en général se conserve indéfiniment; de sorte que si la paralysie du facial a sa cause dans le cerveau, en appliquant le galvanisme au tronc ou aux principales branches de ce nerf, tous les muscles qui en reçoivent des rameaux entreront en contraction, comme si l'on appliquait le galvanisme à ces muscles eux-mêmes (obs. VII); au contraire, lorsque la cause paralysante se trouve sur le trajet des nerfs, ils perdent très-promptement leur faculté conductrice. Ainsi, pour le facial, la lésion existe-t-elle dans le rocher, le galvanisme appliqué à ce nerf par deux conducteurs dont l'un serait placé au niveau du trou stylo-mastoïdien et l'autre en avant du col du condyle de la mâchoire inférieure, ne produira de contractions ni dans les paupières, ni dans les joues, ni dans les lèvres (obs. XI).

Enfin, on aura la certitude que la cause de la paralysie existe dans les centres nerveux, si l'on observe des mouvements réflexes dans les muscles paralysés (obs. VIII).

Symptômes. — La paralysie des deux nerfs de la septième paire a une expression symptomatique variable, suivant qu'elle est générale ou partielle, complète ou incomplète.

Dans la *paralysie générale et complète*, la face n'a rien perdu de sa régularité, mais elle est immobile, et les impressions de l'âme ne s'y traduisent plus que par des changements de coloration (obs. VI, VIII); c'est un masque inanimé derrière lequel le malade rit et pleure (obs. V); le front n'a pas de rides, les sourcils tombent, les paupières sont largement ouvertes et ne se ferment plus; l'inférieure, à demi renversée, laisse écouler les larmes; les narines rétrécies s'affaissent pendant l'inspiration (obs. I, VI); les lèvres pendantes, entr'ouvertes, agitées par le souffle de la respiration (obs. V, VI), ne retiennent plus la salive qui s'écoule incessamment de la bouche; les joues flasques laissent dans la mastication les aliments s'accumuler entre elles et les mâchoires. Le malade ne peut volontairement contracter aucun des muscles de la face, ni cracher, ni siffler, ni prononcer certaines voyelles, comme l'o et l'*u*, ni articuler les consonnes labiales, comme le *p*, l'*m*, etc. (obs. V, VI); il ne peut non plus prononcer les linguales, comme l'*l* et l'*r* (obs. VII). La voix est nasonnée (obs. VI, XI), la déglutition difficile (obs. VI, VIII, X), la succion impossible; le voile du palais est symétrique, mais il ne se relève point (obs. VII); la langue ne peut plus être portée facilement hors de la bouche, ni la pointe être recourbée en haut (obs. VII, VIII, IX); la faculté de percevoir les odeurs et les saveurs a diminué; néanmoins les mouvements de mastication exercés par

---

dédire; conséquemment un refus de nomination officielle serait une véritable destitution. Aura-t-on bien ce courage-là ?

L'opinion est moins arrêtée sur la prétendue part qui serait réservée au corps médical dans un prétendu projet de création de titres nobiliaires. Selon quelques personnes, *bien informées* comme toujours, nous aurions avant peu deux ou trois barons. Vous et moi, aurions la chance de voir et de palper des confreres environnés des rayons de cette gloire, et la consultation pourrait nous procurer l'honneur d'apposer notre signature non loin du Bon, disparu depuis Dupuytren. « Ç'a été une belle invention et reçue en la plupart des polices du monde, d'établir certaines marques vaines et sans prix pour en honorer et récompenser *la vertu*, comme sont les couronnes de laurier, de chêne, de myrte, la forme de certains vêtements, le privilége d'aller en coche par la ville..... la prérogative d'aucuns surnoms et titres, certaines marques aux armoiries et choses semblables, de quoi l'usage a été diversement reçu selon l'opinion des nations et dure *encore*. » C'est l'opinion de Montaigne et nous n'y contredisons pas. Les distinctions honorifiques ne méritent plus tout le mal qu'on en a dit. En descendant l'échelle sociale et en pénétrant dans les professions libérales et industrielles, elles ont jusqu'à un certain point consacré le principe d'égalité, elles ont excité une émulation salutaire. Vive donc les baronies médico-chirurgicales! Quand on en sera là tout à fait, nous conseillerons la méthode espagnole, qui spécifie par une dénomination spéciale les services rendus. Il y a, de l'autre côté des Pyrénées, un duc de la Santé, comme il y avait un duc de la Victoire. On pourrait préciser encore davantage et créer un baron de la Dextrine, ou un duc de l'Hématologie. Mais il ne s'agit pas de cela en ce moment.

Il s'agit d'une étrenne magnifique, princière, et qui a de plus l'avantage incontestable d'être réalisée. Il s'agit d'une somme considérable affectée par un des membres les plus éminents du corps médical à des intérêts scientifiques. Quoi! le corps médical vient donc de perdre un de ses membres les plus éminents? Quelle main a tracé ce généreux testament? *Lugete, cives!* César légue aux Romains 300 sesterces par tête, mais hélas! il n'est plus. Vite le lit d'ivoire et de pourpre, et les chants funéraires, et le bûcher, et que les femmes jettent au feu leurs bijoux, les guerriers leurs armes, pour en mêler la cendre aux cendres du héros! Mais non, rassurez-vous, le mort est vivant, vivant d'une vie juvénile, le corps droit, la tête haute, aussi dispos des membres que du cerveau. Ce testateur fantastique, cette ombre bien portante, n'est autre que M. Orfila. La correspondance venait d'être lue à la dernière séance de l'Académie de médecine; le nouveau président, M. Berard, avait, en termes gracieux, remercié la compagnie de l'honneur qu'elle lui a conféré; M. Orfila demande la parole et donne lecture d'une lettre adressée à M. le président, par laquelle il met à la disposition de l'Académie une inscription de 1,000 fr. de rentes, représentant une somme de 25,000 fr., pour instituer un prix de 2,000 fr. à décerner tous les deux ans. L'Académie bat des mains; M. Orfila s'esquive. On croit l'incident terminé, quand M. Berard, tirant le voile entièrement, dénonce d'autres actes de même nature, un vrai déluge de donations, propre à révéler chez son éminent collègue des goûts inquiétants de prodigalité : 60,000 fr. à l'État pour achever le musée officiellement appelé aujourd'hui *musée Orfila*; 25,000 fr. répartis entre l'École de pharmacie de Paris et l'Association du département de la Seine; 1,000 fr. à l'École préparatoire de médecine de Bordeaux; 2,200 fr. à l'École

la mâchoire inférieure, la sensibilité de la face, sont conservés (obs. IV, V et suiv.).

Nous ne possédons qu'une seule observation d'une paralysie aussi complète de toutes les branches du facial (obs. VIII), et chez la malade qui en était atteinte, certaines fonctions s'accomplissaient encore par action réflexe. L'obs. VII nous offre un autre exemple d'une paralysie faciale générale, mais moins complète, et l'on conçoit que les symptômes de la *paralysie incomplète* de deux nerfs de la septième paire doivent varier suivant que telle ou telle branche aura perdu plus ou moins de son énergie; si les branches externes sont moins paralysées que les internes, par exemple, on observera le nasonnement, la difficulté de la déglutition, de la prononciation des lettres linguales, l'absence de certains mouvements du voile du palais et de la langue; néanmoins la face conservera sa régularité et jusqu'à un certain point ses mouvements; le malade aura les traits sans expression, les yeux très-ouverts et saillants, les lèvres proéminentes et entr'ouvertes; elles ne feront, comme les joues, qu'imparfaitement leurs fonctions, l'action de siffler, de contracter les traits de diverses manières, sera très-incomplète et les paupières n'opposeront aucune résistance au doigt qui les soulevera, lorsque le malade pensera les fermer avec énergie (obs. VII).

La *paralysie partielle des deux nerfs de la septième paire* peut n'occuper qu'un petit nombre de leurs rameaux (obs. I); mais plus souvent elle porte sur tout un système de leurs branches (obs. II, III, IV, V, VI). Dans l'un et l'autre cas, nous l'avons toujours observée sur les parties homologues, c'est-à-dire qu'elle a toujours été symétrique. Ce n'est que dans les cas où la paralysie de la face s'est présentée comme épiphénomène d'une maladie plus générale, d'une affection grave des centres nerveux, qu'elle nous a paru perdre cet accord. La paralysie bornée à l'un des rameaux des deux nerfs de la septième paire n'a point été observée chez l'homme, à notre connaissance (1). Nous avons rapporté un cas remarquable de paralysie limitée aux naseaux chez le cheval, fait observé par M. Goubaux. C'est la paralysie simultanée des branches temporo et cervico-faciales de chaque côté qui nous a fourni le plus grand nombre d'exemples de paralysie double de la face. Dans ces cas, la faculté de contracter les muscles des oreilles (2), du front, des paupières, du nez, des joues, des lèvres étant abolie, la face prend cette expression d'immobilité, cette apparence de masque dont nous avons parlé plus haut. Alors les yeux restent ouverts, les narines sont immobiles dans l'acte de la respiration et de l'olfaction; les joues gardent les aliments et les lèvres, impuissantes à retenir les liquides dans la bouche, ont aussi perdu la faculté d'imprimer aux sons certaines modifications. En même temps les fonctions du voile du palais et de la langue sont intactes, la face a conservé sa sensibilité et les mâchoires leur énergie.

Nous ferons néanmoins remarquer que, dans certains cas, les mouvements d'abaissement de la mâchoire inférieure étant moins faciles et moins prompts, par la paralysie du ventre postérieur du muscle digastrique qui reçoit un rameau du facial, le malade pourra éprouver une certaine difficulté à exercer rapidement des mouvements de mastication (obs. VIII). D'un autre côté, lorsque la paralysie sera très-ancienne, l'on pourra observer, avec l'amaigrissement des parties, une diminution de la sensibilité de la face. Mais cette anesthésie sera toujours assez légère et il sera facile, d'ailleurs, de constater l'intégrité des autres fonctions des nerfs de la cinquième paire.

INFLUENCE DE LA PARALYSIE DE LA SEPTIÈME PAIRE SUR DIVERSES FONCTIONS.

La paralysie de l'un des nerfs de la face s'accompagne souvent de troubles dans les fonctions de l'*audition*, de l'*olfaction* et de la *gustation*; il en doit être de même pour celle des deux nerfs, seulement il sera quelquefois plus difficile de les constater.

PHYSIONOMIE. — La paralysie des deux nerfs de la septième paire, abolissant tout mouvement de la face, les traits n'expriment plus aucun sentiment; mais il est remarquable que les *changements de coloration* se produisent encore suivant les impressions de l'âme (obs. VI, VIII). Les deux observations dans lesquelles ce fait a été noté suffisent pour prouver que la rougeur ou la pâleur de la face dans les émotions ne sont point sous la dépendance de la septième paire. D'un autre côté, dans les divers cas de paralysie de la cinquième paire, dont nous avons pu prendre connaissance, les auteurs n'ont point fait mention de l'existence ou de l'absence de cet effet des impressions de l'âme sur les joues; cette circonstance et les expériences récentes de M. Cl. Bernard sur les fonctions de quelques parties du grand sympathique nous portent à penser que c'est par l'action de ce dernier nerf que se produisent les changements de coloration de la face. (Cl. Bernard, INFLUENCE DU GRAND SYMPATHIQUE SUR LA SENSIBILITÉ ET SUR LA COLORATION. Comptes rendus de la Société de biologie, 1851, p. 163.)

PAROLE. — La voix, produite dans le larynx, peut éprouver des modifications variées dans son passage à travers l'isthme du gosier et la cavité de

(1) Nous n'avons pas rapporté à la paralysie partielle des deux nerfs de la face certains cas de paralysie du voile du palais, avec nasonnement et retour des liquides par les narines, observée chez les enfants par MM. Trousseau et Lasègue (UNION MÉDICALE, n° 119, 1851), et chez les adultes par M. Morisseau, médecin de l'hôpital de la Flèche (UNION MÉDICALE, n° 126, 1851). La plupart de ces cas sont complexes. Quant à ceux dans lesquels la paralysie paraîtrait avoir porté plus spécialement sur le voile du palais, il aurait pu se faire que la perte des mouvements ne dépendît que d'une anesthésie de cette partie, ainsi que nous l'expliquerons à l'article *Diagnostic*. Il y aurait même à cette manière de voir une raison assez plausible; car dans la plupart des cas rapportés par les observateurs cités ci-dessus, la perte des mouvements était consécutive à une angine simple ou couenneuse; or n'est-il pas présumable que, dans cette affection, les filets du nerf glosso-pharyngien, répartis dans la membrane muqueuse, ont dû être plus fortement atteints que les filets moteurs sous-jacents à cette membrane?

(2) La *paralysie spontanée des muscles de l'oreille externe* a été observée sur un âne (JOURN. DES VÉTÉR. DU MIDI, t. V, 1842). Cette paralysie, comme celle que l'on produit expérimentalement chez ces animaux ou chez les lapins par la section du nerf facial, a une expression très-remarquable. Chez l'homme, la paralysie des muscles de l'oreille externe n'est pas appréciable, parce que les mouvements de cette partie sont très-bornés ou nuls. Néanmoins il en serait autrement chez quelques personnes, chez certains sourds, par exemple, qui ont acquis la faculté de mouvoir volontairement le pavillon de l'oreille. Astley Cooper (ŒUV. CHIR., trad., Paris 1835, p. 582) rapporte que chez un homme sourd, le pavillon de l'oreille avait acquis un mouvement très-distinct en haut et en arrière, mouvement que l'on observait toutes les fois que cet homme prêtait l'attention à quelque chose qu'il n'entendait pas distinctement. Il pouvait aussi à volonté élever son oreille ou la tirer en arrière.

---

préparatoire d'Angers; le tout grevé de 4,600 fr. de mutation au profit de l'État. Voilà un État heureux; on lui verse l'or à pleines mains et on lui en paye la mutation. 28,000 et 60,000 font 88,000, et 25,000 font 113,000, et, en diverses parts, 8,000 font 121,000 fr. L'Académie ouvre de grands yeux, les applaudissements recommencent. M. Bérard, qui avait apporté, dans la circonstance, toutes les ressources de son esprit et les plus fines coquetteries de son langage, demande que le nom de M. Orfila soit inscrit sur l'une des plaques de marbre du vestibule, parmi ceux des bienfaiteurs de l'Académie, et M. Roux, qu'une députation aille porter les remercîments de la compagnie à domicile. Les deux propositions sont acclamées. A dire vrai, cette plaque de marbre noir, ce nom d'un vivant sur une pierre de sépulcre, disposée dans un goût de Père-Lachaise, et où déjà plusieurs noms de défunts, avec les dates funèbres, sont superposés comme des corps dans un caveau; cette sorte d'habitation dans la tombe, ce commerce intime avec l'autre monde, froisse au dedans de nous-même nous ne savons quelle fibre chatouilleuse. Aussi bien ce n'est pas la faute de l'Académie. Son passé financier l'excuse suffisamment de n'avoir pas fait préparer des tables de marbre blanc ou rose, à l'usage de ceux qui pourraient lui apporter leurs écus sans se faire un devoir d'expirer immédiatement après. Et, à en juger par quelques mots spirituels de M. le président, qui doit avoir un juste sentiment de la chose, le besoin de pareilles tables ne se fera pas sentir de si tôt. Si pourtant ces prévisions étaient trompées, nous demandons dès à présent l'exhumation de M. Orfila, enterré précipitamment, et qui donne de furieux signes de vie.

La précaution de n'avoir pas attendu le décès pour réaliser de si précieux dons aura, dans l'espèce, de réels avantages. Le plus mince, il faut l'espérer, ne sera pas dans l'espace de temps dont l'entrée en jouissance aura été rapprochée. Mais il y en aura un autre, également important, et sur lequel le donateur a insisté. Comme presque tous les fonds doivent venir à des institutions où la main administrative de M. Orfila a laissé de profondes empreintes, comme les prix fondés sont relatifs à des sujets où il a jeté les plus vives lumières et dont il a sondé toutes les obscurités, nul mieux que lui ne saurait conduire ses projets à bonne fin. L'expérience n'a que trop appris à combien d'incertitudes et de difficultés est livrée l'exécution des testaments, en matière de legs scientifique. Les morts sont absents, donc ils ont tort. Leurs intentions peuvent être méconnues, ou bien l'expérience apprend qu'elles sont inexécutables. En mettant soi-même en mouvement la machine qu'on a créée, l'on se réserve, à côté du bonheur bien naturel de la voir fonctionner, la possibilité d'y apporter telles modifications que de besoin. M. Orfila a dressé, il est vrai, pour les prix fondés à l'Académie de médecine et à l'École spéciale de pharmacie, un plan complet où tout est prévu, coordonné, réglé de telle sorte que la mise en pratique ira sans doute de soi; mais il n'en a pas moins voulu se prémunir contre les chances de l'avenir. « Je n'ai pas cru, dit-il, ma présence inutile pour aplanir certaines difficultés qui pourraient surgir au moment de l'exécution de mes projets et peut-être pour modifier ceux-ci, dans le cas où la nécessité m'en serait démontrée. » Nous avons vu avec plaisir consacrer dans ce plan un principe souvent contesté, plus souvent encore violé, le principe du non-partage des sommes léguées par indivis. La clause est formelle pour les deux prix. Cette première cause d'embarras écartée, il en surgit une autre relative à un droit des mandataires, celui de ne pas accorder de prix si aucun travail n'en paraît digne.

la bouche. C'est par le moyen de ces modifications qu'elle devient la parole; or, dans la paralysie générale et complète des deux nerfs de la septième paire, la voix n'est plus dirigée dans la bouche et nasonne; en outre, elle perd en grande partie les modifications diverses que lui impriment la langue, les joues et les lèvres; la parole est donc imparfaite, inintelligible, ou plutôt elle n'existe plus.

Enfin, la *déglutition* est difficile, la *succion*, la *sputation* deviennent laborieuses ou impossibles par la paralysie des deux nerfs de la septième paire.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON. — La paralysie des deux nerfs de la face étant le résultat de lésions organiques très-diverses, il n'est pas possible de rien dire de général sur sa marche, sa durée et sa terminaison. Elle suivra nécessairement quelques-unes des phases de l'affection qui l'aura produite; mais elle pourra lui survivre, si l'altération consécutive des nerfs a été très-profonde, ou si le traitement n'a pas été convenablement appliqué. La paralysie des deux nerfs survient quelquefois simultanément, mais elle peut être aussi successive et paraître d'un côté de la face, lorsque l'autre est déjà paralysé depuis un certain temps (obs. V, VI). Elle varie aussi dans son intensité. Le plus ordinairement elle ne parvient que graduellement à son plus haut degré et suit une marche inverse pour arriver à la guérison. Dans un grand nombre de cas, les parties conservent une sorte de tonicité qui dépend probablement d'un reste d'influx nerveux.

COMPLICATIONS. — Nous avons vu la paralysie des deux nerfs de la septième paire compliquée de celle des hypoglosses (obs. VIII). Nous n'avons pas d'exemple de la complication de cette affection avec la paralysie des nerfs de la cinquième paire. Lorsque la paralysie des deux nerfs de la face se rencontre avec celle d'un assez grand nombre d'autres nerfs, elle ne peut plus être considérée que comme l'un des phénomènes d'une affection grave des centres nerveux, et alors, chose digne de remarque, la paralysie des deux nerfs de la septième paire a perdu en partie l'expression symptomatique qui la caractérise ordinairement lorsqu'elle est isolée. Le plus souvent, en effet, dans le premier cas, l'on voit les branches cervico-faciales paralysées indépendamment des branches temporo-faciales, ou réciproquement; en même temps que les lèvres restent pendantes et que les joues se gonflent par l'expiration, les paupières n'ont rien perdu de leurs mouvements spontanés; ou bien, la paralysie du moteur oculaire commun coïncidant avec celle du facial, les yeux ne sont plus ouverts, mais ils restent habituellement fermés.

DIAGNOSTIC. — La *paralysie générale* des deux nerfs de la face se distinguera par la limitation de l'affection aux muscles qui reçoivent l'influence de ces nerfs. A moins de complication, la mâchoire inférieure conservera l'énergie de ses mouvements, et la face sa sensibilité. Si cette *paralysie est incomplète*, les traits pourront paraître naturels, et la physionomie n'attirera l'attention ni par une déviation caractéristique, ni par une immobilité complète; mais le nasonnement et la prononciation imparfaite mettront le médecin sur la voie. Lorsque la paralysie sera *partielle*, la perte locale du mouvement avec conservation du sentiment ou le trouble fonctionnel caractérisera suffisamment la maladie.

Néanmoins, dans un cas de paralysie bornée au voile du palais, il pourrait être difficile de déterminer si l'on a affaire à une paralysie des rameaux du facial qui se rendent aux muscles élévateurs de ce voile, ou si l'on doit rapporter l'absence des mouvements à une paralysie du glosso-pharyngien. En effet, nous avons vu, par les expériences rapportées dans la deuxième partie de ce mémoire, que l'excitation du glosso-pharygien provoque des mouvements dans le voile du palais, mais que ces mouvements sont produits par action réflexe, c'est-à-dire à la suite d'une impression communiquée au centre nerveux par le nerf glosso-pharyngien et rapportée aux élévateurs du voile du palais par le nerf facial. Il devrait donc arriver, dans une paralysie du nerf glosso-pharyngien, que les excitations portées sur ce nerf, ou sur la membrane muqueuse à laquelle il se distribue, n'étant plus transmises aux centres nerveux, ne seraient plus suivies des mouvements qu'on observe à l'état normal. Ce ne serait point ici une paralysie du mouvement, mais une absence de mouvements consécutive à une paralysie du sentiment. Ce qui pourrait faire distinguer dans ce cas la paralysie du glosso-pharyngien de celle du facial, ce serait, d'une part, la perte de sensibilité des parties; d'une autre part, la persistance de certains mouvements indépendants des excitations du nerf glosso-pharyngien, de mouvements qui se produiraient encore dans certains actes spontanés des centres nerveux, et analogues aux actions réflexes, dans le bâillement, par exemple (voy. obs. VIII). Mais les faits seuls, étudiés à ce point de vue des actions réflexes, pourront déterminer les conditions précises du diagnostic dans la paralysie isolée du voile du palais.

Nous avons déjà eu l'occasion de faire remarquer, dans le cours de ce travail, que, dans les cas de paralysie double de la face, les phénomènes paralytiques se montrent quelquefois d'une manière successive; dans ces cas, l'on observe le redressement graduel des traits, et l'on pourrait croire à une guérison de l'hémiplégie faciale, si l'on n'observait que les deux yeux ne se ferment plus, que les fonctions des joues et des lèvres sont abolies (obs. V, VI).

Lorsqu'un *état spasmodique des muscles* d'un des côtés de la face vient à succéder à un état paralytique des mêmes organes, les changements qui en résultent dans la physionomie pourraient conduire à penser que la paralysie a quitté le côté primitivement affecté pour se porter du côté opposé. Une observation de Marshall-Hall prouve que cette méprise a été commise. Voici le fait.

FEMME; IMPRESSION DU FROID, PARALYSIE DE LA FACE DU CÔTÉ DROIT, PUIS ÉTAT SPASMODIQUE DU MÊME CÔTÉ (1).

OBS. XVII. — « Lady S....., après avoir été exposée à un froid violent, fut atteinte d'une paralysie du côté droit du visage; elle ne pouvait fermer les paupières de l'œil droit, *les traits étaient tirés à gauche;* les aliments restaient dans le côté droit de la bouche pendant la mastication, et la salive coulait de l'angle des lèvres de ce côté. Avec le temps, tout changea, les paupières, d'abord paralysées, se fermaient non-seulement par un acte de la volonté, mais d'une manière spasmodique. *Le visage fut tiré à droite*, surtout pendant le rire et pendant la mastication, et il se forma une fossette sur le côté droit de la ligne moyenne du menton.

» On supposa que cette maladie avait attaqué successivement *les deux côtés de la face*, qu'il y avait eu d'abord paralysie du nerf facial droit, et ensuite du nerf facial gauche; cependant l'état de la paupière indiquait suffisamment que le changement ne s'était pas fait d'un côté à l'autre, mais qu'à une paralysie de la face du côté droit avait succédé un *spasme* du même côté. C'étaient toujours les paupières de l'œil droit qui étaient affectées; celles du côté gauche étaient restées à l'état normal. Les paupières à droite ne pouvaient être fermées com-

(1) ON THE DISEASES AND DERANGEMENTS OF THE NERVOUS SYSTEM; by Marshall-Hall. London, 1851, p. 347.

Préoccupé sans doute de difficultés récentes, M. Orfila stipule positivement ce droit en faveur de l'Académie de médecine et de l'École de pharmacie. Rien de mieux; le droit est toujours incontestable quand il est stipulé, puisqu'il résulte de la stipulation même. Les sommes ainsi retenues sont totalisées pour augmenter d'autant la valeur du prix, qui est remis au concours les années suivantes. Mais on comprend que le retour de la même question doit avoir un terme. M. Orfila fixe le terme à trois ans. Si un prix, qui était originairement de 2,000 fr., et qui est, la troisième année, de 6,000 fr., n'est pas accordé, il est définitivement retiré du concours, et la somme entière versée dans la caisse de l'Association des médecins du département de la Seine. Voilà donc une solution claire, assurée, de difficultés qui ont été plus d'une fois une cause de discussion et même de procès. Du même coup, l'Association des médecins de la Seine, fondée par M. Orfila lui-même en 1833, et qui a déjà rendu de si grands services à la profession, acquiert un nouvel et sérieux élément de prospérité.

Puisque nous sommes en train de compter nos richesses, écus ou dignités, comme ces pauvres auxquels survient un héritage imprévu, nous ne pouvons finir sans dire un mot d'une question *de forme* plaisamment touchée par M. Bérard dans son compte rendu des visites officielles. Les ornements qui figurent sur le frac académique ne tiennent pas un rang très-élevé dans l'échelle hiérarchique des costumes officiels. La réception du jour de l'an était une occasion naturelle d'en faire la remarque au ministre de l'instruction publique, qui avait peut-être sous les yeux le moyen de se former une opinion immédiate. Le bureau demandait la substitution de l'or à l'argent. C'est, à ce qu'il paraît, cause à peu près gagnée. On n'espère pas beaucoup remporter la *palme*, mais on obtiendra vraisemblablement la *baguette*. On ne pouvait guère moins pour un corps qui, au vu et au su de tout le monde, vaut son pesant d'or et n'en réclame pourtant qu'une si petite parcelle. Du reste, la baguette d'or suffira, comme l'a très-justement dit l'honorable président, étant connu qu'elle a rendu et rendra éternellement d'immenses services.

A. DECHAMBRE.

— ÉCOLE SPÉCIALE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. — D'après un décret du ministre de la guerre du mois de novembre 1852, l'école spéciale de médecine et de pharmacie militaires se recrute parmi les docteurs sortis des Facultés. Un examen d'admission a lieu actuellement au Val-de-Grâce, sous la présidence de M. l'inspecteur Michel Lévy.

Le personnel enseignant de l'école se compose des six professeurs suivants: MM. Larrey (clinique chirurgicale), Godélier (clinique médicale), Champouillon (hygiène et médecine légale), Lustreman (médecine opératoire), Mounier (anatomie chirurgicale), Poggiale (chimie et pharmacie).

La direction de l'école reste dans les mains de M. l'inspecteur Alquié qui s'est acquitté d'une manière remarquable de cette mission dans les circonstances difficiles qui ont accompagné en 1851 et 1852 la réorganisation du service de santé de l'armée.

M. Larrey, médecin principal, est nommé sous-directeur.

plétement, et l'effort pour y parvenir produisait une action spasmodique des muscles de ce côté de la face. Ce cas ayant été mal diagnostiqué, les remèdes furent appliqués sur le côté non affecté du visage. »

Bien que la méprise ait été commise dans ce cas, je m'empresse d'ajouter qu'avec un peu d'attention on aurait pu facilement l'éviter. Ce qui peut l'excuser jusqu'à un certain point, c'est que les cas d'état spasmodique des muscles de la face, succédant à leur état paralytique, n'ont pas été mentionnés d'une manière spéciale par les auteurs qui ont écrit sur la paralysie de la septième paire.

(La fin à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR UNE MÉTHODE THÉRAPEUTIQUE PROPRE A REMPLACER LE SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES PALUDÉENNES; par M. ÉMILE CORDIER, médecin aide-major de première classe aux ambulances de l'Algérie.

Il existe, en médecine pratique, une classe de travailleurs dont il serait intéressant et surtout curieux de peindre le caractère, de dessiner la physionomie, de tracer le portrait : ce sont les chercheurs de spécifiques. Nos forces succomberaient sous un pareil fardeau; aussi ne remonterons-nous pas le cours des siècles pour découvrir et déterminer l'époque de leur apparition dans le monde savant. L'histoire, d'ailleurs, n'a-t-elle pas conservé le bruit de leurs luttes, l'éclat de leurs efforts, le retentissement éphémère de leurs prétendus succès? Ils ont été, ils sont encore, hélas! ils seront toujours : leur existence est une nécessité. C'est le seul éloge que nous leur accorderons, et c'est la vérité qui nous l'arrache. Nos lecteurs doivent déjà être rassurés, nous n'avons fait la découverte d'aucun spécifique. Nous l'affirmons positivement, et cet aveu ne nous coûte guère, car, sous ce rapport du moins, nous nous connaissons tellement que nous pouvons, avec certitude, répondre de nous-même.

Nous nous épargnerons le soin inutile d'énumérer les nombreux succédanés qu'on a reconnus au sulfate de quinine. Semblables à la planète Leverrier, qui a brillé avant de paraître, ils n'ont qu'un court instant occupé l'attention, et sur le sable du temps, ils n'ont laissé aucune trace.

Ne troublons pas l'eau de plantain, soyons sans rancune contre l'innocent extrait d'urine, respectons le sel marin, et surtout, ne touchons jamais à l'arsenic.

La flânerie thérapeutique est aujourd'hui de mode; on se promène à travers la matière médicale comme au milieu d'un jardin anglais. Dans les expérimentations, on ne procède pas d'une conception théorique, on ne part pas d'une idée première basée sur des effets probables qu'un calcul approximatif a pu faire prévoir, enfin on ne cherche pas à vérifier, au contact des faits, une présomption scientifique née sous l'influence d'une vue générale sur un point donné, non; en se levant, un beau matin, on se dit que le besoin d'un spécifique capable de remplacer le sulfate de quinine, par exemple, se fait sentir depuis longtemps, et l'on se met à essayer la première drogue venue. Cette chasse aux spécifiques tient évidemment à une absence complète de méthode. Nous pourrions faire intervenir d'autres causes, nous les négligerons à dessein. On s'explique ainsi la faiblesse d'arguments et de raisons sur lesquels s'appuient les praticiens dont nous nous occupons, et l'importance momentanée, nous en convenons, mais cependant inutile et de mauvais aloi que leur prêtent trop souvent des hommes sérieux, des sociétés célèbres.

On n'a pu pardonner au sulfate de quinine la réputation méritée dont il jouit; aussi lui a-t-on adressé des reproches injustes qu'il nous sera permis de repousser, en prouvant qu'ils ne sont que le résultat d'une erreur peu flatteuse, ou d'une rancune digne d'un sacristain.

On s'est d'abord demandé s'il est vrai que le sulfate de quinine soit un médicament innocent. La réponse a été négative, bien entendu, et, pour la justifier, on a emprunté à la clinique de MM. Piorry, Briquet, etc., des observations où 3 et 4 grammes de ce sel avaient causé des accidents graves et même la mort.

Cette argumentation est d'une pauvreté qui saute aux yeux. Que l'emploi de la quinine puisse entraîner des inconvénients sérieux, des dangers réels, cela se conçoit aisément et n'exige aucune démonstration. Horace a dit : « Usez de tout, et n'abusez de rien. » Ce précepte est surtout d'une justesse frappante en médecine pratique, et soutenir le contraire serait vouloir, de gaieté de cœur, friser le ridicule.

N'insistons pas davantage, et sachons être indulgents. On a, ensuite, nié l'efficacité constante de la quinine. Ici les faits abondent; pour ne pas voir, il faut être aveugle, et le doute n'est même pas permis.

On peut certes affirmer qu'il serait fort difficile de trouver, dans toute la matière médicale, un agent doué d'une action plus positive, plus sûre, et d'une énergie plus durable. Mais le sulfate de quinine est une arme puissante dont il est indispensable d'étudier et de calculer l'usage, et qu'il faut enfin savoir manier. Il a été prescrit avec succès dans tous les pays, sous toutes les latitudes; or presque tous les succédanés qu'on lui a découverts ont été expérimentés, soit dans des contrées où la fièvre n'est pas endémique, soit dans des climats marécageux, mais tempérés.

Mais les chercheurs de spécifiques objecteront sans doute : Nous avons guéri, nous guérissons encore. D'accord; entendons-nous cependant. Comme chacun le sait, on guérit en faisant peu de choses, on guérit même parfois en ne faisant rien. Cette réflexion consolante n'a-t-elle pas reçu la sanction du temps et de l'expérience? Elle n'a donc pas une bien grande valeur, seulement elle nous rappelle certain quatrain de circonstance par lequel un malade, longtemps traité par de nombreux médecins, et guéri enfin par l'usage du lait d'ânesse, exprima sa reconnaissance :

> Par sa bonté, par sa substance,
> D'une ânesse le lait m'a rendu la santé,
> Et je dois plus, en cette circonstance,
> Aux ânes qu'à la Faculté.

Maintenant, esquissons brièvement les conditions qui font échouer la quinine, dans le traitement des fièvres des pays chauds marécageux, tels que l'Algérie.

Les insuccès de la quinine dépendent d'une erreur de diagnostic ou de certaines complications organiques. Expliquons-nous : la fièvre typhoïde n'attaque, en Afrique, que les émigrants qui comptent à peine une année de séjour; elle ne fait donc pas partie du règne pathologique de ce pays; en un mot, c'est une maladie d'importation. Mais il arrive encore assez souvent, et ce fait a été signalé par plusieurs observateurs, que la fièvre typhoïde débute par des accès tierces ou quotidiens parfaitement dessinés, au point qu'il serait facile à un praticien inexpérimenté de la prendre pour une affection endémo-épidémique. Nous avons pu surtout vérifier cette remarque en 1848, époque où un contingent de 1,500 jeunes soldats fut envoyé au 5e régiment de ligne.

La quinine, dans ce cas, est tout à fait inutile, c'est une dépense en pure perte. Les accès disparaissent d'eux-mêmes, lorsque les évacuations humorales spontanées ou provoquées ont lieu. Seulement, certaines convalescences de fièvres typhoïdes sont retardées par des accès réguliers, et alors la quinine réussit. Il serait donc injuste d'adresser à la quinine un reproche qui revient de droit au médecin.

Quant aux complications organiques, qui privent en quelque sorte cet agent de son efficacité absolue, il est nécessaire de les étudier, suivant qu'elles concernent des individus atteints de fièvre d'acclimatement, ou des émigrants acclimatés ayant déjà subi des accès.

Chez les malades de la première catégorie, la quinine échoue ou ne possède qu'une portée très-médiocre, si déjà ils n'ont été soumis à un traitement. Les affections endémo-épidémiques se composent d'une phlegmasie gastro-duodénale, avec irritation sympathique du foie et d'une pyrexie intermittente. Tant que l'inflammation gastrique persiste ou a été négligée, la quinine n'a que peu d'action sur l'accès. Évidemment, nous faisons nos réserves pour les accès pernicieux ou très-graves : il est sous-entendu que, lorsque nous traitons de l'administration de la quinine, nous ne parlons jamais qu'en thèse générale. Nous assurons ce que nous venons d'avancer, car d'abord, involontairement, à notre arrivée en Afrique, puis plus tard, dans le but de nous éclairer et de dissiper quelques doutes, nous avons maintes fois vérifié la véracité du fait.

Ce qui le prouve, du reste, c'est que chez les individus acclimatés, atteints de fièvre de première invasion, le quinine, convenablement prescrite, triomphe de l'accès d'une manière plus sûre et plus complète. En raison d'une imprégnation marématique plus considérable, plus profonde, la pyrexie intermittente domine alors presque toujours l'affection gastro-hépatique. Il y a, sans aucun doute, urgence d'agir, car la répétition des accès conduirait, ou à la perniciosité, ou à des lésions consécutives promptement chroniques, mais l'efficacité de la quinine s'explique, puisque cet agent s'adresse à l'élément principal de la maladie.

Enfin, nous avons pu constater le même fait chez les indigènes. Détaché à la caserne du Pont-du-Chélif, et appelé assez souvent pour donner des soins aux Arabes des tribus environnantes, nous n'avons que très-rarement observé des symptômes gastriques inquiétants, la pyrexie intermittente offrait seule un danger sérieux qu'une forte dose de quinine faisait disparaître.

Mais contre la cachexie paludéenne, les hydropisies, et enfin contre les affections résultant d'une longue et lente intoxication marécageuse, il est encore indispensable, nous le reconnaissons, d'administrer le quinine;

seulement son emploi est difficile, demande beaucoup de tact, et, quelle que soit la dose à laquelle on le porte, ne possède plus une action complète et durable.

Ainsi, pour nous résumer, nous dirons que dans la vie de l'émigrant européen, deux époques se présentent où le quinine échoue, où son usage même peut être nuisible, c'est lorsqu'il débute en Afrique, et quand il compte plusieurs années de séjour qui ont profondément imprégné sa constitution du poison paludéen.

La guerre qu'on a faite au sulfate de quinine ne supporte donc pas une discussion sérieuse; nous avons pris sa défense, parce qu'il y a réellement de l'ingratitude à l'attaquer sans motif plausible. Privé de cet agent, aurions-nous pu nous maintenir en Afrique? nous en doutons. Les anciens soldats de notre armée ont coutume de dire : Donnez-nous du quinine, un fusil et un bon cheval, et nous irons partout où l'on voudra.

Il est temps d'exposer le problème que nous avons voulu résoudre. Est-il possible, dans le traitement des fièvres d'origine paludéenne, de substituer au sulfate de quinine, non pas un spécifique doué d'une puissance équivalente, mais une méthode thérapeutique particulière qui, formée de plusieurs moyens, conduise avec plus d'économie au même résultat, c'est-à-dire à la guérison?

Notre réponse est affirmative; mais qu'on n'oublie pas surtout que nous ne préconiserons aucun spécifique.

Dans les fièvres marécageuses, plus les évacuations humorales naturelles ou provoquées sont abondantes, plus les accès sont mitigés, plus ils sont faciles à combattre, plus la guérison par le quinine est sûre. Si l'on n'avait réellement pas tant abusé du mot en médecine, nous oserions soutenir que ce fait peut être considéré comme une loi dans la pathologie paludéenne, tant sa constance est frappante et digne d'attention.

Cette idée n'est pas nouvelle; elle a été exprimée par une foule d'auteurs, ainsi Stoll, Sydenham, etc. Nous rappellerons même que jadis il était universellement reçu et accepté de faire vomir et de purger au début du traitement des fièvres intermittentes d'automne.

M. Bretonneau tenta des expériences comparatives. Il fit vomir et purger deux malades avant l'emploi du quinine; il en traita d'autres sans évacuation préliminaire. Il constata que chez les premiers la fièvre était arrêtée plus rapidement et guérie plus sûrement que chez les autres. Aussi cet habile praticien se croit-il en droit d'établir comme un précepte ou comme un principe important de toujours faire vomir et de purger, dans les fièvres d'accès, à moins toutefois qu'il n'existe des contre-indications dont la gravité sera justement appréciée par un médecin attentif.

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LES PASTILLES NUTRITIVES DES CONVALESCENTS ET DES VOYAGEURS; par M. le docteur CADET GASSICOURT, pharmacien.

L'idée première de la préparation des *tablettes de bouillon* fut, sans contredit, une heureuse idée. Mais la grande difficulté d'évaporer à siccité le principe gélatineux, sans lui faire subir une altération qui le rend désagréable au goût et à l'odorat, discrédita ce genre de conserve que les conserves liquides d'Appert avaient supplantée.

Nous essayâmes, il y a dix ans, de remédier à cet inconvénient, et nos essais nous conduisirent à publier dans le JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE une formule pour la préparation des *tablettes de bouillon perfectionnées*. Comme base de cette composition nous admîmes l'osmazôme, extrait composé des sucs et des sels de la chair musculaire, l'extrait aromatique des plantes potagères et la gélatine fraîche de pieds de veau; retranchant, au reste, toute la gélatine de fabrique qu'on avait coutume d'ajouter, et la remplaçant par de la gomme arabique, substance dont l'interposition prévient l'effet d'un rapprochement trop concentré, en même temps qu'elle aide à donner de la consistance.

Le résultat du procédé fut justement apprécié, et, comme le remarqua M. A. Chevalier, si les tablettes ne peuvent jamais fournir un bouillon qui jouisse de toutes les qualités que possède le bouillon de viande préparé avec tous les soins requis dans le ménage, du moins le bouillon obtenu de nos tablettes perfectionnées se trouvait bien préférable au bouillon fourni par les tablettes achetées dans divers établissements, qui en faisaient commerce pour les voyageurs.

Une application nouvelle des mêmes idées se présente d'une manière plus complètement heureuse, lorsqu'au lieu de tablettes sèches, destinées à être redissoutes dans un certain volume d'eau et à la température de son ébullition, ou se propose simplement de composer des pastilles destinées à une ingestion sans intermédiaire, et dans laquelle ces pastilles n'auront à subir d'autre réaction que celle qui résulte de la propriété éminemment dissolvante et assimilatrice des sucs secrétés dans les premières voies digestives, sollicitées utilement elles-mêmes par la présence d'un agent aromatique et salin, et avec le concours de la chaleur vitale.

Des pastilles de bouillon préparées d'après notre procédé, un peu modifié seulement quant aux proportions de substances accessoires et à la main-d'œuvre finale, présentent la saveur franche et le parfum d'un consommé; elles seront parfois de ressource dans les longues convalescences; dans certains cas morbides, même, quand par exemple, le jeune âge ou la débilité du malade interdit de rendre absolue une diète jugée nécessaire, ou bien quand l'estomac est affaibli par l'irrégularité des heures de repas, et sans doute encore dans d'autres circonstances que les praticiens apprécieront.

Nous reproduisons fidèlement notre formule :

Prenez : A.	Cuisse de bœuf dégraissée	6 kilos.
B.	Pieds de veau	nº 6.
	Carottes, navets, poireaux, céleri; de chaque, une forte botte.	
	Oignons brûlés	nº 4.
	Clous de girofle	nº 6.
C.	Gomme arabique	800 grammes.

A. Hâchez la chair musculaire, triturez-la dans un mortier de marbre avec suffisante quantité d'eau, et exprimez; répétez ce traitement jusqu'à ce que la viande soit épuisée; soumettez le résidu à la presse; faites bouillir un instant les liquides réunis; passez-les à travers une étamine, évaporez la colature au bain-marie, jusqu'à ce qu'elle soit réduite à un demi-litre environ.

B. Lavez et coupez les légumes et les pieds de veau; mettez ces substances dans une marmite autoclave avec les oignons et les clous de girofle, et ajoutez de l'eau de rivière pour immerger le tout; faites bouillir sur un feu doux; laissez un peu refroidir avant d'ouvrir l'autoclave; passez le décocté; achevez de le laisser refroidir; dégraissez-le; remettez-le sur le feu pour le clarifier avec deux blancs d'œufs battus; passez, évaporez la colature au bain-marie.

C. Durant ces opérations vous avez fait fondre la gomme dans son poids d'eau, et vous la passez à travers une toile; ensuite vous versez la solution dans le bouillon de légumes et de pieds de veau, évaporé aux trois quarts; continuez l'évaporation; ajoutez le demi-litre de premier produit, A, que vous avez mis à part; accomplissez le mélange, en continuant d'évaporer un peu; coulez dans des moules selon l'art; faites réduire à une douce température en tablettes, dont vous faites des pastilles à l'emporte-pièce.

Chaque pastille, du poids moyen de 75 centigrammes, contient les sucs de 5 grammes de chair musculaire et d'autant de légumes environ.

DERNIÈRES OBSERVATIONS AU SUJET DE L'INOCULATION PRÉSERVATIVE DE LA PNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE DES BÊTES BOVINES; par M. le docteur BOINET.

Dans la nouvelle lettre que M. le professeur Renault d'Alfort vient d'adresser à la GAZETTE MÉDICALE, à l'occasion de la réponse que j'avais eu l'honneur de lui faire touchant l'inoculation dans les épizooties contagieuses, il y a beaucoup d'esprit, mais il n'y a que cela. Que si vous cherchez une réponse aux questions que je lui posais sur les différences si grandes qu'il dit exister entre le typhus contagieux et la pneumonie épizootique, *au point de vue de l'inoculation*, car j'ai bien précisé le point, vous ne la trouverez pas. M. Renault affirme bien que cette différence existe, et qu'elle est aussi grande que la différence qui existe entre la pneumonie et la peste chez l'homme, mais il oublie de le prouver : quel est le motif de son silence? y aurait-il impossibilité de le faire? Mais, monsieur Renault, soyez moins humble, et puisque vous les trouvez si grandes, si sensibles, si évidentes, ces différences, veuillez vous donner la peine de nous les montrer, nous vous en prions au nom de la science et des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE.

Malgré notre vif désir de voir une grande découverte dans l'inoculation de la pneumonie épizootique des bêtes bovines, nous ne pouvons y trouver que la répétition de ce qui avait été fait, il y avait plus de quatre-vingts ans, pour le typhus contagieux, et nous pensons, quoi qu'en dise le savant directeur d'Alfort, qu'il n'y a pas plus de découverte aujourd'hui pour l'inoculation de la pneumonie épizootique des bêtes bovines qu'il n'y en aurait dans vingt-cinq ou trente ans, s'il apparaissait une nouvelle épizootie contagieuse, et si on appliquait l'inoculation à cette nouvelle affection.

Assurément, mon cher maître, la chirurgie sous-cutanée n'a pas encore coupé tous les tendons, toutes les fibres musculaires qui pourront se rétracter dans l'économie..... Toutes les artères n'ont pas encore reçu de ligature en cas de plaie ou d'anévrisme, etc. Eh bien, pensez-vous qu'il aura

fait une grande, une immense découverte, celui qui viendra lier un vaisseau qui n'a pas encore été lié, ou qui coupera une fibre tendineuse ou musculaire qui n'a pas encore été coupée?..... Non, évidemment..... Les principes sont posés sur tous ces faits, les lois sont faites, il n'y a plus qu'à les appliquer. Il en est de même pour toutes les inoculations présentes et futures..... Où M. Renault trouve-t-il donc une si grande découverte ?.... C'est ce que nous demandons depuis le commencement de cette polémique. Qu'il veuille donc bien nous l'indiquer, tout le monde lui en saura gré, et si l'humble vétérinaire d'Alfort croit devoir s'y refuser, nous le demandons au directeur, au professeur de la première école de France; c'est son droit; je dis plus, c'est son devoir.

Plutôt que de répondre d'une manière scientifique à une lettre qui n'avait d'autre but que de montrer que l'inoculation des bêtes bovines, dans les épizooties contagieuses, n'était pas chose nouvelle, et qu'elle n'était dans la pleuro-pneumonie épizootique d'aujourd'hui que l'application de ce qui avait été fait autrefois dans le typhus contagieux, ce que je ne pouvais mieux faire qu'en rapportant textuellement les travaux desautres, M. Renault m'accuse de certaines subtilités, auxquelles je ne songeaisguère en vérité, pour m'attribuer les travaux des autres, et s'ingénie à critiquer le titre de ma lettre, titre qui n'est pas de moi, ainsi que j'ai eu l'honneur de le lui dire moi-même, en présence de celui qui l'a fait; puis, avec une imagination féconde en suppositions, s'évertue à faire croire que j'ai voulu l'attaquer dans son savoir, lui M. Renault, ainsi que la docte commission chargée d'examiner cette question. Qu'il veuille donc bien se persuader que je ne suis l'adversaire de personne, et que je ne songeais ni à lui, ni à sa commission, ni à qui que ce soit. Lorsque j'ai adressé au rédacteur en chef de la Gazette Médicale les travaux qui prouvaient que l'inoculation n'était pas une chose nouvelle, et n'était pas par conséquent une découverte, je n'ai eu eu un autre but ni une autre attention. Probablement qu'il s'y serait pris autrement; mais je n'ai ni la science ni l'esprit de M. Renault. Mais puisqu'il a pris pour lui ce qui n'était pas à son adresse, puisqu'il a cru qu'il était de son devoir de contester mes dires, et qu'il a l'aménité de m'écrire que je ne veux pas convenir que je me suis trompé, je m'empresse de lui répéter encore et pour la dernière fois, que je suis tout disposé à déclarer que je me suis trompé, mais à la condition qu'il voudra bien le prouver, en nous montrant : 1° les différences immenses qui existent entre ce typhus contagieux et la pneumonie épizootique des bêtes bovines, *au point de vue de l'inoculation*; 2° ce qu'il y a de nouveau dans cette grande découverte de l'inoculation appliquée à la pneumonie épizootique, et enfin ce qui différencie les différentes variétés des maladies épizootiques à l'endroit de l'inoculation.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

IV. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros d'avril, mai et juin 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Remarques cliniques sur l'emploi de cyanure de potassium contre l'angine de poitrine*; par M. Manfredonia. 2° *De la phthisie pulmonaire*; par M. Agostinacchio 3° *Sangsue avalée et chassée au moyen de la décoction de centaurée*; par M. Pacciani, 4° *Cas rare de catalepsie*; par M. Vulpes. 5° *Comment reconnaître si une maladie est primitivement nerveuse ou non?* par M. Mammi. 6° *Cas de monstruosité*; par M. Levante. 7° *Considérations sur la nouvelle doctrine médicale humoristique*; par M. Agostinacchio.

DE L'EMPLOI DU MERCURE CONTRE LA PHTHISIE PULMONAIRE; par M. AGOSTINACCHIO.

Témoin de deux faits où le mercure a laissé marcher la phthisie, ou paraît même en avoir accéléré l'évolution, l'auteur n'a garde d'attribuer à ce remède la moindre valeur dans le traitement de la tuberculisation pulmonaire. L'un d'eux a rapport à une femme chez qui la grossesse avait antérieurement suspendu deux fois les progrès de la lésion organique. D'après les conseils d'un jeune médecin, elle se soumit ensuite aux frictions mercurielles. Les symptômes thoraciques marchèrent dès lors plus activement, et elle ne tarda pas à succomber. — Le second cas, à part la circonstance de la grossesse, est, à peu de chose près, semblable à celui-ci.

La conviction de M. Agostinacchio à cet égard est même tellement forte que, s'il soupçonnait chez un sujet syphilitique la diathèse tuberculeuse latente, il lui administrerait, au lieu de mercure, du rob, de la tisane sudorifique, ou de l'iodure de potassium qui agirait ici à la fois contre la syphilis et contre le vice scrofuleux, lequel entre toujours pour une large part dans l'étiologie de la phthisie.

— Au point de vue de la syphilis, la conduite à suivre pour le médecin n'est pas tout à fait aussi simple que l'auteur le pense. Le mercure et l'iode ne sont point deux remèdes qui conviennent également à toutes les périodes de la maladie, entre lesquels par conséquent on soit libre de choisir d'après la considération exclusive de leur appropriation à la constitution ou à la santé du sujet. Leurs indications sont beaucoup plus tranchées; et tous les syphilographes savent aujourd'hui qu'ils constituent chacun le spécifique de l'une des périodes de la maladie. l'influence de l'un d'eux étant justement la plus forte là où celle de l'autre cesse complétement.

Mais cette réserve faite, nous avouons bien volontiers que, la *phthisie syphilitique* étant au nombre des lésions qui appartiennent à la période tertiaire, c'est effectivement à l'iodure de potassium, et non au mercure, qu'il faudrait s'adresser pour la combattre.

V. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros d'avril, mai et juin 1852 contiennent les travaux suivants : 1° *Lettre sur la lithotritie*; par M. Malagodi. (Cet article embrasse l'étude complète de la lithotritie, son historique, ses différents procédés, l'appréciation de sa valeur clinique, enfin l'exposé de la pratique de l'auteur. On comprend à quel point, malgré tout son mérite, l'analyse d'un semblable travail serait difficile.) 2° *De l'ustion et de la phlébotomie auriculaire contre la sciatique nerveuse*; par M. Facchini. (Exposé de toutes les raisons qu'on peut réunir pour tâcher d'expliquer une médication essentiellement empirique. L'auteur conclut que la médication dont il s'agit a surtout pour effet d'*établir une polarité* dans l'oreille.) 3° *Première séance de magnétisme animal faite par un initié*; par M. P. G. 4° *De l'eau saline iodée de Monte-Santo et de son emploi médical*; par M. Olivi, 5° *Considérations théorico-pratiques sur le* delirium tremens potatorum; par M. Tamburini. 6° *Névralgie du nerf facial, traitée et guérie*; par M. Laurenzi. 7° *Du bandage compressif de Frike contre l'orchite*; par M. Filippini. (L'auteur l'a employé avec succès : il avertit seulement de n'appliquer aucun topique irritant, immédiatement après avoir enlevé ce bandage, à cause de la grande irritabilité qu'il donne aux téguments.)

. NÉVRALGIE DU NERF FACIAL GUÉRIE; par M. LAURENZI.

Existe-t-il des névralgies du nerf facial?... La question posée de cette manière serait très-difficile à résoudre; car alors même que la douleur suit le plus manifestement le trajet de ce nerf, on peut toujours soutenir que la lésion névralgique n'affecte que les rameaux émanés de la cinquième paire qui s'accolent à son tronc et se distribuent avec lui. Cliniquement, donc, ce point parait destiné à demeurer indéfiniment litigieux. Cependant, en fait, une névralgie suivant la direction du facial est un cas assez rare pour qu'il y ait intérêt à en prendre connaissance. Dans celui que nous allons rapporter, le mode de traitement employé et le succès qui l'a suivi sont des circonstances également dignes d'attirer sur lui l'attention des praticiens. Nous regrettons seulement que cette observation, unique à certains égards, ait été publiée d'une façon aussi succincte.

Obs. — Domenico Cecchini, âgé de 50 ans, de tempérament sanguin, affecté depuis environ deux ans d'une névralgie du nerf facial, avait essayé contre elle différents remèdes, tant généraux que locaux, tels que la pommade au chloroforme et au cyanure de potassium, et beaucoup d'autres, mais sans jamais en retirer aucun avantage. Reçu dans les salles chirurgicales de l'hôpital Saint-Jacques à Rome, sous la direction du professeur Olivieri, celui-ci se décida à conseiller l'excision du nerf malade, opération dont il confia l'exécution au docteur Laurenzi. Ce dernier pratiqua une incision verticale descendant de l'arcade zygomatique vers l'angle de la mâchoire. Elle divisa le tissu cellulaire adipeux, la lame aponévrotique et quelques prolongements de la parotide. Ayant alors saisi avec une pince la branche cervico-faciale (celle dans laquelle le sujet paraissait éprouver les sensations les plus douloureuses), il l'excisa et en fit l'ablation dans l'étendue de 2 à 3 lignes.

L'auteur se contente d'ajouter qu'au bout de plus de trente jours la névralgie faciale n'avait pas reparu et qu'il ne restait aucune paralysie des muscles que le nerf facial anime.

VI. GAZZETTA MEDICA ITALIANA TOSCANA.

Les numéros de mars, avril, mai et juin 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Histoire d'une amaurose guérie complétement par l'usage externe de l'ammoniaque*; par M. Coen. (Les lotions sur les paupières avec une solution concentrée au degré voulu pour produire seulement une certaine stimulation, suffirent à la guérison.) 2° *Histoire d'une fistule vésico-vaginale*; par M. Nerici. 3° *De la péritonite chronique*; par M. Beo Cotti. 4° *Histoire d'une amaurose, suivie de réflexions*; par M. Balocchi. (Dans ce cas, très-exactement observé, l'amaurose dépendait d'une tumeur située dans le corps strié, et dont l'autopsie révéla l'existence.) 5° *Histoire d'une syphilis tertiaire complétement guérie*

par le seul emploi de la salsepareille; par M. Peyrani. (Plusieurs traitements mercuriels avaient été essayés, mais sans que la malade eût pu les supporter. L'efficacité de la salsepareille, dans ce cas, ne surprendra pas ceux qui savent que l'iode y a été constaté en quantité notable). 6° *De la nécessité d'entreprendre des expériences sur l'inoculation vénérienne*; par M. Galligo. (En présence des doutes que soscite la syphilisation, et de ses effets, dans quelques cas, assez satisfaisants, l'auteur voit la nécessité d'expérimentations plus nombreuses et fait un appel au zèle de ceux qui sont à même de les entreprendre.) 7° *Sur le pemphygus syphilitique et congénital des nouveau-nés*; par le même. 8° *Extraction d'une épingle à cheveux de la vessie d'une femme*; par M. Fantozzi. 9° *Énorme distension de l'estomac par hypertrophie du pylore, mélanose de cet organe et des bronches*; par M. Moretti. 10° *Arthrite et diarrhée guéries, l'une par le sulfate de quinine à haute dose, l'autre par le nitrate d'argent à l'intérieur*; par M. Bracciolini. 11° *Tumeur volumineuse contenue dans la cavité abdominale*; par M. Micbelacci. 12° *Expériences sur l'emploi de l'huile de croton tiglium à l'extérieur*; par M. Bertella. 13° *Histoire de deux cas de maladies de la poitrine et de deux cas de maladies de la tête, suivie de réflexions*; par M. Palamidessi. 14° *Observations d'hydrocèles guéries au moyen de l'électro-puncture*; par M. Vivarelli. (Trois hydrocèles ont été guéries au moyen de sept à onze séances d'électro-puncture, de cinq à six minutes chacune. Les deux aiguilles étaient introduites dans les extrémités de la tumeur ovoïde formée par l'hydrocèle. La maladie, chez ces trois sujets, remontait à dix-huit mois, deux ans et cinq ans. Les séances n'ont été séparées les unes des autres que par un intervalle d'un ou de deux jours.)

EXTRACTION D'UNE ÉPINGLE A CHEVEUX DE LA VESSIE D'UNE FEMME; par M. FANTOZZI.

OBS. — Le 1er avril 1852, M. Fantozzi fut appelé auprès d'une femme âgée de 20 ans, qui depuis quatre mois se plaignait de fréquentes envies d'uriner, avec une douleur aiguë revenant surtout à la fin du jet. L'urine était trouble, sédimenteuse, parfois sanguinolente. Après quelques dénégations, elle confessa qu'une nuit, en se retournant dans son lit, elle avait senti pénétrer dans l'urètre un corps qu'elle pensa être une épingle tombée de ses cheveux. Un tel aveu suffit au médecin pour comprendre la nature de l'accident, et après plusieurs explorations avec la sonde, il parvint à reconnaître la présence d'un corps étranger dans la vessie, donnant par son choc contre le cathéter la sensation d'un métal.

Il essaya d'abord, mais sans succès comme sans beaucoup d'espoir, d'en faire l'extraction au moyen d'une petite pince à polypes. Ces tentatives ne firent qu'exaspérer les douleurs. M. Fantozzi eut alors recours à l'instrument imaginé par M. Belluomini, et dont nous avons déjà nous-même donné la description (v. GAZ. MÉD., 1851, p. 569) sous le nom de *cysticamptulque*.

Le 12 avril, après avoir laissé à l'urine le temps de s'accumuler de manière à distendre la vessie, il introduisit l'instrument, mais ne put rencontrer le corps étranger. Dès le lendemain, il renouvela l'exploration et réussit à rencontrer et à charger l'épingle. Il fit alors agir la vis de façon à plier ce corps contre le bord de la canule et à le cacher dans l'intérieur de celle-ci, et en accomplit ainsi l'extraction sans douleur ni danger pour la malade.

Quoiqu'elle fût restée quatre mois dans la vessie, l'épingle avait conservé sa flexibilité primitive. Les incrustations calcaires manquaient dans beaucoup de points; et là où il y en avait, elles offraient à peine une épaisseur d'un millimètre. Probablement ces concrétions s'étaient désagrégées au fur et à mesure qu'elles se déposaient.

Il ne survint, à la suite de cette opération, qu'une légère irritation du canal, causée par l'introduction réitérée des instruments. Aucune fièvre, aucun accident n'entravèrent la marche naturelle des phénomènes ultérieurs.

EXPÉRIENCES SUR L'HUILE DE CROTON TIGLIUM EMPLOYÉE A L'EXTÉRIEUR; par M. BARTELLA.

L'auteur a principalement étudié l'effet des frictions avec l'huile de croton sur les inflammations subaiguës des voies respiratoires. A la suite d'une bronchite, de l'exacerbation d'un catarrhe pulmonaire, si, une fois la fièvre tombée, il persiste de la toux, il fait pratiquer sur les parois thoraciques des frictions, avec cette huile, jusqu'à ce qu'elles aient provoqué l'éruption de petites pustules. Le résultat en est ordinairement aussi favorable que rapide. Dès que la peau a convenablement répondu à l'excitation artificielle, la toux diminue promptement de fréquence et d'intensité, et l'expectoration devient beaucoup moins pénible. Jamais M. Bartella n'a vu l'emploi de ce médicament sur la peau saine donner lieu à ces purgations que quelques auteurs considèrent comme un inconvénient habituel dépendant de son usage externe.

La seule objection dont il y ait lieu de tenir compte est sa cherté; aussi M. Bartella se propose-t-il d'instituer prochainement des expériences comparatives, afin de déterminer si l'on n'obtiendrait pas des résultats à peu près aussi satisfaisants, en se servant de l'huile fournie par quelques plantes indigènes jouissant de propriétés analogues, telles que le *catapuzia* et l'*euphorbia latyris*.

VII. GAZZETTA MEDICA ITALIANA (STATI SARDI).

Les numéros de mars, avril, mai et juin 1852 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Sur l'accouchement prématuré artificiel*; par M. Olivetti. 2° *Sur la latence des maladies*; par M. Zambianchi. 3° *Accouchement naturel; présentation des pieds; intervention de la main pour terminer le travail*; par M. Grassi. 4° *Sur l'usage interne de l'iodure de potassium et de l'huile de foie de morue contre l'arthrite et la carie articulaire*; par M. Musizzano. 5° *Sur les épidémies*; par M. Zambianchi. 6° *Réflexions étiologico-pratiques sur la scrofule*. 7° *Morve très-aiguë avec dégénération gangréneuse profonde de la pituitaire chez un cheval; guérison*; par M. Signorile. 8° *Avantages du seigle ergoté dans l'hémorrhagie par insertion du placenta sur le col*; par M. Marchiandi. 9° *Des blessés par l'explosion de la poudrière de Dora le 26 avril*. 10° *Observations pratiques médico-chirurgicales*; par M. Salvolini. 11° *Sur le diagnostic différentiel de la phlébite de la veine porte*; par M. Garelli. 12° *Cautérisation de l'oreille droite pratiquée avec succès dans des cas d'odontalgie, de névralgie faciale et de sciatique*; par M. Battista. (L'auteur a fait cette opération au moins treize fois; elle a le plus souvent produit une guérison radicale, dans d'autres cas seulement de l'amélioration, mais jamais elle n'est restée sans procurer quelque avantage.) 13° *Sur quelques maladies des organes génito-urinaires produites ou simulées par le phymosis congénial*; par M. Borelli. 14° *Sur l'opération du phymosis*; par le même. (Opération dont les résultats sont semblables à ceux de la circoncision telle qu'elle se pratique aujourd'hui.) 15° *Sur les métamorphoses dans les maladies*; par M. Zambianchi. 16° *Observations cliniques*; communiquées par M. Salvolini.

SUR L'USAGE INTERNE DE L'IODURE DE POTASSIUM ET DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE; par M. MUSIZZANO.

Plusieurs auteurs avaient déjà préconisé l'efficacité des préparations iodurées contre l'arthrite. M. Musizzano apporte à l'appui de cette opinion des faits d'abord, et de plus une conviction qui n'hésite pas à affirmer la réalité des effets intimes du remède comme s'il les avait observés *de visu*. Appliquée à l'extérieur, l'huile de foie de morue, dit-il, a la propriété, une fois l'état inflammatoire dompté, d'activer l'absorption de la lymphe plastique qui, dans l'arthrite, s'épanche; elle fond la synovie qui, dans la cavité articulaire, est passée à l'état gélatineux et parfois à celui de solide; elle dissout en outre les adhérences, pourvu qu'elles soient récentes et incomplètes.

Ces médicaments, considérés en général, ont une action puissante contre la diathèse strumeuse. S'ils paraissent quelquefois échouer dans le traitement de cette affection, cela tient ordinairement à ce qu'ils n'ont pas été absorbés en quantité suffisante. Or ce défaut d'administration peut dépendre soit de ce que les organes digestifs n'ont pas supporté la dose ordonnée par le médecin; soit de ce que les malades — et principalement dans la classe ouvrière — se lassent de continuer en grande quantité un remède dont l'effet n'est pas immédiatement sensible.

Des deux malades dont l'histoire est rapportée par M. Musizzano, l'une avait une suppuration de l'articulation radio-carpienne avec carie des extrémités articulaires, l'autre offrait une tuméfaction de plusieurs jointures, à la suite d'une attaque de rhumatisme général. Chez toutes les deux, on attendit, avant de prescrire les iodurés, que les phénomènes inflammatoires aigus eussent disparu.

MORVE AIGUË AVEC DÉGÉNÉRATION GANGRÉNEUSE PROFONDE DE LA PITUITAIRE SUR UN CHEVAL; GUÉRISON; par M. SIGNORILE.

Un fait de morve aiguë terminée par la guérison mérite toujours d'être enregistré avec empressement. Toutefois celui que nous allons citer se rapporte-t-il réellement à l'affection morveuse? A propos d'un cas de ce genre (v. GAZ. MÉD., *Revue italienne*), nous fîmes déjà des réserves expresses sur le diagnostic porté par l'auteur. Nous les renouvellerions aujourd'hui d'autant plus volontiers que rien dans la nature des moyens employés ne nous paraît posséder une vertu directe contre la morve, et qu'on serait certes moins autorisé ici qu'en aucun cas à conclure de la spécialité du traitement à la spécificité de la maladie qui lui a dû sa guérison.

OBS. — Le 28 novembre 1851 entra à l'infirmerie une jument âgée de 5 ans, affectée d'une légère phlegmasie catarrhale. Elle paraissait déjà en être guérie par les fumigations émollientes, les boissons mucilagineuses et nitrées, deux saignées, etc., et dès le 13 décembre elle était désignée pour sortir, lorsque le 14 on la trouva en proie aux symptômes de la morve la plus aiguë: l'accophlegmasie des quatre membres, tête basse et appuyée sur la mangeoire, paupières gonflées et rapprochées, lèvres très-tuméfiées, la partie apparente des muqueuses (et surtout de la pituitaire) d'un rouge intense, pointillé de noir; respiration fréquente et difficile, pouls plein et lent, anorexie, engorgement très-douloureux des ganglions sous-maxillaires.

Le 15, le gonflement de la tête et des membres a augmenté au point de rendre ces parties difformes. La suffocation est presque imminente; la pituitaire est devenue livide, parsemée d'ecchymoses étendues. Vers le soir, il s'écoule des naseaux à moitié obstrués par l'épaississement de la pituitaire une matière jaunâtre mêlée de sang.

Le 16, l'écoulement est plus abondant; il a l'odeur de la gangrène; il entraîne avec lui quelques lambeaux de la pituitaire, laquelle paraît en grande partie détruite par une ulcération violacée. Pouls lent et petit, battements du cœur tumultueux.

Les 17 et 18, légère diminution du gonflement de la tête; difficulté moindre de la respiration. Les autres symptômes persistent.

Les 19 et 20, l'amélioration augmente, l'appétit revient; des boutons furonculeux apparaissent autour de lèvres.

Le 21, cette éruption a envahi presque toute la tête. Quelques-uns des boutons des lèvres commencent à suppurer. L'ulcération et l'écoulement nasal continuent avec les modifications qui viennent d'être indiquées.

Traitement. — Malgré la rigueur de la saison, on dut isoler l'animal. On lui fit deux saignées le premier jour, et deux le second. Bains tièdes résolutifs de la tête et des membres, fumigations émollientes vers les naseaux, lavements et administration de quelques doses d'émétique et de nitre.

Le troisième jour, on s'adressa aux révulsifs : quatre sétons sur les côtés du cou et deux sur la poitrine. En même temps, on pratiqua des fumigations avec l'acide acétique et l'extrait de saturne, et des lotions antiseptiques et astringentes sur les naseaux.

L'amélioration ayant été en augmentant à partir du sixième jour, tout symptôme grave avait disparu dès le vingt-neuvième. Il s'établit seulement une perforation assez large de la cloison nasale. En outre la faiblesse était telle que l'on dut garder l'animal jusqu'à ces derniers temps, époque à laquelle on le rendit au service militaire, jouissant alors de la plus parfaite santé.

De quelques maladies génito-urinaires produites ou simulées par le phymosis congénital; par M. Borelli.

La lecture du travail récent de M. Fleury sur les fâcheuses conséquences du phymosis a rappelé à M. Borelli le souvenir de plusieurs cas de ce genre dont il avait été témoin dans sa pratique. Il les gardait même pour en faire l'objet d'un mémoire spécial; mais il les publie aujourd'hui comme matériaux destinés à compléter l'œuvre si bien commencée par notre savant compatriote.

La maladie dont le phymosis congénital simule le plus souvent et le plus exactement les symptômes est le calcul vésical. Sept fois M. Borelli a constaté, chez des sujets de tout âge, les phénomènes ordinaires qui annoncent l'existence d'une pierre dans la vessie. Vérification faite, il s'est trouvé qu'un phymosis en était la seule cause, et que, une fois l'opération faite, tous les troubles disparaissaient. Le cas suivant nous paraît des plus propres à démontrer la réalité de cette influence.

Obs. I. — Un enfant de 3 ou 4 ans entra à l'hôpital présentant les symptômes rationnels de l'affection calculeuse. Il portait un phymosis tellement prononcé que le prépuce permettait à peine l'introduction d'une petite sonde. Il existait aussi une dilatation commençante de la vessie. M. Borelli se borna à diviser avec des ciseaux pointus le prépuce dans l'étendue d'un centimètre environ. Cette opération, aidée de quelques médications appropriées, mit fin au désordre des fonctions urinaires.

Mais au bout de quelques mois, l'enfant revint, offrant de nouveau les mêmes incommodités quoiqu'à un degré moins considérable. On s'aperçut que le phymosis s'était reproduit. M. Borelli pratiqua alors la circoncision circulaire, et la guérison fut complète et définitive.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cet ordre de faits, c'est que les symptômes dont il s'agit, et qui sont parfois portés très-loin, peuvent être non-seulement apaisés, mais guéris, et guéris sans retour, par la simple introduction d'un cathéter jusque dans la vessie. M. Borelli cite deux cas où le cathétérisme, exécuté dans la pensée où l'on était qu'une pierre pouvait exister dans la vessie, suffit pour mettre fin aux accidents qui avaient simulé cette altération.

D'autres lésions plus sérieuses peuvent être la conséquence du phymosis; mais quelque avancées et profondes qu'elles soient, la circoncision en est le vrai et le prompt remède, ainsi qu'on peut en voir un frappant exemple dans le fait suivant :

Obs. II. — Un enfant de 10 ans, de faible constitution, se présenta à la clinique, avec les symptômes rationnels d'un calcul vésical. En examinant l'abdomen, M. Borelli fut surpris d'y trouver à la région hypogastrique une énorme tumeur dure, lobuleuse, très-douloureuse, qui remontait jusqu'à l'ombilic. La sonde évacua une grande quantité d'urine et servit à reconnaître que les parois de la vessie étaient très-dures, fort épaissies, et que les frottements du bec contre leur surface causaient de la douleur. Cet enfant avait le prépuce très-long, offrant une ouverture large seulement de 2 millim.

Après l'avoir soumis à un traitement antiphlogistique qui calma un peu l'inflammation vésicale, il pratiqua l'opération du phymosis. Au bout d'un mois, tout était rentré dans l'ordre normal.

Cinq ou six mois après, les mêmes souffrances en urinant, l'épaississement et la dilatation de la vessie avaient récidivé. Le phymosis s'était reproduit. On fit une seconde opération plus complète, et la guérison s'obtint de nouveau pour ne plus se démentir.

Chez quelques sujets il suffit pour faire cesser les douleurs de l'excrétion urinaire qui dépendent du phymosis, de tirer lentement en arrière la peau du prépuce toutes les fois qu'ils urinent. Cette simple précaution agit en donnant à l'ouverture que le liquide doit traverser une largeur momentanément en rapport avec le diamètre du canal et avec le degré de l'impulsion vésicale.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 janvier. — Présidence de M. de Jussieu.

Application des enduits imperméables au traitement des inflammations locales.

M. Foucault adresse une note intitulée : Des enduits imperméables appliqués sur la peau, pour combattre les inflammations locales, chez l'homme et les animaux domestiques.

L'auteur informe, dans cette note, qu'il a combattu, à l'aide des enduits imperméables, que M. Robert Latour emploie depuis quelque temps avec succès pour arrêter les progrès de l'inflammation, en suspendant partiellement les fonctions de la peau, la péritonite, des brûlures à différents degrés, des rhumatismes articulaires, des érysipèles et d'autres affections inflammatoires ou irritations de la tunique externe. Une inflammation grave et rebelle du foie a disparu rapidement par une application de *collodion*, étendue sur l'hypocondre droit et sur la partie correspondante des parois abdominales.

En général, pour obtenir les résultats les plus prompts, les plus favorables de ce nouveau procédé, cette préparation agglutinative doit être appliquée sur une large surface, et il convient de remplir avec beaucoup de soin les fissures formées par cet enduit en se desséchant.

M. Fourcault rapporte le fait suivant :

Je fus appelé, il y a environ vingt jours, pour donner des soins à un maçon qui venait d'avoir le pied écrasé par une pierre. Le lendemain, l'articulation tibio-tarsienne avait acquis un volume considérable, l'engorgement inflammatoire s'était rapidement étendu au pied et à la jambe; des phlyctènes, des ecchymoses autour des malléoles et sur ces parties, annonçaient la déchirure des vaisseaux, l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire, et une rougeur vive, de la douleur, dans tout le membre, indiquaient les progrès de l'inflammation.

Dans cet état, craignant la gangrène, je ne cherchai point à explorer les parties, je me bornai à pratiquer une large saignée et à placer ce membre sur un plan incliné, de manière à élever le plus possible le pied et la jambe, en prescrivant des *irrigations froides continuelles*.

Le troisième jour de l'accident, la tension douloureuse de l'articulation et du pied avait un peu diminué; néanmoins la tuméfaction excessive des parties m'inspirait toujours de vives inquiétudes. Je me décidai alors à recouvrir tout le membre malade, jusqu'au genou, d'une couche de collodion glueux.

L'effet de cet enduit ne se fit pas attendre; le lendemain et les jours suivants, le gonflement, la chaleur, la douleur diminuèrent rapidement; les fluides épanchés furent promptement résorbés; les phlyctènes et les ecchymoses disparurent; les saillies osseuses se montrerent, la peau recouverte de collodion n'étant plus distendue, était ridée, sillonnée profondément par suite de la diminution prompte de l'engorgement du tissu cellulaire; enfin le blessé retrouva le sommeil dès la première nuit qui suivit cette application.

Aujourd'hui, vingtième jour de l'accident, le gonflement a entièrement disparu; la luxation du pied, dont il avait été d'abord impossible de constater l'existence, a été réduite et maintenue par les moyens contentifs ordinaires.

Dans le cas où les chirurgiens éloignés des grands centres de population ne pourraient pas se procurer du collodion convenablement préparé, M. Fourcault pense qu'ils pourraient le remplacer par de l'argile plastique, dont il a fait un fréquent usage dans ses expériences sur les animaux. Cette substance, adhérant à la peau, servirait à la fois d'enduit et de moyen contentif dans les fractures, moyennant la précaution de prévenir le dessèchement de cette couche argileuse en l'environnant d'un linge imbibé d'eau froide.

— M. Puel informe l'Académie qu'il vient d'observer un cas très-singulier de catalepsie, compliqué de somnambulisme naturel, qu'il désire faire constater par une commission de l'Académie.

— Dans cette séance, l'Académie a procédé au renouvellement partiel du bureau.

M. de Jussieu prend la présidence pour 1853.

M. Combes est nommé vice-président.

Dans cette même séance, l'Académie a élu un membre dans la section de botanique en remplacement de M. Richard, décédé.

Les candidats étaient :

En première ligne et *ex æquo*, MM. Montagne et Tulasne;

En deuxième ligne et *ex æquo*, MM. Duchartre et Trécul.

M. Montagne ayant réuni la majorité (56 voix sur 58) a été élu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend huit lettres du ministre de l'intérieur et du commerce, par lesquelles il transmet :

1° Deux rapports de M. le docteur Campmas, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges (Hautes-Pyrénées), sur les malades qui ont fait usage des eaux minérales de cette localité pendant la saison de 1852. (Comm. des eaux minérales.)

2° Un rapport de M. le docteur Marié, médecin des épidémies de l'arrondissement de Mende, sur une épidémie de variole et de suette miliaire qui a régné dans la commune de Mende, depuis le mois d'avril jusqu'au mois d'août dernier. (Comm. des épidémies.)

3° Le rapport final de M. Motte, médecin des épidémies de l'arrondissement des Andelys, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Fontenay, canton d'Ecos (Eure), pendant les mois de juin, juillet, août, septembre et octobre 1852. (Même comm.)

4° Un rapport de M. le docteur Lemoine, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château-Chinon, sur l'épidémie de scarlatine angineuse maligne qui a régné dans la commune d'Arleuf pendant le mois de juillet dernier. (Même comm.)

— M. Germain (de Salins) adresse par l'entremise de M. Mélier, un mémoire sur les causes du goître endémique au bas du revermont occidental de la première chaîne du Jura, dans le département de ce nom, et sur les moyens préservatifs et curatifs de cette maladie. (Comm. du goître et du crétinisme.)

— MM. de Puisaye, inspecteur adjoint des eaux d'Enghien, et Leconte adressent une nouvelle lettre de réclamation en réponse à la réplique de M. Bouland. (Comm. des eaux minérales.)

— M. Bérard, président, en prenant possession du fauteuil, prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Les honorables membres qui, avant moi, ont occupé ce fauteuil, vous ont dit que leur ambition, si haut qu'ils aient pu la placer, avait été comblée par le vote qui les avait appelés à diriger vos travaux. Comme eux, j'ai compris quel honneur s'attache à la présidence de l'Académie; comme eux, je viens, avant tout autre acte, vous apporter l'expression d'une reconnaissance vivement sentie, reconnaissance qui m'était commandée à moi plus qu'à tout autre, par le souvenir des circonstances qui m'ont amené parmi vous.

Un événement, accompli en dehors de cette enceinte, m'a fait prendre place sur ces bancs, sans que j'y eusse été appelé par vos suffrages. Ce qui manquait à ma promotion, vous avez essayé de me le faire oublier par un accueil plein de bienveillance et de sympathie. Mais vous avez fait plus : vous m'avez choisi, vous m'avez élu, vous m'avez fait un des vôtres, en m'élevant au fauteuil de la présidence. Et, de ce jour, je puis, parodiant une parole qui vous est connue, m'écrier à mon tour : *Et moi aussi, je suis de l'Académie.*

Mais ces honneurs ont leurs périls, et je ne vois que trop ceux qui m'attendent, soit que j'envisage en elle-même la tâche imposée au président, soit que j'aie égard à la manière dont elle a été remplie par le médecin distingué auquel je succède.

Suivre, avec une attention soutenue, les discussions élevées dans le sein de l'Académie; s'opposer à ce qu'elles ne s'égarent pas, sans cependant mettre obstacle à leur développement régulier; garantir pour chacun la liberté de la tribune, et éviter, pourtant, de livrer l'Académie à la prolixité stérile; empêcher que, la passion intervenant dans le débat, l'Académie ne soit tyrannisée par un petit nombre, ou, ce qui est à peine supposable, le petit nombre par l'Académie; aviser, dans les cas imprévus, à la solution la plus convenable, la plus digne de ce corps éminent; la proposer avec mesure et la soutenir avec résolution; montrer, au besoin de la fermeté, et jamais de l'entêtement; se pénétrer enfin de cette pensée que, s'il appartient à cette compagnie de contrôler la pratique et les idées nouvelles, tout retard apporté à ses travaux ajourne peut-être la promulgation de quelques découvertes, et ravit momentanément aux inventeurs la récompense légitime à laquelle ils aspirent; en conséquence, presser les travaux, stimuler les commissions, aiguillonner les rapporteurs : voilà, messieurs, ce que je serais tenté d'appeler l'idéal de la présidence. Cet idéal, vous l'avez vu réalisé pendant ces dernières années; mais je vous déclare, sans affectation d'humilité, que je désespère d'y atteindre. J'aurai donc besoin de votre concours, messieurs, je tâcherai de m'inspirer de votre sagesse, et de résoudre, avec vous, ce problème insoluble ailleurs, mais abordable dans cette enceinte, de gouverner une société par elle-même. (Vifs applaudissements.)

M. le Président rend compte ensuite des visites faites par une députation de l'Académie le 1er jour de l'an à S. M. l'empereur et aux ministres de l'intérieur et de l'instruction publique, et des paroles échangées à cette occasion entre les ministres et les membres du bureau.

La parole est à M. Orfila pour une communication.

FONDATION D'UN PRIX EN FAVEUR DE L'ACADÉMIE PAR M. ORFILA.

M. Orfila donne lecture de la lettre suivante adressée à M. le président de l'Académie de médecine :

Monsieur et cher collègue,

J'ai reçu de l'Académie de nombreux témoignages d'estime et de sympathie, dont je ne perdrai jamais le souvenir. Je viens aujourd'hui lui donner une preuve de ma reconnaissance, en instituant un prix de 2,000 fr., qui sera décerné tous les deux ans, et pour la première fois en 1855; à cet effet, je mets à sa disposition une inscription de 1,000 fr. de rente trois pour cent, représentant une somme de vingt-huit mille francs (à 84 fr. prix d'achat).

Les prix qui seront donnés aux séances publiques de 1855 et de 1857 porteront sur une question de toxicologie; celui qui correspondra à 1859 aura pour objet une question puisée dans une des autres branches de la médecine légale. En 1861 et en 1863, les prix seront décernés pour un sujet de toxicologie, tandis que pour 1865, la question aura dû être choisie parmi celles qui sont du ressort des autres partie de la médecine légale. On appliquera ensuite le principe que je viens de poser, c'est-à-dire que, dans une période de six années, deux fois le sujet du prix sera une question toxicologique, et une fois une question de médecine légale, anatomique, physiologique, médicale, chirurgicale ou obstétricale. Toutefois il y aura lieu de se départir de cet ordre rigoureux et de procéder autrement, ainsi que je l'indiquerai bientôt, lorsqu'un prix n'aura pas été adjugé, et que la question aura été de nouveau mise au concours.

Si, après 1901 l'Académie pense qu'il y a plus d'avantage à remplacer la question médico-légale par un des sujets de la seconde catégorie, dont je vais parler, elle sera libre de le faire.

Le prix de 2,000 fr. ne pourra jamais être partagé; s'il n'est pas donné, la même question sera mise au concours, et le prix sera alors de 4,000 fr.; si cette seconde fois le prix n'était pas encore décerné, la même question serait proposée pour la troisième fois, et le prix serait de 6,000 fr. Si, malgré ces ajournements, la question n'était pas convenablement résolue, et que le prix ne fût pas adjugé, la somme de 6,000 fr. serait versée dans la caisse de l'Association des médecins du département de la Seine, que j'ai fondée en 1833.

Ces remises successives d'une question, *quelle qu'elle soit*, auront nécessairement pour conséquence une modification dans la nature des sujets qui devront être proposés : ainsi, lorsque la question ajournée sera du ressort de la toxicologie, la remise à six ans entraînera, pour cette fois seulement, la suppression de la question médico-légale, tout comme si la question ajournée concernait cette dernière science; il y aurait forcément, pendant quatre ans, suppression d'un sujet toxicologique.

La commission nommée pour juger les prix de toxicologie sera composée de cinq membres, dont deux appartiendront à la section de chimie, un à la section de pharmacie, un à la section de pathologie externe et un à la section de médecine légale. Pour juger les prix des autres branches de la médecine légale, la commission sera composée de deux membres pris dans la section de médecine légale, de deux choisis dans une des sections de chirurgie, et d'un appartenant à la section d'anatomie. Toutefois, s'il s'agit d'une question obstétricale, deux membres pris dans la section d'accouchements remplaceront les deux chirurgiens. Pour toutes les questions autres que celles de toxicologie et de médecine légale, dont il sera fait mention plus bas, l'Académie choisira cinq commissaires dans son sein.

Permettez-moi de vous indiquer maintenant, monsieur le président, un certain nombre de questions toxicologiques que je désire mettre au concours à peu près dans l'ordre qui suit. Elles sont de deux catégories.

Première catégorie. — Recherches sur le chloroforme, sur les champignons, sur la cantharidine et les cantharides, sur la codéine, sur l'hyosciamine et la jusquiame, sur l'aconitine et l'aconit, sur la vératrine, la sabadilline, l'ellébore noir et le varaire blanc, sur l'atropine et l'*atropa belladona*, sur la daturine et le *datura stramonium*, sur la digitaline et la digitale, sur le laurier-rose, sur la strychnine, la brucine et la noix vomique, sur la picrotoxine et la coque du Levant, et sur le venin de la vipère.

Chacune de ces questions devra être envisagée sous les points de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. Ainsi, que deviennent ces poisons, après avoir été absorbés; dans quels organes séjournent-ils; à quelle époque sont-ils éliminés et par quelles voies; quels troubles amènent-ils dans les fonctions; quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent; quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale, et en particulier sur le sang; quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets; enfin, et ceci est plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques *avant la mort*, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? *Après la mort*, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler.

Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons des toxiques minéraux et végétaux. Peut-on, par exemple, poursuivre ces toxiques jusque dans le sang et dans les organes où ils ont été portés par l'absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui les rende inertes ou beaucoup moins actif? S'il en est ainsi, comme je le pense, la science verra son domaine s'étendre utilement, puisqu'elle se borne aujourd'hui à attaquer les substances vénéneuses contenues encore dans le canal digestif, et qu'elle n'agit avec quelque succès que dans les *cas rares* où le contre-poison est administré *peu de temps* après l'ingestion du toxique.

Seconde catégorie. — Il est encore une série de questions qui, suivant moi, se rattachent à la toxicologie, et que j'aurais bien voulu avoir le temps d'élucider. Ces questions, d'un ordre très-élevé, extrêmement difficiles à résoudre, *ne devront être mises au concours* qu'après celles ou du moins qu'après la plupart de celles de la première catégorie, et lorsque déjà les expérimentateurs auront appris à surmonter les obstacles contre lesquels ils auront eu à lutter pour déceler les principes organiques végétaux et animaux.

Voici, monsieur le président, toute ma pensée à cet égard. Je dis depuis trente ans, dans mes cours, que les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde, les phlegmasies éruptives contagieuses, la dysenterie, la péritonite puerpérale, le choléra,

la diphthérite, etc., sont des maladies spécifiques occasionnées par un toxique qui s'est développé dans l'économie animale, ou qui a été introduit du dehors dans les voies respiratoires, pour être ultérieurement mêlé au sang. Je suis tellement convaincu de la vérité de cette assertion, que je ne balance pas à demander à l'Académie de proposer plusieurs sujets de prix sur les questions de cette nature.

Il est bien entendu que les recherches relatives aux problèmes de cette catégorie devront comprendre tout ce que j'ai déjà dit sur l'absorption, les symptômes, les lésions de tissu, l'élimination, le traitement, etc., des toxiques végétaux et animaux de la première catégorie.

Si les concurrents se trouvent dans l'impossibilité de résoudre de pareilles questions, il n'en résultera pas moins un progrès réel, par suite des travaux intéressants auxquels ils auront dû se livrer. On ne saurait assez encourager de semblables recherches; aussi ferai-je une exception pour les toxiques de cette nature, en autorisant l'Académie à donner à celui des concurrents qui aura le plus approché du but une somme de 1,000 fr. ou une médaille en or de cette valeur. Dans le cas où cet encouragement serait accordé, et que la question remise au concours serait convenablement résolue, le prix, au lieu d'être de quatre ou de six mille francs, ne serait plus que de trois, de quatre ou de cinq mille francs, suivant le nombre d'encouragements qui auraient été décernés.

Si, après avoir mis au concours trois ou quatre des questions de cette catégorie, l'Académie voyait qu'à raison des difficultés du sujet, les résultats ne répondaient pas à mon attente, je la laisse libre de continuer à proposer des questions du même ordre ou de choisir un problème d'*hygiène publique*.

Il est bien entendu que l'Académie désignera telle question qui lui conviendra, après avoir épuisé, dans les limites que je viens d'indiquer, les diverses séries de questions qui font partie de mon programme.

Recevez, Monsieur et cher collège, l'assurance de ma considération distinguée et de mes sentiments affectueux (1).

Orfila.

Cette lecture est accueillie par des bravos et des applaudissements répétés.

M. Bérard se levant aussitôt, s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Lorsque avant 1818, M. Orfila donnait la première édition de ce traité de toxicologie qui devait être réimprimé si souvent, il créait véritablement une science nouvelle. Aucun des ouvrages publiés avant cette époque ne nous avait donné la moindre idée de ces procédés si délicats, si précis, à l'aide desquels on peut découvrir et mettre sous les yeux d'un jury, le *corps du délit* dans un cas d'empoisonnement. L'Académie de médecine n'existait pas alors, et le public seul était appelé à juger la valeur des faits dont la science venait de s'enrichir.

Il n'en fut plus de même après l'institution de l'Académie, en 1820. Pendant trente années qu'il a consacrées au perfectionnement de la toxicologie, vous avez vu M. Orfila vous offrir les prémices de chacun de ses nouveaux travaux; les soumettre à votre examen critique, et attendre de vous, de vous seuls, la proclamation des découvertes qu'il avait faites.

Il paraissait difficile que notre collègue pût acquérir de nouveaux titres à votre considération, à votre gratitude. Et cependant, M. Orfila persuadé qu'on peut ajouter encore à cette science, objet constant de ses études, crée un prix de deux mille francs, qui sera délivré tous les deux ans à l'auteur du meilleur mémoire sur la question mise au concours pour cette période de temps. C'est vous encore qu'il investit du droit de juger ces épreuves, et de décerner la récompense. Témoin des embarras et des procès dans lesquels l'Académie a été jetée par l'acceptation de certaines donations, *post mortem*, il fait, lui, ses donations de son vivant, se réservant ainsi, la faculté de modifier au besoin le progrès du concours, selon vos vœux ou les conseils de l'expérience; il prélève sur sa fortune une somme de 121,000 fr., destinée tant à la création du prix de l'Académie, qu'à enrichir d'autres établissements en rapport avec l'enseignement médical. Que ferons-nous en présence de ces libéralités? La formule des remerciments, est quelque peu prodiguée dans les Académies; ainsi le veut la force des choses. Aucun de nous ne la croirait suffisante pour la circonstance actuelle. Voici donc ce que j'ai l'honneur de vous proposer : Dans le péristyle de l'Académie sont des tables sur lesquelles vous faites inscrire le nom des personnes qui ont fait des donations à l'Académie. Je demande que le nom de M. Orfila soit ajouté aux noms qui figurent déjà sur ces tables (*acclamations*). Je ne pense pas qu'il y ait lieu de craindre que cela constitue un précédent dont on abuserait dans l'Académie, et d'ailleurs, l'abus en cette matière ne nous chargerait pas trop. Il est bien entendu qu'il faudra, au préalable, que l'Académie ait été autorisée à recevoir la libéralité de M. Orfila.

La proposition de M. le président est votée par acclamation et aux applaudissements unanimes de l'assemblée.

Sur la proposition de M. Roux, l'Académie décide par acclamation, qu'une députation se transportera chez M. Orfila, pour le remercier du magnifique exemple de générosité qu'il vient de donner.

Causes prédisposantes héréditaires de l'idiotie et de l'imbécillité.

M. Collineau lit en son nom et celui de MM. Gnéneau de Mussy et Jolly, un rapport sur un mémoire de M. Moreau (de Tours) sur les causes prédisposantes, héréditaires de l'idiotie et de l'imbécillité.

M. Moreau définit l'idiotie et l'imbécillité à peu près comme on le fait généralement aujourd'hui, c'est-à-dire : l'absence ou la faiblesse, soit native, soit accidentelle, des fonctions mentales. Dans le premier cas, c'est l'idiotie, dans le second, c'est l'imbécillité; infirmités qui se confondent, bien qu'en général la seconde soit moins grave que la première. Toutes deux doivent être distinguées de la démence malgré les points d'analogie qui les rapprochent.

C'est donc seulement de l'idiotie proprement dite, de l'imbécillité congéniale et de l'imbécillité accidentelle ou acquise, que M. Moreau va s'occuper, sous le rapport des prédispositions héréditaires.

Comme on le prévoit sans doute, M. Moreau s'étonne du peu de progrès de la science relativement au sujet qu'il va traiter.

Après avoir rappelé les causes dont, sur la foi de faits *mal observés*, dit-il, on a fait dépendre l'idiotie, M. Moreau se demande si les investigations scientifiques sur la pathogénie de l'état morbide dont il s'occupe doivent s'arrêter là. Il lui semble évident « qu'il faut aller chercher ces causes non plus chez le sujet lui-même, mais bien en dehors de lui, chez ceux dont il tient l'existence, en un mot, dans les conditions d'hérédité. »

Cette question d'hérédité, c'est-à-dire, des influences pathogéniques puisées dans le sein maternel, doit, suivant M. Moreau, dominer toutes les autres dans l'étude de l'idiotie. Pour lui, « l'idiot n'est point devenu malade, il l'était au moment même où s'accomplissait son développement physique et moral. C'est donc à une époque antérieure à sa naissance qu'il faut remonter pour trouver les causes de sa maladie; c'est dans les conditions pathologiques au milieu desquelles il a pris naissance et s'est développé, qu'il faut chercher ces causes; c'est elles qu'il faut interroger; c'est d'elles qu'il faut prendre avis, avant de se livrer à aucune tentative pour améliorer l'état du sujet en faisant subir à l'organisme de profondes et salutaires modifications. »

Ainsi, suivant M. Moreau, l'étiologie de l'infirmité dont il s'agit est, en ce qui touche l'hérédité, aussi incomplète qu'elle est importante. Et pourquoi? c'est qu'apparemment on n'a cherché que dans l'individu même les causes de son état physique et intellectuel; c'est que l'on s'est arrêté à des symptômes au lieu de remonter aux prédispositions natives à la cause originelle ou héréditaire, en un mot à la source du mal. C'est un premier reproche que notre confrère adresse, soit à la science, soit aux savants; ce ne sera probablement pas le dernier. Quoi qu'il en soit nous allons essayer d'y répondre. Avant de remonter à l'origine des choses, ou de raisonner sur leur fin, sur leur terminaison, il faut bien que, de quelque manière que ce soit, leur existence nous soit révélée. Or, qui nous révèle l'existence de l'idiotie, de l'imbécillité? Ce sont les symptômes qui la caractérisent. C'était donc des symptômes que devaient s'occuper d'abord les observateurs.

Ces symptômes bien connus, M. Moreau ne le conteste pas, il était tout naturel de chercher chez l'individu même la cause la plus rapprochée, la plus probable de chacun d'eux, et c'est encore ce que l'on a fait.

M. Moreau ne veut pas que l'on s'arrête là; il place la cause principale de l'idiotie hors de l'individu, chez ceux dont il tient l'existence; mais en plaçant cette cause presque uniquement dans des prédispositions héréditaires, notre confrère ne semble pas s'apercevoir qu'il s'interdit, ou du moins qu'il néglige presque tous les moyens immédiats de traitement, et que cette médecine rétrospective conduit presque infailliblement à une thérapeutique désespérante.

Et en effet, si les prédispositions au mal existaient avant le malade, quels soins peut-on donner aux aïeux, au père ou à la mère, pour modifier les conséquences malheureuses de ces prédispositions héréditaires?

Il est cependant des circonstances et une cause dont on ne parle pas, qui nous semblent influer sur la production de l'idiotie, parmi les classes pauvres et les individus à relations sociales très-bornées : nous voulons parler de ces professions héréditaires que l'on peut exercer matériellement, ou au moyen de mouvements presque mécaniques, que l'habitude a rendus faciles et prompts, sans application notable de l'intelligence; professions dans lesquelles les parents et l'entourage n'ont pas toujours le temps ou la possibilité de communiquer à leurs enfants le peu d'idées qu'ils possèdent.

Les idées se fécondent en se communiquant, et l'intelligence s'accroît à mesure qu'elle s'exerce.

Dans tous les cas, l'organe dans lequel ces idées se forment, et au moyen duquel elles se manifestent, doit acquérir plus d'aptitude et d'activité.

Que doit-il donc arriver si les conditions contraires s'établissent et se prolongent pendant plusieurs générations?

On pensera sans doute, avec nous, qu'il doit en résulter des prédispositions héréditaires, et une espèce d'idiotie sans lésions organiques appréciables, sans causes morbifiques antécédentes.

Comment remédier à cette source de maux? L'hygiène publique résoudra facilement cette question.

Tous les médecins reconnaissent qu'en donnant la vie nous communiquons à celui qui nous la doit toutes les prédispositions qui concourent à former un être semblable à nous. Or, parmi ces prédispositions, il en est toujours un certain nombre qui, soit par excès, soit par défaut, se prêtent à la manifestation ou au développement d'une maladie quelconque; mais il ne faut rien exagérer; jusque-là, tout est encore dans les éventualités, et lorsque l'état morbide que l'on suppose héréditaire se déclare, il n'est pas toujours certain qu'il tire d'aussi loin son origine; il y a beaucoup de circonstances qui peuvent changer ou modifier l'état des choses, et faire suspendre notre jugement, surtout lorsqu'il s'agit d'établir une coïncidence entre un fait récent et d'autres faits depuis longtemps accomplis.

L'homme, dans son enfance, a-t-il la même constitution qu'il aura de 20 à 30 ans ou plus tard encore? A-t-il, dans l'âge adulte, conservé pour certaines maladies cérébrales les mêmes dispositions qu'il avait pendant les premières années de son existence?

S'il ne les a pas conservées, comment peut-il les communiquer?

S'il peut, s'il doit les transmettre fatalement avec la vie, et à un degré tel que

(1) Les largesses de M. Orfila envers la science s'élèvent à la somme de 121,000 fr. — Voir pour le détail aux *Variétés*.

des tissus organiques s'altèrent, que des fonctions importantes doivent finir par s'affaiblir ou s'éteindre, pourquoi tous les enfants qui proviennent des mêmes parents, ne présentent-t ils pas, à quelque degré que ce soit, les mêmes défectuosités ? Pourquoi, ce que l'on voit tous les jours, sur trois enfants de la même famille, deux sont-ils intelligents, tandis que le troisième est imbécile?

Mais si le père porte en lui les dispositions qui doivent déterminer l'idiotie, ou toute autre affection chez ses enfants, qu'arrivera-t-il si la mère apporte dans l'acte de la génération des dispositions contraires? Une immunité salutaire ne peut-elle pas résulter de cet antagonisme?

Enfin, il est des maladies cérébrales endémiques et épidémiques fébriles, qui peuvent exercer sur les organes qu'elles affectent plus particulièrement, une influence extrême en dehors de toute prédisposition héréditaire.

Nous ne pousserons pas plus loin cette argumentation, mais qu'il nous soit permis de croire que l'on accuse l'hérédité lorsque les autres explications nous échappent, et que, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, la science n'a pas dit son dernier mot.....

En récapitulant les causes héréditaires de l'idiotie, d'après les 56 observations que contient son mémoire, M. Moreau parait surpris du nombre de ces causes, il n'en compte pas moins de 132.

Pour nous, nous ne sommes étonnés que d'une chose, c'est qu'il n'en ait pas trouvé davantage. Et en effet, il regarde comme la source héréditaire de l'idiotie : la folie, les convulsions, l'ivrognerie, l'hystérie, l'idiotie, la phthisie, les chagrins, les émotions, les impressions pénibles de la mère enceinte, l'épilepsie, le strabisme, la paralysie, les névralgies, les scrofules, l'apoplexie, la fièvre cérébrale, l'excentricité, la bizarrerie de caractère, les tics divers, le bégayement, l'asthme, la surdité, les maladies de la moelle épinière, et le goître, non-seulement chez les ascendants, mais aussi chez les frères et sœurs. Il n'y a pas une seule de ces causes que l'on ne puisse récuser, au moins dans le plus grand nombre de cas, on à laquelle on ne puisse en adjoindre plusieurs autres tout aussi incertaines.

Il aurait fallu citer des idiots nés de parents idiots. Ne voyons-nous pas tous les jours des imbéciles provenir de parents pleins de santé et d'intelligence, tandis que des enfants d'aliénés, d'ivrognes, de scrofuleux, de phthisiques, doués de facultés mentales développées et précoces, donnent aux assertions de notre confrère le démenti le plus formel?

Sous ce rapport, l'état social nous offre des expériences toutes faites : qui pourrait dire, avec quelque probabilité, quel sera le sexe, la dose d'intelligence et le caractère de l'enfant qui proviendra des parents les mieux connus?

Après avoir indiqué, relativement à la nature héréditaire de l'idiotie, le parti que l'on peut, suivant lui, tirer des tableaux statistiques que contient son mémoire, M. Moreau arrive à la question thérapeutique. Voici le résumé de ses opinions sur ce point le plus important de tous :

« Les questions d'hérédité en général se prêtent peu aux médications thérapeutiques. »

Nous sommes de son avis.

Toutefois, il prétend que « tous les efforts de la thérapeutique doivent tendre à modifier le système nerveux dans sa vitalité, dans son énergie fonctionnelle, à placer l'organisme dans des conditions de développement aussi opposées que possible à celle d'où il tire son origine. »

Et il ajoute :

« Nous n'avons certainement pas la prétention de dire ce qu'il y a à faire pour obtenir ce résultat; mais nous affirmons qu'il y a quelque chose à faire, autre chose que ce qui a été fait jusqu'ici, c'est-à-dire rien. »

Malgré ce jugement plus que sévère, M. Moreau nous engage à ne pas désespérer; il cite les succès obtenus par Niepce et surtout par le docteur Guggenbühl, à l'hospice de l'Abendberg, dans le traitement des crétins, et, de plus, il veut bien reconnaître que, dans ces derniers temps, on a inventé des méthodes particulières pour instruire les idiots, et que l'on est parvenu à tirer quelque parti de leurs dispositions intellectuelles; mais il prétend que l'on ne s'est guère occupé que du moral, et qu'il ne doit pas être interdit à la science d'ambitionner des résultats moins imparfaits, car, bien que, dit-il, « on se soit appliqué jusqu'ici à donner de l'instruction aux idiots, c'est-à-dire à les façonner, à les dresser à tel ou tel exercice, à une besogne quelconque, on n'est parvenu que dans des limites très-restreintes à régulariser leurs actions, etc., mais, si l'on ne s'en tient pas aux apparences, qui oserait affirmer, au fond, qu'ils ont cessé d'être ce qu'ils étaient auparavant : des idiots? »

Et pourquoi? « C'est qu'on ne leur a pas donné, si l'on peut s'exprimer ainsi, un atome de spontanéité, d'initiative intellectuelle, de volonté éclairée, et pour tout dire en un mot, c'est qu'on ne leur aura pas appris à réfléchir. »

Donner la spontanéité d'initiative intellectuelle à celui qui a si peu d'intelligence; apprendre à réfléchir à celui qui n'a que les premières idées, les idées sensitives, et qui dès lors est sans la moindre conscience de ses fonctions mentales, nous semblent choses bien difficiles; voyons ce que notre confrère va nous apprendre.

Il faut (dans le traitement de l'idiotie) s'efforcer de refaire, *reficere*, pour ainsi dire, le moral, en modifiant ses conditions organiques, en changeant par une sorte de rénovation les tendances vicieuses que l'organisation a puisées dans l'hérédité, c'est-à-dire dans des influences qui ont leur origine dans le sein maternel. »

Voilà qui est bien. — Mais quel est le moral d'un idiot, de quelle nature sont ces conditions organiques qu'il faut modifier ou changer? Notre confrère va sans doute nous éclairer sur ce point.

Après avoir cité le docteur Guggenbühl, qui prétend que dans le traitement des crétins, il faut se garder d'essais pédagogiques avant d'avoir relevé leurs forces, parce que l'âme est sous la dépendance de l'état matériel, et *vice versa*, M. Moreau pose cette question : « Comment, par quel moyen hygiénique ou thérapeutique, agir sur une organisation héréditairement et aussi profondément viciée que celle des idiots. » Et il répond : « Ce n'est point assurément avec l'intention de la résoudre, que nous avons posé cette question; jusqu'ici, nous n'aurions à faire connaître que des tentatives sans énoncer de résultats. ».....

Toutefois, dit en terminant M. le rapporteur, nous ne voulons pas que l'on prenne en mauvaise part ces quelques observations critiques; le travail dont il s'agit, a pour but l'étiologie plutôt que la thérapeutique; il nous a offert de l'intérêt, nous le prouvons et par le nombre des citations textuelles et par l'étendue de l'analyse. Si M. Moreau nous parait avoir dépassé le but, dans un sens, et ne l'avoir pas atteint dans un autre, cela dépend sans doute de l'extrême difficulté du sujet, et ne doit diminuer en rien l'estime qui mérite le talent de notre confrère. En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer le dépôt du mémoire de M. Moreau aux archives, avec remerciments à l'auteur.

M. Baillarger : Peut être n'ai-je pas bien compris la citation faite par l'honorable M. Collineau sur la différence qui existerait entre l'idiotie et l'imbécillité et d'où il résulterait que l'une est congéniale et l'autre accidentelle. Je devrais, en effet, faire observer que cette différence n'existe pas; l'idiotie et l'imbécillité ne représentent que des degrés d'intensité d'un même état. L'imbécile est mieux conformé et un peu plus intelligent que l'idiot; ce sont là les seuls caractères qui les séparent; mais d'ailleurs l'idiotie et l'imbécillité sont tantôt congéniales, tantôt accidentelles.

Quant à cette objection que l'honorable rapporteur fait à M. Moreau, à savoir: que pour admettre l'hérédité de l'idiotie, il faudrait citer des cas d'idiotie de parents atteints eux-mêmes d'idiotie, je crois pouvoir y répondre en disant que cette condition n'est pas nécessaire; si elle l'était rien ne serait plus rare que les faits d'idiotie dus à l'influence de l'hérédité, lesquels sont au contraire très-communs. Les idiots ne se marient pas et conséquemment il n'y a pas lieu à transmission héréditaire. Ce n'est pas, à mon avis, ainsi que devrait être comprise la question de l'hérédité. Les idiots naissent :

1° D'individus qui ne sont atteints ni d'idiotie ni d'imbécillité, mais dont l'intelligence, peu développée d'ailleurs, est cependant suffisante pour leur permettre de remplir jusqu'à un certain point les devoirs sociaux. En effet l'expérience prouve qu'en recherchant les traces de l'hérédité pour expliquer l'idiotie, on trouve assez souvent que le père et la mère étaient aussi très-peu intelligents. C'est une première catégorie de faits; mais la plus nombreuse est sans contredit la suivante.

2° Dans la plupart des cas, c'est l'existence de la folie et de l'épilepsie chez les parents qui vient expliquer l'idiotie d'un ou même de plusieurs enfants.

Je m'arrêterai peu à ce point que l'influence de l'hérédité comprise, comme le fait M. Moreau semblerait enlever tout chance au traitement. Pour ce qui est de la folie, l'influence de l'hérédité est tellement commune, je dirai presque tellement générale, que si elle avait sur le pronostic une aussi fâcheuse influence, on ne devrait voir cette maladie guérir que dans des cas très-peu nombreux.

M. Collineau répond quelques mots qui ne peuvent parvenir jusqu'à nous.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

SUR QUELQUES POINTS DU TRAITEMENT DE LA FOLIE.

M. Scipion Pinel lit un mémoire intitulé : Considérations rétrospectives sur quelques points du traitement de la folie.

L'auteur résume son mémoire en ces termes :

1° Le traitement moral de la folie n'a pas le caractère de nouveauté qu'on a voulu lui attribuer.

2° Ce traitement a des exigences d'à-propos et de sagacité qui sont plus rigoureuses encore quand elles se lient aux événements politiques.

3° Dans le traitement physique, les douches prolongées et les affusions violentes sont toujours dangereuses : 1° en raison de la désorganisation qu'elles produisent dans le cerveau; 2° en raison des congestions pulmonaires et intestinales qui en sont la suite et qui se terminent si souvent par des phthisies et des entérites mortelles.

4° Ces sortes de douches sont formellement réprouvées par Pinel et par Esquirol.

5° Georget les prescrit surtout dans la période aiguë de la manie, à cause de la paralysie qu'elles occasionnent promptement.

6° Enfin, le traitement des maladies aiguës ou chroniques du cerveau doit être basé désormais, autant sur les connaissances des fonctions spéciales des divers centres nerveux qui entrent dans la composition de cet organe, que sur l'action déterminée des agents thérapeutiques qui modifient ces centres, et encore plus sur la combinaison si variée des dérivatifs directs. (Comm. : MM. Collineau, Falret et Londe.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE L'ANGINE LARYNGÉE ŒDÉMATEUSE; par le docteur F. Sestier. — 1 vol. in-8°. — Paris, 1852. Chez J. B. Baillière.

Sous ce titre, M. Sestier trace l'histoire d'une affection ou plutôt d'une lésion connue de tout temps, dont presque tous les auteurs anciens font

mention, mais qui n'a été décrite pour la première fois d'une manière régulière et un peu complète que par Bayle : nous voulons parler de cette affection consistant en une infiltration sous-muqueuse des régions moyenne et supérieure du larynx, à laquelle on a alternativement donné les noms d'*œdème de la glotte*, d'*angine aqueuse*, d'*œdème du larynx*, de *laryngite œdémateuse*, etc. A ces dénominations toutes plus ou moins défectueuses en ce qu'elles n'expriment pas exactement ou qu'elles n'expriment que d'une manière incomplète la nature et le siége précis de la lésion qu'elles ont pour objet d'indiquer, M. Sestier a cru devoir substituer celle d'*angine laryngée œdémateuse*, expression préférable sans doute, mais qui n'est pas encore elle-même à l'abri de tout reproche du même genre. L'auteur l'a si bien senti lui-même qu'il a proposé dans le cours de son livre de désigner cette affection sous le nom d'infiltration aryténo-épiglottique ou d'angine infiltro-laryngée. Sans attacher à l'euphonisme plus de valeur qu'il ne convient dans le langage médical, il est douteux que ces dernières dénominations prévalent jamais. Mieux vaut encore, à notre gré, la désignation adoptée par l'auteur dans le titre de son ouvrage.

Cela n'a, du reste, qu'une importance très-secondaire ; l'essentiel est de s'entendre. Or M. Sestier a attaché un sens très-précis à la lésion dont il s'agit en la définissant par ces mots : « infiltration des replis supérieurs du larynx par un liquide variable dans sa nature. »

Cette définition soulève une autre question. L'infiltration des replis aryténo-épiglottiques peut-elle être considérée comme un état morbide spécial, comme une maladie, et mérite-t-elle de prendre rang à ce titre dans le cadre nosologique ? Cette question n'est pas aussi oiseuse qu'elle peut le paraître au premier abord. L'auteur, sans l'avoir posée formellement dans son livre, laisse apercevoir qu'il s'en est préoccupé lorsqu'il dit que l'infiltration aryténo-épiglottique est rarement une maladie *primitive*, qu'elle est presque constamment un *épiphénomène* de plusieurs affections du larynx, de la gorge ou des tissus environnants ou de plusieurs affections étrangères à ces organes.

C'est là, en effet, une considération qui n'est pas sans importance au double point de vue nosologique et pratique.

Il importe, au point de vue nosologique, d'éviter les deux écueils où sont venus successivement échouer les systèmes nosologiques, les uns en créant autant d'espèces morbides que de symptômes et d'indications thérapeutiques, les autres sous prétexte de simplification en confondant sous un petit nombre de groupes de phénomènes communs les affections les plus diverses en réalité par leurs causes, par leur nature et surtout par les moyens de traitement qu'elles réclament. Il n'importe pas moins, sous le rapport pratique, que la détermination d'une affection distincte rappelle à l'esprit une lésion identique, dépendant d'un certain ordre de causes qui pourront être diverses par leur nature, mais dont l'action résultante devra être la même et aboutir en définitive à un même résultat, se manifestant par un ensemble de symptômes semblables, et réclamant enfin des moyens thérapeutiques de même ordre.

Si l'on cherche à appliquer ces principes à l'espèce, on verra que, loin de remplir les conditions que nous venons d'énoncer, l'affection désignée sous le nom d'angine laryngée œdémateuse ne présente ni cette identité dans la nature de la lésion, ni cette communauté d'origine qui constitue l'identité d'affection. Nous voyons bien un fait commun à tous les cas qui ont servi à faire l'histoire de l'angine laryngée œdémateuse, c'est l'infiltration des replis aryténo-épiglottiques, s'étendant parfois à l'épiglotte et à la surface muqueuse intra-laryngienne. Mais là, s'arrête l'identité ; hors de ce fait tout diffère : l'origine, qui est tantôt une inflammation aiguë du larynx, de la gorge ou du pharynx, inflammation variable elle-même dans sa nature, ici primitive, là secondaire ; tantôt une lésion d'un des points de la région cervicale extra-laryngée, d'autres fois une des causes qui donnent lieu à l'œdème du cou, à l'anasarque, à la diathèse séreuse, etc. ; la nature du liquide infiltrant qui est, soit de la sérosité, soit du sang, soit du pus, etc. Mais, hâtons-nous d'ajouter que si, au point de vue nosologique, l'angine laryngée œdémateuse ne saurait constituer une maladie spéciale, puisqu'elle n'est le plus souvent elle-même qu'un épiphénomène, un accident consécutif, une complication d'une autre affection, à ce dernier titre d'*accident*, elle est par la gravité extrême des ses symptômes, par la rapidité de sa marche, par sa terminaison le plus souvent promptement funeste, enfin par la difficulté de son traitement, digne de la plus sérieuse attention de la part des praticiens.

La distinction que nous venons de chercher à établir n'a donc rien, tant s'en faut, qui puisse tendre à atténuer l'intérêt et l'importance du sujet traité par M. Sestier. Si nous avons cru devoir la faire et si nous y avons quelque peu insisté, c'est qu'il nous a paru que c'était en partie pour l'avoir méconnue, que, parmi les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, les uns ont décrit la même lésion sous des dénominations différentes et en les rapportant à des causes fort diverses, tandis que d'autres, au contraire, l'ont confondue avec quelques-uns des états morbides dont elle n'est qu'une dépendance ou une complication plus ou moins fréquente. C'est là enfin, croyons-nous, la cause de l'obscurité qui a régné jusqu'ici sur l'étiologie de ce phénomène morbide, ainsi que sur les moyens de traitement qui lui sont applicables.

Ces réflexions faites, nous allons essayer d'indiquer, en parcourant rapidement le livre de M. Sestier, les points principaux sur lesquels cet honorable praticien nous paraît avoir jeté quelque lumière nouvelle.

L'angine laryngée œdémateuse est heureusement une affection assez rare. Il a fallu remonter très-haut dans les annales de l'art et compulser un grand nombre d'ouvrages et de recueils pour réunir les éléments épars et oubliés, pour la plupart, de l'histoire de cette affection. M. Sestier est parvenu à grouper 274 observations dont 15 inédites. C'est avec ces 274 faits soumis à une judicieuse et sévère analyse qu'il a édifié sa monographie. Sur ce nombre, 132 observations suivies de nécropsies ont servi à étudier et à compléter l'anatomie pathologique de cette lésion ; étude d'un intérêt d'autant plus grand ici qu'à chacune de ses parties se rattachent des considérations pratiques importantes.

Voici, en très-peu de mots, les résultats principaux de cette étude :

L'infiltration des replis aryténo-épiglottiques est le caractère anatomique constant et essentiel de l'angine laryngée œdémateuse. Mais l'infiltration ne reste pas toujours bornée à ces replis ; très-souvent, au contraire, elle envahit aussi l'épiglotte, — moins fréquemment l'intérieur du larynx et l'arrière-bouche, — et très-rarement la trachée et les grosses bronches.

Considérée dans les replis aryténo-épiglottiques, l'infiltration affecte le plus ordinairement ces deux replis à la fois.

L'infiltration de l'épiglotte s'est montrée dans un peu plus des huit neuvièmes des cas où il a été fait mention de cet organe.

L'œdème intralaryngé a été constaté dans les deux tiers environ des cas où l'intérieur du larynx a été décrit ; proportion que M. Sestier est porté à croire beaucoup supérieure à la proportion réelle. Tantôt général, plus souvent partiel, cet œdème atteint le plus ordinairement les cordes vocales ; de là le rétrécissement et parfois même l'oblitération de la glotte.

L'œdème de l'arrière-bouche s'est montré assez fréquent, tantôt fort étendu, d'autres fois borné à une petite partie de cette région. Ses divers caractères sont d'autant plus importants à connaître qu'il annonce très-souvent la présence de l'œdème dans l'intérieur même du larynx.

Enfin, sur les 132 nécropsies, l'œdème de la trachée n'a été signalé que six fois, et celui des grosses bronches qu'une fois seulement.

L'examen des cadavres a présenté, en outre, diverses autres lésions dont les unes ont dû être considérées comme le point de départ de l'infiltration laryngée, tandis que les autres ne sont manifestement que des effets de l'obstacle apporté au passage de l'air par cette infiltration. Parmi les premières, l'auteur signale en particulier la pneumonie, l'œdème du poumon, l'emphysème pulmonaire, les lésions organiques du cœur, la laryngite syphilitique, etc.

M. Sestier, pour mieux étudier le mécanisme de production de l'infiltration laryngée, a fait une expérience qui lui a permis de constater, à côté des résultats prévus, quelques particularités qui ne sont pas sans intérêt, et qui pourraient au besoin servir, en médecine légale par exemple, à différencier sur le cadavre les traces d'une angine laryngée œdémateuse d'avec une infiltration provoquée artificiellement. Après avoir lié sur un cadavre la carotide gauche, il a injecté dans la carotide droite deux litres d'eau environ. A mesure que le liquide pénétrait dans les vaisseaux, on voyait l'œdème envahir progressivement les régions sous-maxillaires et toute la face. L'injection terminée, on constata un œdème beaucoup plus considérable dans la gouttière pharyngo-laryngée et le repli aryténo-épiglottique du côté droit qu'à gauche. L'orifice inférieur du pharynx était complétement bouché par l'infiltration. Le rétrécissement de l'orifice supérieur du larynx était, toutes proportions gardées, beaucoup moins considérable que celui de la glotte ; en sorte que, si l'œdème s'était développé spontanément, le malade aurait succombé au second plutôt qu'au premier de ces rétrécissements.

Ainsi qu'il y avait lieu de s'y attendre, d'après les recherches que M. Sestier avait faites préalablement sur l'abondance et la laxité inégales du tissu cellulaire sous-muqueux dans les diverses parties du larynx, l'infiltration a eu lieu là où ce tissu était le plus lâche et le plus abondant. Quant aux cordes vocales inférieures, leur gonflement considérable s'expliquait par cette circonstance que l'infiltration avait son siége, non point dans le tissu cellulaire sous-muqueux, mais dans le tissu inter-fibrillaire du muscle thyro-aryténoïdien. D'une autre part, l'œdème n'avait point envahi l'épiglotte, les cordes vocales supérieures, ainsi que l'espace qui les sépare du bord supérieur du cartilage thyroïde. Cela n'avait point lieu de surprendre, le tissu cellulaire sous-muqueux de ces organes étant rare et serré. Mais ce que l'œdème artificiel respecte, l'œdème morbide l'atteint assez fréquemment. — C'est là une de ces circonstances difficiles à expliquer, sans doute, mais qu'il importe précisément de connaître à cause même du caractère

différentiel qu'elle révèle entre les effets de l'art et ceux de la nature, qui, ainsi que le fait très-justement remarquer M. Sestier, ne sont pas toujours identiques.

L'expérience dont nous venons de rapporter sommairement les résultats les plus saillants, a permis à M. Sestier de constater directement un fait dont l'importance est bien autrement grande encore à cause de son application immédiate à la thérapeutique: c'est la facilité avec laquelle on obtient, à l'aide de scarifications et de la compression, l'évacuation d'une grande partie du liquide infiltré dans les replis aryténo-épiglottiques. Bien qu'on ne réussisse pas toujours, du moins par la compression seule, sur le vivant comme sur le cadavre, ce n'en est pas moins là un renseignement précieux pour le praticien. Les indications thérapeutiques à remplir dans cette grave circonstance sont de deux ordres: combattre par les moyens appropriés l'affection primitive qui a produit ou qui entretient actuellement l'infiltration laryngée; mais cette affection, on ne la découvre pas toujours; alors même qu'on est mis sur la voie des moyens les plus efficaces pour la combattre, ces moyens sont insuffisants ou trop lents pour détruire en temps opportun la lésion consécutive où est tout le danger. Il faut recourir au moyen direct de désobstruer immédiatement la voie de l'air. C'est là le second ordre d'indication ou plutôt l'indication capitale, celle qui domine en quelque sorte tout le traitement de l'angine laryngée œdémateuse, car elle est la plus urgente. C'est aussi sur elle que l'auteur, sans négliger néanmoins les méthodes spéciales antiphlogistiques, révulsives ou perturbatrices, dont il est loin de contester l'utilité, a concentré plus particulièrement son attention. La possibilité d'atteindre ce résultat ressortait de l'expérience que nous venons de citer: restait à chercher le moyen de le réaliser. M. Sestier a imaginé à cet effet un instrument qu'il désigne sous le nom de *presso-scarificateur*, et qui nous paraît destiné à rendre les plus grands services dans les circonstances difficiles qui font l'objet de ce travail.

Restent enfin deux ressources ultimes dans les cas où les moyens directs de traitement ont eux-mêmes échoué: le cathétérisme laryngien et la bronchotomie, dont M. Sestier a soumis les divers procédés et les indications à une étude sérieuse.

Nous n'avons rien dit de la symptomatologie. C'est, sans contredit, la partie de cet ouvrage que l'auteur a traitée avec le plus de soin et de développement. C'est cette surabondance même de détails analytiques et de recherches cliniques qui nous réduit à indiquer seulement une foule de points dont nous n'aurions pu faire ressortir la valeur qu'en franchissant de beaucoup les limites que nous sommes obligés de nous imposer. Qu'il nous suffise de dire que par un travail d'analyse dont seuls sont capables des médecins brisés comme M. Sestier aux longues habitudes de la clinique, il est arrivé à distinguer plusieurs variétés d'angine laryngée, fondées non-seulement sur des caractères anatomiques, mais surtout sur des considérations relatives au pronostic et au traitement de cette grave affection.

Nous bornerons là cette analyse qui serait très-insuffisante, sans doute, si elle avait d'autre prétention que celle de signaler à l'attention des praticiens une des meilleures monographies de ce temps-ci.

H. Brochin.

VARIETÉS.

DETAILS RELATIFS A LA DONATION ORFILA.

1° A l'État, pour achever le musée Orfila. . . .	60,000 fr.
2° A l'Académie de médecine, pour fonder un prix de 2,000 f., une inscription de 1,000 f. 3 p. 100.	
3° A l'École de pharmacie de Paris, pour fonder un prix de 1,000 f., une inscription de 500 f. de rente 3 p. 100	
4° A l'Association des médecins du département de la Seine, une inscription de 400 f. de rente 3 p. 100	53,200
Les 1,900 fr. de rente 3 p. 100 affectés au payement des nos 2, 3 et 4, ayant été achetés à 84 fr., donnent une somme de 53,200 fr. . .	
5° A l'École préparatoire de médecine de Bordeaux.	1,000
6° A l'École préparatoire de médecine d'Angers. .	2,200
7° A l'État, pour frais de mutation, etc	4,600
	121,000 fr.

Indépendamment de la somme de 121,000 fr., M. Orfila s'engage à donner tous les ans, sa vie durant, 1,000 fr. pour payer des préparations anatomiques, et à servir au surveillant Stablo une rente viagère de 100 fr.

— Le conseil de l'assistance publique, sur le rapport de M. Horteloup, vient de modifier ainsi qu'il suit le règlement du concours pour le bureau central des hôpitaux:

Art. 1er. Les membres des jurys des concours sont tirés au sort par le directeur, soit en séance du conseil de surveillance, soit en présence de deux de ses membres, délégués à cet effet.

Art. 2. Dans le cas prévu par l'art. 104 du règlement sur le service de santé, où des candidats proposeraient des récusations, le directeur prononcera, après avoir pris l'avis des deux membres désignés en l'article précédent.

En cas de divergence d'opinion entre le directeur et les deux membres du conseil, il en serait référé au préfet de la Seine.

Art. 3. Le jury de chaque concours est formé quinze jours avant l'ouverture, après que les listes d'inscriptions des candidats ont été closes.

Art. 4. Les jurys des concours pour la nomination des membres du bureau central sont composés, lorsque le nombre des places à donner n'excède pas deux, pour les places de médecins, de quatre médecins titulaires, un chirurgien titulaire, un médecin suppléant, un chirurgien suppléant.

Pour des places de chirurgiens, de quatre chirurgiens titulaires, un médecin titulaire, un médecin suppléant, un chirurgien suppléant.

Toutes les fois que le concours aura pour objet la nomination à *plus de deux places*, le nombre des membres titulaires du jury sera augmenté d'un médecin et d'un chirurgien, par chaque place au-dessus de deux.

Si des membres titulaires d'un jury viennent à se trouver dans l'impossibilité de continuer leurs fonctions, le jury sera complété par les membres suppléants, qui resteront disponibles, sans distinction de médecin ou de chirurgien.

Art. 5. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration de l'assistance publique, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours.

Ne sera pas admis à s'inscrire tout candidat qui se présentera après l'époque fixée pour la clôture des listes dont le jour sera indiqué aux affiches.

Art. 6. Les médecins et chirurgiens qui se présentent au concours pour les places du bureau central, doivent réunir les conditions suivantes, savoir:

Pour les places de médecins:

Trente ans accomplis et quatre années de doctorat;

Et pour les chirurgiens:

Vingt-sept ans accomplis et quatre années de doctorat.

Néanmoins, le temps du doctorat et l'âge seront réduits de deux années pour les candidats qui justifient de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris en qualité d'internes.

Les candidats qui auront obtenu, soit la médaille d'or, soit l'accessit, soit une mention au concours des prix des internes de troisième et de quatrième année, ne seront tenus d'être reçus docteurs que depuis un an.

Aucun candidat ne pourra se présenter au concours après cinquante-cinq ans, pour les places de médecin, et cinquante ans pour celles de chirurgien.

Art. 7. Les épreuves d'admissibilité pour les médecins consisteront:

1° En une composition écrite pour laquelle il sera accordé au candidat trois heures au plus;

2° En une épreuve clinique sur un seul malade.

Il sera accordé au candidat dix minutes pour examiner le malade, et quinze minutes pour développer oralement, devant le jury, son opinion sur ce malade.

L'épreuve définitive pour les médecins consistera en une épreuve clinique sur deux malades.

Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen des deux malades, et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury.

Art. 8. Les épreuves d'admissibilité pour les chirurgiens consisteront:

1° En une composition écrite, pour laquelle il sera accordé trois heures au plus;

2° En une épreuve clinique sur un malade. Il sera accordé au candidat dix minutes pour observer le malade, et quinze minutes pour sa dissertation orale.

Les épreuves définitives se composeront:

1° D'une épreuve clinique sur deux malades. Il sera accordé vingt minutes pour l'examen des deux malades, et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury;

2° De deux opérations sur le cadavre.

Dans les épreuves cliniques de la première série, soit en médecine, soit en chirurgie, quatre candidats devront être entendus à chaque séance.

Aux épreuves cliniques de la seconde série, le nombre des candidats à entendre ne sera que de deux.

Art. 9. A la fin de chaque séance, le jury classera les concurrents qui auront paru devant lui, suivant les succès qu'ils auront obtenus.

Le jugement définitif portera sur l'ensemble des épreuves, y compris celles qui auront été jugées comme épreuves d'admissibilité.

Art. 10. Les candidats admis aux concours ouverts pour les places du bureau central avant la promulgation du présent règlement, seront dispensés, pour les concours suivants, des formalités et des conditions exigées par l'art. 4.

Art. 11. Toutes les dispositions du règlement sur le service de santé, auxquelles il n'est pas dérogé par celles qui précèdent, continueront à recevoir leur exécution.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DU PHOSPHÈNE.

M. Serre (d'Alais) a fait, à la dernière séance de l'Académie de médecine une communication orale sur un phénomène d'optique connu depuis longtemps, mais dont il a fait une étude approfondie et auquel il a donné le nom de *phosphène*. Bien que cette communication, autant par la nature du sujet que par la volubilité de l'orateur, ait laissé après elle beaucoup d'obscurité, nous y prendrons volontiers occasion de rappeler en peu de mots en quoi consiste le phénomène, et de quelle importance il peut être en physiologie et en pathologie.

Une pression brusque, exercée sur un point du pourtour de l'œil, en arrière de la ligne de jonction de la cornée et de la sclérotique, fait naître *au point opposé*, dans l'intérieur de l'organe, une sensation lumineuse de forme annulaire. Si l'on comprime le globe oculaire à sa partie supérieure, c'est le plancher de l'orbite qui est éclairé; la lumière est perçue sous l'arcade sourcilière si on le comprime à sa partie inférieure. De même, l'anneau apparaît près du nez ou près de la tempe, suivant que la pression a lieu en dehors ou en dedans. Il est diversement coloré, blanchâtre le plus souvent, quelquefois bleuâtre. L'espace qu'il circonscrit peut être tout à fait obscur ou légèrement clair. Dans ce dernier cas, il contient un second anneau, concentrique au premier et d'une teinte foncée.

Cette apparition lumineuse en forme d'anneau, c'est le phosphène.

La forme annulaire peut subir diverses modifications : tantôt parfaitement circulaire, tantôt elliptique, d'autres fois brisée en un ou plusieurs points. Suivant M. Serre, l'anneau ne serait jamais entier : il présenterait toujours une lacune, et cette lacune serait invariablement tournée en arrière; elle serait moins grande dans l'image temporale, la plus facile d'ailleurs à faire naître, que dans les autres images, plus spécialement dans la sus-orbitaire. Cette sorte d'échancrure n'avait été signalée ni par Müller ni par Brewster, qui ont porté une attention particulière sur le phosphène. Elle est pourtant réelle; mais est-elle aussi constante que le dit M. Serre? Nous ne le croyons pas. Plusieurs fois, sur nous-même, nous avons déterminé, par une pression brusque assez forte de la partie interne de l'œil, la formation d'un cercle inégal, brisé en une multitude de points, mais *sans lacune*, vers le rebord externe de l'orbite. On dirait d'une lumière électrique ou d'un éclair qui se dessinerait en cercle. Dans le même point, une pression plus légère ne donnait lieu qu'à un segment d'anneau, moins irrégulier que l'anneau entier; en sorte que la dernière, la véritable expression du phénomène photopsique, serait, non la formation d'une sorte de croissant, mais bien celle d'un cercle, et que l'échancrure tiendrait à l'insuffisance de la pression. Cette différence d'interprétation peut devenir un jour importante en physiologie.

La durée du phénomène est très-courte, d'une seconde tout au plus, si l'on se borne à une pression rapide, à une sorte de choc du globe oculaire. Si la pression dure, l'image s'efface peu à peu et disparaît en un temps variable. Elle est, en tout cas, soumise à une sorte de vacillation qui n'altère pas sa forme. Son intensité est d'autant plus grande que l'œil est plongé dans une plus grande obscurité. L'expérience réussit surtout quand on vient de passer d'un milieu très-éclairé à un milieu sombre.

Ce n'est pas tout. En même temps qu'une lumière se montre du côté opposé au point comprimé, on perçoit souvent, au siége même de la pression, une seconde image semblable à la première, circulaire comme elle, échancrée comme elle, mais plus petite et moins lumineuse. Il faut une attention très-soutenue pour la percevoir. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'échancrure est tournée du même côté que celle de l'autre image. Si, par exemple, on comprime le côté externe de l'œil droit, l'échancrure des deux anneaux regarde à gauche et en arrière.

Le double spectre se produit, que les yeux soient ouverts ou fermés.

On a tenté plus d'une explication de ces singuliers phénomènes. Suivant Brewster, la violence exercée sur l'œil au niveau de la sclérotique amène une compression de la rétine en deux points, à savoir, sur le point comprimé lui-même, et, par le refoulement du liquide, sur le point directement opposé. Un *anneau* de liquide se forme autour de chacun de ces points; de là la sensation d'un image *annulaire*. Si la pression de la cornée ne donne pas lieu au phosphène, c'est qu'elle aboutit dans le fond du globe oculaire au *punctum cœcum*. Quelle que soit la vraie théorie, il est certain que la formation simultanée de ces images, avec les dispositions et les dimensions respectives que nous avons dites, ne saurait s'expliquer par les mêmes lois que la vision des objets extérieurs. Si la sensation perçue à l'opposite du point comprimé était l'image, le reflet de l'impression reçue en ce point et ayant traversé les milieux réfringents de l'œil, cette image devrait être renversée, et les échancrures des deux anneaux devraient se présenter en sens inverse; sans compter que la production de deux images, dont l'une est plus petite que l'autre, ne se comprendrait pas très-bien. Ce point de physiologie appelle encore des éclaircissements, et l'interprétation de Brewster, acceptée par M. Serre, est quant à présent celle qui satisfait le mieux l'esprit.

La nouveauté et l'intérêt des déterminations de M. Serre sont surtout dans les applications qu'il a essayé de faire de la notion du phénomène photopsique à la physiologie et à la pathologie oculaire. Ce phénomène, considéré uniquement au point de vue expérimental, que signifie-t-il? Il signifie d'abord qu'une impression mécanique exercée sur la rétine y fait naître une sensation analogue à celle que lui eût fait éprouver le contact de son excitant naturel, la lumière; secondement que l'impression reçue au point de contact se transmet au point opposé de la rétine, en vertu d'une loi physiologique et sans l'intervention des lois physiques connues, puisque la réfringence des milieux est comme non avenue en l'absence de rayons lumineux. C'est ce que M. Serre a exprimé, à l'Académie, de la manière suivante: « Tout point de la rétine touché par un corps quelconque répond par une sensation qui est perçue selon une ligne qui, partant du point touché, traverse le cristallin et le dépasse d'une quantité quelconque. » Il ajoute, d'après des expériences fondées sur les positions respectives du point touché et de celui où la sensation se manifeste, que le cristallin est traversé *à son centre*. Or si la loi physiologique est vraie pour les impressions produites par la lumière comme pour celles qui résultent d'une action mécanique, la sensation donnée, dans l'acte de la vision, par chacun des rayons qui auront concouru à la formation de l'image sur la rétine, sera perçue suivant une ligne oblique qui, passant par le centre du cristallin, croisera nécessairement l'axe antéro-postérieur de l'œil et sortira par le côté opposé à son point de départ. La sensation produite par les rayons de gauche sera perçue à droite; celle de droite sera perçue à gauche, etc. Et ainsi, le renversement de l'image par suite de l'entre-croisement des rayons lumineux

Feuilleton.

ESQUISSE TOPOGRAPHIQUE DE L'ALGÉRIE.

Au moment où nos ÉTUDES ÉTIOLOGIQUES DES FIÈVRES EN ALGÉRIE ET DANS L'ITALIE CENTRALE sont à l'examen de l'Académie impériale de médecine, nous croyons opportun de donner un aperçu du principal théâtre de nos observations, nous n'avons pour cela qu'à détacher la préface d'un livre que nous publierons prochainement, sous le titre de L'ALGÉRIE MÉDICALE.

I.

L'Algérie ou le Tell.

L'Algérie est cette portion de l'Afrique septentrionale comprise entre l'empire de Maroc et la régence de Tunis, la mer Méditerranée et le désert.

Les limites de l'est et de l'ouest ne sont que politiques ou conventionnelles, celles du nord et du sud sont naturelles. De ces quatre limites, les trois premières sont nettement définies, il n'en est pas de même de celle du côté du désert ou du sud, au sujet de la délimitation de laquelle les topographes sont en dissidence. Cependant nous devons dire que la seconde chaîne de l'Atlas à laquelle finit le pays cultivé et habité en permanence constitue bien réellement la limite sud de l'Algérie, qui forme ainsi un quadrilatère très allongé, un peu plus large à l'est qu'à l'ouest, et qu'on appelle aussi le Tell, terre cultivable, *tellus*.

Quand donc, à une époque déjà éloignée, on demandait de se restreindre à l'occupation du Tell, c'était demander l'occupation d'une vaste zone de 250 lieues de long, sur une profondeur variable de 25 à 40 lieues, comprenant les tribus sédentaires, toutes les villes, les villages, les camps, les colonies agricoles des trois provinces d'Oran, d'Alger et de Constantine, provinces dont les postes les plus avancés du côté du sud sont Zebdou, Daïa, Tiaret, Teniet-el-Haad, Boghar, Biskara, etc., c'est-à-dire intégralement l'Algérie proprement dite.

On a voulu donner des limites beaucoup plus étendues à l'Algérie, en y rattachant cette partie du désert qu'on a désignée sous le nom de Sahara algérien. Qu'il soit d'une haute importance politique d'étendre notre prépondérance dans le Sahara, c'est incontestable, et à titre de dépendance, d'annexe tributaire, ce pays fait partie de nos possessions. Mais, topographiquement parlant, l'Algérie à occuper et à coloniser est toute comprise dans le Tell, et sa limite naturelle est aussi nettement tranchée au sud, à la seconde chaîne de l'Atlas, qu'elle l'est au nord par le littoral. Deux nervures de l'Atlas la parcourent de l'ouest à l'est; la première, voisine du littoral, est celle du Petit-Atlas, dont les pitons principaux sont le Karkar, entre Oran et Arzeu, le Cheuoua près de Cherchel, le Zakar sur le versant sud duquel est bâtie Milianah, le Mouzaïa limitant la plaine de la Mitidja, le Tamgout entre Alger et Bougie, l'Edough entre Philippeville et Bone.

se trouvera corrigé, sans l'intervention d'aucune opération mentale, en vertu, nous le répétons, d'une loi préétablie. Dans le langage de M. Serre, les *rayons lumineux objectifs* n'ont d'autre action que de produire une image renversée de l'objet, et chacune des parties de celte image est renvoyée par les *rayons virtuels*, producteurs *de la sensation*, aux points correspondants de l'objet; et elle est renvoyée on *retournée en ligne droite*, sans suivre les brisures imprimées par les milieux réfringents aux rayons lumineux objectifs.

Telle est la théorie de M. Serre (d'Alais). Elle paraîtra sans doute bien vague; sa loi du *retournement* de l'image paraîtra fondée sur des bases bien incertaines, et nous ajouterons que, si elle n'est pas en désaccord avec les conditions physiques du phosphène, nous ne comprenons pas comment elle peut cadrer avec l'explication de Brewster, adoptée, nous l'avons dit, par M. Serre, dans ses publications sur la matière. Si la sensation perçue sous le doigt est le résultat de la pression exercée *in situ*, et la sensation perçue au point opposé le résultat d'*une autre pression* exercée en ce point par l'intermédiaire des liquides de l œil, comment la sensation est-elle perçue suivant une ligne « partant du point touché et traversant le centre du cristallin? » A ne tenir même aucun compte de la double pression, du moment où il existe deux sensations simultanées à l'opposite l'une de l'autre, comment connaître le point de départ de chacune d'elles et leur rapport réciproque dans la génération du phénomène? Où est l'*impression*, où est la *sensation* véritable, celle qui doit avoir lieu à l'extrémité de la ligne indiquée? L'impression ne peut avoir lieu qu'à l'une des deux extrémités de l'axe suivant lequel on comprime. Si c'est sous le doigt même, pourquoi une image en ce point? Même embarras, si c'est à l'autre extrémité. M. Serre entend-il que l'impression produite à chaque extrémité de l'axe répond par une sensation de l'extrémité opposée? Mais alors, comment en administrer la preuve? Il est tout aussi aisé de soutenir que la sensation naît de l'impression au lieu même où celle-ci est produite.

Notre honorable et ingénieux confrère a, comme nous l'avons dit, fait servir l'étude des phosphènes au diagnostic de certaines affections oculaires. La plus importante de ces applications est relative à la paralysie de la rétine. Le phosphène ne se produit pas à volonté et dès le premier essai; mais l'impossibilité de le faire naître après des expériences réitérées pendant plusieurs jours lui paraît une preuve péremptoire que la rétine a perdu ses propriétés optiques. Le phosphène est devenu, entre les mains de M. Serre, ce qu'était pour Sanson la position des images réfléchies dans l'œil : un instrument de diagnostic et un guide pour la thérapeutique.

A. Dechambre.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE OU PARTIELLE DES DEUX NERFS DE LA SEPTIÈME PAIRE; lu à la Société de biologie (mars 1852), par M. C. Davaine.

(Suite et fin. — Voir les nos 46, 47, 48 et 50 de l'année 1852 et le no 2 de l'année 1853.)

Pronostic. — Relativement au pronostic, la paralysie des deux nerfs de la septième paire doit être envisagée en elle-même et par rapport aux conséquences qu'entraîne l'abolition de certaines fonctions.

Considérée en elle-même, la paralysie des deux nerfs de la face sera subordonnée, quant à sa gravité, au degré d'altération des nerfs eux-mêmes ou à la nature de l'affection dont elle sera le symptôme. Si les nerfs ont été détruits ou profondément altérés, si leur lésion dépend d'une affection incurable des centres nerveux ou du rocher, la paralysie sera également incurable. Mais si la cause est transitoire, comme l'impression d'un vent froid, si l'affection primitive est curable comme la syphilis (et ces causes paraissent être les plus fréquentes), la paralysie des deux nerfs de la face pourra être guérie, et parfois dans un espace de temps assez court.

Quant aux conséquences de cette affection envers certains organes ou certaines fonctions, je ne m'occuperai ici, avec quelques détails, que de celles qui résultent de la non-occlusion des paupières et de l'imperfection dans la préhension des aliments.

On a dit que la paralysie de la septième paire détermine une affection grave de l'œil. Dans nos observations, nous n'avons rien vu de semblable, et cependant, dans quelques-unes, l'œil ne s'était pas fermé spontanément depuis plus de trois mois. Sur des lapins que j'ai conservés longtemps après leur avoir arraché l'un des nerfs de la septième paire, l'œil n'a jamais offert la moindre altération. M. Magendie a prouvé qu'il en était tout autrement de la paralysie de la cinquième paire, qui produit au bout de peu de jours l'inflammation de la conjonctive, le ramollissement de la cornée et la perte de l'œil.

Outre les inconvénients sérieux qui résultent de la perte presque complète de la parole et de l'écoulement inévitable de la salive hors de la bouche, la paralysie générale des deux nerfs de la face, par l'abandon qu'elle fait des aliments dans la cavité buccale, par la difficulté consécutive de la déglutition, doit être considérée comme une maladie grave et dont les conséquences ne se borneront pas à la perte de quelques fonctions. En effet, les substances alimentaires n'étant ni retenues par les lèvres, ni ramenées incessamment entre les dents par les joues, ne subissent point une trituration et une insalivation nécessaires au plus grand nombre. De là résulteront des digestions imparfaites ou laborieuses; de là la nécessité de soins particuliers et continuels, dont la privation aurait les plus fâcheuses conséquences pour l'entretien de la santé générale et même de la vie.

Afin d'apprécier jusqu'à un certain point la gravité de cette affection, j'ai fait quelques expériences sur des lapins, et j'ai vu que ceux auxquels j'avais arraché l'un des nerfs de la face continuaient à vivre, tandis que ceux auxquels les deux nerfs avaient été enlevés par le même procédé succombaient. J'ai trouvé alors constamment dans leur bouche des aliments qui n'avaient pu en être expulsés. Le pharynx et l'œsophage n'en contenaient pas. L'estomac en renfermait une petite quantité. (On sait que les lapins qu'on a laissés mourir de faim ont encore une certaine quantité d'aliments dans l'estomac, qui ne peut jamais se vider complétement chez ces animaux.) (Claude Bernard, Comptes rendus de la Société de biologie, 1852.) Quoique les lèvres et les joues, chez le lapin, n'aient qu'une action assez limitée sur la préhension et sur la trituration des aliments la paralysie de ces organes, chez cet animal, est cependant très-grave. La paralysie, même bornée à quelques rameaux des deux nerfs de la septième paire, ne serait pas moins chez certains animaux dont les organes qui saisissent les substances alimentaires ou qui les portent à la bouche, sont sous la dépendance de ces nerfs; pour le cheval en particulier, chez qui la paralysie des lèvres

---

La deuxième est celle du Moyen-Atlas, comprenant le Djebel-Beni Smiel au sud de Tlemcen, l'Oum-ed-Debban près de Saïda, l'Ouaranseris dans la province d'Alger, le Djerdjera s'étendant vers Bougie, le Bou-Taleb au sud de Constantine, ligne de montagnes reliées entre elles, et formant le boulevard naturel et méridional du Tell.

La direction de ces deux chaînes étant à peu près parallèle au littoral, il s'ensuit qu'elles coupent l Algérie en quatre zones secondaires à caractère géologique et climatérique bien tranché. Deux zones de plaines ou de vallées et deux zones montagneuses, savoir : 1° la zone du littoral faisant face à la Méditerranée; 2° la zone du Petit-Atlas; 3° la zone intérieure entre la précédente et la suivante; 4° la zone de l'Atlas moyen. la dénomination de Grand-Atlas étant réservée à une troisième chaîne dont nous parlerons à l'occasion du Sahara. Ces quatre zones empiètent en différents points les unes sur les autres : très-nettement distinctes dans la province de Titeri ou d'Alger, elles sont un peu confondues dans la province de Constantine, et d'autre part, le Petit-Atlas semble s'épuiser à la hauteur d'Oran; mais elles n'en sont pas moins l'expression de la configuration de l'Algérie dans ce qu'elle a de plus général topographiquement. Ces zones serviront à nous rendre compte des différences des conditions météorologiques et pathologiques entre les diverses localités.

Les eaux de tout ce système géologique qui appartient aux plus anciennes formations du globe, mais qu'agitent fréquemment encore des secousses de tremblement de terre, glissant comme sur un plan incliné du sud au nord, aboutissent généralement à la mer. Toutefois il existe, en divers points, des bas-fonds où les eaux pluviales s'accumulant forment des étangs ou des lacs : tels sont le lac salé de Missergbin, près d'Oran; le lac Aloula, dans la plaine de la Mitidja; le lac Tzar, dans le cercle de Bone. Une autre cause de stagnation des eaux se rencontre en quelques points du littoral, à l'embouchure des rivières que les deltas et les dunes font refluer, ainsi que cela a lieu pour la Macta et la Seybouze.

Les caractères généraux du Tell étant indiqués, parlons de ceux de chaque zone et des localités qui s'y trouvent.

ZONE DU LITTORAL.

Élévation moyenne de 100 à 200 mètres au dessus du niveau de la mer; littoral formé de plages alternant avec des groupes de monticules ou sahels, qui offrent diverses coupures par où s'écoulent les eaux des rivières, et s'étendant jusqu'au versant nord de la première zone montagneuse. La zone du littoral a pour caractère météorologique de trouver un correctif à la haute température de l'été dans les brises de mer, et de n'avoir jamais de froids rigoureux. Ses principales localités sont les suivantes.

ALGER.

Jadis le repaire de la piraterie, construit de roc et de fer par Barberousse, et qu'Hussein Pacha a démoli d'un coup d'éventail, Alger est aujourd'hui la capitale d'une nouvelle France. Elle s'élève en amphithéâtre pyramidal de la chaussée Kar-Eddin, que décuplent aujourd'hui des travaux surpassant ceux des Romains, jusqu'au sommet où Charles-Quint dressa sa tente un instant, et où les deys posèrent l'étoile bastionnée appelée, en mémoire de ce fait, fort l'Empereur, que fit sauter le bombardement de 1830.

a été quelquefois observée, cette affection ainsi limitée paraît pouvoir occasionner la mort. (Raynard, Extrait des COMPTES RENDUS DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON, 1834-1835.)

TRAITEMENT. — Avant tout, l'on devra déterminer si la paralysie est idiopathique ou si elle tient à une lésion cérébrale ou à une affection des deux rochers, etc., et lorsque les symptômes seront insuffisants pour arriver à cette détermination, l'application de l'électricité pourra donner des indications précieuses, comme nous l'avons dit à l'article des causes de cette maladie.

On sera ainsi amené à partager ces affections en deux groupes, par rapport aux indications thérapeutiques qui leur sont applicables. Dans l'un se rangeront tous les cas où la paralysie faciale est symptomatique de quelque lésion, soit du cerveau, soit du rocher, etc. C'est contre l'affection de ces organes que le traitement devra être dirigé. Parmi ces affections, il en est qui, comme une carie scrofuleuse, entraînent fréquemment la destruction des nerfs (obs. X) et rendent tout traitement superflu; d'autres, comme les affections syphilitiques, n'occasionnant d'abord qu'une compression du tronc nerveux et étant facilement modifiées par un traitement spécifique, laissent beaucoup d'espoir d'arriver à une cure complète de la paralysie. Il en pourrait être de même de quelques cas de paralysie faciale symptomatique d'une affection cérébrale. Mais, dans ces différents cas, le traitement doit-il être dirigé exclusivement contre l'affection primitive, et la paralysie ne présente-t-elle aucune indication par elle-même? C'est une question que nous examinerons plus loin avec quelques développements.

Dans l'autre groupe se rangeront tous les cas dans lesquels la cause ayant agi directement sur le nerf et n'ayant pas produit de désordres organiques graves, la paralysie peut être considérée comme idiopathique. Ici encore la connaissance de la cause pourra donner quelques indications particulières, et les phénomènes concomitants devront aussi être pris en considération dans l'administration du traitement. Si le début de la paralysie est marqué par des symptômes généraux, de la fièvre, des douleurs à l'origine ou sur le trajet des nerfs, etc., on aura recours à des émissions sanguines générales ou locales, à des applications topiques émollientes; plus tard, d'autres moyens, comme des révulsifs cutanés, quelques excitants locaux pourront être aussi utilement employés; mais lorsqu'on aura obtenu la résolution du mouvement fluxionnaire qui s'était établi dans la continuité des nerfs ou dans les parties voisines, il faudra se hâter de recourir à un moyen généralement efficace, et d'autant plus efficace que la paralysie est moins ancienne. Je veux parler de l'application locale de l'électricité.

Quelle que soit la source de l'électricité, quel que soit son mode d'application, c'est le moyen le plus généralement utile dans les paralysies idiopathiques des nerfs de la septième paire; néanmoins, l'électricité développée par les appareils électro-magnétiques, doit être préférée pour le traitement de la paralysie faciale. Outre la simplicité et la facilité de sa production, le fluide développé par l'induction magnétique paraît avoir une action moins irritante ou moins désorganisatrice sur les tissus, tout en conservant ses facultés excitatrices sur les nerfs et sur les muscles. Quant au mode d'application du fluide électro-magnétique aux parties affectées, des éponges humides mises en communication avec les pôles de l'appareil permettent au fluide de pénétrer jusqu'aux nerfs et aux muscles avec facilité et sans causer beaucoup de douleur. Pour l'extérieur de la face, ces conducteurs humides devront être appliqués successivement sur le trajet des diverses branches des nerfs paralysés ou sur les muscles de la face, en évitant toutefois les trous sus et sous-orbitaire et mentonnier où, par l'accumulation des branches de la cinquième paire, l'on causerait des douleurs inutiles. Pour l'application de l'électricité au voile du palais, l'on pourra mettre en communication l'un des deux pôles de l'appareil avec une tige métallique contenue dans un tube de verre et terminée par une olive. Ce conducteur sera porté sur différents points du voile du palais pendant que l'autre sera appliqué au niveau de l'apophyse mastoïde ou au voisinage du conduit auditif externe.

La durée du traitement par l'électro-magnétisme sera nécessairement très variable. Dans une paralysie idiopathique et récente, la guérison pourra être obtenue en un mois environ (obs. VI). Pour une paralysie ancienne, dans laquelle les muscles auront perdu leur irritabilité et les nerfs leur pouvoir conducteur, la durée du traitement sera beaucoup plus longue. Les effets obtenus après quelques applications pourront donner des présomptions à cet égard. la guérison sera d'autant plus assurée et plus prochaine que l'on obtiendra plus tôt une amélioration dans les phénomènes paralytiques.

Mais l'application de l'électricité doit-elle être restreinte aux cas de paralysie faciale idiopathique? Non sans doute. Dans la plupart des cas de paralysie symptomatique des nerfs de la septième paire, après la guérison de l'affection primitive du cerveau ou du rocher, les changements survenus dans l'irritabilité ou dans la nutrition des nerfs et des muscles ne permettent plus à ces organes de reprendre spontanément leurs fonctions; l'application de l'électricité aux parties paralysées est alors le meilleur et souvent le seul moyen de leur rendre ces fonctions.

Enfin, nous pensons que, dans tous les cas où l'on pourra espérer la guérison de l'affection des centres nerveux ou du rocher d'où dépend la paralysie faciale, l'électro-magnétisme trouvera encore une application utile, avant même la guérison de l'affection primitive. On n'aura pas sans doute pour but d'obtenir une guérison immédiate, mais on aura l'avantage, en soumettant de temps en temps à un courant électro-magnétique les muscles paralysés, d'entretenir la nutrition et l'irritabilité de ces organes qui conserveront leur aptitude à recevoir l'influx nerveux et pourront reprendre leurs fonctions aussitôt que la communication sera rétablie entre ces parties et l'organe de la volonté.

PROPOSITIONS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES.

L'étude de la *paralysie des deux nerfs* de la septième paire conduit aux déductions suivantes :

1° *Par ses branches externes*, le facial fait mouvoir les différents muscles de la face, et communique aux traits l'expression de la pensée; mais les changements de coloration de la face qui suivent les impressions de l'âme sont indépendants de ce nerf.

2° *Par ses branches internes*, le nerf facial agit sur le pharynx, sur le voile du palais et sur la langue.

a Par son action sur le pharynx, il aide aux mouvements de la déglutition;

b Par son action sur le voile du palais, il en détermine le soulèvement pour l'accomplissement de certains actes, et principalement pour diriger la voix dans la bouche;

c Par son action sur la langue, d'une part, il produit le soulèvement de

---

Adossée au versant nord d'une des digitations que forme le Sahel, dont la principale, en ce point du littoral, est le mont Boujareah, la ville se trouve ainsi isolée de la plaine de la Mitidja, et s'étale comme une grande voile blanche pour prendre, au nord-ouest, les brises de mer qui chaque jour viennent la rafraîchir, tout en lui apportant un degré d'humidité qui ne laisse pas d'avoir ses dangers. L'hiver n'y est guère que la saison des pluies qui, tout en arrosant les jardins de ses nombreuses villas, viennent alimenter les sources d'eau potable dont la qualité est généralement bonne. Les avantages de son climat, de sa position, les ressources qu'y accumulent les voies de terre et de mer, les oasis de verdure dont sont émaillés ses environs, font de cette ville un séjour à conseiller aux existences mélancoliques et maladives; mais le médecin comme l'économiste devront bien se garder de juger du reste de l'Algérie par cette syrène enchanteresse.

SIDI FERRUCH (PLAINE DE STAOUELI).

Sidi-Ferruch (*Torre Chica*), à quelques lieues ouest d'Alger, point du littoral où se fit le débarquement de 1830, est devenu, par l'activité de quelques pêcheurs, le rocher de Cancale de l'Algérie. Une colonie de trappistes a fondé une ferme agricole en voie de prospérité sur cette plage où, treize ans auparavant, la bravoure présomptueuse d'une armée de Turcs et d'Arabes vint s'anéantir sur les carrés français.

ORAN.

En face de la rade de Mers-el-Kebir (*Portus Magnus*), dont l'anse de l'ouest porte étagées les maisons nécessaires à la population du port et une prison d'État, la ville est adossée en amphithéâtre irrégulier, à 60 mètres au-dessus de la rade, au versant nord d'un relief montueux dont le pic le plus élevé est couronné par le fort Santa-Cruz, l'un des débris des fortifications espagnoles renversées par les tremblements de terre. Les éléments aidant, la rancune du Maure a repoussé définitivement de ces parages une domination désormais impossible aux descendants de Philippe IV.

Le climat d'Oran est celui de tout le littoral; toutefois les feux du jour y sont moins tempérés qu'à Alger; l'anse rocheuse qui forme la rade, et qui s'étend largement au nord-ouest, une fois échauffée, dessèchant les haleines de la brise de mer, prive la ville d'une partie de ses bénéfices.

Un autre inconvénient plus notable à enregistrer, c'est l'infériorité relative des eaux potables qui sont (1) abondamment chargées de sulfates, d'hydrochlorates, de carbonates de soude, de chaux, de magnésie.

1,000 grammes donnent par l'évaporation.	3g,400
les eaux d'Alger ne donnant que.	0g,470
et celles de la Seine prises pour comparaison.	0g,162

On a trouvé dans cette particularité des influences pathogéniques qui ne seraient pas étrangères à la fréquence de la dyssenterie à Oran.

On rencontre sur la route de Mers-el-Kebir, à quelques mètres au-dessus du niveau de la mer, la fontaine dite des Bains de la reine d'Espagne : 4 sources; 250 litres par minute; température, 45°; sur 1 kilogramme 856 grammes d'eau, le résidu de l'évaporation a fourni :

(1) D'après M. Souceylier.

la base de cet organe et en facilite la sortie hors de la bouche; d'une autre part, il en recourbe la pointe en haut pour l'articulation des linguales.

3° *Par ses branches internes et externes à la fois*, il dirige les sons dans la bouche et leur imprime les modifications diverses qui constituent la parole.

4° La paralysie peut occuper les deux nerfs de la septième paire ensemble, et indépendamment de celle d'aucun autre nerf.

5° Cette paralysie peut être générale ou bornée à un petit nombre de rameaux. Dans le plus grand nombre des cas, elle occupe à la fois et exclusivement les branches temporo et cervico-faciales de chaque côté.

8° Elle est ordinairement complète, mais elle peut aussi varier dans son degré.

9° Quand elle n'est pas l'un des symptômes d'une affection grave des centres nerveux, elle existe ordinairement de chaque côté de la face sur les parties homologues.

10° La paralysie des *branches externes* se reconnaît à l'absence des mouvements de la face. Celle des *branches internes* à la dysphagie, au nasonnement, à la difficulté de prononcer les lettres linguales.

11° Lorsque la paralysie des deux nerfs de la septième paire dépend d'une affection grave des centres nerveux ou des rochers, elle est presque toujours incurable; lorsqu'elle dépend d'une cause spécifique, elle peut être guérie par un traitement spécifique.

L'électro-magnétisme est, dans tous les cas, l'agent thérapeutique le plus généralement utile.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR UNE MÉTHODE THÉRAPEUTIQUE PROPRE A REMPLACER LE SULFATE DE QUININE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES PALUDÉENNES; par M. ÉMILE CORDIER, médecin aide-major de première classe aux ambulances de l'Algérie.

(Suite et fin. —Voir le numéro précédent.)

Établissons maintenant la nature des affections endémo-épidémiques de l'Algérie. Les fièvres rémittentes gastriques, bilieuses, continues même, enfin les affections dites endémo-épidémiques, se composent de deux éléments : d'une inflammation spéciale de la partie supérieure du tube digestif et de ses annexes et d'une pyrexie intermittente ou d'une névrose.

Ces affections, et le nom qui les distingue l'indique avec raison, ne présentent que deux différences d'intensité accusées par certaines particularités de symptômes. Analysées dans leur mode de développement, dans leur marche, dans leur manifestation, elles attestent la même origine, reconnaissent les mêmes influences.

Pour le moment, laissons de côté le premier élément pour ne nous occuper que du second.

L'observation, l'examen sérieux des conditions étiologiques et l'étude de l'évolution du fait morbide dont nous nous entretenons démontrent que la cause quelconque qui produit la pyrexie intermittente exerce sur le système nerveux une action dépressive. Dans la grande majorité des cas, sans aucun doute, c'est le sang vicié qui trouble, dérange l'harmonie nerveuse et provoque lentement l'asthénie; mais des faits nombreux de fièvres pernicieuses prouvent que l'organisme peut périclitér, le système nerveux être frappé, de telle sorte que l'énergie de l'agent paludéen a dû être directe. Le spécifique par excellence, le quinquina, n'agit donc qu'en donnant au système nerveux de la résistance vitale. Le doute le plus tenace tombe de lui-même si l'on suit, avec une attention soutenue et impartiale, les résultats de son emploi. Donc encore toute substance capable de remplacer le quinquina doit être un tonique. Nous ne sommes pas sorti, nous le croyons, du cercle des faits reconnus par la généralité des praticiens; nous n'emprunterons à la pathologie algérienne que des arguments incontestés. Ainsi l'expérience atteste qu'aucun médicament ne possède une action curative durable sur les fièvres d'accès qu'autant que l'élément phlegmasique que nous avons plus haut négligé à dessein a été efficacement combattu.

Examinons ce second élément, et cherchons à déterminer la méthode de traitement qu'il réclame.

Des praticiens de mérite ont prôné avec une ardeur d'inspirés les émissions sanguines dans le traitement des fièvres paludéennes de l'Algérie. Leur exemple, le prestige de leur position et l'autorité de leur expérience ont entraîné bon nombre de médecins militaires préparés déjà par la doctrine dite physiologique, et aujourd'hui encore cette méthode compte beaucoup de fervents adeptes. Il est, en effet, naturel de penser que puisqu'un seul soleil suffit pour éclairer l'univers, un seul traitement doit s'appliquer au monde pathologique. Toutes les erreurs sont respectables quand elles s'appuient sur la conscience, et nous ne pouvons que plaindre l'obstination irréfléchie de nos confrères. Il ne nous appartient pas de faire ici le procès à la médication antiphlogistique; seulement nous soutiendrons que l'étude détaillée de toutes les influences qui caractérisent le climat algérien prouve que ces agents morbifiques, quelle que soit leur nature, aboutissent principalement à une dépression considérable du système nerveux; or les émissions sanguines le mettent à découvert en quelque sorte et agissent, par conséquent, dans le sens même des causes délétères. On objectera sans aucun doute les fièvres pernicieuses qu'on guérit à l'aide des pertes sanguines et du quinine; car c'est aujourd'hui le traitement le plus généralement suivi en Afrique. Nous répondrons que saigner et quininer dans ces sortes de fièvres, c'est commettre un contre-sens médical facile à démontrer, c'est prendre un élément de second ordre, la congestion, pour la maladie principale. Depuis longues années déjà nous n'employons dans les fièvres d'Afrique que la médication évacuante, et jamais nous n'avons eu lieu de nous en repentir.

Il nous est maintenant facile de présenter en peu de mots la méthode thérapeutique qui nous a paru capable de remplacer le fébrifuge par excellence, le sulfate de quinine. Qu'on ne s'étonne pas de notre confiance dans les moyens que nous avons adoptés. Qu'on interroge les livres de quelques médecins dont la haute renommée vit encore parmi nous, et on y trouvera la justification de notre manière de voir. Ainsi Pringle, à propos des fièvres rémittentes et intermittentes des pays bas et marécageux, dit que les vomitifs sont efficaces, à tel point que, lorsque la bile a été totalement évacuée par un émétique, ce remède emporte souvent la fièvre en même temps. Il

Chlorure de soude et de magnésie. . .	11g,05
Carbonate de chaux	2g
Sulfate de magnésie	0g,78
Silice	1g,50

Bonne pour les affections arthritiques, rhumatismales et traumatiques; ne vaut rien pour les dyssenteries.

MOSTAGANEM.

Ancienne ville arabe, à 80 mètres au-dessus de la mer, sur le renflement coudé que forme la berge gauche d'un ravin profond et sinueux; jouit d'une des bonnes climatures du littoral. Mostaganem possède un haras pouvant rivaliser avec celui de Bouffarick. A peu de distance, a l'ouest, une colonie agricole a été fondée sur le point devenu célèbre par l'héroïque défense des 123, ou a nommé Mazagran.

BONE.

L'ancienne Hippone, dans la concavité que forme à l'est le massif du cap de Garde, à peu de distance à l'ouest de la Seybouse, dont la vallée basse et humide, exposée à des débordements, est marécageuse. Telles sont surtout les plaines de Boudjimab et des Harregas. Bone a été un des postes insalubres au début de l'occupation, c'est-à-dire à l'époque où, ruinée par la guerre, et tout y étant à refaire, le soldat et le colon restaient exposés à toute l'inclémence de son climat.

Philippeville et Stora se trouvent dans une position à peu près analogue, à l'embouchure de l'Oued Safsaf.

BOUGIE.

A l'ouest de l'embouchure de la Summam, le Gouraya, dont le pic a 500 mètres d'élévation, forme un isthme arqué, à convexité tournée au nord et à concavité tournée au sud. C'est adossée à cette concavité que Bougie s'élève en amphithéâtre, du bord de la mer, sur les ruines de l'ancienne Saldœ. Il y reste, de la domination espagnole, une caserne et la casbah. Au delà de la ville s'étalent le fond de la rade, l'extrémité de la plaine et l'embouchure de la Summam; en face surgissent les montagnes de la Kabylie. Il suffit d'énumérer ces dispositions topographiques pour juger aussitôt des conditions défavorables de cette ville en été. Exposée aux ardeurs du soleil comme dans un miroir concave dans lequel aussi s'engouffre directement le vent du sud, elle est complètement privée, par l'interposition du Gouraya, des bénéfices des brises de mer. Les chaleurs y sont étouffantes, humides, débilitantes. Vers quatre heures du soir, cette humidité de l'atmosphère, condensée par le refroidissement du Gouraya, descend fréquemment en épais brouillard, surtout vers la partie sud de la ville qui regarde la vallée. Ces particularités et celle de l'éparpillement des postes et des casernes sur les escarpements de trois grands ravins, valent aux troupes de la garnison des fatigues considérables, qui l'exposent aux sévices de l'endémo-épidémie des fièvres estivales.

DJIDJELLI.

Poste jadis important pour la pêche du corail, au pied des roches abruptes de la petite Kabylie; bombardé sous Louis XIV, par Duquesne, et où de Beaufort fut enlevé par un accès pernicieux.

revient à plusieurs reprises sur cette idée quand il prescrit le quinquina. Nous administrons d'abord un émèto-cathartique, le sulfate de soude uni à l'émétique, mais le plus ordinairement l'ipéca et le calomel, à la dose d'un on 2 grammes, et pris autant que possible en deux fois; nous aidons les vomissements en donnant de l'eau tiède. Si les symptômes gastro-hépatiques et l'état saburral de la langue persistent, nous insistons ensuite sur les purgatifs et nous donnons la préférence au sulfate de soude, médicament d'une action sûre. Enfin, après avoir obtenu, par haut et par bas, un grand nombre d'évacuations, après avoir constaté la disparition de l'élément phlegmasique et de la fièvre nocturne qui l'accompagne, nous prescrivons une potion composée d'un gramme d'extrait de gentiane dissous dans 100 grammes de vin rouge. Nous faisons prendre cette potion deux et trois fois par jour, le matin, à trois heures de l'après-midi et le soir, suivant l'ancienneté et la gravité de la fièvre. Jamais nous n'avons dépassé cette dose, et nous la continuons jusqu'au retour probable et calculé de la fièvre. Si à cette époque l'accès n'a pas reparu, nous cessons.

Enfin nous nourrissons les malades le plus tôt et le mieux possible.

Ainsi, et nous croyons devoir le répéter, nous substituons un spécifique agissant dans tous les cas, dans toutes les circonstances, en vertu d'une puissance intrinsèque que nul autre agent ne possède au même degré, une méthode thérapeutique formée de trois éléments qui ont pour but : le premier, d'éliminer en partie le poison délétère, en enlevant en même temps la lésion gastro-hépatique ; le second, de tonifier le système nerveux; le troisième, de refaire le sang, de lui rendre la plasticité qu'il a perdue.

Pour exposer nos statistiques et les résultats de nos expériences, nous nous servons d'une classification des émigrants atteints de fièvre que nous avons présentée, dans un travail publié par ce journal, classification basée sur ce principe que l'intoxication paludéenne, ainsi que les affections qui en dépendent, sont en raison directe de l'ancienneté de séjour et de l'intensité des foyers marécageux.

Nous avons recueilli 492 observations : nous en comptons un plus grand nombre; mais désirant arriver à des données exactes et rigoureuses, nous avons éliminé toutes celles dont la réduction offrait le moindre doute, la moindre lacune. Ces observations, rédigées par nous-même, ont été commencées le 1er février 1854; nous avons pensé devoir y renoncer le 15 octobre à cause de la persistance du choléra dans l'hôpital.

Nous allons les présenter en détail, suivant la classification en quatre catégories dont nous avons parlé plus haut.

Nous les analyserons, puis nous conclurons.

La première catégorie comprend les malades n'ayant pas encore une année de séjour : total, 157.

La deuxième ceux qui, ayant plus d'une année de séjour, n'ont jamais été atteints de fièvre paludéenne : total, 168.

La troisième ceux qui, ayant plus d'une année de séjour (deux, trois ou quatre ans), ont déjà été atteints de fièvre : total, 127.

La quatrième ceux qui, comptant plusieurs années de séjour, ont eu de nombreuses récidives de fièvre; enfin ceux atteints de fièvre rebelle : total, 40.

Sur ces 492 cas, nous comptons 382 succès et 110 insuccès : total, 492.

Les tableaux suivants indiquent l'ordre selon lequel se sont présentés les succès et les insuccès.

SUCCÈS.

Fièvres de la première catégorie.	140
— de la deuxième —	124
— de la troisième —	91
— de la quatrième —	27
Total.	382

INSUCCÈS.

Fièvres de la première catégorie.	17
— de la deuxième —	44
— de la troisième —	36
— de la quatrième —	13
Total.	110

Ces deux tableaux sont importants : au premier aspect, ils annoncent de la part de notre méthode une efficacité presque inattendue. Les insuccès ont été à peine le quart, et les succès se sont élevés à plus des trois quarts du chiffre total.

Fidèle à la franchise qui toujours nous dirige, nous devons toutefois avouer qu'en analysant avec soin ces tableaux, nous arriverons à une déception qui ne nous a pas surpris, tout en constatant, d'ailleurs, d'une manière plus sûre encore, l'utilité réelle de la méthode qui nous occupe.

Voyons, en effet, la proportion qui existe entre les succès et les insuccès de chaque catégorie en particulier; nous négligeons les fractions.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Total 157. — Succès, 140, ou 89 sur 100. — Insuccès, 17, ou 10 sur 100.

DEUXIÈME CATÉGORIE.

Total 168. — Succès, 124, ou 73 sur 100. — Insuccès, 44, ou 26 sur 100.

TROISIÈME CATÉGORIE.

Total, 127. — Succès, 91, ou 71 sur 100. — Insuccès, 36, ou 28 sur 100.

QUATRIÈME CATÉGORIE.

Total 40. — Succès, 27, ou 67 sur 100. — Insuccès, 13, ou 32 sur 100.

Ces rapports sont dignes d'intérêt; ils prouvent que la puissance d'action de l'extrait de gentiane, ou encore de notre méthode, diminue en raison directe de l'ancienneté de séjour des émigrants ou d'une imprégnation plus considérable du poison paludéen. A notre avis, tous les succédanés du sulfate de quinine présentés jusqu'à ce jour, quelle que soit leur valeur relative, doivent conduire au même résultat. La quinine, au contraire, jouit d'une énergie constante, c'est-à-dire que, dans les circonstances particulières, cachexies paludéennes, anasarques, etc., etc., lésions chroniques enfin, suites d'une intoxication grave et prolongée, où son administration, rendue difficile à cause des altérations profondes des solides et du sang, ne produit plus les mêmes avantages, elle possède encore cependant une action qui ne peut être mise en parallèle avec celle de ses succédanés.

Il nous serait fort difficile d'indiquer avec exactitude les foyers d'intensité divers où nos malades ont contracté la fièvre. Ce travail, d'ailleurs,

---

CHERCHEL.

Port de mer au pied du mont Chenona, dont le voisinage lui vaut des variations de température brusques et des orages pendant lesquels se font presque toujours sentir des secousses de tremblement de terre, secousses qui ont été jadis assez fortes pour faire un monceau de décombres de tous les édifices qui ornaient la capitale de la Mauritanie césarienne, Julia Cæsarea. Bien que Cherchel soit éloigné et isolé de la plaine de la Mitidja, et n'ait dans son voisinage ni étangs, ni marais, la saison des chaleurs est aussi celle du développement des maladies endémo-épidémiques.

TÉNEZ.

A l'ouest du cap du même nom, sur le plateau d'un promontoire qui domine le port de 45 mètres, et qui s'arrête brusquement au versant nord des ramifications du Dahra. La nouvelle ville est séparée de l'ancien Ténez par un profond ravin où coule une petite rivière aux eaux limpides. Entre les deux se trouvent des jardins, sur l'emplacement même du port ancien, comblé par les atterrissements de l'Oued, devenant torrent à la saison des pluies. Ventilé, isolé du cœur du Tell par le massif du Dahra, hors de toute influence paludéenne, mais posé sur un point nu et rocheux, Ténez paye aussi son tribut à l'élément intermittent quand vient la saison des chaleurs.

ARZEU.

Poste de nouvelle création, au bord de la mer, dans la concavité profonde et tournée à l'est de sa grande rade. Abrité au nord-ouest par le cap Corbon. La chaleur est intense dans ce point, qui est privé de végétation et d'eau. Ses sources sont saumâtres, et on a dû renoncer au forage d'un puits artésien déjà parvenu à une grande profondeur. Ces essais infructueux au côté nord de l'Algérie paraissent devoir être couronnés de succès au sud, où, de temps immémorial, les Arabes font jaillir de l'eau par un procédé analogue, mais lent et périlleux, car un homme fait l'office de la sonde à travers les couches qu'il creuse.

Des étangs salés et le lit marécageux de la Mucta, se trouvent à trois lieues d'Arzeu; cependant la saison endémo-épidémique n'y est guère que ce qu'elle est sur le reste du littoral.

LACALLE.

Le poste le plus reculé de nos possessions du littoral à l'est, le premier point des côtes barbaresques où ait flotté en permanence le drapeau de la France, et dont l'incendie et autres griefs furent payés de la prise d'Alger. Pour nous donc, d'une origine pareille à celle du phénix, l'Algérie est sortie des cendres de Lacalle.

Localités situées dans l'intérieur des terres de la zone du littoral.

PLAINE DU SIG.

Cette plaine offre à son centre, à trois lieues sud-ouest d'Oran, le lac salé ou Sebgha, qui se dessèche en grande partie en été. Les villages du Figuier à l'est, de Misserghin au nord, sont plus particulièrement exposés aux influences de ce milieu pathogénésique.

n'aurait pas ici une grande importance. L'extrait de gentiane est un tonique admis par tous.

Dans la première catégorie, si la proportion des succès est aussi considérable, aussi tranchée relativement à celle que présentent les autres catégories, c'est que souvent la médication évacuante emporte l'accès.

Quoi qu'il en soit, pendant environ neuf mois nous sommes parvenu à économiser une notable quantité de sulfate de quinine. Le nombre des récidives, quoique peu élevé, a été cependant plus considérable, toutes proportions gardées, qu'avec la quinine.

Un fait que nous n'aurions pas provoqué peut donner une idée du mode d'action de l'extrait de gentiane.

Dans le courant de mars, entre dans notre service un chasseur d'Afrique, déjà ancien de séjour, robuste, atteint d'une fièvre rebelle, affectant le type tierce. Plusieurs purgations n'avaient qu'incomplétement dissipé un embarras gastro-intestinal difficile, longtemps négligé par le malade; mais craignant un nouvel accès, nous lui prescrivons, le 26, 3 grammes d'extrait de gentiane dans 300 grammes de vin rouge, à prendre en trois fois, le matin, à la visite, à la contre-visite, et le soir, à six heures.

Le lendemain, il se plaignit de n'avoir pas reposé et de n'avoir pu se lever. A la visite, il lui est impossible de tenir sa tête droite, d'en être le maître, qu'on nous permette cette expression. Assis sur son lit, sa tête tombe d'un côté ou de l'autre, suivant la direction qu'on lui imprime. Ivresse légère; quelques nausées, et, chose remarquable, ses yeux ne peuvent rester en place : ils roulent constamment d'un angle à l'autre de l'orbite. Ce mouvement latéral est si prompt, si continu, si rapide, qu'il donne à la physionomie quelque chose de bizarre qui étonne et même fatigue les assistants. Du reste, céphalalgie à peine accusée, intelligence intacte, pas de fièvre.

Ces singuliers symptômes n'amenèrent aucune suite fâcheuse, et le 30, il était complétement convalescent.

Notre méthode se rapproche de celle de M. Boudin sous un rapport, mais elle s'en éloigne sous un autre, le choix du succédané.

Nous croyons, avant de terminer, devoir répondre à un reproche qu'on a adressé au sel marin, et qu'on pourrait appliquer à l'extrait de gentiane.

Dans une brillante séance de l'Académie, une de nos célébrités médicales a dit: « Quand on vient nous proposer un nouvel agent pour le traitement » des fièvres de marais, il faut qu'il puisse remplacer non-seulement la » quinine, mais encore le quinquina tout entier : il ne suffirait pas que le » sel marin fût un fébrifuge pour devenir un succédané. »

Cette opinion nous paraît trop absolue; elle pourrait être discutée au point de vue de la thérapeutique générale; mais en se maintenant dans le cercle des faits pratiques qui déterminent la question en litige, elle n'est, selon nous, ni juste ni fondée.

Pourquoi a-t-on dépensé tant d'efforts, tant d'ardeur, à découvrir un succédané au quinquina? Pour doter, si nous ne nous trompons, la classe pauvre d'un médicament énergique, d'une action sûre, et portant d'un prix très-minime. Or, s'il était démontré qu'un agent quelconque pût avantageusement remplacer, dans la manifestation aiguë des accidents produits par l'empoisonnement paludéen, le sulfate de quinine, mais non le quinquina tout entier, nous lui donnerons encore le nom de succédané, et nous féliciterions de cette conquête. Il resterait seulement à trouver une substance, un composé capable de se substituer aux préparations de quinquina prescrites surtout contre les accidents consécutifs ou chroniques de l'intoxication marématique.

Le nœud de la difficulté est tellement là que les préparations de quinquina triomphent dans les circonstances particulières où le sulfate de quinine perd pour le moment de sa puissance et de son utilité immédiate. Or la question, réduite à ces termes, devient plus facile à résoudre; car bon nombre de substances à propriétés toniques incontestables et peu coûteuses rendent, dans le traitement des accidents chroniques dus à l'empoisonnement paludéen, des services signalés, et qui approchent de ceux fournis par les préparations de quinquina.

Quelques mots encore, et nous terminons.

Certes le médecin qui trouvera un succédané au sulfate de quinine aura bien mérité de l'humanité; mais découvrir un agent doué d'une énergie, d'une puissance égale à celle du quinquina, sera l'œuvre du temps, le prix d'une longue patience, et probablement l'effet d'un heureux hasard. Nous avons blâmé et nous blâmons de nouveau les chercheurs de spécifiques, parce qu'ils procèdent sans méthode, parce qu'ils entreprennent des expériences sans idée arrêtée. La fantaisie thérapeutique est chose dangereuse; elle lend de plus à ôter à la médecine pratique son caractère sérieux et élevé; elle inspire le doute, provoque à la défiance et engendre le charlatanisme. On finit par ne plus croire, parce qu'on a trop souvent été trompé.

Aussi rencontre-t-on dans le monde beaucoup de personnes partageant l'opinion de Gouzel, médecin de Toulouse, qui, dans un discours publié, soutint que, dans les maladies ordinaires, les gardes-malades en savaient autant que les médecins, et que, dans les maladies extraordinaires, les médecins n'en savaient pas plus que les gardes-malades.

A notre avis, il est possible, peut-être même facile aujourd'hui, d'arriver à remplacer le quinquina, non par un agent unique, mais par une méthode de traitement fondée sur les rapports et la concordance qui doivent unir un groupe donné de phénomènes pathologiques caractérisés, connus dans leur nature, calculés dans leur ordre de succession, à un ensemble raisonné de moyens thérapeutiques possédant une action admise par l'expérience.

Nous avons rassemblé 492 observations à l'appui de la méthode que nous avons proposée; nous nous hâterons d'ajouter que nous n'attachons aucune importance à ce nombre : il atteste seulement que des expériences entreprises avec conscience, poursuivies avec une persistance sincère et dépouillée de toute vanité personnelle, ont du moins, dans leurs résultats, répondu en partie à l'idée première qui les avait établies.

On peut vérifier nos assertions sans risque aucun, et nous le désirons. Nous avons surtout cherché à être clair dans notre exposition, et nous pensons avoir réussi, ce qui ne doit pas étonner; car nous sommes comme les petits ruisseaux, qui sont transparents, parce qu'ils sont peu profonds.

Nous nous empresserons toujours, d'ailleurs, de faire amende honorable et de reconnaître notre erreur, quand on nous démontrera que nous nous sommes trompé.

En médecine pratique, suivant nous, il faut constamment avoir pour but l'utilité réelle, immédiate, facile à saisir et à réaliser.

Qu'on nous permette une dernière fois de recommander l'extrait de gentiane, non pas que nous voudrions nous obstiner à caresser une illusion. Un songe n'a guère qu'une courte durée, et le réveil apporte toujours une

---

KOLÉAH.

La ville principale du sahel d'Alger, au versant sud duquel elle s'étale, en face de la partie moyenne de la plaine de la Mitidja, qu'elle domine de 150 mètres, un peu à l'ouest de la coupure que traverse le Mazafran. Ainsi placée au-dessus des nappes brumeuses de la plaine, dans une atmosphère moins humide, jouissant d'une aération plus vive, entourée de jardins d'orangers qu'arrosent des eaux limpides, elle offre un séjour tout à la fois agréable et salubre. Les cas de longévité ne sont pas rares chez ses habitants, dont le caractère est grave et religieux, d'où le surnom de ville sainte donné à Koléah.

PLAINE DE LA MITIDJA.

Partant du cap Matifou et de l'embouchure de l'Arrach, cette plaine s'étend parallèlement à l'Atlas, jusqu'au voisinage de Cherchel, offrant une largeur de 15 à 20 kilomètres, sur une longueur de 120 à 130. Aboutissant à la mer par son extrémité est, elle en est séparée dans la plus grande partie nord-ouest par le sahel d'Alger. Disposée en plan incliné, dont l'élévation est de 200 mètres au pied de l'Atlas, pour s'abaisser à 20 du côté du sahel, tous les cours d'eau qui glissent à sa surface prennent la direction de la mer. L'Oued-Djer, le Bouroumi, la Chiffa, l'Oued-Kebir et autres affluents convergent pour former le Mazafran, dont l'embouchure est à l'ouest d'Alger, pendant que l'Iser et l'Arrach se jettent à l'est. Dans certains points déprimés de cette plaine se sont formés des amas d'eau, dont le plus considérable est le lac Aloula. Des eaux, en hiver surtout, stagnent aussi dans le voisinage de Bouffarik, dont de profonds canaux ont déjà rendu le territoire notablement moins hygrométrique. Sur toute la ligne des bas-fonds de cette plaine largement exposée à l'action solaire, il se fait une abondante évaporation. Une humidité intense, alternativement chaude et froide, est le trait caractéristique de la météorologie de ce milieu aux influences pathogénésiques marquées.

BÉNI-MÉRED.

Au centre de la plaine de la Mitidja, entre Bouffarik et Blidah, mais déjà à une altitude de 150 mètres au-dessus du niveau de la mer, Béni-Méred, primitivement colonie militaire, est aujourd'hui un des centres de population les plus prospères de la plaine.

A ce lieu se rattache un glorieux souvenir, consacré par un obélisque surgissant dans le rond-point de la place, comme une sentinelle d'honneur, en mémoire d'une poignée de braves, parmi lesquels la médecine militaire est fière de compter un des siens (1).

BLIDAH.

La ville favorite du dey, bouleversée en 1825 par un tremblement de terre; elle a été relevée et embellie depuis notre occupation, grâce à l'affluence que lui ont valu les avantages de sa position au pied de l'Atlas, sur la lisière la plus relevée de la Mitidja. Arrosée par les eaux abondantes et limpides de l'Oued-Kebir, qui vivifient l'oasis d'orangers et d'oliviers, plusieurs fois séculaires, au milieu de laquelle elle s'ombrage, elle brave les ardeurs des jours d'été et doit à son élévation de 250 mètres au-dessus du niveau de la mer, de

(1) Le docteur Ducros.

tristesse amère et de cuisants regrets. Notre bonne foi garantit nos recommandations, et sous cet égide, nous abritons nos espérances.

Nous n'insisterons pas, et cependant nous pourrions, nous devrions même le faire; car, franchement, nous sommes de l'avis de Dumoulin, autorité respectable, qui, après une longue pratique, disait avec raison : Pressez-vous de faire usage d'un remède qui fait des miracles depuis peu; il ne sera bientôt bon à rien.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Rédigés par K. Vierordt.

Les deux premiers cahiers de 1852 contiennent les articles originaux suivants: 1° *Recherches sur l'irritabilité musculaire et sur la rigidité cadavérique*; par le professeur Stannius. (Expériences sur les effets de la ligature de l'aorte abdominale; paralysie des extrémités postérieures; absence complète de contractilité musculaire, même à l'aide du galvanisme; roideur cadavérique; pois retour de la contractilité par le rétablissement de la circulation. L'auteur ne connaissait pas encore les expériences de M. Brown-Séquard, qui ont avec les siennes la plus grande analogie et ont conduit aux mêmes résultats.) 2° *Nouvelle méthode pour l'analyse microscopique quantitative du sang*; par le professeur Vierordt. 3° *Nouvelle méthode pour l'analyse chimique du sang*; par le même. 4° *Sur la composition chimique de la sueur*; par le docteur Ed. Schottin. 5° *Sur la présence de la caséine dans le sang*; par le docteur J. Moleschott. (L'auteur démontre par des analyses différentes de celles qui ont été faites jusqu'ici, que la caséine est contenue dans le sang comme partie constitutive de ce liquide.) 6° *Cas de cyanose, déterminé par la non-fermeture de la cloison interventriculaire, avec occlusion de l'artère pulmonaire et absence du conduit artériel de Botal*; par le docteur J. Wallach. (Enfant qui vécut cyanosé jusqu'à 13 ans, sans avoir d'autre maladie que des affections catarrhales; le choc du cœur se faisait sentir dans toute la poitrine; le bruit de la systole était court et clair, suivi d'un second bruit encore plus court auquel succédait une pause et un bruit obscur un peu plus long; ce dernier appartenait à la diastole. On observait le même rhythme à la carotide; les veines du cou n'étaient pas tuméfiées. Dans la dernière année de sa vie, il y eut de fréquentes hémorrhagies pulmonaires auxquelles il finit par succomber.) 7° *Études et critiques physiologico pharmacologiques*; par le docteur C. Lh. Falck. (Premier article.) 8° *Ostéo-cystosarcome chez un enfant âgé de 3 jours*; par le docteur de Mauthner. (Tumeur volumineuse, en partie fluctuante, occupant la région inférieure du rachis et qu'on aurait pu prendre, pendant la vie, pour un spina-bifida. Cette tumeur trilobée était composée de nombreux kystes remplis d'un liquide visqueux et gélatiniforme; absence du coccyx et de l'os sacrum; développement considérable du système vasculaire autour des nombreux kystes.) 9° *Sur les caractères anatomiques des fibres nerveuses paralysées et sur l'origine du nerf sympathique*; par le docteur Schiff (de Francfort). 10° *Parasitisme et parasites*; par le professeur R. Lenckart (Premier article.) 11° *Sur la concordance des deux yeux*; par le professeur Ritterich. (Examen des circonstances anatomiques et physiologiques qui assurent l'unité de la vision.) 12° *Sur l'analyse du sang*; par le docteur G. Zimmermann. (La méthode de l'auteur consiste principalement dans l'emploi du sulfate de baryte qui précipite facilement les globules sans les altérer, et que l'on retrouve plus tard par l'analyse.) 13° *Aphorismes de chirurgie*; par W. Roser. 14° *Sur la choroïdite*. (Monographie sur les diverses affections de la choroïde.) 15° *Sur la manière de compter les globules sanguins de l'homme*; par le professeur Vierordt. 16° *Composition chimique de la capsule cristalline*; par le docteur J. C. Strahl. (Analogie de composition avec la tunique moyenne des artères.)

NOUVELLE MÉTHODE POUR L'ANALYSE MICROSCOPIQUE QUANTITATIVE DU SANG. — MÉTHODE POUR L'ANALYSE CHIMIQUE DE CE LIQUIDE. — MANIÈRE DE COMPTER LES GLOBULES SANGUINS; par le professeur Vierordt.

Il est certain et évident pour tout le monde que nos procédés d'analyse du sang sont encore loin d'atteindre ce degré de précision qu'on aime à rencontrer dans les investigations scientifiques. Les chiffres par lesquels on représente la quantité des globules et de la fibrine sont toujours plus ou moins approximatifs. M. Vierordt vient de publier une série d'articles qui ont pour but de faire voir qu'on peut arriver à une détermination plus exacte en comptant les globules sanguins contenus dans un volume donné de liquide.

Voici en quoi consiste son procédé. Il se procure des tubes capillaires, bien calibrés, dont il mesure exactement le diamètre. Après avoir étalé une goutte de sang sur une plaque de verre, il applique une des extrémités du tube sur ce liquide et laisse monter ce dernier jusqu'à une certaine hauteur : on prend ensuite la dimension exacte de la colonne sanguine, et l'on calcule son volume en tenant compte du ménisque qui termine cette colonne.

Il s'agit maintenant de vider le tube capillaire et d'en étendre le contenu sur une lame de verre. Pour cela l'auteur recommande d'étendre sur cette lame une couche très-mince de blanc d'œuf, puis de souffler par l'un des bouts du tube pour en faire sortir le contenu. On reçoit ce dernier dans le menstrue qu'on a disposé d'avance, et on l'étale avec tout le soin possible. On obtient de cette manière une ligne de corpuscules rangés d'une manière suffisamment régulière pour qu'on puisse les compter. Cette dernière opération est la plus longue, et, de l'aveu même de l'auteur, passablement fastidieuse. Afin d'arriver plus facilement au résultat, il emploie un micromètre divisé en petits carrés, qui sont arrangés de manière à recouvrir la traînée de globules.

Nous nous bornerons à cet exposé général, qui suffira pour faire comprendre la méthode suivie par l'auteur, sans qu'il soit nécessaire de reproduire les nombreux détails d'exécution qu'il expose avec le plus grand soin. M. Vierordt a calculé, dans neuf expériences, le nombre de globules que renferme son propre sang; les neuf résultats sont remarquables par l'identité presque complète de plusieurs d'entre eux. La moyenne de ces observations représente 5,174,400 corpuscules par millimètre cube.

Si nous envisageons sous un point de vue scientifique le problème résolu par M. Vierordt, il est évident que son procédé réunit à peu près toutes les conditions désirables pour arriver à un résultat exact, et constitue par

---

n'être pas enveloppée par les froids brouillards qui couvrent le plus souvent les bas-fonds de la plaine dans les matinées; aussi jouit-elle de la climature la plus favorisée des points intérieurs de la zone du littoral.

PREMIÈRE ZONE MONTAGNEUSE (PETIT-ATLAS).

Massifs montagneux, souvent boisés, offrant des plateaux et quelques plaines, mais le plus ordinairement découpés par des vallées profondes. Les points de cette zone trouvent, dans leur altitude et dans le voisinage du littoral, une aération plus tempérée dans la saison chaude, mais sont exposés aux neiges de l'hiver. Les principaux sont :

Médéah, située sur un large plateau cultivé et fertile du Petit-Atlas. Les chaînes des Béni-Salah et des Mouzaïa, et sur un deuxième plan la chaîne du Nador, l'isolent de la Mitidja qu'elle domine de 900 mètres. Un massif plus considérable l'isole au sud de la plaine du Chélif. Ainsi posée, entourée de végétation, éloignée de toute influence palustre, arrosée par de belles eaux qui trouvent de faciles issues, l'endémo épidémie de l'été cependant s'y fait sentir aussi C'est que le périmètre déprimé de son aire, fortement échauffé pendant la saison chaude, est de plus privé des bénéfices des brises de mer, car son exposition tient déjà du sud. Ajoutons qu'après les dangers de la canicule, son élévation lui vaut les inconvénients d'un hiver long et rigoureux.

HAMMAM-RIRA OU RIGUA, EAUX-CHAUDES (AQUÆ CALIDÆ COLONIÆ, PROVINCE D'ALGER.)

Après avoir traversé la plaine de la Mitidja dans sa longueur, en remontant le cours de l'Oued-Djer, dans une longue vallée étroite et boisée, on trouve à l'ouest, où on va prendre les premières pentes du Zakar, le nouvel établissement thermal ouvert, il y a peu d'années, sur les ruines d'anciens thermes romains. Les ruines de l'antique cité adjacente s'étendent sur le même plateau, dont l'altitude est de 500 mètres. Ces eaux salino-thermales conviennent surtout aux affections arthritiques, pendant que les eaux thermo-sulfureuses d'Hammam et Louan (à douze heures d'Alger, chez les Béni-Mouça) ont leur principale efficacité contre les maladies cutanées.

MILIANAH.

Assise sur les flancs du versant sud du Zakar, au tiers supérieur de ce mont, à une altitude de 900 mètres, entourée de cultures, arrosée par les plus belles eaux, la ville est sans contredit une des plus agréables positions de l'intérieur. Cependant ces avantages sont compensés : l'hiver y est long et rigoureux; puis, quand viennent les chaleurs, la température y est presque aussi élevée par les journées de vent du sud (le sirocco) que dans la plaine du Chélif qu'elle domine. Aussi la saison endémo-épidémique y est-elle prononcée.

A deux lieues au-dessous, au Marabout, les fièvres sévissent avec une intensité bien plus considérable. Toutes réunies dans un profond ravin, les eaux limpides de Milianah roulent écumantes pour former l'Oued-Boutan, allant se perdre dans la plaine qui s'étend au pied du Zakar. Le Marabout, poste-magasin, point de ravitaillement pour les colonnes expéditionnaires, était tout à fait à la naissance de ce marécage. La faible garnison qui le garde, bien que relevée tous les quinze jours (1846) paye un tribut aux fièvres inévitable à

conséquent un progrès réel. Mais nous craignons fort que cette méthode ne soit pas de sitôt mise en pratique, tant à cause du soin minutieux qu'il faut apporter à l'expérimentation que pour le soin considérable qu'elle nécessite. D'ailleurs les méthodes ordinaires, toutes grossières qu'elles sont, suffisent pour faire connaître l'augmentation ou la diminution des globules, et il ne nous paraît pas absolument nécessaire d'exprimer ces différences par le nombre réel des globules dans un volume donné. Nous sommes loin cependant de rejeter, même pour la pratique, la méthode du professeur de Tübingen; loin de là, nous la recommandons vivement à l'attention des physiologistes et des médecins, d'autant plus qu'on se perfectionne par la pratique de la manipulation et qu'il ne faut pas plus d'une heure ou d'une heure et demie, suivant M. Vierordt, pour la mener à bonne fin.

Le procédé que nous venons de faire connaître a encore, outre le mérite de l'exactitude, un avantage très-réel, c'est de permettre d'analyser le sang avec plus de précision et de vérité que par les méthodes ordinaires. En effet, toutes les méthodes d'analyse du sang pèchent par l'impossibilité matérielle de séparer, et, par conséquent, d'analyser séparément les principes constituants de ce liquide. M. Vierordt, au contraire, parvient, à l'aide d'analyses comparatives, à évaluer par le calcul la composition des parties solides du sang et celle des parties liquides.

Il commence par compter les globules et par mesurer leur volume ainsi que le volume de la petite colonne sanguine; il obtient de cette manière le volume du liquide sanguin. Une portion de sang frais est évaporée, afin d'évaluer la quantité de parties solides et d'eau. Une autre portion est défibrinée et permet de déterminer la proportion de fibrine. Ce sang défibriné est alors partagé en deux portions A et B.

La portion A est elle-même divisée en plusieurs parts qui servent : 1° à établir la proportion du nombre des globules au liquide, et à évaluer le volume de ces globules et celui du liquide lui-même; 2° à la détermination du poids spécifique; 3° à la recherche de l'eau, des parties solides et des sels inorganiques : 4° à l'évaluation de l'albumine, des globules desséchés, des sels solubles et des matières extractives, d'après le procédé de Scherer; 5° à l'évaluation des substances grasses.

La portion B du sang défibriné est mise sur un filtre; on obtient ainsi un sang très-différent du sang A, que l'on analyse microscopiquement et chimiquement de la même manière que ce dernier.

Ces données suffisent à l'auteur pour calculer séparément, à l'aide de formules que nous ne saurions reproduire ici, la composition chimique des globules et celle du liquide sanguin.

Il ne nous est pas donné d'apprécier la valeur du procédé analytique conseillé par M. Vierordt; les chimistes qui l'étudieront et qui le mettront en pratique sauront, avec connaissance, se prononcer sur ses mérites ou sur ses inconvénients. Nous le trouvons, pour notre part, trop compliqué; mais ce reproche ne nous empêchera pas de féliciter M. Vierordt d'être entré dans une voie qui nous semble devoir conduire à des résultats plus positifs que ceux qui nous ont été fournis par les méthodes ordinaires. Il ne faut pas oublier que le sang est le liquide par l'entremise duquel s'établissent entre les organes et le monde extérieur les rapports mutuels qui constituent la nutrition, et que, par conséquent, toutes les fois qu'il existe un trouble dans les fonctions organiques, le sang doit éprouver quelque altération dans sa composition. Il est donc du plus haut intérêt pour le médecin pathologiste d'étudier les changements qui peuvent survenir non-seulement dans les proportions relatives des éléments constitutifs du sang et dans la nature chimique de ce liquide, mais aussi dans la forme et dans la nature de ces mêmes éléments examinés chacun séparément, autant, du moins, qu'il nous est possible de le faire.

SUR LES CARACTÈRES ANATOMIQUES DES FIBRES NERVEUSES PARALYSÉES ET SUR L'ORIGINE DU GRAND SYMPATHIQUE; par le docteur SCHIFF (de Francfort).

En étudiant les altérations qu'éprouvent les portions des nerfs qui ont été séparées de leur centre, l'auteur a trouvé des caractères constants, faciles à reconnaître, et qui lui ont servi pour étudier la question de la dépendance ou de l'indépendance du nerf grand sympathique.

Lorsqu'un nerf a été séparé, pendant un temps plus ou moins long, de sa portion centrale, on voit, en l'examinant après la mort de l'animal, que le contenu du bout périphérique est coagulé sous la forme de petites masses séparées les unes des autres par des lignes transversales bien marquées. Bientôt une portion de ces petites masses est résorbée de manière que les espaces vides interjacents deviennent de plus en plus prononcés, et en même temps le contenu du nerf se change en graisse. Cet état persiste pendant plusieurs semaines, au bout desquelles tout le contenu du tube nerveux disparaît. Rien de semblable ne se montre dans la portion centrale du nerf coupé. Les fibres de cette portion paraissent seulement plus aplaties quand la paralysie a duré très-longtemps.

Les nerfs purement sensibles et les nerfs sympathiques offrent la même particularité. C'est cette circonstance qui a fait penser à l'auteur que la question si controversée de l'indépendance du grand sympathique pourrait enfin être résolue d'une manière définitive. Dans ce but, il enleva la moelle épinière à des pigeons et à des cochons d'Inde, et parvint à conserver vivants ces animaux pendant six semaines. La moelle avait été enlevée et non pas seulement détruite, à partir de la deuxième et de la troisième vertèbre dorsale, et, sur les cochons d'Inde, depuis la deuxième vertèbre lombaire. Les rameaux de communication situés au-dessous de la plaie, ainsi que les plexus et les rameaux du grand sympathique, montraient parfaitement les signes caractéristiques de décomposition indiqués plus haut. M. Schiff en conclut que le grand sympathique tout entier est un plexus ganglionnaire dépendant des nerfs de la moelle, et non un appareil nerveux indépendant et existant par lui-même.

Nous nous bornons à enregistrer ce fait qui intéressera les physiologistes; l'avenir nous apprendra s'il est constant, et si l'on peut rigoureusement en déduire la conséquence que l'auteur en a tirée.

II. JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN.

Les cahiers du premier trimestre de 1852 contiennent : 1° *De l'épicanthus congénital et héréditaire de M. le docteur Sichel.* (Travail déjà reproduit par les journaux français.) 2° *De l'influence des affections des poumons et principalement de l'empyème sur le développement de la scoliose;* par M. le docteur Riecke. (Dans cet article de polémique, souvent acerbe, l'auteur, s'appuyant sur un travail plus étendu publié en 1846, cherche à démontrer que les maladies des poumons sont plus souvent la cause de la scoliose qu'on ne l'a cru jusqu'aujourd'hui. Celle-ci se développerait dans tous les cas où l'équilibre des fonctions des poumons est rompue et serait incurable lorsque cet équilibre ne peut pas être rétabli. Parmi ces maladies, ce sont les exsudations dans la plèvre qui méritent le plus d'at-

---

l'époque des chaleurs. Ce point met en grande évidence le surcroît d'activité que l'influence paludéenne donne à l'élément intermittent. Il y a toutefois à étudier, à analyser, à préciser *en quoi* consiste cette influence paludéenne; c'est ce que nous avons fait dans nos ÉTUDES ÉTIOLOGIQUES dont le but principal est dans cette épigraphe: *Le miasme paludéen est l'x, l'inconnue à éliminer du problème étiologique des fièvres.*

CONSTANTINE.

La Cirta des Romains, perchée sur l'aire rocheuse d'un des pics de la chaîne des Sidi-Mecid, au pied duquel mugit le Rummel. Fortifiée par la main de la nature et de l'art, ce fut le dernier point où échoua vainement à se retrancher la résistance désespérée de l'Arabe.

Au milieu d'un massif montagneux, à 600 mètres d'altitude, Constantine a de longs hivers, pendant lesquels le froid humide est rendu plus sensible par la défectuosité des constructions arabes, basses, étroites, amoncelées, malpropres, peu aérées. A ces mauvaises conditions s'ajoutent celles qui proviennent de la mauvaise qualité des eaux qui sont séléniteuses. Aussi, disent MM. Ferrus et Delean, « aucun peuple, à population égale, ne présente un aussi grand nombre d'infirmes et de malades (1). » Disons toutefois que les améliorations de chaque jour, dirigées dans un but hygiénique, feront de Constantine un séjour plus favorable.

(1) RECUEIL DES MÉMOIRES DE MÉDECINE MILITAIRE.

HAMMAM-MESKOUTIN (SOURCE ENCHANTÉE).

Poste fondé en 1845, sur les ruines des Thermes romains *Aquæ tibilitanæ*, entre Bone et Constantine, dans le bassin de la Seybouse, au fond d'un large vallon arrosé, fertile et accidenté. Ce point du cercle de Guelma, dont il est distant de 18 kilomètres, est à une altitude de près de 300 mètres. La température y oscille d'un degré au-dessous de zéro à 40° au dessus (1). L'hiver y est peu rigoureux et la neige rare. Des sources minérales thermales y jaillissent abondamment. Deux qui sont sulfureuses fournissent par minute 400 litres d'eau limpide et incolore, à la température de 95°, et forment des incrustations calcaires considérables. Les gaz qu'elles laissent échapper de la veine en ébullition sont :

L'acide carbonique. . . .	97,00	1,000 parties. 1 litre de gaz.
L'acide sulfhydrique. . .	00,5	
L'azote.	02,5	

L'analyse quantitative, d'après M. Tripier, donne par litre d'eau :

Chlorure de sodium.	0,41560
— magnés.	0,07864
— potas.	0,01839
— calc.	0,01085
Sulfate anhydre de chaux. . . .	0,38086
— de soude	0,17653

(1) Ibid. d'après M. Grellois.

tention, et vu l'importance du traitement pour empêcher et guérir la scoliose, l'auteur donne de longs détails sur le procédé opératoire de l'empyême. Dans cette maladie, dit-il, il ne faut jamais craindre de reconrir *trop tôt* à la ponction, mais *trop tard*.) 3° *De la paralysie essentielle chez les enfants*; par M. le docteur Killiet. (Traduit de la GAZETTE MÉDICALE, p. 681, 1852.) 4° *Du traitement du choléra typhoïde chez les enfants*; par M. le docteur Leweuglick. (L'auteur, médecin d'un grand hôpital à Varsovie, préconise dans la seconde période du choléra le traitement suivant : application de 2 à 6 sangsues derrière les oreilles ; à l'intérieur : calomel, un quart de grain ; musc, un huitième de grain. Frictions sur la tête rasée avec un onguent ainsi composé : graisse, une once ; tartre stibié, un scrupule ; sublimé, 3 à 5 grains. Selon l'âge, il porte la dose du tartre stibié à 1-2 gros, et le sublimé à 10-20 grains.) 5° *De l'étiologie du ver solitaire à Saint-Pétersbourg*; par M. le docteur Braun. (Réfutation de plusieurs hypothèses.) 6° *Leçons de clinique faites à l'hôpital des Enfants à Munich*; par M. le docteur Hauner. (Dissertation sur la scrofulose et la tuberculose : deux maladies, d'après l'auteur, sinon identiques, du moins d'une parenté très-intime. L'huile de foie de morue, dit-il, très-utile dans le rachitisme, est complétement inefficace, sinon nuisible, dans les scrofules. Il emploie de préférence l'iodure de potassium (2 à 20 grains par jour), mais il insiste surtout et avec raison sur les soins hygiéniques.) 7° *Remarques sur les céphalæmatomes chez les nouveau-nés*; par M. le docteur Levy. 8° *Souvenirs tirés de la médecine des enfants*; par M. le docteur Kiecke. 9° *Sur la carnification*; par M. le docteur Baron. (GAZ. MÉD., 1851.) 10° *Observations d'encéphalite tuberculeuse*; par M. le docteur Hauner. 11° *Remarques sur l'atélectasie des poumons*; par M. le docteur Forsyth Meigs. (Extrait d'un journal américain.) 12° *De quelques maladies des voies respiratoires qu'on rencontre le plus souvent chez les enfants dans la pratique civile*; par M. le docteur Rilliet (de Genève). 13° *Recherches nouvelles sur le traitement de l'asphyxie et de la faiblesse chez les nouveau-nés*; par M. le docteur Marchant (de Charenton). (GAZ. MÉD., 1851.)

SOUVENIRS TIRÉS DE LA MÉDECINE DES ENFANTS; par le docteur RIECKE.

SUPPURATION DANS L'INTÉRIEUR DE L'APOPHYSE MASTOÏDE, CHEZ LES ENFANTS.

OBS. I.—Une petite fille délicate, disposée aux scrofules, ressentit, au mois de janvier 1835, des douleurs dans l'oreille droite, avec un peu de fièvre. Au bout de quelques jours, il s'établit un écoulement d'abord liquide et jaune brun, puis blanchâtre et plus consistant. Cet écoulement dura quinze jours. Après quinze autres jours de repos, l'écoulement et les douleurs reparurent. On eut recours aux vésicatoires et aux laxatifs; les douleurs cessèrent, mais la suppuration persista.

Au commencement d'avril, la peau de la région mastoïdienne devint rouge, tuméfiée et douloureuse ; l'écoulement de l'oreille augmenta, et la petite malade rendit le matin, par l'expectoration, une grande quantité de pus. (Sangsues, frictions mercurielles, antiscrofuleux).

Diminution de la douleur et de la tuméfaction de l'apophyse mastoïde. Mais au bout de quinze jours, retour des mêmes accidents ; gonflement plus fort que jamais de la région mastoïdienne, avec ramollissement et fluctuation; cessation de l'écoulement par l'oreille. (Injections et cataplasmes.)

Retour de l'écoulement. La malade crache une grande quantité de pus sanguinolent; la tumeur mastoïdienne disparaît. Les mêmes phénomènes se reproduisirent exactement dans le courant d'avril, c'est-à-dire que la tuméfaction de l'apophyse mastoïdienne devint de nouveau considérable, et que l'on sentait parfaitement la fluctuation à travers les lamelles osseuses de cette apophyse. Cette tumeur coïncidait encore avec la suppression de l'écoulement par l'oreille et par le gosier, tandis qu'elle disparut subitement dès que cet écoulement fut rétabli.

Au mois de juin la malade était guérie, sans lésion aucune de l'audition.

Ainsi le pus s'était livré un passage par la trompe d'Eustachi, et il distendait les cellules mastoïdiennes dès que cet écoulement n'avait plus lieu. L'auteur dit que plusieurs fois il a été tenté d'ouvrir l'abcès mastoïdien ; mais il se félicite de ne l'avoir pas fait, à cause de la carie qui serait infailliblement résultée de cette ouverture.

L'auteur fut une autre fois consulté pour un enfant de 4 ans qui avait une carie de l'apophyse mastoïde survenue à la suite d'une affection semblable à celle du cas précédent. Le petit malade guérit, mais il fut tué par un accident un an après. A l'examen de l'apophyse mastoïde, on trouva un canal de la grosseur d'une plume de corbeau, et qui pénétrait jusqu'à la lamelle interne du temporal. Ce canal était tapissé d'une mince membrane.

Enfin l'auteur eut encore, à la même époque, l'occasion d'observer un troisième cas analogue; il y avait ici une fistule en suppuration, à travers le processus mastoïdien.

SUR LES INCONVÉNIENTS DU PHIMOSIS CONGÉNITAL.

OBS. II.—Un jeune paysan âgé de 20 ans vint consulter le docteur Riecke pour une rétention d'urine provenant d'une grande étroitesse de l'ouverture du prépuce. L'urine ne sortait que par gouttes, ou, quand le malade poussait avec force, sous la forme d'un jet d'une extrême ténuité. L'orifice du prépuce était cartilagineux, et on ne pouvait pas y faire passer la plus petite sonde. Le malade rapporte qu'il a toujours uriné par un jet très-fin, et que l'ouverture du prépuce s'est rétrécie de plus en plus. Quand il cherchait à exprimer l'urine, le prépuce se distendait comme une poche et causait une tension douloureuse. Il s'était habitué à retenir l'urine au point que la vessie avait atteint des dimensions considérables. Ce jeune homme se décida promptement à l'opération, qui consista dans l'ablation de ce long prépuce.

Il se présenta alors une circonstance très remarquable. L'urine sortait sous la forme d'un jet de la grosseur du petit doigt; mais au lieu de jaillir à une certaine distance, ce liquide tombait dans une direction perpendiculaire à l'orifice urétral. Le canal de l'urètre s'était dilaté au point que son diamètre dépassait celui de l'orifice du col vésical, et dès lors le liquide ne pouvait plus s'écouler qu'en bavant. L'auteur conseilla au malade d'uriner très-souvent, espérant par là provoquer le retrait des parties qui avaient été ainsi distendues.

Ce fait montre quels graves inconvénients peuvent résulter du phimosis congénital quand on n'y porte pas remède à temps. Il est évident que ce jeune homme était impropre à la reproduction; l'exercice du coït aurait été impossible avant l'opération, et il est très douteux que, même après l'ablation du prépuce, il ait pu exercer un coït efficace, le sperme ne devant pas être, plus que l'urine, lancé par jets.

EMPLOI DU SUBLIMÉ DANS LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÉPHALE AIGU.

Tout médecin réellement observateur sait aujourd'hui que les émissions sanguines, et en général le traitement antiphlogistique, échouent complétement dans l'hydrocéphale aigu; les sangsues paraissent même accélérer

---

Sulfate anhydre de magnésie. .	0,00515
Carbonate de chaux	0,25722
— de magnésie.	0,04235
— de strontiane. . . .	0,00150
Arsenic à l'état métallique. . . .	0,00050
Silice	0,07000
Fluorures.	traces.
Oxyde de fer.	idem.
Total.	1,51917

Cette eau refroidie devient potable, et peut servir à tous les usages culinaires. A quelque distance de ces sources s'en trouvent d'autres qui sont ferrugineuses. Les maladies à diriger sur cet établissement, pour lequel on a utilisé quelques bassins romains de la profondeur d'un mètre, seraient, est-il dit : les engorgements des viscères abdominaux suite de fièvre intermittente, les hydropisies passives, les rhumatismes anciens et arthritiques, les ulcères invétérés, les affections cutanées chroniques, les fistules. Ces eaux disposent à la pléthore.

Dans la province de Constantine se trouvent encore des eaux minérales thermales à + 24° à Hammam Berda, à + 26° à Sidi Jacoub, sur le Bummel, à la même température à Sidi Mimoun et Sidi Habessi, et des eaux sulfureuses à Aïn Assen.

TLEMCEN.

Adossée au versant sud de l'Atlas d'Oran, à une altitude de 300 mètres, dominant le bassin de la Tafna. Par sa position, ses eaux vives, une végétation active et variée, sans influence palustre aucune, Tlemcen est une des villes le plus heureusement situées pour résister à la saison des chaleurs, à laquelle cependant elle paye aussi son tribut. D'autre part, les pluies et les neiges y alternent en hiver.

ZONE INTÉRIEURE.

Plaines nues, peu élevées, profondément encaissées entre les deux premières chaînes de l'Atlas, exposées sans compensation aux chaleurs torréfiantes de l'été et aux pluies torrentielles de la saison froide. Indiquons-en quelques-unes.

PLAINE DE LALLA-MASNIA.

Appartenant à la zone intérieure d'Oran, cette vaste plaine s'étend de la limite de nos possessions ouest jusqu'à Ouchda. C'est sur la partie montagneuse qui la limite au nord que se trouve la redoute de Lalla-Masnia, faisant face au sud. Sans influences palustres, ce poste est en butte à des fièvres graves pendant la saison des chaleurs. Pour sa signification étiologique, nous notons ce cas, qui a de nombreux analogues dans le reste de l'Algérie.

PLAINE D'EGHRIS, SOUS MASCARA.

Située dans la zone intérieure de la province d'Oran, la plaine d'Eghris court de l'ouest à l'est sur une étendue de 50 à 60 kilomètres et sur une largeur de 20 à 25. Environnée de montagnes de toutes parts, le centre de cette vaste dépression est l'aboutissant des eaux pluviales, qui en été disparaissent absorbées par le sol ou par l'atmosphère.

la marche de la maladie. L'auteur s'est plusieurs fois bien trouvé de l'administration du deutochlorure de mercure au début de la maladie : c'est cette raison qui nous engage à reproduire l'observation suivante, sans vouloir cependant recommander le sublimé plus que l'iode ou que toute autre médication, mais pour mettre entre les mains du médecin une arme de plus contre une maladie si souvent mortelle.

Obs. III. — Un enfant de 2 ans, disposé aux scrofules et dont la tête était très-développée, eut une atteinte d'hydrocéphale qui fut combattue avec succès par de légers antiphlogistiques et par des dérivatifs. Les mêmes accidents s'étant montrés une seconde fois, l'auteur fit prendre quatre à cinq fois par jour une solution d'un vingt-quatrième de grain de sublimé. Au bout de trois ou quatre jours, l'enfant se trouvait parfaitement bien. Environ quatre mois tard, nouveaux symptômes hydrocéphaliques, traités de la même manière avec succès. Dans le cours de la troisième et de la quatrième année, les accidents se renouvelèrent encore plusieurs fois, et furent toujours combattus avantageusement par le sublimé, qui fut depuis lors employé de temps à autre comme préservatif, jusqu'à ce que l'enfant eût dépassé l'âge où cette maladie est ordinairement le plus à craindre.

Il est probable que le sublimé ne se serait pas montré aussi efficace dans les cas d'hydrocéphales très-caractérisés, tels que ceux qui se terminent le plus souvent par la mort, et il est à regretter que l'auteur n'ait pas fait connaître, par l'indication de quelques symptômes, le degré de l'affection qu'il avait à combattre. Cependant, si le sublimé agit réellement soit comme préservatif, soit comme arrêtant la maladie dans son début, c'est une raison suffisante pour engager les praticiens à en essayer l'emploi.

Maurice Roeff et A. Lereboullet.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 janvier. — Présidence de M. de Jussieu.

Nouveau moyen d'opérer la coagulation du sang dans les artères applicable a la guérison des anévrismes.

M. Rayer communique à l'Académie un extrait d'une lettre de M. Lallemand, contenant la relation suivante des expériences de M. le docteur Pravaz (de Lyon), sur un nouveau moyen d'obtenir la coagulation du sang dans les artères.

Le moyen que propose M. Pravaz consiste à coaguler le sang dans les vaisseaux artériels par une injection de quelques gouttes de perchlorure de fer au maximum de concentration. Cette injection doit être faite avec un trois-quarts très-fin en or ou en platine, qu'on introduit très-obliquement à travers les parois de l'artère par une espèce de mouvement de vrille. A ce trois-quarts se trouve ajustée une seringue dont le piston doit être à pas de vis, afin que l'injection s'opère sans secousses et que la quantité de liquide injecté puisse être mesurée avec précision. Il faut en outre arrêter momentanément le cours du sang dans le vaisseau et prendre quelques autres précautions dont on se rendra un compte plus exact après le récit d'expériences faites par M. le docteur Pravaz, à l'École vétérinaire de Lyon, en présence de M. Lallemand, et de M. Lecoq, directeur de l'École.

1° Sur un mouton adulte, l'artère carotide ayant été mise à nu, la circulation fut interrompue par une compression exercée avec le pouce et l'indicateur, en deux points distants l'un et l'autre de 4 à 5 centimètres. Il pouvait y avoir une cuillerée de sang intercepté, dans cet espace. Une ponction fut pratiquée très-obliquement à travers les parois de l'artère, et trois ou quatre gouttes de perchlorure de fer furent injectées. Pour cela, on fit faire au pas de vis de la seringue deux tours complets, dont chacun correspond environ à deux gouttes de liquide expulsées par l'extrémité du trois-quarts.

Aussitôt après l'injection du sel de fer, la pression du doigt annonça une augmentation dans la densité du sang; on put sentir le caillot se former très-rapidement, et quatre minutes après, on crut pouvoir l'abandonner à lui-même, en faisant cesser toute compression. En effet, le caillot ne changea pas de position, et on le sentit encore pendant huit jours à la même place.

2° L'expérience, pratiquée de la même manière sur l'artère carotide d'un cheval, a donné un résultat semblable. La portion d'artère, dans laquelle la circulation avait été suspendue, avait 8 centimètres de long et pouvait contenir environ cinq cuillerées à café de sang. On y injecta huit à dix gouttes de perchlorure de fer (M. le docteur Pravaz ayant reconnu qu'il faut à peu près deux gouttes du sel de fer pour coaguler une cuillerée à café de sang). Quatre minutes après, chez le cheval comme chez le mouton, le caillot était formé dans l'artère, il était dur et résistant, et n'éprouva aucun déplacement par l'impulsion du sang, pendant un quart d'heure.

Alors la portion d'artère soumise à l'expérience fut enlevée, et, quand on la fendit, on trouva que sa surface interne était dépolie, et présentait des granulations et des stries longitudinales dans toute l'étendue de la surface occupée par le caillot.

3° Sur un autre cheval, la même expérience fut pratiquée, de la même manière, et avec des résultats *immédiats* identiques. Seulement on conserva l'animal pendant huit jours, en laissant même l'artère à nu, afin de pouvoir suivre les phénomènes, à différents moments.

On constata que la dureté de la carotide s'étendait de plus en plus au-dessus et au-dessous du caillot primitif. Lorsque le cheval fut sacrifié (après huit jours), l'intérieur de l'artère carotide examiné, présenta trois caillots distincts qui oblitéraient l'artère dans l'étendue de 25 centimètres 5 millimètres. Le caillot du milieu correspondait à l'injection, il était plus foncé, noirâtre, granuleux, et avait 3 centim. 5 millim. de long.

En résumé, après l'injection du perchlorure de fer, quatre minutes et demie ont suffi chez le mouton et chez le cheval, pour amener, dans l'artère carotide, la formation d'un caillot assez consistant et assez adhérent pour ne pas être chassé par l'impulsion de la colonne sanguine venant du cœur.

Tel est le fait important dont M. le docteur Pravaz a rendu témoins M. Lallemand et M. Lecoq, directeur de l'École de Lyon. M. le docteur Pravaz poursuit ses recherches; il fait connaître ces premiers résultats, afin d'attirer sur cette méthode d'oblitération des vaisseaux artériels l'attention des expérimentateurs et des praticiens.

Jusqu'à présent, les observations de M. le docteur Pravaz ont été purement expérimentales, et instituées de manière à constater directement le mode d'action de l'agent coagulateur qu'il emploie; pour son application à la guérison des anévrismes chez l'homme, le procédé doit être ainsi modifié; c'est dans la poche anévrismale qu'il conviendra de porter le perchlorure de fer, après avoir préalablement arrêté la circulation par la compression de l'artère ou de l'anévrisme, c'est-à-dire entre la tumeur et les capillaires. La quantité de liqueur styptique employée sera en raison du volume de la tumeur anévrismale et la durée de la compression de quatre à cinq minutes environ. Ces conditions, suivant M. Pravaz, sont suffisantes pour qu'il se forme un caillot compacte, volumineux, capable d'obstruer l'artère à la manière d'un bouchon et de produire le même effet qu'une ligature.

Mascara est au versant nord de ce bassin, à une altitude de 400 mètres. Endémo-épidémie en été.

PLAINE DU CHÉLIF. — ORLÉANSVILLE.

C'est le sillon sinueux et allongé de l'est à l'ouest que le Chélif s'est creusé entre les deux zones montagneuses du Tell, et dont les atterrissements du fleuve ont nivelé le sol sur une étendue de plus de 50 lieues. A cette artère principale aboutissent, comme autant de radicules, les cours d'eau secondaires qui partent du pied des montagnes. Aussi la plaine du Chélif est-elle généralement dépourvue de stagnations de quelque importance, si on en excepte le Marabout. Mais elle a d'autres inconvénients : profondément encaissée, les chaleurs y sont étouffantes, en même temps que ses cours d'eau entretiennent par l'évaporation un état hygrométrique à noter sous le rapport étiologique; toutefois, nous le répétons, l'influence météorologique la plus à redouter dans le parcours de ce bassin, c'est l'intensité de l'insolation.

Le centre de population principal du Chélif est Orléansville, dont le développement prouve ce que peuvent des efforts intelligents et persévérants. Ce point est l'El Esnam des Arabes, la ville des fantômes, ainsi appelée autrefois des tronçons de colonnes de ruines attestant l'occupation romaine.

PLAINE DE LA MINA. — BEL HACEL.

Placée dans des conditions analogues à la plaine du Chélif, sur l'extrémité ouest de laquelle elle tombe à angle obtus, la plaine de la Mina, sillonnée par la rivière de ce nom, semble n'être que le coude de la première, dans la direction sud-ouest. Il résulte de la jonction de ces deux bassins un triangle dont le sommet est à l'embouchure du Chélif, les deux côtés dans la direction des deux rivières, et la base à cette portion de la deuxième zone montagneuse dont l'Ouaranseris forme le cœur. Les conditions météorologiques y sont les mêmes que pour la plaine du Chélif; cependant elle a plus marqués quelques points marécageux, notamment au-dessous des douars de Sidi-Harribi, dans le voisinage de Bel Hacel. Ce poste est établi sur la rive gauche de la Mina, dont les eaux bourbeuses qui se sont creusé un lit profond, encaissé par des berges à pic dans d'épaisses couches d'argile, vont grossir les eaux du Chélif.

VALLÉE DE LA SUMMAM-TIKLAT.

Remontant de l'est au sud-ouest, de Bougie dans la direction d'Aumale, la vallée de la Summam est entre la petite et la grande Kabylie ce que la vallée du Chélif est aux moyen et petit Atlas d'Alger, à cette différence toutefois que la vallée de la Summam, moins étendue en longueur et en largeur, est d'autre part plus fertile et bien plus boisée. C'est à travers cette vallée qu'on ouvre la route de Bougie à Sétif. Espérons que, dans un avenir peu éloigné, les ruines romaines de Tiklat, dont l'enceinte, un temple et les piscines-réservoirs entre autres, sont encore dans un remarquable état de conservation, adossés à un monticule, deviendront pour la vallée de la Summam ce que celles d'El Esnam sont devenues dans la vallée du Chélif.

DEUXIÈME ZONE MONTAGNEUSE. — MOYEN ATLAS.

C'est la limite sud du Tell, dont elle a l'aspect et la fertilité par son versant

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de la guerre transmet un échantillon d'eau thermale provenant des sources d'Hammam, près de Sétif, dans la province de Constantine. (Comm. des eaux minér.)

LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE POUR UN ANÉVRISME DE LA FACE.

M. BENOIT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, adresse une observation de ligature de la carotide primitive droite pour un anévrisme de la face.

Il s'agit d'un cas de tumeur anévrismale de l'artère faciale droite (ayant 35 centimètres de circonférence à la base et 7 centimètres de saillie). De larges communications existaient entre la cavité anévrismale et de nombreux vaisseaux artériels voisins. Après un emploi infructueux de la galvano-puncture, M. Benoit a pratiqué la ligature de la carotide primitive droite, qui a été suivie d'un succès complet. (Comm. MM. Laugier et Larrey.)

PINCE A TENACULUM.

M. MATHIEU adresse à l'Académie une pince à *tenaculum* qu'il a exécutée d'après les indications de M. Leroy-d'Étiolles. La réunion de ces deux instruments a l'avantage de diminuer le nombre des pièces contenues dans la trousse.

A cette même pince peut être joint le cône mobile de M. Bacheley pour faciliter la ligature des artères profondes.

—M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que, conformément à la décision prise dans la dernière séance, le conseil d'administration s'est rendu en son nom auprès de M. Orfila pour lui adresser ses remercîments.

M. ORFILA s'exprime à peu près en ces termes : Les témoignages de sympathie que je reçois dans cette circonstance, de la part de l'Académie, seront un titre de gloire pour ma famille et pour moi. Ma gratitude ne saurait être égalée que par le profond respect que j'ai toujours eu pour ce corps illustre. (Marques unanimes d'approbation.)

CONCRÉTIONS FIBREUSES INTESTINALES CHEZ UNE FEMME.

M. GUIBOURT lit, en son nom et celui de MM. Jolly et Delafond, un rapport relatif à une observation de concrétions fibreuses intestinales, par MM. Claret et Lagillardaie, médecins à Vannes.

Une fille Donio, de Loudéac (Côtes-du-Nord), âgée de 33 ans et d'une constitution délicate, est entrée, en décembre 1850, à l'hôpital de Vannes (Morbihan), atteinte d'une sorte de dyssenterie. Au bout de neuf jours, elle annonça qu'elle avait à l'anus quelque chose de dur qu'elle ne pouvait rendre. M. Claret, médecin de l'hôpital, constata alors la présence dans le rectum d'un corps dur, arrondi et mobile qu'il ne put parvenir à extraire. M. Lagillardaie, chargé du service chirurgical, ne fut pas plus heureux d'abord ; mais à l'aide d'un instrument à deux branches, disposé comme un forceps, qui lui fut remis par M. Claret, M. Lagillardaie parvint à saisir le corps dur et à l'extraire.

La malade, placée dans le service de chirurgie, éprouva pendant plusieurs jours de vives douleurs et des selles involontaires. Peu après, elle ressentit de nouveau la présence d'un autre corps dur à l'orifice de l'anus. L'extraction en fut faite à l'aide du même instrument. La malade a quitté l'hôpital dans les premiers jours de février 1851, se trouvant parfaitement rétablie.

Après quelques réflexions générales sur le peu de fréquence des calculs intestinaux chez l'espèce humaine, les auteurs du mémoire rappellent que le docteur Marcet a examiné un calcul intestinal recueilli en Écosse, lequel était composé d'une matière veloutée alternant avec des couches de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien. Il a été reconnu que la matière veloutée était formée des fibrilles qui sont implantées à la surface du caryopse de l'avoine, dont le peuple fait sa nourriture ordinaire en Écosse.

MM. Claret et Lagillardaie font remarquer que la fille Donio faisait elle-même habituellement usage de bouillie d'avoine, et que les concrétions qu'elle a rendues sont composées de fibres feutrées comme celle examinée par le docteur Marcet, ce qui établit une analogie frappante entre les deux observations.

L'une de ces concrétions, celle que M. le rapporteur désigne sous le n° 1, d'une forme arrondie, mais irrégulière, pèse 44 grammes. La surface est couverte en partie d'un enduit noir, luisant, paraissant être de la matière fécale desséchée. Les parties non couvertes de cet enduit ont l'aspect d'un feutre très-fin et tondu très-ras. La masse ayant été coupée en deux, à l'aide d'une scie, a présenté au centre un noyau de prune, et tout autour une masse homogène ayant la même apparence. On y découvre de faibles indices de couches concentriques, et çà et là quelques parties plus compactes, composées de la même substance feutrée, mais plus imprégnée de matière fécale. Les fibres dont cette masse se compose, vues à la loupe, sont enchevêtrées les unes dans les autres, dans tous les sens, ainsi que cela a lieu dans les égagropiles de mouton et de bœuf, mais non dans ceux du veau qui sont régulièrement couchés en tournoyant dans un même sens, tout autour de l'axe de la concrétion.

La concrétion n° 2, de forme plus allongée, pèse 27 grammes. Au centre de cette concrétion se trouvait, comme dans la première, un noyau de prune entier, recouvert immédiatement par une couche très-mince de matière verdâtre. Le reste de la masse était feutre et d'une couleur d'agaric de chêne.

Il est très probable, dit M. le rapporteur, que l'usage de l'avoine pour la nourriture du cheval n'est pas étranger à la fréquence des concrétions intestinales chez ce quadrupède.

L'exemple de la fille Donio venant à la suite de beaucoup de faits semblables, prouve aussi que l'avoine, imparfaitement dépouillée de son tégument poilu, peut devenir très-nuisible à l'homme.

D'où M. le rapporteur conclut, pour ce qui regarde l'espèce humaine, qu'il est très-utile de recommander aux habitants des contrées où l'avoine sert à leur nourriture de n'employer pour cet usage que la farine préparée avec de l'avoine préalablement et exactement privée de ses poils et de sa pellicule extérieure, de l'avoine, mise en un mot à l'état de gruau de Bretagne.

La commission propose de remercier MM. Claret et Lagillardaie de leur intéressante communication, et émet le vœu que la principale des concrétions envoyée par eux soit déposée en leur nom dans un des musées pathologiques.

M. DELAFOND, à l'occasion du rapport, donne des explications sur l'origine des égagropiles chez certains animaux. Chez les ruminants, ils sont en général formés de poils. Le mécanisme de leur formation est très-simple : ces animaux, souvent tourmentés par des insectes ou des animaux parasites, se frottent et se grattent fréquemment avec leur langue, qui entraîne presque toujours une certaine quantité de poils que l'animal avale ensuite : ce sont ces poils ainsi accumulés dans la caillette des ruminants qui s'agglomèrent et finissent par former les concrétions dont il s'agit. M. Delafond met sous les yeux de la compagnie un certain nombre d'égagropiles qui ont cette origine.

La composition de ces égagropiles est différente chez les moutons, non-seulement en raison de la différence de nature de leur poil, qui en forme toujours la partie essentielle, mais aussi à cause des autres matières qui en font partie. Ainsi, outre la laine, on y trouve des débris de substances organiques, des fragments de végétaux et diverses matières qui se prennent souvent dans l'épaisseur de la laine de ces animaux.

Les égagropiles des chevaux diffèrent encore des précédents. Les chevaux étant en grande partie nourris avec de l'avoine, ce sont les poils très-fins du cariopse de l'avoine qui constituent chez eux les égagropiles. C'est avec ces derniers que les concrétions trouvées chez la femme Donio ont le plus d'analo-

---

nord, tandis qu'elle tient de la nudité et de l'aridité du Sahara par son versant sud. Privée des bienfaisantes haleines des brises de mer, elle est en butte, malgré son altitude, aux bouffées embrasées du sirocco en été, pour subir ensuite toutes les rigueurs de l'hiver. Appartiennent à cette zone :

SIDI BEL-ABBÈS.

Redoute au versant du nord de l'Atlas, élevée sur la rive droite de la Mekerra. A dans ses environs l'Oued el Hammam (Rivière-des-Bains), dont les eaux minérales thermales furent trouvées à 50° R. par Desfontaine. Après avoir noté à Sidi Bel-Abbès un maximum de température de + 41° centigr., M. Rode a vu le thermomètre s'y abaisser à 6° au-dessous de zéro.

TENIET-EL-HAAD.

Au cœur de la deuxième zone montagneuse, à 1,400 mètres d'élévation, sur un tapis de verdure que limitent au sud-ouest d'antiques forêts de cèdres, Teniet a près de huit mois d'hiver ; l'âtre ne cesse d'y briller d'un feu petillant que de la fin de mai en septembre. Les neiges y font douter que l'on soit aux confins du Sahara ; puis viennent les ardeurs de l'été, qui, comme pour dédommager ces lieux du retard éprouvé, s'élèvent à une intensité considérable, et par les jours de sirocco, égalent la température du reste de l'Algérie. Alors apparaissent à Teniet les maladies propres à la saison endémo-épidémique, bien que rien dans les environs ne soit susceptible de fournir des influences palustres.

BOGHAR.

Juché à une altitude de près de 800 mètres, sur une crête escarpée du versant sud du moyen Atlas, surplombe la vallée du Chélif à l'endroit où ce fleuve, sortant de la plaine du Sersou, s'engage par la coupure à travers laquelle il pénètre dans le Tell. La saison des chaleurs y est aussi la saison des fièvres, bien qu'il n'y ait pas de marais.

Comme Boghar, Tiaret à 1,300 mètres d'altitude, Saïda, Daia, Zebdou, à 600 mètres, se trouvent au versant sud de la deuxième zone montagneuse, comme en vedettes sur la lisière du Sahara algérien, et dans les mêmes conditions topo-météorologiques.

Il en est de même de Sétif, l'ancienne capitale de la Mauritanie sitifienne, s'élevant à 1,100 mètres au versant sud de la deuxième zone montagneuse, en face de la plaine de la Méjana.

Mentionnons encore deux localités qui sont déjà au delà du Tell : Betna, au versant nord du grand Atlas de Constantine, et Biskara, plus au sud encore, la sentinelle la plus avancée de nos possessions ; car elle est dans le Sahara, à un niveau qui ne serait qu'à 75 mètres au-dessus de celui de la mer (1).

ARMAND,
médecin militaire.

Viterbe (États romains), novembre 1852.

(1) La prise de possession de cette oasis, en 1844, fut suivie d'une révolte où périt, entre autres victimes, notre regretté collègue le docteur Arcelin.

(La suite à un prochain numéro.)

gie ; et cela s'explique très-bien, en effet, par l'analogie de l'alimentation. Cette femme, d'après l'observation consignée dans le rapport, se nourrissait principalement de soupes composées de gruau et de quelques autres substances végétales.

On a constaté au centre des concrétions rendues par cette femme un noyau de prune. C'est aussi ce qui arrive chez les animaux. Les égagropiles que l'on rencontre si souvent dans leurs intestins ont presque toujours pour noyau, soit un caillou, un fragment de silex, un débris d'os ou de dent.

Des spécimens nombreux d'égagropiles appartenant à diverses espèces animales sont mis sous les yeux de l'Académie.

M. Caventou rappelle que, dans un cas communiqué par lui à l'Académie il y a une vingtaine d'années, la concrétion était exclusivement composée de cholestérine; il n'y avait pas un atome de poil.

M. Cloquet a vu des échantillons d'égagropiles en Irlande, où ils sont très communs, chez des habitants nourris exclusivement d'avoine. Ils sont plus bruns et plus soyeux que celui qui a été examiné par M. Guibourt.

M. Laugier : Il y a, dans le tome Ier des Mémoires de l'Académie, un mémoire de mon père où est consigné le fait d'un calcul intestinal formé par du bois de réglisse. Le sujet qui présentait ce calcul avait l'habitude de mâcher presque constamment du bois de réglisse. Il existe aussi d'autres exemples de semblables concrétions formées par des substances végétales.

M. Bérard : Vers le milieu du dernier siècle, Hunter ayant eu l'occasion de rencontrer de ces égagropiles, dont il ne tarda pas à reconnaître la composition et l'origine, fut frappé de la disposition particulière et presque constamment uniforme qu'affectent les poils qui les composent. Il se demanda si cette disposition ne provenait pas d'un mouvement giratoire de l'estomac pendant le travail de la digestion. Des observations physiologiques faites sur des animaux, et surtout l'observation de ce qui se passait pendant la digestion chez le Canadien de M. de Beaumont, portant, comme tout le monde le sait, une fistule stomacale, ont résolu la question dans ce sens et vérifié l'hypothèse de Hunter.

M. Guibourt fait remarquer à ce sujet qu'il n'y a que les égagropiles du veau qui présentent cette régularité dans la disposition des poils qui rappelle assez bien celle des poils d'un manchon. Les égagropiles du bœuf sont disposés différemment, les poils affectent toutes sortes de directions irrégulières. Il en est de même de ceux du mouton. Il faut qu'il y ait quelque circonstance différente dans leur mode de formation.

M. Delafond explique cette différence par cette circonstance que les veaux ne se nourrissant que de lait, les substances contenues dans leur estomac ne sont soumises qu'à des mouvements peu étendus et uniformes, tandis que, au contraire, chez le bœuf et le mouton, ces mêmes substances sont soumises à des mouvements beaucoup plus étendus et plus variés.

— M. Serre (d'Alais) expose de vive voix, devant l'Académie, le résultat de ses recherches expérimentales sur la production de la sensation lumineuse. (Voir plus haut.)

AMPUTATION SOUS-ASTRAGALIENNE DU PIED.

M. Maisonneuve présente à l'Académie une jeune fille âgée de 15 ans, à laquelle il a pratiqué, en 1850, l'amputation du pied par la méthode sous-astragalienne. Tous les os du tarse, à l'exception de l'astragale, étaient affectés de carie scrofuleuse; des fistules nombreuses, ouvertes tant à la région dorsale du pied qu'à la région plantaire, fournissaient une suppuration abondante. La petite malade, alors âgée de 12 ans, se trouvait dans un état de marasme extrême, et sa vie paraissait gravement compromise. M. Maisonneuve crut devoir recourir à l'amputation du pied d'après une méthode encore toute nouvelle et qui consiste à ne conserver que l'astragale dont la présence dans la mortaise péronéo-tibiale sert à donner au moignon une forme plus régulière, et permet au malade de prendre un point d'appui sur l'extrémité du membre.

Cette opération date déjà de trois ans, et la jeune fille, qui depuis sa sortie de l'hôpital est employée dans une maison de commerce pour faire des courses, marche sur son moignon avec autant de facilité que si l'on eût pratiqué l'amputation de Chopart. Une bottine ordinaire, munie seulement d'un léger coussinet dans la région correspondante au talon, suffit pour masquer complétement la difformité.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ OU RÉPERTOIRE DE TOUTES LES QUESTIONS RELATIVES A LA SANTÉ PUBLIQUE, CONSIDÉRÉES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES SUBSISTANCES, LES ÉPIDÉMIES, ETC., ETC.; par M. A. Tardieu. — T. Ier, Paris, 1852, chez J.-B. Baillière.

Si l'hygiène, en tant que science spéculative, est encore aujourd'hui cette science confuse, indélimitée, stationnaire au milieu des progrès de toutes les autres sciences, qui n'a ni corps auquel viennent s'assimiler les éléments dont elle se compose, ni pensée qui les anime, ainsi que la caractérisait Royer-Collard au début de sa carrière professorale, il n'en est pas de même de cette science toute pratique, toute d'application, qui a pour objet l'hygiène et la salubrité publiques. L'hygiène publique qui, à vrai dire, est moins une science qu'un art d'application consistant à faire tourner au profit du bien-être et de la santé des peuples, les notions physiologiques, pathologiques et physiques propres à faire découvrir les causes morbides, a fait dans les sociétés modernes, et notamment dans cette première moitié du siècle, d'importants et incontestables progrès. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la partie de la législation et sur les ordonnances qui réglementent les divers services d'intérêt public et la plupart des industries privées pour se convaincre de la supériorité de nos institutions sous ce rapport. C'est depuis que l'hygiène a cessé d'être exclusivement individuelle pour devenir collective, ou en d'autres termes *publique*, qu'elle a pris cet heureux essor vers un incessant perfectionnement. Il n'est pas jusqu'à ces fléaux que la Providence semble envoyer aux hommes de temps en temps comme pour les avertir de veiller sur eux-mêmes, qui n'aient contribué à faire pénétrer dans nos grandes cités des réformes ou des innovations qui ont plus tard porté leurs fruits. L'avenir, enfin, semble, sous ce rapport, assuré de nouveaux et rapides progrès, grâce à l'extension qui a été donnée, dans ces derniers temps, aux comités officiels d'hygiène, et à la généralisation, sur tout le territoire, de mesures administratives de salubrité qui étaient restées jusque-là confinées seulement dans les grands centres de population. C'est cette grande et salutaire impulsion imprimée de nos jours aux mesures sanitaires, qui a suscité la publication que nous annonçons en ce moment.

Appelé à faire partie comme membre titulaire du comité consultatif d'hygiène publique, après en avoir rempli pendant quelque temps les fonctions de secrétaire, M. le docteur Tardieu a été à même, depuis que cette utile institution fonctionne, non-seulement d'étudier un grand nombre de questions que ce comité est journellement appelé à résoudre, mais encore de connaître, grâces aux relations établies entre ce comité et les conseils d'hygiène des départements, l'état de cette importante partie de l'administration dans les principaux centres de la province.

La nature même de cet ouvrage excluait tout plan, toute généralité, toute vue d'ensemble; aussi serait-il impossible d'en faire l'analyse. Nous devons nous borner à indiquer çà et là quelques uns des articles qui ont plus particulièrement fixé notre attention, soit par leur étendue, par l'importance de leur objet au double point de vue administratif et sanitaire, soit enfin par les considérations scientifiques qu'ils renferment.

La question de l'*acclimatement*, dans l'ordre adopté par l'auteur autant que par son importance réelle, a dû se présenter l'une des premières sous sa plume.

M. Tardieu commence par établir une distinction très-importante et qui tend, suivant nous, à faire cesser une confusion fâcheuse dont plusieurs fois déjà la Gazette Médicale a eu l'occasion de faire ressortir les conséquences. Elle consiste à séparer, dans l'appréciation des effets physiologiques d'un climat, les influences de nature très-diverses qu'il est susceptible de produire sur l'organisme : les unes inhérentes au climat lui-même, telles que la température, l'humidité ou la sécheresse, agissant sur l'organisme d'une manière incessante, et lui imprimant, dans un temps donné, une modification déterminée ; les autres appartenant spécialement à telle ou telle localité et d'une nature toute particulière, produisant des effets plus ou moins délétères, auxquels l'homme peut résister, mais auxquels il ne s'habitue pas, les miasmes. M. Tardieu fait remarquer, avec raison, que c'est pour avoir confondu ces deux ordres d'influences que quelques auteurs ont nié, d'une manière absolue, la possibilité de l'acclimatement des Européens dans les pays chauds. En effet, la vérité est que l'organisme peut s'habituer à l'action d'une température élevée et en supporter les variations, pourvu qu'elles ne soient pas trop rapides, mais qu'il ne peut subir, sans en ressentir l'influence pernicieuse, les miasmes paludéens, et qu'il doit avant tout s'y soustraire. C'est à ce point de vue juste et adopté par la plupart des auteurs qui ont étudié les questions d'acclimatement, que M. Tardieu se place pour formuler les lois et les règles de l'acclimatement, et en particulier celles qui sont applicables au passage des climats tempérés dans les pays chauds.

L'article *Climat*, qui est en quelque sorte le complément du précédent, contient l'étude des éléments divers des climats, des conditions secondaires qui caractérisent chacun d'eux, et des diverses combinaisons entre les éléments climatériques qui constituent, à proprement parler, la climatologie comparée. C'est surtout ce qu'il importe de bien connaître pour la détermination de l'action des divers climats sur l'homme et des conditions d'acclimatement. On y trouvera aussi une courte appréciation d'une question d'un haut intérêt, mais d'une très-difficile solution, qui a été soulevée, il y a quelques années, par un remarquable travail de M. Fuster, savoir si les climats en général et celui de la France en particulier, changent avec le

cours des siècles. Sans se prononcer sur cette question, dont la solution est subordonnée à une comparaison dont les termes manquent, l'auteur paraît incliner plutôt vers l'opinion de l'immutabilité des climats, soutenue par MM. de Gasparin, Decandolle et Martins.

Au mot *Air* M. Tardieu s'est proposé d'indiquer dans quel sens doivent être dirigées, et à l'aide de quels procédés peuvent être exécutées les recherches qui ont pour objet la détermination de la constitution de l'atmosphère au point de vue de l'hygiène publique et de la salubrité. Si les éléments constitutifs essentiels de l'air restent à peu près invariables en tous lieux et à toutes les époques et à toutes les hauteurs accessibles, il n'en est pas de même de certains éléments accessoires dont on ne constate la présence ni d'une manière aussi constante ni dans des proportions aussi fixement déterminées, tels que l'ammoniaque, la vapeur d'iode, le gaz hydrogène carboné. A ces variations dont il est souvent fort difficile de connaître les causes, mais auxquelles il est très-légitimement permis d'attribuer une action sur l'organisme, il faut joindre encore les modifications bien plus sensibles qu'impriment aux propriétés de l'atmosphère certaines circonstances géologiques ou topographiques, telles que le voisinage de marais, de volcans, etc.

Mais la proportion des éléments constituants de l'air ne paraît pas être elle-même tellement fixe qu'elle ne subisse, dans certaines conditions données, des variations sensibles qu'il y a tout lieu de présumer n'être pas sans influence sur l'organisme. Nous avons rapporté naguère un fait extrêmement digne d'attention sous ce rapport, dont M. Regnault a entretenu l'Académie des sciences: c'est la coïncidence, qui a été constatée dans certaines contrées, de variations très-sensibles dans les proportions des divers éléments constitutifs de l'air, avec l'existence de violentes épidémies ou de conditions très-générales d'insalubrité. Un officier de la marine, par exemple, a constaté sur les bords du Gange, pendant l'invasion d'une de ces violentes épidémies de choléra qui y sont si communes, des variations tellement considérables dans les éléments atmosphériques, qu'à un mois d'intervalle l'acide carbonique s'y est rencontré dans une proportion double.

Des recherches chimiques récentes faites avec un soin qui a mérité à leur auteur les justes éloges de l'Académie, ont révélé un autre fait dont l'importance, au point de vue de l'étiologie et de l'hygiène n'est pas moindre, c'est l'existence de proportions dosables d'acide azotique et d'ammoniaque constatée par M. Barral dans les eaux pluviales.

Nous signalons ces faits à l'attention de M. Tardieu, qui n'a pu les connaître en temps opportun sans doute pour les mentionner dans ces articles. Ce sont là de nouveaux sujets de recherches auxquelles le médecin hygiéniste ne saurait désormais rester étranger, et dont il doit s'efforcer de tirer des déductions, soit pour l'étude des causes des épidémies, soit pour les mesures prophylactiques qu'elles pourraient susciter.

A côté de l'article *Air*, l'un des plus importants de ce volume, nous devons également une mention à l'article *Eau*, qui n'offre pas moins d'intérêt, soit qu'on envisage l'eau comme un des éléments de l'atmosphère, soit qu'on la considère au point de vue de sa distribution géologique, soit enfin qu'on l'étudie dans ses qualités alimentaires et sous le rapport du mode d'approvisionnement et de distribution sur la voie publique et dans les habitations. Tous ces points de vue ont été amplement indiqués et quelques-uns même traités avec soin par M. Tardieu. Ce sujet laisse malheureusement beaucoup à désirer encore. L'hydrologie médicale ne date en quelque sorte que d'hier. Les importants documents recueillis pour la publication de l'Annuaire des eaux de la France ne sont que les premières assises sur lesquelles devra se constituer un jour cette science nouvelle. Nous pourrions appliquer ici ce que nous venons de dire de quelques recherches récentes sur l'air, aux savantes analyses comparatives que M. Chatin a faites des eaux des principaux fleuves, et aux ingénieuses déductions qu'il en a tirées comme base de classification des eaux potables, fondée sur la proportion variable de l'iode qu'elles renferment. C'est encore un de ces points sur lesquels nous appelons l'attention de M. Tardieu qui ne manquera pas d'en tenir compte soit dans le second volume de cet ouvrage, soit dans les éditions ultérieures qu'il pourra publier.

Nous n'avons cité jusqu'ici que quelques-uns des articles qui renferment plus spécialement des considérations ou des faits scientifiques. Mais la science proprement dite n'occupe qu'une place malheureusement trop restreinte dans les questions de salubrité publique. Si, sur quelques points, les recherches scientifiques ont pu jeter une vive lumière sur certaines questions d'hygiène, il en est un grand nombre sur lesquelles elle n'est point encore en mesure de fournir des notions assez précises pour servir de guide à l'administration. C'est le plus souvent sur l'expérience journalière et sur l'observation des faits empiriques que se fondent les pratiques de l'administration en matière d'hygiène. Il importait de répandre, de vulgariser et de chercher à généraliser par cette vulgarisation même, toutes les mesures administratives prises dans l'intérêt de la salubrité dans les diverses circonstances si nombreuses où elle peut être mise en cause. C'était là l'objet principal du livre de M. Tardieu. Aussi les documents qu'il a réunis et coordonnés sur chacune des matières de l'hygiène, les lois, décrets et règlements d'administration rapportés à l'occasion de chacune des questions que ces matières soulèvent, constituent-elles dans leur ensemble un véritable code d'hygiène publique. Nous citerons plus particulièrement les articles *Administration*, *Aliénés* (asiles), *Assistance*, *Salles d'asile*, *Boucherie*, *Choléra*, *Contagion*, *Conseils d'hygiène et de salubrité*, *Établissements insalubres*, *etc.*, comme contenant, sous ce rapport, les renseignements les plus indispensables à connaître sur l'application des mesures administratives aux choses de la santé publique.

Le livre de M. Tardieu est, comme on le voit, avant tout un livre utile, utile à tous les médecins, mais plus particulièrement aux médecins qui font partie des conseils d'hygiène et de salubrité de nos départements.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

RÉFUTATION DE QUELQUES PROPOSITIONS ÉMISES PAR M. DURAND-FARDEL DANS SES DEUX PREMIÈRES LETTRES SUR VICHY; par M. CONSTANTIN JAMES.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette Médicale.

Très-honoré confrère,

La Gazette Médicale vient de publier plusieurs lettres de M. Durand-Fardel sur Vichy. Les deux premières, qui ne sont que le développement d'idées émises déjà par l'auteur dans une série de publications, me semblent dès aujourd'hui exiger une réponse; car, si les propositions qui y sont consignées et qui paraissent devoir servir de base au reste du travail, étaient acceptées sans contrôle, il faudrait regarder comme non avenue la plupart des applications de la chimie moderne à la médication thermale. Je m'explique ou plutôt j'entre en matière: ce sera la meilleure des explications.

M. Durand-Fardel nie que les eaux de Vichy soient *fluidifiantes et dissolvantes*. *Ce sont là*, dit-il, *des mots dépourvus de sens ou mieux pourvus de contre-sens*. Il ne veut pas non plus *ni d'alcalisation ni de saturation de l'économie par le bicarbonate de soude qu'elles renferment*. C'est ce qu'il appelle *du chimisme local mis à la mode à Vichy*. Enfin toute explication qui repose sur *l'absorption des principes alcalins et leurs combinaisons avec nos liquides n'est*, suivant lui, *que de la chimie informe*.

Si ce langage de M. Durand-Fardel n'a pas toujours le mérite de l'urbanité, au moins il est franc, net, tranchant. Je vais essayer d'établir, en me plaçant sur le terrain de l'expérimentation et de l'observation clinique, que l'opinion des médecins contre lesquels mon confrère dirige ses attaques, opinion que j'ai en partie adoptée dans mon Guide pratique aux eaux minérales et aux bains de mer, n'est pas aussi déraisonnable qu'il se plaît à le répéter.

Mais d'abord, avant de dire en quoi nous différons, commençons par établir le point capital sur lequel nous sommes d'accord.

M. Durand-Fardel voit dans les eaux de Vichy autre chose qu'une simple dissolution de sels alcalins. « Réunissez, dit-il, dans une bouteille, tous les éléments de ces eaux, et parvenez à les dissoudre dans de semblables proportions, vous n'avez pas de l'eau de Vichy. » Ceci me paraît parfaitement exact. Je l'ai dit dans plusieurs endroits de mon Guide, « une eau minérale est un breuvage qui a ses éléments, son arome, sa saveur, que la nature elle-même a fabriqué par une sorte de chimie souterraine, et que nous ne pouvons ni reproduire, ni imiter, ni même définir. » Sous ce rapport donc nous sommes complétement du même avis.

Mais il n'en est plus de même pour ce qui a trait à la manière dont les eaux minérales se comportent au sein de l'organisme. Aussi n'hésité-je pas à prendre le contre-pied de la thèse de M. Durand-Fardel et à poser en principe les propositions suivantes: les eaux de Vichy sont fluidifiantes; elles sont dissolvantes; il faut surveiller le point de saturation.

Quelques mots, je l'espère, me suffiront pour justifier chacune de ces propositions.

1° Les eaux de Vichy sont fluidifiantes. Les eaux de Vichy contiennent environ 5 grammes de bicarbonate de soude par litre. Or ce sel, pour se trouver dissous naturellement dans une eau minérale, n'est point déshérité de ses propriétés de sel alcalin. En effet, dissolvez la même quantité de soude dans de l'eau ordinaire, ces deux eaux se comporteront de la même manière au point de vue chimique. Toutes les deux bleuiront au même degré le papier rougi de tournesol. Mêlées au sang extrait de la veine, elles l'empêcheront également de se coaguler. Ce seront par conséquent des eaux *fluidifiantes*.

Que se passera-t-il sur le vivant si la liqueur alcaline pénètre par absorption ou par injection directe dans le torrent circulatoire? Les résultats seront les mêmes. Que M. Durand-Fardel veuille bien parcourir le deuxième et le troisième volume des Leçons de M. Magendie sur les phénomènes physiques de la vie (1), il y verra démontré par de nombreuses expériences que les alcalis

(1) Leçons sur les phénomènes physiques de la vie professées par M. Magendie, rédigées par M. Constantin James.

fluidifient le sang dans ses vaisseaux, et qu'à un certain degré de saturation, ce sang devient impropre à circuler. Il s'extravase, d'où résultent des infiltrations et des épanchements séreux.

Or c'est précisément là l'histoire des malades qui font abus des eaux de Vichy. Ce sont les mêmes symptômes d'un sang trop *fluidifié*. Si M. Durand-Fardel récuse le témoignage de ses honorables et savants confrères de Vichy, qu'il écoute M. le professeur Trousseau (1) : « Certains malades, après un trop long séjour à Vichy ou à Ems, *meurent hydropiques ou succombent à l'œdème général*. Leur constitution, *détériorée par l'abus des alcalins*, rappelle assez exactement l'état anatomique tout particulier où se trouvent ces habitants des pays marécageux à la suite des fièvres prolongées. »

2° LES EAUX DE VICHY SONT DISSOLVANTES. Personne, que je sache, n'a contesté aux eaux de Vichy leur action dissolvante ; seulement on nie que la dissolution puisse s'opérer par des procédés chimiques. J'avoue que pour moi il m'est impossible d'expliquer autrement certains effets de ces eaux. Prenons l'exemple le plus simple.

Voici un malade qui depuis longtemps rend chaque jour des graviers d'acide urique. Vous le mettez à l'usage de l'eau de Vichy et spontanément, par l'action de ces eaux, les graviers disparaissent. Comment se rendre compte de leur disparition ? Les urines étaient fortement acides et cet excès d'acide se précipitait sous forme d'un léger sable. Par suite de l'absorption de l'eau de Vichy et du passage dans les urines du bicarbonate de soude qui les rend alcalines, ce sel se combine avec l'acide urique pour former un urate de soude soluble qui s'échappe avec les urines. Les graviers excitants ont ainsi disparu, et de nouveau ont cessé de se montrer, parce que l'acide urique n'a plus été en excès. Or, je le demande, y a-t-il en médecine un autre phénomène d'une explication plus simple, plus nette et plus conforme aux lois d'une saine physiologie ?

Je sais qu'à ces cas de dissolution chimique des graviers par les eaux de Vichy, on peut opposer ceux où les eaux semblent plutôt agir sur la vitalité des reins que sur la composition des urines. Dans ces cas, les graviers, au lieu d'être dissous, sont expulsés. Mais cela prouve seulement qu'à côté des phénomènes chimiques se placent les phénomènes vitaux. Tantôt les premiers prédominent, tantôt ce sont les seconds ; d'autres fois il est difficile de faire la part respective de chacun. Évidemment M. Durand-Fardel a obéi à de certaines idées préconçues, quand il n'a voulu voir dans cette distinction toute naturelle de la nature des phénomènes, qu'une *affirmation imprudente et une doctrine impossible*.

3° IL FAUT SURVEILLER LE POINT DE SATURATION. Ne perdons pas de vue que les eaux de Vichy agissent chimiquement sur nos humeurs. Ainsi les urines, d'acides qu'elles sont normalement, deviennent alcalines. Or cette alcalinité doit être surveillée avec soin et dirigée avec art, puisqu'au delà de certaines limites, des accidents peuvent se déclarer. Il y a alors ce qu'on appelle si justement *saturation*.

J'ignore pourquoi M. Durand-Fardel n'accepte pas plus la saturation qu'il n'accepte les propriétés fluidifiantes et dissolvantes des eaux de Vichy. Qu'il me permette de lui citer encore un exemple.

Un malade que nous soignions, M. Pariset et moi, pour une gravelle d'acide urique, et chez lequel le cathétérisme n'avait décelé l'existence d'aucune pierre dans la vessie, fut passer une saison à Vichy. Il but avec excès de la source des Célestins. Bientôt sa gravelle rouge, après avoir momentanément disparu, fut remplacée par une gravelle blanche, et, de retour à Paris, il ne tarda pas à offrir tous les signes d'un calcul vésical. Ce calcul fut broyé par M. Manec. Il était presque entièrement formé de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien.

Je ne sais comment M. Durand-Fardel expliquera la formation de ce calcul ; pour moi, je n'y vois qu'un nouveau fait, à ajouter à tant d'autres, de saturation alcaline. Les acides libres de l'urine s'étant trouvés complétement neutralisés par l'eau de Vichy, l'élément alcalin a prédominé en trop forte proportion, et il en est résulté des concrétions phosphatiques. Aussi ne saurais-je trop approuver la pratique, si répandue parmi les médecins de Vichy, de soumettre de temps en temps l'urine des malades à l'épreuve du papier de tournesol : c'est la meilleure manière de prévenir la saturation et les accidents de toute nature qui en sont si souvent la conséquence.

— J'en resterai là de ma réponse aux deux lettres de M. Durand-Fardel ; car, bien que nous différions d'avis sur beaucoup d'autres points, c'est moins une réfutation que j'ai entreprise, qu'une rectification. J'ai voulu seulement, par des faits et des raisonnements connus de tout le monde, sauvegarder quelques principes, laissant ensuite à chacun la mesure de leur application.

Agréez, etc.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous adresser une réclamation relativement à la note de M. Casorali, insérée dans votre numéro du 1er janvier. Voulant faire connaître et les causes qui l'ont déterminé à tenter l'emploi des inhalations d'oxygène dans l'albuminurie, et le mécanisme par lequel cette médication a contribué à la guérison, le savant italien s'exprime, dans deux paragraphes, d'une manière insuffisante.

Le premier paragraphe, commençant ainsi : « Par l'influence de l'oxygène, les matières albumineuses...., » ferait considérer M. Casorali lui-même, comme auteur de la théorie générale. D'après le deuxième paragraphe qui commence par ces mots : « Un fait d'anatomie comparée tend à établir..., » ce fait d'anatomie serait très-naturellement attribué à M. Charles Robin. Ce serait une double erreur. En réalité, les deux paragraphes ne sont qu'une copie abrégée de ma note « SUR LE PASSAGE DE L'ALBUMINE DANS LES URINES, » note adressée à l'Académie des sciences le 22 décembre 1851, et insérée en extrait dans la GAZETTE MÉDICALE de la même année, p. 824.

Ma théorie, les faits que j'ai donnés à l'appui, voilà donc, sans détour, la source où a puisé M. Casorali.

La chimie indique actuellement une importante modification au moyen qu'il a mis en usage. L'oxygène électrisé ou ozone active beaucoup plus la combustion lente que ne le fait l'oxygène ordinaire ; il conviendrait dès lors de substituer, à l'oxygène ordinaire, l'air plus ou moins chargé d'ozone.

L'air ozoné se présente, en outre, comme agent précieux dans les asphyxies, dans la scrofule et en général dans toutes les maladies où il est utile soit de relever les forces, soit d'activer la combustion réduite au-dessous du terme normal.

Un procédé d'inhalation très-simple consisterait à décomposer l'eau par la pile, à recueillir l'oxygène dans un tube recourbé, à diriger dans le tube un courant d'air et à respirer le mélange ; mais peut-être vaudrait-il mieux encore respirer un air plus ou moins ozoné par le phosphore et convenablement purifié.

J'espère, monsieur le rédacteur, que vous voudrez bien avoir l'obligeance d'insérer cette lettre dans votre prochain numéro, et recevoir l'expression de mes sentiments les plus distingués.

ÉDOUARD ROBIN.

COMMISSION INSTITUÉE POUR ORGANISER UNE MANIFESTATION DU CORPS MÉDICAL EN FAVEUR DE M. ORFILA.

Une commission composée de MM. Bérard, P. Dubois, Dubois (d'Amiens), Bussy, le directeur de l'École préparatoire d'Angers, le directeur de l'École préparatoire de Bordeaux, Alquié, Perdrix, Horteloup, Ségalas, J. Guérin, A. Latour, Marchal (de Calvi), un élève interne, un élève externe, un élève de l'École pratique et M. Amette, s'est réunie dimanche dernier à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Bérard, et a décidé qu'une souscription serait immédiatement ouverte dans les bureaux de M. Amette, secrétaire trésorier de la Faculté de médecine, et dans les bureaux de tous les journaux de médecine et de pharmacie.

Le produit de cette souscription est destiné à offrir à M. Orfila une médaille qui consacre et perpétue le souvenir de l'acte de haute libéralité que l'illustre professeur vient d'accomplir en faveur des études et de la profession médicales.

Cette souscription sera close le 15 mars prochain.

Souscription ouverte au bureau de la GAZETTE MÉDICALE : MM. Jules Guérin, 20 fr. ; A. Dechambre, 20 fr. ; P. Diday, 20 fr. ; H. Brochin, 5 fr. ; le professeur Bouisson, 20 fr. ; le professeur Lereboullet (de Strasbourg), 5 fr. ; Maurice Ruefz (de Strasbourg), 5 fr. ; Maisonneuve, 25 fr.

— Par décret impérial du 31 décembre 1852, M. le docteur Conneau a été nommé premier médecin de S. M. et chef du service de santé de sa maison.

Voici la composition complète de la maison médicale de l'empereur :

Médecins (8 000 fr. de traitement) : MM. Andral et Rayer.

Médecin-adjoint, secrétaire du service de santé (6,000 fr. de traitement) : M. de Pietra-Santa.

Chirurgiens (8,000 fr. de traitement) : MM. Jobert (de Lamballe) et H. Larrey.

Médecins et chirurgiens consultants : MM. Bégin, Bérard, Bouillaud, J. Cloquet, Gaultier de Claubry, Michel Lévy, Louis et Velpeau.

Médecins et chirurgiens par quartiers (6,000 fr. de traitement) : MM. Arnal, Boulu, L. Corvisart, Delaroque, Fleury, Longet, Tenain et Vernois.

— Par décret du 31 décembre, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur, M. Quoy, inspecteur général du service de santé.

Au grade d'officier, MM. Levicaire, second médecin en chef de la marine ; Senard, chirurgien de première classe, adjoint à l'inspection générale du service de santé.

— M. Édouard Robin commencera le 18 janvier, à sept heures et demie du soir, un cours de chimie générale, suivi d'applications nouvelles à la toxicologie, à la thérapeutique, à la physiologie et à l'agriculture.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

(1) ÉTUDES THÉRAPEUTIQUES SUR LES EAUX MINÉRALES DES BORDS DU RHIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LES EAUX DE LA CEINTURE DE PARIS.

La trilogie étiologique établie par Hippocrate n'a pas cessé d'être vraie. Les eaux, l'air et les lieux renferment tous les éléments générateurs des maladies de l'homme autres que celles qu'il apporte lui-même en naissant. C'est en continuant à marcher dans cette voie large ouverte par le père de la médecine que les observateurs modernes, munis du flambeau des sciences exactes, continueront à éclairer la véritable étiologie des maladies. Leurs recherches contribueront surtout à préparer les fondements de cette autre médecine qu'on appelle hygiène, de cette médecine préventive qui n'aura pas seulement pour objet de neutraliser les germes de mort qui naissent partout sous nos pas, mais encore, et surtout, de développer et perfectionner la race, en lui permettant de recueillir et d'accroître, de génération en génération, le bénéfice du libre exercice assuré à chaque organisme en particulier.

C'est sans doute sous l'inspiration de cette idée, digne de tout encouragement, que M. Poggiale, professeur à l'École du Val-de-Grâce, connu déjà par d'importants travaux, a entrepris depuis plus de cinq années d'étudier la composition et les effets des eaux des casernes, des forts et des postes-casernes des fortifications de Paris. Les résultats communiqués par l'habile professeur, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, méritent de fixer l'attention non-seulement au point de vue de l'hygiène des troupes casernées dans les forts, mais encore au point de vue de la santé des habitants de la ceinture de Paris.

La plupart des casernes de la ville de Paris reçoivent les eaux de l'Ourcq, quelques-unes l'eau de la Seine, d'Arcueil ou de Grenelle, et dans un très-petit nombre, on fait usage d'eau de puits. Il n'en est pas de même des forts et des postes-casernes, où il n'existe que de l'eau de puits ou de citerne : ce sont ces eaux que M. Poggiale a examinées. Il a mis le plus grand soin à rejeter toutes les eaux qui pouvaient sembler d'une qualité inférieure.

Dans l'examen de ces eaux, l'auteur a successivement étudié leurs caractères physiques, leur température, l'action de la chaleur et des réactifs généralement usités. Il a déterminé avec le plus grand soin la proportion des principes fixes, de l'acide sulfurique, du chlore, de la chaux, de la magnésie, de la potasse, de la soude, de l'oxyde de fer, de l'alumine, de l'acide silicique, en suivant les procédés recommandés par les chimistes.

Pour reconnaître la nature et la qualité des gaz dissous dans les eaux, M. Poggiale a rempli un ballon de la capacité de 3 litres ; il y a adapté un tube de dégagement également plein d'eau, et il a fait bouillir ensuite le liquide pendant une heure environ. Les gaz, recueillis sur le mercure dans une éprouvette graduée, ont été ramenés par le calcul à la température de 0° et à la pression de 0,760 ; puis on a séparé l'acide carbonique par la potasse et l'oxygène par le phosphore.

Depuis les travaux si intéressants de M. Chatin, il devenait nécessaire de rechercher l'iode dans ces eaux. M. Poggiale en a trouvé dans toutes celles qu'il a examinées ; on avait cru remarquer que la proportion d'iode contenu dans les eaux était en rapport avec leurs bonnes qualités, mais les nombreuses expériences qu'il a exécutées n'ont pas confirmé ce résultat. Ainsi il a reconnu que les eaux séléniteuses du mont Valérien renferment plus d'iode que les eaux de Seine et d'Arcueil. Cependant il a observé que les eaux chargées de sels calcaires sont généralement moins riches en iode.

La présence et la proportion des matières salines contennes dans les eaux s'expliquent par la nature diverse des couches que ces eaux traversent. Aussi M. Poggiale a-t-il cru devoir étudier, très-brièvement du reste, les divers dépôts superposés qui constituent le bassin de Paris, la nature et la profondeur des couches traversées par les puits. M. Constant-Prévost a bien voulu l'aider de ses conseils et vérifier les documents fournis par le génie militaire.

La craie, qui constitue le fond du bassin parisien, présente une cavité irrégulière, dont les bords se relèvent et viennent paraître à la surface du sol en Picardie, en Normandie, etc. Au centre même du bassin, le fond présente des élévations auxquelles est due l'apparition de la craie à Meudon, Marly, etc. L'argile plastique et les couches superposées suivent en partie ces ondulations du fond. Le gypse a la forme d'une lentille épaisse à son centre, et qui s'amincit irrégulièrement vers ses bords. Les terrains superposés à la craie se composent de trois et même de quatre séries de couches imperméables, qui arrêtent les eaux à divers étages géologiques et peuvent donner lieu à l'existence des sources et favoriser l'établissement des puits. Le niveau le plus profond est dû à l'argile plastique ; le deuxième aux marnes et aux argiles inférieures au gypse ; le troisième aux marnes vertes qui séparent le gypse des sables et des grès marins supérieurs. Lorsque le gypse manque, les marnes se confondent et ne donnent lieu qu'à un même niveau d'eau. Entre les grès et les sables supérieurs et les matières qui les recouvrent, il existe presque partout des couches argileuses qui retiennent les eaux sur les plateaux élevés, qui sont la cause de l'existence des étangs et des mares, et qui permettent d'avoir des puits à de très-faibles profondeurs.

Les diverses couches qui composent le bassin de Paris n'ont pas la même épaisseur et ne conservent pas un niveau parfait. La nature des terrains n'est pas non plus la même dans tous les lieux où des puits ont été forés. Ainsi, au mont Valérien, à Romainville, à Rosny et à Noisy-le-Sec, les terrains superposés à la craie sont l'argile plastique, le calcaire grossier, les argiles et les marnes inférieures au gypse, le gypse, les marnes vertes supérieures au gypse, les sables et les grès marins supérieurs et les meulières supérieures ; à Bicêtre, les sables et les grès marins supérieurs, ainsi que les meulières supérieures, disparaissent, et à Issy, Vanves et Montrouge, on n'observe, au-dessus de la craie, que l'argile plastique, le calcaire grossier et le gravier d'atterrissement.

On comprend que la composition des eaux doit varier suivant la nature du sol qui les fournit, et d'après les renseignements qui ont été donnés à M. Poggiale par le génie militaire sur la profondeur des puits, on peut admettre qu'au mont Valérien, l'eau provient du gypse ou des sables et grès marins supérieurs ; à Issy, Vanves, Montrouge, Bicêtre, Ivry et Charenton, du calcaire grossier ; à Romainville, Rosny et Choisy, des sables et grès marins supérieurs, et à Saint-Denis, Aubervilliers, la Briche, des argiles et marnes inférieures au gypse. L'eau du puits artésien de Saint-Denis est fournie par le calcaire grossier et celle du puits artésien de Vincennes par l'argile plastique.

Après ces considérations générales, l'auteur a examiné successivement

---

Feuilleton.

LES TRIBULATIONS DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Heur et malheur, richesse et misère, froid et chaud, jour et nuit, calme et tempête, doux et amer, haut et bas, incertitude, changement, ballottement perpétuel, voilà la loi des fragiles humains, aussi bien que des Académies immortelles. Il y a peu de jours, les écus pleuvaient comme la manne sur l'Académie de médecine ; son président lui annonçait à brûle-pourpoint qu'elle allait être littéralement *cousue* d'or, du moins au collet et aux parements. La jubilation était à son comble. Et voilà qu'aujourd'hui le sort jaloux lui envoie toutes sortes d'ennuis et de tribulations, dont nous devons le récit à nos lecteurs. *Incipe, parve puer*...

Le plus vif de ces désagréments, est-il besoin de dire d'où il vient ? Qu'est-ce qui porte, depuis tantôt quinze ans, l'agitation dans l'Académie, divise les commissions, trouble les consciences, soulève des récriminations au dehors, enfante au dedans l'argutie et le mauvais vouloir ? Quelle est la pomme de discorde pour laquelle il a fallu plus d'une fois emprunter un Pâris aux tribunaux ? Le prix d'Argenteuil, toujours lui. Fatal marquis ! malheureux testament ! que ne laissiez-vous en repos d'honnêtes gens qui ne demandaient ni à concourir ni à juger, et de non moins honnêtes feuilletonistes occupés maintenant à dévider le fil embrouillé de votre histoire ? On la disait terminée, réglée, cette affaire du prix d'Argenteuil. Vraiment oui ! la voilà plus compliquée que jamais. Un prix accordé qu'il faut retirer en partie ; un prix refusé qu'il faut accorder, sous peine de restituer les fonds Quoi encore ? Une certaine partie du legs compromise dans une liquidation. Telle est l'agréable perspective qui s'ouvre devant les infortunés habitants de la rue des Saints-Pères.

Nous avons le cœur bon, et nous ne triompherons pas du malheur d'autrui ; mais il faut bien dire que le jugement du tribunal civil de la Seine (voir aux *Variétés*) est rigoureusement et de tout point conforme à l'opinion que nous n'avons cessé de soutenir. Quand M. Orfila, la Providence du lieu, qui, non content d'y répandre des largesses, se voue à la conservation des dons acquis, eut hâtu Me Villequin devant la même chambre, à l'audience du 25 février 1852 ; quand l'Académie parut se croire entièrement maîtresse du legs et souveraine arbitre du mode de répartition, nous ne craignîmes pas de jeter un fâcheux pronostic au milieu du contentement général, une goutte de vinaigre dans ce vase de lait enflé et frétillant. Nous assurâmes que la chambre civile avait seulement consacré le droit de l'Académie de décider s'il y a lieu ou non à décerner le prix, mais non celui n'en disposer à son gré, et qu'elle pouvait encore, par un autre jugement, déclarer résolutoire du legs le fait de ne pas employer les fonds disponibles conformément aux termes du testament. Le jugement du 25 février disait en effet : « Attendu que si les héritiers, légataires

les différentes eaux qui ont fait l'objet de ses recherches. Il promet, du reste, de les continuer et, dans une autre publication, il fera connaître la nature et la composition des eaux des autres forts de Paris, et notamment de ceux du nord et de l'est.

En résumé, les eaux des forts de Paris contiennent, comme toutes les eaux, des matières salines et des substances organiques. Les matières inorganiques qu'on y a rencontrées sont les carbonates de chaux et de magnésie, les sulfates de chaux et de magnésie, les chlorures de sodium, de calcium et de magnésium, l'alumine, l'oxyde de fer, l'acide silicique et des traces d'iode.

La proportion des sels de magnésie est généralement assez élevée ; mais leur action ne paraît pas être dangereuse. Aucune observation ne m'autorise à penser que ces eaux produisent le goître et le crétinisme, comme on l'a admis dans ces derniers temps, et qu'il y ait coïncidence, ainsi que le croit M. Grange, entre la présence de la magnésie dans les eaux et l'existence endémique de ces maladies.

La proportion d'air et d'acide carbonique offre de grandes variations, et la quantité de cet acide n'est pas proportionnelle au chiffre qui représente les carbonates de chaux et de magnésie.

Les eaux du château de Neuilly, de deux puits du fort du mont Valérien, du fort de Noisy-le-Sec, du poste-caserne n° 4, du poste-caserne n° 6, de la caserne Marbœuf, du fort de l'est, de la manutention de Compiègne sont impropres à la plupart des usages économiques, en raison de la proportion considérable de matières salines ou de matières organiques altérées qu'elles renferment.

Si l'on prend pour base la quantité de sels calcaires contenus dans ces eaux et si l'on admet que leurs bonnes qualités sont en raison inverse du chiffre des sels calcaires et de la somme totale des substances qu'elles renferment, on devra les ranger dans l'ordre suivant :

Eau du fort de Bicêtre, citerne (0,133 de résidu pour un litre) ; de Noisy-le-Sec (0,309) ; de Rosny (0,414) ; d'Ivry, près des casemates (0,446) ; de Montrouge, côté gauche (0,420) ; d'Ivry, près du pavillon des officiers (0,463) ; de Montrouge, côté droit (0,477) ; d'Ivry, près de la caserne (0,481) ; du mont Valérien, puits R (0,491) ; d'Issy (0,526) ; d'une source, près du fort du mont Valérien (0,570) ; de Vanves (0,571) ; du mont Valérien, puits S (0,778) ; d'une source du fort de l'est (0,935) ; du fort de Bicêtre, eau de puits (0,966) ; de la manutention de Compiègne (0,968) ; de la caserne Marbœuf (1,081) ; de la manutention militaire du quai de Billy (1,249) ; du fort de l'est (1,312) ; du château de Neuilly (1,374) ; du poste-caserne n° 4 (1,908) ; du mont Valérien, puits V (1,980), puits U (2,150) ; du poste-caserne n° 6 (2,420).

Les eaux des forts de Vanves, d'Issy, de Montrouge, de Bicêtre et d'Ivry offrent la plus grande ressemblance et ont une composition qui les rapproche singulièrement de celle d'Arcueil. On sait que cette dernière eau, qui est fournie par quelques sources de Cachan, de Rungis et de l'Hay, alimente le Luxembourg, plusieurs lycées, l'École polytechnique, l'École normale, le Val-de-Grâce et plusieurs fontaines du 11e et du 12e arrondissement. Comme l'eau d'Arcueil, les eaux des forts du sud sont fraîches, limpides et agréables à boire ; exposées à l'air, elles laissent déposer également un sédiment plus ou moins abondant de carbonate de chaux et de magnésie tenus en dissolution par l'acide carbonique qui se dégage en même temps.

Les collines qui s'élèvent au sud de Paris, et qui prennent les noms de Vanves, d'Issy, de Montrouge, de Bicêtre, etc., sont formées, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer, d'argile plastique et de calcaire grossier. Leur constitution géologique étant à peu près la même, on comprend que la composition des eaux de puits qu'on y a creusés ne soit pas sensiblement différente. Cette identité de composition indique une origine commune.

Si l'on compare les eaux de puits des forts du sud à celles des forts de l'est et de l'ouest examinées jusqu'ici, on remarque que les premières donnent un résidu moins considérable et que la différence porte principalement sur le carbonate et le sulfate de chaux.

Ces eaux renferment généralement peu de matières organiques ; on sait que leur présence n'est pas nuisible si elles s'y trouvent en faible quantité, et non altérées ; mais si, au contraire, leur proportion est élevée, et si elles ont subi un commencement de fermentation, l'eau doit être considérée comme insalubre. Des quantités même inappréciables de substances organiques putréfiées et de produits gazeux provenant de leur décomposition rendent les eaux très-dangereuses. Tant que la température atmosphérique se maintient au-dessous de 15° à 20° centigrades, les matières végétales et animales contenues dans les eaux n'éprouvent aucune altération ; celles-ci présentent même tous les caractères des eaux de bonne qualité. Mais, ainsi que le fait très-utilement remarquer M. Poggiale, dès que la chaleur augmente, la fermentation putride produit des principes gazeux, lesquels, en pénétrant dans l'économie, donnent naissance à la diarrhée, à la dysenterie, ainsi qu'on l'a observé bien souvent ; aussi est-il indispensable, particulièrement pendant les chaleurs de l'été, de nettoyer les réservoirs avec le plus grand soin et de clarifier complétement l'eau.

Le travail de M. Poggiale, jusqu'ici plus chimique que médical, sera très-fécond en applications hygiénico-pathologiques. La santé des troupes casernées dans ces forts a-t-elle offert quelques modifications en rapport avec le caractère des eaux dont elles usent ? Ces modifications offrent-elles quelque analogie ou ressemblance avec celles qui seraient plus particulièrement propres aux populations circonvoisines ? Les altérations qu'on a cru remarquer en été, sous l'influence d'un accroissement de température, ont-elles été communes aux deux ordres de consommateurs et paraissent-elles répondre à un même mode d'action délétère ? Voilà des questions soulevées et presque résolues par le remarquable travail de M. Poggiale.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES ; par M. le docteur A. GIRBAL, ancien chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Montpellier, ex-chirurgien chef interne de l'Hôtel-Dieu de Nîmes, etc.

Une communication de M. Durand-Fardel, intitulée : DU DÉVELOPPEMENT SPONTANÉ DE GAZ DANS LE SANG, CONSIDÉRÉ COMME CAUSE DE MORT SUBITE, a remis à l'ordre du jour, dans la séance du 9 décembre 1851, de

---

ou exécuteurs testamentaires de d'Argenteuil, jugent le mode adopté par l'Académie contraire aux volontés du testateur, ils peuvent, dans leur intérêt personnel ou dans celui de la succession, en tirer telles conséquences que de droit et se pourvoir, s'il y échet, ainsi qu'ils aviseront, pour inexécution des conditions du legs accepté par l'Académie... » Or il était clair que les conditions du legs n'avaient pas été strictement remplies, et sans méconnaître les difficultés qu'il y aurait souvent, dans des matières où l'inexpérience du donateur peut lui suggérer des stipulations impraticables, à suivre de point en point la lettre de l'acte de donation, il nous paraissait probable que le tribunal ne s'y arrêterait pas, et appliquerait purement et simplement la jurisprudence relative aux legs sous conditions. C'est en effet ce qui est arrivé. Le nouveau jugement, intervenu le 14 janvier, sur l'instance du légataire universel et de l'exécuteur testamentaire, met l'Académie en demeure de décerner le prix *à l'auteur du perfectionnement le plus important* obtenu dans la première période sexennale, c'est-à-dire de 1838 à 1844, sous peine d'avoir à restituer à la succession le montant du prix afférent à cette période, soit une somme de près de 10,000 fr.

On comprend aisément l'embarras où l'exécution de ce jugement qui sera sans doute, ou qui est, frappé d'appel, mettrait l'Académie. Après avoir déclaré une fois que, pour les travaux présentés dans les six premières années, le prix devait être partagé entre quatre ou cinq candidats ; une autre fois que, le partage étant interdit par les dispositions testamentaires, il n'y avait pas lieu quant à présent de faire emploi de la somme disponible, il est douteux qu'elle se laisse entraîner à un acte de générosité rétrospective, et alors la succession d'Argenteuil sera plus heureuse que celle de la comédie, où les héritiers n'héritent pas ; elle héritera de ce qui ne lui était pas destiné. Le public pourra n'être pas très-édifié de voir que six ans de labeur n'aient pas conduit les candidats à quelque perfectionnement notable dans le traitement des maladies de l'urètre ; mais on aura toujours la ressource de répondre que ce traitement ne peut être perfectionné, précisément parce qu'il est parfait. Nous comptons user, pour notre part, de cette réplique.

Mais voici autre chose. Enrichie par les épargnes de la première période, l'Académie avait décidé que la somme amassée serait répartie entre plusieurs des périodes suivantes et elle avait fixé à 12,000 fr. le prix à décerner en 1850. Ce prix a été accordé à M. Reybard (*de Lyon*, bien entendu). Or, ici deux difficultés : la première, de réduire le taux d'une récompense, officiellement proposée à la convoitise des candidats et officiellement accordée ; la seconde.... ah ! celle-ci est plus embarrassante et plus désagréable : nous en avons dit un mot il y a plusieurs années. Le testament prescrivait de placer en rentes sur l'État les 30,000 fr. dont les intérêts accumulés devaient former le montant des prix ; il paraît qu'ils l'ont été sur une caisse aujourd'hui liquidée et que la perte sera assez considérable. En thésaurisant dans la première période, et en reportant sur la seconde qu'une part du produit, l'Académie se trait provisoirement d'affaire. Si on l'oblige à restituer la somme entière, elle ne pourra guère la prendre que sur les intérêts de la deuxième période, et voilà encore le prix de M. Reybard diminué d'autant. En sorte que ce prix n'atteindra plus même le taux fixé par le donateur et que l'affaire se résoudra toujours, d'une manière ou d'une autre, en une infraction au testament.

En homme comme nous sommes de voir les choses en noir, nous ne pouvons

l'Académie de médecine, la question si importante de la pénétration accidentelle de l'air dans les veines (1).

Chez l'homme, la possibilité de cette pénétration dans les veines qui présentent le phénomène du reflux du sang appelé aussi pouls veineux (jugulaires, sous-clavières, axillaires, etc.), et ses conséquences dangereuses à l'occasion des opérations chirurgicales, sont aujourd'hui généralement admises. On en trouve notamment la preuve dans le beau travail de M. Amussat (2), et dans quelques autres faits enregistrés par la presse médicale depuis cette époque.

Aussi, à l'exemple de la plupart des académiciens, avons-nous été vivement étonné d'entendre affirmer par M. Renault, expérimentateur aussi consciencieux qu'habile, qu'il a pu injecter fréquemment, dans la veine jugulaire d'un cheval, jusqu'à un litre d'air, sans qu'il soit résulté le moindre accident. « Non-seulement, dit-il, l'animal n'est pas mort, mais il n'a pas même paru en souffrir. »

Cette assertion de M. Renault, confirmée par M. Bouley, autre médecin vétérinaire d'une grande autorité, mérite d'être prise en sérieuse considération.

S'ensuit-il pourtant que nous voulions conclure, de ce qui se passe chez les chevaux, à ce qui doit se produire chez l'homme? Non. Loin de nous une telle pensée. Nous voulons seulement constater ici la gravité et l'importance de l'affirmation de MM. Renault et Bouley, en désaccord flagrant avec les résultats d'une série d'expérimentations tentées sur divers animaux par des vivisecteurs aussi éminents que Haller, Nysten, et M. Magendie!

Un seul des membres présents, M. Gerdy, a voulu tirer parti du fait avancé par ses collègues MM. Renault et Bouley, contre les appréhensions de l'accident qui nous occupe, beaucoup trop exagérées, à ses yeux, dans l'esprit des chirurgiens.

MM. Cloquet, Bérard, Roux et Velpeau ont presque unanimement déclaré que les faits observés chez l'homme sont suffisants pour établir l'influence terrible de l'introduction de l'air dans les veines.

Est-ce à dire que cette influence soit constamment mortelle? Non, d'une manière absolue. Quelques auteurs, entre autres Bichat, ont été sous ce rapport trop affirmatifs. L'expérience démontre en effet que si, dans beaucoup de cas, le sujet est subitement foudroyé, ou périt quelques minutes ou quelques heures après l'accident, il peut d'autres fois survivre, après avoir offert des symptômes plus ou moins inquiétants.

Cette variabilité d'effets s'explique aisément, quand on considère les différences nombreuses qui existent dans l'énergie vitale du malade, dans la quantité de sang perdue, de gaz introduit, dans le traitement employé, etc.

Signalons à ce sujet le fait suivant.

CANCER VOLUMINEUX DU COU ET DE L'ÉPAULE; INHALATIONS DE CHLOROFORME; DISSECTION ET ABLATION DE LA TUMEUR; ABSENCE PRESQUE COMPLÈTE D'HÉMORRHAGIE; OUVERTURE DE LA VEINE SOUS-CLAVIÈRE ALTÉRÉE EN ÉNUCLÉANT UNE PETITE PORTION DE TISSU SQUIRRHEUX CACHÉ DERRIÈRE LA CLAVICULE; BRUIT DE SIFFLEMENT AIGU; SYNCOPE FOUDROYANTE; COMPRESSION PRATIQUÉE IMMÉDIATEMENT SUR LE VAISSEAU OUVERT; STIMULANTS CUTANÉS ET OLFACTIFS; CESSATION DE LA SYNCOPE; COMMENCEMENT DE RÉACTION; ÉTAT SATISFAISANT; PHÉNOMÈNES ASPHYXIQUES; MORT QUATORZE HEURES APRÈS L'OPÉRATION.

OBS. — Le 20 juin 1850, j'accompagnai à Tarascon (Bouches du-Rhône) M. le docteur Bertrand, professeur agrégé, pour l'assister en qualité d'aide, dans une opération pratiquée chez M. X., âgé de 50 ans, doué d'une bonne constitution et d'un tempérament lymphatico-sanguin.

Ce malade était atteint d'une tumeur considérable, bosselée, assez dure, d'un aspect violacé, occupant la base du cou et la partie supérieure de la poitrine du côté droit, et se propageant jusque sur l'épaule du même côté. Cette tumeur, de nature squirrheuse, avait surtout grossi depuis trois ans. Elle suppurait sur un point et exhalait une odeur fétide.

L'anesthésie se produisit bientôt, grâce aux inhalations de chloroforme; la tumeur fut enlevée en peu de temps, et je liai les vaisseaux presque immédiatement après leur section.

Tout semblait terminé, lorsque l'opérateur examinant minutieusement la plaie, s'aperçut de l'existence d'une petite portion de tissu morbide située derrière la clavicule. Il chercha aussitôt à l'extraire avec beaucoup de ménagement, en la détachant avec l'extrémité du manche du scalpel. Ce débris de squirrhe fut bientôt enlevé sans traction, tant soit peu forte, lorsque tout à coup une ondée de sang veineux parut dans ce foyer, et un bruit très-distinct de sifflement aigu et prolongé se fit entendre. Le patient n'était plus alors sous l'influence du chloroforme.

A l'instant la face du malade se décolore et s'altère profondément. Il pousse un léger cri plaintif. Ses extrémités se refroidissent; le pouls est insensible; une sueur froide couvre la poitrine. L'intelligence, la parole, la sensibilité et la motilité sont entièrement éteintes..... L'auscultation du cœur me permit de percevoir pendant une minute environ, un bruit de gargouillement assez analogue au glouglou, masquant complétement le *tic tac*. La résonnance de cette région était notablement exagérée.

Ces symptômes durèrent trois ou quatre minutes.

Pendant tout ce temps, M. Bertrand eut le soin de comprimer, à l'aide d'une éponge, la veine sous-clavière ouverte. Des frictions sèches furent pratiquées sur la poitrine et sur les membres; je tins en outre sous les narines de l'opéré un flacon d'alcool et d'éther.

Enfin la syncope cessa. L'habile chirurgien se hâta d'appliquer plusieur plaques d'amadou sur l'éponge laissée en place, et termina bientôt le pansement.

Une heure après, le pouls était presque normal, la chaleur douce, la respiration libre, la parole facile; l'auscultation du cœur et des poumons ne dénotait rien de particulier. Cet état satisfaisant, provoqué et entretenu par une potion légèrement stimulante, avait duré pendant treize heures, lorsque le malade fut pris subitement, pendant la nuit, de dyspnée, d'oppression, de chaleur à la tête avec rougeur à la face, et succomba une heure après, malgré l'application aux membres inférieurs de cataplasmes fortement sinapisés, qui fut faite par son médecin ordinaire.

Dans la narration de ce fait, j'ai élagué tous les détails étrangers au point de vue que je considère. Il mérite, à plus d'un titre, d'être interprété avec soin.

Je dois signaler en premier lieu que l'action chloroformique avait cessé, et que le pansement allait être commencé, lorsque l'ablation du débris

(1) Voir le n° du 13 décembre 1851 de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, le compte rendu de cette séance, et la judicieuse critique de M. le docteur Dechambre.

(2) RECHERCHES SUR L'INTRODUCTION ACCIDENTELLE DE L'AIR DANS LES VEINES, ET EN PARTICULIER SUR CETTE QUESTION :

« L'air, en s'introduisant spontanément par une veine blessée pendant une opération chirurgicale, peut-il causer subitement la mort? » (Amussat. Paris, 1839.)

---

nous dispenser de faire remarquer à quelles conséquences sérieuses entraînerait, s'il venait à se propager, l'exemple aujourd'hui donné par la succession d'Argenteuil. Les droits que les tribunaux viennent de refuser à l'Académie de médecine, il y a longtemps que l'Académie des sciences se les arroge et en use sur une grande échelle. La fondation Montyon défraye, au moins en partie, si nous ne nous trompons, la publication des comptes rendus. Des prix sont partagés, qui devraient être décernés intégralement; le montant de certains autres est arbitrairement fixé. Si l'État ou des héritiers allaient se mettre à éplucher les termes des donations, tous les us et coutumes du lieu seraient bouleversés. Ce serait une révolution. On dit que la savante compagnie se préoccupe de cette éventualité, et que la question a été soulevée dans la commission de prix Montyon.

— *Eamus*, car le récit des infortunes de l'Académie de médecine n'est pas terminé. Le chevalier de la dignité académique, le gardien des formes, le dragon des prérogatives, M. Cornac enfin, est venu se plaindre de ce que, dans les dernières éditions de l'ANNUAIRE, des modifications avaient été apportées au règlement sans que l'Académie, ni même le conseil d'administration, en eussent été informés. Ainsi se trouvaient soulevées simultanément une question de fait et une question d'attribution.

En réalité, des modifications ont été introduites dans le règlement, et voici en quoi elles consistent. Deux articles ont été supprimés : l'article 4 qui portait : « Les séances sont présidées par *le premier médecin du roi, président d'honneur perpétuel*; en son absence, par le président annuel, et, en leur absence, par un vice-président; » et l'article 5 est conçu : « *Le président d'honneur perpétuel* préside de droit les réunions de l'Académie et des commissions, à l'exception de celles des sections et des commissions chargées de présentations aux places vacantes. Il a voix prépondérante en cas d'égalité de suffrages. *Il marche à la tête de l'Académie et de ses députations, il les présente et parle en leur nom.* » La suppression de ces articles a été une conséquence naturelle et nécessaire de la révolution de février, qui avait fait disparaître le roi et la royauté. Elle a été faite par les soins du bureau et approuvée, en mars 1848, par M. Carnot, alors ministre de l'instruction publique, en même temps que certaines interversions, peu importantes, dans l'ordre des articles. On a pu croire que cette simple autorisation ministérielle d'un acte émané du bureau seul n'était pas impérative pour l'Académie et ne l'engagerait pas, le cas échéant. Mais, outre que l'ancien règlement avait été établi en exécution des lois, décrets et *arrêtés ministériels* existants, il convient de remarquer que les modifications précitées ont toutes été approuvées ultérieurement par M. Rouher, « en vertu du décret du 20 mars 1850, des arrêtés ministériels du 27 avril 1850, 9 novembre 1850, et 4 février 1851. »

On le voit donc, les suppressions étaient nécessaires, elles étaient dans l'intérêt de l'Académie, elles sont devenues impératives.

Maintenant, le bureau avait-il qualité pour négocier ces changements avec le ministre, sans délégation de l'Académie? Non certainement, et bien que cette extension arbitraire d'attributions n'ait rien de bien grave, M. Cornac était dans son droit en la signalant. Le principe contraire est bon à maintenir. En le sacrifiant une fois, on pourrait s'exposer à des abus sérieux. Voilà pourquoi nous approuvons la nomination d'une commission qui devra s'adjoindre au conseil pour obte-

squirrheux adhérent à la veine sous-clavière a déterminé l'ouverture de ce vaisseau altéré ; quoique cette manœuvre ait été exécutée avec la plus grande précaution, il en est résulté une pénétration subite du fluide aérien qui a aussitôt déterminé les phénomènes les plus graves.

L'introduction de l'air, dont la réalité ne saurait être contestée dans ce cas, doit être d'autant plus soigneusement notée, que l'hémorrhagie avait été à peine sensible. Au contraire, dans beaucoup de faits de ce genre, qui ont été publiés, et en particulier dans celui de Delpech, la perte de sang artériel avait été préalablement fort considérable ; en sorte qu'en définitive on ne sait trop à laquelle de ces deux causes doit être imputée la terminaison funeste.

La syncope a été des plus graves et des plus alarmantes ; nous avons même craint que ce ne fût une mort réelle ! La circulation était complétement interceptée ; toutes les fonctions semblaient anéanties. Le sujet est pourtant *revenu à la vie* après trois ou quatre minutes ! Nouvelle preuve contre l'assertion de M. le docteur Bouchut, savoir : *La cessation des battements du cœur entraîne forcément la cessation de la vie !* Erreur regrettable que je crois avoir déjà réfutée dans ma NOTE SUR UN CAS DE MORT APPARENTE, adressée à l'Académie (séance du 25 mars 1850).

La compression qui a été pratiquée sur le vaisseau béant a empêché un accès plus considérable d'air atmosphérique ; il a ainsi retardé une mort qui eût été probablement immédiate. Ce moyen est le plus efficace qu'on ait à employer, concurremment avec les stimulants cutanés et olfactifs, pour conjurer les conséquences terribles d'une nouvelle introduction de gaz. Grâce à lui, M. Velpeau a pu sauver, dans un cas analogue, un de ses opérés, en juin 1848 ; aussi a-t-il eu raison d'en recommander expressément l'emploi. (Séance du 9 décembre.)

Nysten et M. Amussat ont également conseillé la compression du thorax, pour faciliter l'expulsion de l'air par l'ouverture de la veine. Mais on a reconnu que ce moyen mérite en général peu de confiance ; il me paraît même devoir être prescrit pendant la syncope, qu'il ne peut qu'aggraver.

M. Magendie a proposé en outre d'introduire par la veine jugulaire externe jusque dans le cœur un tube métallique adapté à une seringue destinée à extraire le gaz. Ce procédé semble avoir réussi chez un chien, entre les mains de cet expérimentateur. J'ignore s'il a été employé chez l'homme ; toujours est-il que ce moyen dont l'utilité paraît tout au moins fort douteuse, n'eût pu être mis à exécution chez notre malade, car la veine jugulaire externe comprise dans la tumeur était complétement oblitérée.

M. Amussat explique les morts subites dues à l'introduction de l'air dans les veines et dans les cavités droites du cœur par l'interruption mécanique qu'il occasionne dans la circulation sanguine.

Cette explication, acceptée par la plupart des chirurgiens, est inadmissible dans les cas où, bien que l'impulsion cardiaque ait vaincu l'obstacle gazeux, le sujet succombe dans une sorte de réaction plus ou moins prononcée. C'est ce qui a eu lieu ici. L'air introduit dans le cœur a été en effet entraîné et dissous dans ce torrent circulatoire, comme le prouve le retour des bruits normaux de la région précordiale, des pulsations artérielles et du murmure respiratoire.

Si la pénétration de l'air n'était nuisible que d'une manière toute *physique*, nul doute que dans ce fait, comme dans plusieurs autres, elle n'eût en rien contribué à la mort. Mais ne peut-elle pas aussi être consécutivement funeste par une action tout *antivitale* ou *dynamique* de cet agent brusquement introduit et mélangé dans la masse du fluide sanguin ? Bichat, on ne l'a pas oublié, l'accusait de produire une impression délétère sur le cerveau. Nous n'oserions répondre par l'affirmative, vu qu'il était normal que le sang contient plusieurs gaz en dissolution, comme l'ont démontré les chimistes modernes. En outre, l'autopsie cadavérique nous manque pour pouvoir affirmer que dans ce cas la cessation de la vie n'est pas explicable par *quelque raison anatomique*.

Quoi qu'il en soit, la question de la fermentation spontanée de gaz dans le sang et de son introduction accidentelle dans les veines est loin d'être complétement résolue. Il est donc à regretter que l'Académie de médecine l'ait agitée encore une fois sans chercher à la vider. C'est ainsi que pour ne parler que des expérimentations récentes de MM. Renault et Bouley, il serait désirable, ce me semble, que ce corps savant nommât une commission chargée de les répéter et de les contrôler. Le sujet en vaut certes la peine : il intéresse à la fois, au plus haut degré, les physiologistes et les chirurgiens.

Qu'il me soit enfin permis, en terminant, de rendre hommage à la probité et à l'amour scientifique de mon honorable maître et ami le docteur Bertrand, qui, comprenant que les revers en médecine méritent d'être connus et propagés autant et plus peut-être que les succès eux-mêmes, m'a fortement conseillé la publication de l'observation qui précède.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'EMPLOI DE L'OPIUM DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE ; par M. le docteur MICHÉA.

La thérapeutique de l'aliénation mentale offre une grande lacune : la science n'est nullement fixée sur une méthode de traitement physique très-importante, le traitement par les narcotiques. Chose singulière ! il n'existe même sur ce point, en France du moins, aucun travail de quelque étendue et de quelque portée.

Employée jadis, notamment dans le siècle dernier, par plusieurs médecins français, anglais, allemands et suédois, la médication stupéfiante n'a eu entre leurs mains que de médiocres destinées. Par des raisons de nature diverse, les narcotiques n'eurent qu'un succès contestable, et ils tombèrent vite en discrédit. Dans notre siècle, chez nous, à l'exception de Royer-Collard, les plus célèbres aliénistes, Pinel, Esquirol, etc., en ont presque entièrement négligé ou banni l'emploi.

Cependant, à l'étranger, beaucoup de médecins très-expérimentés considèrent aujourd'hui la proscription de la médication stupéfiante comme un préjugé qu'on ne saurait trop chercher à détruire. En Angleterre surtout, des aliénistes très-habiles : M. Philips, médecin de la maison de Bethual ; M. Beverly, M. Al. Sutherland, médecin de l'hôpital Saint-Luc ; M. Wintle, M. Thurnam, M. Casson, M. Holland, M. Poynder, M. Paul, M. Kirkman, M. Wilkes, M. Mallam, M. Bryan, etc., etc., vantent beaucoup l'efficacité de cette méthode (1).

(1) Voyez l'enquête de la commission des aliénés, soumise au lord chancelier, sur les divers traitements de la folie usités dans les asiles d'Angleterre, document traduit par M. Berlé. (ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, numéro de janvier 1849).

nir des éclaircissements et les transmettre à la compagnie. Nous ne doutons pas un instant que le bureau actuel ne fût aisément parvenu, moyennant quelques explications, à s'entendre, séance tenante, avec ses collègues. Mais un peu de solennité ne messeyait pas dans la circonstance. Il était convenable de maintenir, comme par un acte conservatoire, les droits de la compagnie contre ceux qui, même à son profit, croiraient pouvoir stipuler sans son concours.

Il n'est pas vraisemblable qu'en appelant l'attention de ses collègues sur ces faits, M. Cornac ait eu en vue de ressusciter la coutume établie par l'ancien règlement. Cette coutume était morte avant d'être rayée des articles. Ni M. Marc ni M. Fouquier, quand ils étaient premiers médecins de Louis-Philippe, n'avaient songé à en profiter, et l'on peut affirmer, sans crainte d'erreur, qu'ils n'y eussent pas consenti si on les en eût priés. Très-vraisemblablement le premier médecin de l'empereur n'est pas plus ambitieux. M. Cornac, comme nous avons dit, n'a regardé qu'au principe, et l'Académie lui en a su gré par la nomination d'une commission à une grande majorité.

— Nous nous lamentions récemment sur le choix des tables noires du vestibule pour y inscrire le nom de M. Orfila à côté de celui des bienfaiteurs défunts. Nous ne savions pas répondre à un sentiment si vif et si général. Des informations certaines nous permettent d'affirmer qu'on va surseoir à l'exécution de ce projet, et qu'on songe à encastrer dans le mur une plaque de marbre blanc à l'usage exclusif des bienfaiteurs vivants ; M. Orfila y figurerait immédiatement. L'idée est heureuse. Cette belle surface blanche, cet espace vide sans un seul nom, aura quelque chose de provocateur pour les riches de l'endroit. Il n'est pas de meilleur moyen d'appeler l'imitation. Très-certainement, si l'excellent Capuron vivait encore, il tiendrait à honneur de devancer l'heure de la bienfaisance, et de goûter, en si bonne compagnie, les émotions que fait naître la reconnaissance publique.

Ce qui advient à M. Orfila est de nature à encourager. Les témoignages de gratitude vont se multipliant autour de lui. La souscription pour la médaille s'alonge rapidement. L'Association des médecins du département de la Seine, si bien partagée dans les donations, a voulu y répondre pour son propre compte et d'une façon tout exceptionnelle. Elle vient de voter la commande d'une toile qui représentera l'*Association de prévoyance secourant les veuves et enfants des médecins morts pauvres au service de l'humanité*. Ce tableau sera offert à M. Orfila. Une commission est nommée et la souscription commence à se couvrir. Peut-on payer trop cher de pareils honneurs ? Le corps médical sera manifestement entaché d'avarice si, avant peu, ses membres les plus éminents n'ont pas doté les institutions scientifiques de plusieurs millions.

A. DECHAMBRE.

— Le concours pour l'agrégation, ouvert à l'École de pharmacie de Paris depuis le 15 novembre dernier, vient d'être terminé. M. Louis Figuier, dont nos lecteurs ont eu plusieurs fois occasion d'apprécier le mérite, a été nommé agrégé en chimie ; M. Edmond Robiquel, en physique ; M. Réveil, en toxicologie. Les deux premières nominations ont été faites à l'unanimité.

Or, voulant savoir par moi-même jusqu'à quel point on pouvait compter sur elle, j'ai institué un certain nombre d'expériences comparatives concernant les effets curatifs des principaux agents qui la composent.

En matière de thérapeutique, pour que l'expérimentation aboutisse à des résultats aussi concluants que possible, il faut avoir égard à certaines circonstances qui peuvent faire varier beaucoup ces résultats. Il faut tenir compte de plusieurs influences susceptibles d'en imposer à l'expérimentateur. Dans le cas, par exemple, où le malade guérit, il y a à distinguer la part qui revient à la marche naturelle des phénomènes morbides de la part qu'on doit attribuer, soit à l'action d'un traitement antérieur, soit à celle des médicaments actuellement employés; car certaines médications ont sur l'économie une influence lente qui ne devient manifeste que longtemps après qu'on en a cessé l'usage. Dans le cas où le malade ne guérit pas, on doit chercher à apprécier si certaines conditions défavorables, l'âge avancé du sujet, une prédisposition héréditaire, la chronicité de l'affection, l'administration vicieuse des agents médicamenteux, etc., n'ont pas été des obstacles au succès du traitement.

Parmi les maladies mentales, il y en a qui peuvent constamment guérir à l'aide des seules forces de la nature, tel est le cas, par exemple, du délire des ivrognes accompagné du tremblement des membres; il y a d'autres genres d'aliénation, au contraire, contre lesquels tous les moyens de traitement échouent, ce sont les vésanies compliquées d'épilepsie ou de paralysie générale.

Or, dans mes expériences j'ai fait abstraction de tous ces cas, je n'ai rapporté que des observations de manie et de monomanie simple, ou du moins exempts de ces deux sortes de complication.

A très-peu d'exceptions près, je n'ai fait entrer en ligne de compte que des sujets chez lesquels le début de l'aliénation ne remontait pas au delà de deux à trois ans. Il y en a bien quelques-uns dont la date du mal est un peu plus ancienne; mais ce sont des personnes guéries une première fois et qui ont éprouvé des rechutes.

J'ai choisi de préférence les malades n'ayant subi aucun traitement antérieur. Ceux qui avaient été préalablement soumis à d'autres médications sont en très-petit nombre.

J'ai administré chaque narcotique à des doses successivement croissantes, en ayant soin d'en suspendre l'emploi pendant un certain temps, puis d'y revenir à trois, quatre, cinq, six, sept ou huit reprises séparées par des intervalles variant entre huit jours, quinze jours, un mois. D'habitude je poussais graduellement les doses juqu'à commencement d'intoxication. Alors, dès qu'il survenait soit un assoupissement trop prolongé, soit des nausées ou des vomissements, soit de la céphalalgie, des vertiges, de la sécheresse au gosier, une constipation opiniâtre, etc., etc., ou bien je suspendais entièrement l'usage du narcotique, ou bien je l'administrais à des doses successivement décroissantes. Quand au bout d'un certain temps, ordinairement après deux mois, l'usage du narcotique ne produisait aucun résultat favorable, il était définitivement abandonné.

Dans le plus grand nombre des cas, les agents de la médication narcotique ont été administrés à l'insu des malades, en suspension dans du chocolat, du café au lait, des potages, du vin, etc. De cette façon, l'influence physique du remède se trouvait dégagée de l'influence toute morale que chaque substance médicamenteuse exerce plus ou moins sur les imaginations mobiles et prévenues. Du reste, il eût été souvent difficile de les administrer autrement, attendu que ne se croyant pas malades pour la plupart, ou bien les aliénés ingèrent de mauvaise grâce les médicaments qu'on leur prescrit, ou bien ils refusent avec obstination tous ceux qu'on leur présente.

Convaincu que dans toute expérimentation thérapeutique sérieuse, il est nécessaire d'inscrire les mécomptes à côté des succès, j'ai divisé les observations en trois catégories: 1° celle dans laquelle les malades ont guéri complètement; 2° celle dans laquelle les narcotiques n'ont produit que de l'amélioration ou une guérison passagère; 3° celle enfin où ces agents médicamenteux ont échoué complètement.

Les substances narcotiques qui ont servi à nos expériences sont l'opium et ses principes, la jusquiame, le datura stramonium, la belladone et la mandragore.

1° OPIUM ET SES PRINCIPES.

L'usage de l'opium dans le traitement de la folie est une question qui divisait jadis beaucoup les praticiens. Les uns, avec Rivière, Daquin, Cullen, etc., vantaient les effets salutaires de ce médicament; les autres, notamment Valsalva, Morgagni et Lorry, le proscrivaient comme très-dangereux. Selon ce dernier auteur, l'opium augmente le délire et l'agitation des maniaques. Esquirol se borne à quelques mots sur son emploi. Il ne paraît pas l'avoir beaucoup expérimenté, et dans le petit nombre de phrases qu'il lui consacre, il lui est plutôt hostile que favorable. Ce médicament, appliqué au traitement des vésanies, était du reste tellement tombé, en France, dans la défaveur ou dans l'oubli, que MM. Trousseau et Pidoux ne le mentionnent même pas dans les dernières éditions de leur TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Aujourd'hui, en Angleterre, l'opium et ses principes sont regardés comme les agents les plus efficaces dans le traitement des vésanies.

M. Mallam se loue beaucoup de l'utilité de l'opium en général, et de l'acétate de morphine en particulier, dans toutes les formes de l'aliénation. M. Philips, de l'asile de Bethnal, le recommande surtout dans la manie avec grande excitation. Il préfère aux autres préparations la solution de Batlley, autrement dit l'extrait aqueux. M. Beverly le vante aussi dans les cas de violente excitation maniaque. Il se sert plus particulièrement de la morphine. Selon M. Alexandre Sutherland, les opiacés rendent les plus grands services, non-seulement dans les paroxysmes de la manie, mais encore dans la folie puerpérale, surtout quand il y a insomnie complète, et dans les cas où l'éréthisme nerveux dépend d'un état d'anémie produit ou entretenu par l'abstinence ou toute autre cause. L'usage, au contraire, lui en semble contre-indiqué quand il existe de la congestion cérébrale et des symptômes qui donnent lieu de craindre la paralysie générale. A l'hôpital Saint-Luc, M. Sutherland a l'habitude de prescrire l'acétate de morphine en solution dans l'eau distillée; mais dans sa pratique privée, il ajoute souvent de l'acide acétique. Il donne aussi le chlorhydrate combiné avec l'acide chlorhydrique affaibli. Il a vu le méconiate de morphine réussir dans des cas où l'acétate et le chlorhydrate n'étaient pas bien supportés. « J'avais chez moi, dit le docteur Wintle, un ministre, qui était tellement pénétré du pouvoir qu'a l'opium de modérer l'excitation maniaque, que, quand il quitta l'asile de Warnefford, il garda chez lui une mixture opiacée : il en faisait usage quand il se sentait irritable, quand il commençait à ne plus être maître de lui, et c'était généralement avec succès. J'ai employé les opiacés, ajoute-t-il, sur une grande échelle, pendant une période de vingt années, et je n'ai jamais constaté aucun résultat fâcheux. »

M. Casson a vu aussi les opiacés particulièrement utiles dans des cas de mélancolie et dans d'autres circonstances où une grande excitation du système paraissait jointe à une diminution des forces. En 1831, le docteur Seymour fit connaître les services que lui avait rendus l'acétate de morphine dans le traitement de la monomanie suicide. Il signala 70 cas de guérison obtenue par cette méthode.

C'est toujours à hautes doses qu'en Angleterre on prescrit les narcotiques en général, et les opiacés en particulier, dans le traitement de la folie. Les aliénistes de ce pays attribuent les insuccès qu'on peut leur reprocher à la timidité et à l'indécision qu'on a mises dans leur usage. Ils pensent que, largement employés, ces moyens manquent rarement leurs effets dans les cas curables. Ils conseillent d'en continuer l'administration et d'en augmenter graduellement les doses jusqu'à ce qu'on voie le sommeil survenir et l'excitation se calmer. Ils prétendent que, donnés à petite dose, ils augmentent le délire, au lieu de l'apaiser, et qu'en prescrivant les opiacés, il faut toujours chercher à produire l'effet sédatif et non pas l'effet stimulant de ces remèdes.

Le docteur Oliver n'emploie pas l'opium dans la première période de la manie; mais dès que la violence de l'accès commence à se calmer, il donne de 2 à 4 grammes de teinture d'opium deux ou trois fois par jour, et de plus, au moment du coucher, une dose double de ce médicament, ou bien 10 à 15 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Ce médecin n'a jamais rien observé qui fût de nature à faire douter de l'utilité de cette méthode. Pendant l'usage des opiacés, il fait la plus grande attention à ce que le ventre soit toujours libre. » Dans quelques circonstances, dit-il, où l'irritation est excessive, je regarde l'usage de l'opium comme tout à fait indispensable, et je l'ai souvent donné à très-haute dose avant d'arriver à procurer le sommeil. » Le docteur Seymour administre l'acétate de morphine, en commençant par 1 centigramme chaque soir. Au bout d'une semaine, il élève la dose à 3 centigrammes, puis à 5. Ces doses sont continuées pendant plusieurs semaines pour les cas moyens, et au moins pendant trois mois pour les cas graves.

J'ai administré les opiacés chez 17 individus atteints, soit de délire plus ou moins général, soit de folie plus ou moins circonscrite. Les préparations auxquelles j'ai eu recours sont l'extrait gommeux d'opium et le chlorhydrate de morphine. Le plus habituellement elles étaient mêlées dans du vin, du chocolat, du café au lait, du bouillon ou des potages, de manière à être dérobées à la vue et au goût des malades.

CATÉGORIE DES MALADES CHEZ LESQUELS L'OPIUM A PRODUIT LA GUÉRISON.

OBS. I. — M. G... (Pierre-Germain), négociant, 58 ans, constitution moyenne et tempérament sanguin. Au printemps de l'année 1847, sous l'influence du mauvais état de ses affaires commerciales, il eut un premier accès d'exaltation maniaque.

Au mois d'avril de l'année 1849, il eut un second accès, en tout semblable au premier. Ce malade entre en maison de santé le 4 mai.

Le 5, je constate l'état suivant : agitation extrême, loquacité continuelle, discours incohérents, propos orduriers et infâmes, cynisme révoltant dans les actions. Pouls fréquent, sans chaleur à la peau, aucune lésion dans la sensibilité et la motilité.

Le 7, l'extrait gommeux d'opium est administré sans interruption jusqu'au 19, en commençant par 5 centigrammes et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

19. Le malade, qui a ingéré hier 65 centigrammes du médicament, n'offre aucune amélioration. L'opium est suspendu.

Du 1er juin au 5, le médicament est administré de nouveau à doses croissantes, en commençant toujours par 5 centigrammes.

6. Doses décroissantes jusqu'au 9.

10. Même état mental. Le malade a été pris hier de déjections alvines. Prescription : deux potages gras au riz ; lavement amidonné. Suspension de l'opium.

Du 15 au 29, l'extrait gommeux d'opium est administré à la dose uniforme d'un décigramme par jour. Aucune amélioration dans l'état des facultés intellectuelles.

30 Suspension de l'opium.

Du 5 juillet au 12, administration du chlorhydrate de morphine mêlé aux aliments, en commençant par 1 centigramme et en augmentant chaque jour la dose de la même quantité.

13. Le malade, qui a ingéré hier 8 centigrammes du sel de morphine est pris de vomissements et de diarrhée. Il se plaint d'une saveur d'amertume attachée à ses aliments ; cette saveur augmente son délire et lui fait croire qu'on en veut à sa vie. Vociférations, injures, menaces. *Cessation de l'emploi du sel de morphine.*

17. Amélioration considérable ; le malade dort mieux et davantage. Il parle beaucoup moins, avec plus de suite dans les idées et plus de calme dans l'expression. Il ne croit plus qu'on cherche à l'empoisonner. Il a recouvré surtout le sentiment de la pudeur.

2 août. L'excitation maniaque a tout à fait disparu. Elle est remplacée par de l'affaissement physique et un peu de mélancolie. M. G.. conserve la mémoire de ses extravagances passées ; il en éprouve un sentiment de honte qui lui fait fuir la société avec autant d'empressement qu'il en mettait naguère à la rechercher.

15. Le malade se plaint de malaise et de pesanteur au périnée. L'examen de cette région fait découvrir plusieurs tumeurs hémorrhoïdales externes fort engorgées. Prescript. : application de 12 sangsues et d'une pommade où entrent de l'extrait de ratanbia et de l'extrait de belladone.

1er septembre. Les tumeurs hémorrhoïdales ont disparu. Aucune trace de trouble intellectuel. M. G... a repris toutes ses habitudes d'homme du monde.

Quoique parfaitement guéri, il reste encore plusieurs mois dans l'établissement.

En janvier 1850, il rentre dans sa famille.

Le 16 août 1851, il succombe à tous les accidents d'une péritonite attribuée à une perforation intestinale.

Depuis la convalescence du dernier accès d'aliénation mentale jusqu'au moment de la mort, l'intelligence a toujours été d'une intégrité parfaite.

Dans ce cas, nous avions affaire à un second accès de manie aiguë survenu deux ans après le premier. Combien ce dernier avait-il duré, et quels moyens avait-on employés pour le combattre ? Ce sont des renseignements qu'il m'a été impossible d'obtenir. Toujours est-il que le malade prit une première fois, en treize jours, 4 grammes 5 décigrammes d'extrait gommeux d'opium, et à une seconde reprise, en vingt-neuf jours, 2 grammes 7 décigrammes. Enfin, à une troisième reprise, séparée de la seconde par un court intervalle, il ingéra en huit jours, 3 décigrammes 6 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Alors il survint dans l'excitation maniaque un redoublement porté jusqu'à la fureur. Ce paroxysme cessa bientôt pour faire place à une amélioration considérable qui eut lieu deux mois et demi, à dater du jour où le traitement fut commencé. Quinze jours après environ, l'accès maniaque avait totalement disparu. Il fut remplacé par de l'abattement physique et une tendance à la tristesse. Un engorgement hémorrhoïdal survint, qui n'exerça aucune influence sur l'état mental. Enfin, deux ans après la guérison, rentré dans sa famille, le sujet succombe avec toute sa raison, à une maladie étrangère au système nerveux.

Obs. II. — M. Nicolas L..., entrepreneur de maçonnerie, âgé de 30 ans. Le 3 mai 1849, il est pris tout à coup de fièvre, de céphalalgie et de délire. Deux médecins cherchent à combattre ces symptômes à l'aide de deux saignées du bras pratiquées à deux jours d'intervalle, conjointement avec des bains tièdes et des affusions d'eau froide sur la tête.

Le 14, le malade se trouve soulagé ; il a surtout moins de soif et d'inappétence ; mais son esprit reste toujours en proie à un peu d'égarement.

Le 18, M. L... reprend ses occupations habituelles. Tant qu'il travaille, il n'éprouve aucun symptôme du côté du cerveau. Dès qu'il prend un peu de repos, il se voit importuné par des hallucinations de l'ouïe ; il entend des paroles imaginaires, qu'il prend pour autant de réalités, paroles qui roulent sur des objets pénibles, qui lui inspirent des doutes sur la fidélité de sa femme et sur son titre de père de deux enfants qu'il aime beaucoup. A cela se joignent des hallucinations de la vue et du goût.

Afin d'échapper à l'effroi que lui cause l'aspect d'une foule d'animaux fantastiques, et dans le but de se soustraire à l'empoisonnement, dont une saveur âcre et métallique attachée à tous les aliments lui donne sans cesse la crainte, il quitte son domicile.

Le 26, il est arrêté, entre onze heures et minuit, par deux gendarmes, et conduit à la préfecture de police.

Le 28, il entre en maison de santé. Les hallucinations de l'ouïe, de la vue et du goût ne lui laissent aucun repos. Non-seulement il est dominé par la crainte de périr victime du poison ou de la fureur des animaux fantastiques qui l'environnent, mais encore il redoute les punitions de l'enfer, qui lui sont représentées souvent par des flammes au milieu de son délire sensorial. Apyrexie et insomnie.

1er juin. Deux centigrammes et demi d'extrait gommeux d'opium sont administrés. La dose en est chaque jour doublée jusqu'au 10.

11. Aucune amélioration ; tendance à l'assoupissement et nausées. L'extrait gommeux d'opium est suspendu.

Le 17, il est administré de nouveau à la dose de 1 décigramme et demi par jour. Cette dose est successivement doublée jusqu'au 23.

24. L'assoupissement continue, sans diminution notable du délire. Des vomissements forcent à cesser l'emploi du médicament.

Le 30, le traitement est repris. Seulement, au lieu d'extrait gommeux d'opium, c'est du chlorhydrate de morphine que j'administre. Il est mêlé aux aliments du malade en commençant par 1 centigramme et en doublant chaque jour cette dose jusqu'au 5 juillet.

6 juillet. Hier, M. L... a pris 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Amélioration notable dans l'état mental. Le malade commence à convenir spontanément que ses craintes peuvent bien n'avoir aucun fondement et ses hallucinations aucune réalité objective.

Du 6 au 12, 8 centigrammes de morphine par jour.

Le 13, M. L... a l'esprit dégagé de ses idées fixes. Il éprouve le besoin de communiquer avec sa famille et ses amis, dont il ne s'occupait nullement au milieu de son délire. De taciturne, il est devenu expansif ; il y a bien encore quelques hallucinations de l'ouïe, mais il ne s'en tourmente plus, parce qu'il les regarde comme autant d'erreurs de son imagination. A dater de ce jour, le sel de morphine est suspendu.

Le 19, l'amélioration augmente de jour en jour.

Le 25, tout vestige de délire sensorial a disparu.

Le 1er août, le malade sort de l'établissement avec sa raison pleine et entière.

Depuis ce moment jusqu'à aujourd'hui (12 mai 1852), la guérison s'est parfaitement soutenue.

Dans le cas dont il s'agit, une méningite a précédé l'invasion du délire apyrétique. Les émissions sanguines, les bains tièdes et les affusions d'eau froide sur la tête ont fait disparaître les symptômes de l'inflammation des enveloppes du cerveau ; mais le désordre de l'intelligence persiste, et plus tard il augmente d'intensité. Une première fois, en dix jours, le malade prend 1 gramme 6 décigrammes d'extrait gommeux d'opium. Une seconde fois, à sept jours d'intervalle, il en prend 4 grammes 20 centigrammes. Une troisième fois, cinq jours après la seconde, il ingère 7 décigrammes et demi de chlorhydrate de morphine en douze jours. Une amélioration notable se manifeste un mois après le début du traitement : le sujet commence à s'apercevoir de l'erreur de ses conceptions délirantes et à douter de la réalité objective de ses hallucinations. Enfin, au bout d'environ deux mois, toute trace de délire a disparu.

Obs. III. — M. V..., âgé de 21 ans, employé supérieur dans une des plus fortes maisons de commerce de Londres, est d'une constitution moyenne et d'un tempérament sanguin. Il ne compte pas d'aliénés parmi les membres de sa famille. Sauf quelques écoulements blennorrhagiques, il n'a jamais été malade.

Il y a deux ans, à la suite d'un travail de bureau, pénible et trop prolongé, il fut assailli par certaines pensées étranges : il fut poursuivi par le désir de briser plusieurs des objets qui lui tombaient sous la main. Pendant une année, il put résister à ce désir bizarre et dangereux ; mais au bout de ce temps toute lutte fut vaine : sa volonté resta complètement impuissante. Ce penchant irrésistible à détruire se manifeste par accès irréguliers et durε quelques secondes. Alors M. V... déchire des lettres, des livres, etc., mais toujours des objets lui appartenant. Il met le plus ordinairement en pièces ses vêtements. Une fois l'acte accompli, le malade est des plus malheureux, il se désole, il gémit, il déplore son funeste penchant. Il craint surtout que ce besoin impérieux de déchirer s'étende à des objets d'une tout autre importance ; et dans ce but, sitôt qu'il prévoit la manifestation d'un de ces accès, il a le plus grand soin de déposer au fond d'un coffre les billets de banque, les lettres de change, les livres de commerce, en un mot tous les papiers précieux que la confiance de ses chefs laisse entre ses mains, et il en livre la clef à un de ses frères, qui est dans sa confidence, en le priant de la soustraire à ses regards, et même de lui laisser ignorer le lieu où il l'a placée. Du reste, sauf ce délire partiel, cette irrésistibilité d'action, qui n'a lieu que sur un point, M. V... jouit de toutes les apparences de la raison la plus solide. Il n'offre ni affaiblissement de la mémoire, ni incohérence dans les idées, ni trouble du jugement ou de l'imagination. Il apprécie si bien son état d'esprit, sa sagacité est si grande à cet égard, que lui-même, contrairement à la généralité des fous, s'avoue aliéné.

Il a consulté, il y a six mois, à Londres, un médecin célèbre qui lui a prescrit l'application de six ventouses à la nuque, la cessation complète de ses occupations, et comme sujet de distraction un voyage en Écosse. Il se trouva assez bien.

de ce conseil qu'il suivit de point en point : il eut des accès moins fréquents, et souvent il eut la force de résister à son désir de déchirer. Mais depuis deux mois il y a eu récidive. Arrivé à Paris depuis quinze jours, le malade a déjà eu deux accès pour lesquels je fus appelé auprès de lui par le docteur Osterbourg, au commencement de juin de l'année 1846. Sauf de l'insomnie, il n'offre rien d'anormal dans sa santé physique.

Du 20 au 27 du même mois, le chlorhydrate de morphine est administré en commençant par 1 centigramme, et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

28. M. V..., qui a ingéré hier 8 centigrammes du sel de morphine, dort plus longtemps et a le sommeil moins agité. Il a eu un accès hier, mais l'envie de détruire a été moins vive et a eu une durée plus courte. Il a cependant encore déchiré trois chemises et plusieurs lettres. Constipation, nausées et vomissements. Cessation de l'emploi du chlorhydrate de morphine.

6 juillet. Le malade a eu hier un accès très-intense, au milieu duquel il a mis en lambeau un de ses gilets. Une fois l'action accomplie, il a été en proie à une grande tristesse ; il s'est enfermé dans sa chambre, n'a voulu parler à personne, et s'est mis à répandre un torrent de larmes.

Du 7 au 15, reprise du sel de morphine, aux mêmes doses croissantes.

16. Le malade, qui en a ingéré hier 9 centigr., a éprouvé avant-hier un paroxysme. Au milieu de la nuit, il a commencé à déchirer son mouchoir de tête ; mais il a eu assez de force pour s'empêcher de le déchirer entièrement. Constipation, nausées, quelques vomissements, tendance au sommeil. Suspension du médicament.

25. Il y a eu depuis huit jours deux paroxysmes ; mais le malade a pu résister à l'envie de détruire.

Du 26 juillet au 2 août, le sel de morphine est administré de nouveau, toujours en commençant par 1 centigr. et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

3. Suspension du médicament.

15. Depuis les derniers dix-sept jours, le malade n'a pas eu une seule fois le désir de déchirer. Il est beaucoup moins triste.

1er octobre. La guérison se soutient.

15. Le malade retourne à Londres pour y reprendre ses occupations. Depuis lors jusqu'à aujourd'hui (25 octobre 1851) la monomanie n'a pas reparu.

Dans ce cas, une application de six ventouses à la nuque, un voyage en Écosse, la cessation de tout travail avaient produit une amélioration assez notable, mais celle-ci fut de très-courte durée. Les accès reparurent bientôt avec plus d'intensité. Le chlorhydrate de morphine fut alors administré. Il fut ingéré à trois reprises. La première fois la limite extrême du médicament fut de 8 centigrammes par jour ; la seconde, elle fut de 9, et la troisième de 8.

Obs. IV. — M. G..., ancien cultivateur dans la banlieue de Paris, est âgé de 53 ans. Il offre une constitution moyenne et la plus grande partie des attributs du tempérament sanguin. Il est fils d'un père qui mourut hémiplégique.

A l'âge de 22 ans, à la suite d'une frayeur, il fut pris d'attaques d'épilepsie qui se succédaient à des intervalles assez éloignés, dans le jour seulement, et qui cédèrent entièrement à l'influence de la racine de valériane sauvage administrée en décoction, à laquelle on ajoutait cinq gouttes d'ammoniaque par chaque tasse, ainsi qu'à l'usage simultané de pilules composées d'oxyde de zinc, de poudre de pivoine et de feuilles de belladone ; le tout continué sans interruption et à doses progressives pendant environ trois mois.

A l'exception d'un flux hémorrhoïdal assez copieux et assez fréquent, M. G... n'eut pas, à proprement parler, de maladies jusqu'à l'âge de 50 ans. A cette époque, il quitta la culture et passa d'une vie très-active à une oisiveté presque complète. Depuis lors il eut simultanément de la lenteur dans les digestions, de l'embarras à la région épigastrique, des flatuosités inodores et une profonde mélancolie. Il commença par devenir triste et à s'inquiéter au sujet de certaines idées religieuses ; il se crut coupable envers Dieu et destiné au supplice de l'enfer ; il eut ensuite des velléités de suicide, et enfin il conçut des craintes et se forgea des chimères ridicules à propos de sa santé.

Quoique continus, ces symptômes avaient beaucoup plus d'intensité en hiver et au printemps que dans les autres saisons de l'année.

Depuis trois ans que cette affection dure, le malade a employé divers ordres d'agents thérapeutiques. Il a pris des bains tièdes, puis ensuite des bains froids. Il a eu plusieurs fois des sangsues à l'anus, etc., etc.

Aujourd'hui (25 avril 1847) la maladie existe toujours ; mais elle a subi quelques modifications. Les lenteurs digestives, l'embarras épigastrique, les flatuosités sont remplacées par des sensations de constriction tantôt à l'épigastre, tantôt au cou, tantôt à la figure. Il est survenu une grande irritabilité dans les organes génitaux, des désirs vénériens plus vifs et plus fréquents, une grande promptitude d'éjaculation, et de temps à autre des pollutions nocturnes qui s'accompagnent d'une sensation de volupté légèrement douloureuse. Il y a des tintements et des bourdonnements d'oreille. Les selles sont normales, le sommeil est agité, l'urine tantôt limpide et blanche comme de l'eau de roche, tantôt rouge et jumenteuse.

Quant à l'état moral, la lypémanie hypocondriaque, quoique moins intense que naguère, est pourtant encore très-notable ; elle existe simultanément avec la lypémanie religieuse ; mais elle prédomine sur cette dernière et l'éclipse. Elle est accompagnée d'un dégoût invincible pour tout genre de travail et de devoirs sociaux.

M. G... lit sans cesse des ouvrages de médecine. C'est parce qu'il a lu mon Traité de l'hypocondrie qu'il m'a consulté de préférence à un autre médecin. Il a une peur de tomber malade incessante et portée au dernier degré. Il commet à cet égard des actions, et il se livre à des raisonnements où règnent une faiblesse et un ridicule extrêmes. Il craint tellement de contracter la rage, qu'il s'éloigne avec épouvante de tous les chiens qui passent près de lui, même à une distance de vingt pas ; qu'il n'entre jamais dans un lieu où il pense devoir en rencontrer ; qu'il pousse des cris et qu'il tombe en syncope quand à son insu un de ces animaux touche ses vêtements avec sa patte ou avec sa queue ; qu'il porte toujours sur lui un flacon d'ammoniaque ou un crayon de pierre infernale dans le but de cautériser l'endroit de sa peau ou de ses vêtements qui aurait subi le contact de la patte ou de la queue d'un chien. Il s'imagine, entre autres conceptions délirantes, qu'un fragment de pierre infernale qu'il a laissé tomber par mégarde dans son jardin, au pied d'un ceps de vigne, va exercer sur celle-ci une influence dangereuse. Il est tourmenté de la pensée que le raisin produit de ce ceps de vigne doit l'empoisonner s'il en mange.

En dehors de cette série de conceptions délirantes, le malade a le jugement intact. Il n'offre aucun désordre dans l'esprit, aucune incohérence dans le discours. Il a la conscience de sa folie. Il sait qu'il déraisonne sur quelques points ; mais sa volonté est impuissante soit à chasser ses terreurs, soit à leur refuser son acquiescement.

Du 27 avril au 4 mai, le chlorhydrate de morphine est administré sans interruption, en commençant par 1 centigr. et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

5. Sommeil plus tranquille. Aucune amélioration dans les autres symptômes. Il est survenu hier des vomissements. Suspension du médicament.

Du 12 au 20, le sel de morphine est administré de nouveau aux mêmes doses croissantes.

21. Le malade, qui en a ingéré hier 9 centigr., continue à dormir passablement. Il n'a plus de sensations constrictives à la gorge et à l'épigastre. Les terreurs religieuses ont disparu entièrement ; les préoccupations relatives à la santé sont moins vives et moins continuelles. Constipation. Le chlorhydrate de morphine est suspendu.

27. L'amélioration dans le désordre intellectuel se soutient. M. G..., dont l'attention ne pouvait naguère être détournée de craintes chimériques touchant sa personne, reste plusieurs heures dans la journée sans s'en préoccuper. Il commence à s'intéresser aux détails qu'on lui donne sur l'état de sa femme et de ses enfants. Il n'y a plus d'excitation dans les organes génitaux.

Du 3 juin au 10, reprise du chlorhydrate de morphine, toujours à doses croissantes.

11. M. G..., qui en a ingéré hier 8 centigr., a des nausées et quelques vomissements. L'état physique et mental est de plus en plus satisfaisant. Cessation de l'emploi du médicament.

20. M. G... s'en retourne dans sa localité complétement guéri. Nous l'avons vu plusieurs fois depuis, et jusqu'à présent (1er novembre 1851) il n'y a pas eu de rechute.

Chez ce malade, qui avait été épileptique à l'âge de 22 ans, et dont la maladie actuelle remontait à trois ans, l'emploi des bains tièdes, des bains froids et des émissions sanguines locales n'avait exercé aucune influence sur le désordre des facultés intellectuelles et morales. Toutefois il avait produit une transformation dans l'état nerveux ; la gastralgie avait fait place à des sensations constrictives dans divers points du corps accompagnées d'éréthisme des organes génitaux. L'usage du sel de morphine mit fin aux symptômes physiques et moraux. Comme dans le cas précédent, ce sel fut administré à trois reprises séparées par des intervalles variant entre huit et douze jours.

Obs. V. — M. R..., ancien sous-lieutenant de cavalerie, aujourd'hui employé dans un grand établissement industriel de Paris, est âgé de 49 ans. Il ne compte pas d'aliénés parmi les membres de sa famille. Sobre dans les plaisirs de la table, il a beaucoup abusé des jouissances vénériennes. Il a toujours été d'un caractère entier et très-irritable.

En 1842, il eut un violent accès de manie furieuse qui fut combattu par des saignées abondantes et des bains prolongés. Cet accès dura environ cinq mois. Au bout de ce temps, le malade revint complétement à la raison.

A la fin de février 1850, M. R... est repris d'un second accès. Il sort un matin de sa chambre à moitié vêtu, et il se rend dans un café où il avait eu la veille une altercation au sujet de la politique. Il demande l'adresse de son adversaire afin de le provoquer à se battre.

Arrêté sur la voie publique où il ameutait les passants par sa physionomie égarée et sa violence de langage, il est conduit à la préfecture de police.

Adressé à nous par le docteur Chambert, il entre en maison de santé le 1er mars.

Le 2, il est dans l'état suivant : il offre une grande agitation, il parle avec une extrême volubilité, il tient mille propos remplis d'incohérence. Il chante, il crie, il danse. Par moment, il répond convenablement aux questions que je lui adresse sur son âge, sa profession, sa famille, etc. ; puis il délire de nouveau. Il converse avec des personnages imaginaires ; il imite les gestes et la voix des enfants. Il déclame des fragments de poésie dramatique ; il improvise des vers qui manquent de mesure, mais où la rime est presque toujours juste ; il a une incroyable facilité à trouver ces rimes et une tendance continuelle à faire rimer tous les mots qu'il prononce. — Pouls fréquent, sans chaleur à la peau.

Le 3, mêmes symptômes. Administration du chlorhydrate de morphine (1 centigramme).

Le médicament est augmenté chaque jour de la même quantité pendant dix jours.

14. Amélioration très-notable : moins d'agitation, moins de chants, moins de cris. Encore quelques paroles incohérentes. Le malade, qui a pris hier 11 centigr. de chlorhydrate de morphine, a quelques nausées.

Du 14 au 23, la dose du médicament est diminuée chaque jour d'un centigramme.

Le 24, la convalescence est complète.

Le 1er avril, M. R... sort de l'établissement tout à fait guéri. Ce malade, qui occupe actuellement un emploi aux Invalides et dont j'ai très-souvent des nouvelles, continue à jouir de la plénitude de sa raison.

Ce cas est intéressant en ce qu'il permet de mettre en parallèle chez le même sujet l'emploi de deux méthodes de traitement. En effet, le malade, qui avait eu un premier accès de manie huit ans avant le second, accès contre lequel on avait mis en usage les émissions sanguines et les bains tièdes prolongés, ne recouvra la raison qu'au bout de cinq mois. Au second accès, sous l'influence du chlorhydrate de morphine, la guérison fut obtenue en moins d'un mois.

Obs. VI. — M. L..., 52 ans, constitution athlétique, tempérament nervoso-sanguin.

Garde-du-corps sous la restauration, il a quitté le service en 1830, et depuis lors il vit à la campagne, retiré dans une de ses propriétés, n'ayant guère d'autres occupations actives que les fonctions de maire de sa commune qu'il a acceptées presque malgré lui.

Depuis environ dix ans, ayant pris beaucoup d'embonpoint, il avait renoncé à tous les exercices du corps qui exigent quelque fatigue, même à la marche. Sauf le trajet de son domicile à quelques maisons voisines, qu'il faisait à pied, il ne sortait jamais de chez lui qu'en voiture. Assis presque toute la journée, l'hiver dans sa salle à manger et l'été dans son jardin, sa plus grande jouissance consistait à prendre des liqueurs fortes, mais surtout à fumer; il usait assez souvent jusqu'à vingt cigares par jour. Malgré cela, il continua à se bien porter jusqu'en 1848.

A cette époque, quelques semaines après la révolution de février, M. L... éprouva une vive émotion, causée par des menaces contre sa personne et contre ses propriétés, qui lui furent adressées dans une lettre anonyme. Son inquiétude, déjà très-grande, fut encore augmentée par la lecture qu'il voulut faire de toutes les brochures publiées par les écrivains du socialisme. La crainte de se voir dépouillé de ses biens augmenta insensiblement, et au mois de mars 1849, elle dégénéra en idée fixe.

Conduit à Paris au mois d'avril de la même année, ce malade nous fut adressé par le docteur Raymond.

15 avril. M. L... n'a presque pas d'appétit; il a la langue saburrale, quelques flatuosités, mais sans lenteur digestive ni souffrance épigastrique. Il va difficilement à la garde-robe; le pouls est vif, sans offrir de fréquence et sans chaleur à la peau.

Le sommeil est léger, agité par des rêves pénibles et interrompu par des réveils en sursaut. C'est en se réveillant ainsi que M. L... s'imagine avoir perdu toute sa fortune. Ce délire partiel, qui naît au milieu de la nuit, se prolonge pendant le jour. Il résiste à toutes les distractions qu'on procure au malade, et à tous les moyens de dissuasion qu'on emploie pour le combattre. Il a un peu moins d'intensité dans la soirée; mais il recouvre toute son énergie vers les deux heures ou trois heures du matin, moment où M. L... se réveille presque toujours en sursaut. Air d'ennui, de tristesse et de découragement répandu sur la physionomie; refus de remplir les moindres devoirs de société; désir extrême de la solitude; dégoût pour tous les genres de plaisir; tendance à la nosomanie. Ce n'est qu'en abondant dans le sens de l'idée fixe du malade on en le questionnant sur sa santé qu'on fixe son attention et qu'on en obtient quelques paroles. Aucune incohérence dans les idées et absence de délire sensorial (hallucinations et illusions des sens).

Du 18 au 23, l'extrait gommeux d'opium est administré, en commençant par 5 centigrammes et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

24. M. L..., qui en a ingéré hier 3 décigrammes, a le sommeil plus prolongé et plus profond, mais il est toujours dominé par sa lypémanie. Un peu de céphalalgie; constipation opiniâtre. (Suspension de l'opium; 1 gramme de résine de scammonée est administré, dans le but de vaincre la constipation.)

30. La céphalalgie a disparu, ainsi que la constipation. Aucun changement bien appréciable dans l'état intellectuel.

Du 1er au 10 mai, 2 grammes 75 centigrammes d'extrait d'opium.

11. Amélioration dans l'état mental; sommeil calme et profond; encore un peu de trouble au moment du réveil. La lypémanie a beaucoup diminué d'intensité. Quelques nausées et de la céphalalgie me déterminent à cesser l'usage du médicament.

Du 20 au 30, 2 grammes 75 centigrammes d'opium sont encore administrés.

1er juin. L'amélioration se soutient et progresse. M. L... a recouvré sa physionomie ouverte et enjouée d'autrefois; il dort parfaitement et mange avec beaucoup d'appétit. L'idée fixe a presque entièrement disparu. (Suspension de l'opium.)

Du 5 au 10, 1 gramme d'opium.

11. Convalescence complète. M. L... quitte Paris, en me promettant de m'envoyer de temps en temps de ses nouvelles. Aujourd'hui, au bout de deux ans et demi, il n'a jamais joui d'une raison aussi solide et aussi entière.

Ici nous avions affaire à un individu dont le début du délire partiel remontait à une date très-récente, et qui ne comptait aucun aliéné parmi les membres de sa famille, toutes circonstances très-favorables à la guérison. L'extrait gommeux d'opium fut administré à quatre reprises. Au bout de trois semaines de traitement, l'amélioration commença à se manifester d'une manière évidente.

On ne peut attribuer la disparition graduelle de ce délire partiel à l'influence d'un traitement antérieur, car le malade n'en avait subi aucun; on ne peut l'attribuer non plus aux efforts de la nature, car de tous les genres de vésanies, la folie circonscrite, et surtout le délire partiel triste, guérit très-rarement d'une façon spontanée.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observation d'un nouveau cas de morve aigue développée spontanément; par M. Miltenberger, docteur en médecine, aide-major au 19e de ligne.

Monsieur le rédacteur,

En lisant dans le numéro du 7 août 1852 de votre journal l'observation rapportée par M. le docteur Tessier (de Lyon), je me suis rappelé un cas de mort analogue sous le rapport de l'étiologie. Je viens de retrouver l'observation que j'ai prise en 1847 dans un des hôpitaux de l'Algérie.

Obs. Le 5 octobre 1847, le nommé Morand, soldat au 36e de ligne, tailleur de sa compagnie, malade depuis quatre jours, est reçu à l'hôpital militaire de Mustapha, où il présente les symptômes suivants :

5. Lassitude, fièvre, respiration difficile, toux, râles muqueux et sous crépitants, douleurs dans le bras gauche et dans les articulations fémoro-tibiales gauches sans tuméfaction ni rougeur.

6 et 7. Faiblesse plus grande, douleurs dans les deux jambes.

8. Rougeur érysipélateuse et tuméfaction du côté gauche de la face. La douleur se fait sentir dans plusieurs autres parties des membres : rougeur et légère tuméfaction de l'articulation fémoro-tibiale droite et de la partie moyenne et dorsale du bras gauche.

9. L'érysipèle a gagné presque toute la face.

10. Apparition de petites pustules acuminées sur les membres.

11. Le malade rend quelques crachats d'un gris sale; l'expectoration a lieu sans toux; celle-ci, qui existait au début, a disparu; l'orifice des fosses nasales est garnie de mucosités desséchées; la muqueuse nasale est légèrement tuméfiée.

13. Prostration profonde. Les pustules se sont développées et présentent un aspect entièrement semblable à celui des pustules varioliques : elles sont au nombre de douze, disséminées principalement sur les membres supérieurs; la douleur persistait : tumeurs et fluctuation au bras gauche et aux jambes.

14. Délire.

15. Mort.

Autopsie. Abcès sous-cutané au bras gauche; abcès musculaires tellement nombreux qu'on les ouvrait en faisant des incisions au hasard; le pus est peu abondant et rougeâtre; il paraît de bonne nature dans les articulations fémoro-tibiales et coxo-fémorales droites. La muqueuse des fosses nasales, d'un rouge foncé, est recouverte de mucosités épaisses et semblables aux crachats observés pendant la maladie; ces crachats n'étaient autre chose que les mucosités pituitaires qui, des fosses nasales, tombaient dans l'arrière-bouche par suite du decubitus dorsal. Les poumons sont indurés et friables; il existe une autre petite collection purulente dans le poumon droit; rien à leur surface. Le poumon étant enlevé, on découvrit une tumeur sous-pleurale du volume d'un œuf de poule, située à la partie postérieure et inférieure de la plèvre gauche. Une incision étant faite dans la tumeur, elle laisse échapper un pus crémeux. Cette poche communique avec une foule de petites collections siégeant dans l'épaisseur des muscles du dos, dont les fibres sont comme infiltrées de pus. Les trois dernières vertèbres dorsales sont ramollies, et leur tissu est rempli d'un pus que l'on voit sourdre en gouttelette à leur surface en les comprimant.

Cette observation, qui a été prise en présence de plusieurs de mes collègues, et en particulier de M. le docteur Hannard, ne peut laisser aucun doute sur la nature de la maladie : je ne crois donc pas devoir insister sur cette question.

Deux motifs attirèrent mon attention sur l'origine de l'affection de ce militaire : le premier se trouve dans la singularité de ce fait, de voir un soldat d'infanterie atteint de la morve. Le second, qui est moins scientifique, a cependant puissamment contribué à me faire remonter à la cause de la maladie. Je suis obligé de passer sous silence ce dernier motif, dans la crainte de blesser la susceptibilité d'un confrère.

Je fis les recherches les plus minutieuses pour arriver à constater le contact de ce soldat avec quelque cheval morveux; mais ni les ques-

tions que je pos adresser directement au malade, ni celles que je fis aux personnes qui l'entouraient habituellement, ne purent m'éclairer à ce sujet. Le résultat négatif de mes recherches m'embarrassait d'autant plus que, convaincu que la morve était toujours chez l'homme produite par la contagion ou par l'infection, l'idée ne me vint pas qu'elle eût pu, chez ce malade, se développer spontanément.

Je renonçai donc, et à grands regrets, à éclaircir ce fait mystérieux, persuadé que ce soldat avait été, dans une circonstance qu'il ne se rappelait pas, en contact avec un cheval morveux.

Quoique cette observation, jointe à celle de M. Tessier, soit de nature à confirmer son opinion, elle ne peut encore me convaincre entièrement de la possibilité du développement spontané de la morve chez l'homme : il faudrait, pour que le doute n'existât plus dans mon esprit, qu'un plus grand nombre de faits authentiques fussent connus.

Malgré ce doute, j'ai cru de mon devoir d'ajouter cette observation à celle de M. Tessier. D'autres viendront, peut-être plus tard, changer en certitude ce qui ne peut encore, tout au plus, être considéré que comme une probabilité.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

III. DEUTSCHE KLINIK.

DE L'ASTHME LARYNGIEN DES ENFANTS AU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE; par M. le docteur SPENGLER, à Herborn.

En 1842, M. Elsaesser, le premier, a appelé l'attention des médecins sur l'importance et la fréquence d'une altération congéniale de l'occiput dont les os présentent au toucher une mollesse inaccoutumée. Depuis, les journaux allemands ont enregistré quelques rares observations qui paraissent confirmer cette opinion. Le cas suivant, qui en est un exemple, est surtout remarquable sous le rapport de l'étiologie et du traitement d'une maladie encore bien obscure.

OBS. I. — Un petit garçon de 6 mois, né de parents sains, est pris de maigreur; l'enfant continue cependant de prendre le sein de sa mère; diarrhée. Cet état est rapporté à la dentition : le sommeil était très-agité; des convulsions et des accès de suffocation s'étant déclarés, les parents vinrent réclamer les secours de l'art. Les accès de suffocation étaient alors très-fréquents, et l'enfant devenait subitement bleu, surtout après avoir pleuré et quelquefois après avoir bu on dormi, ou lorsqu'on le levait du berceau. La respiration s'arrêtait quelquefois pendant plusieurs minutes; l'enfant renversait alors fortement la tête en arrière, se débattait des pieds et des mains. A ces crises violentes succédait généralement un calme accompagné d'une grande lassitude. Ces accès présentaient quelquefois un jour d'intervalle, ils devinrent alors plus fréquents et plus violents; dans l'intervalle l'enfant est gai, respire facilement et tranquillement. Thorax pas trop bombé, pulsations du cœur, bruit respiratoire et percussion partout à l'état normal; pas de traces d'une augmentation du thymus, de rachitisme ou de scrofules. L'enfant très-maigre, à peau blanche, à tête forte avec peu de cheveux, surtout en arrière; fontanelle antérieure largement ouverte; parties postérieures des pariétaux et partie supérieure de l'occipital, en quelques endroits aussi mobiles qu'une plaque mince, élastique, cédant à la pression comme du papier, et fait craindre au doigt qui touche de blesser le cerveau. *Une pression légère exercée sur les parties molles provoque immédiatement des accès de suffocation avec face bleue.* Comme cet asthme paraissait dû à un spasme de la glotte (*asthma laryngeum chronicum* S. Koppii) et qu'il pouvait être provoqué par la pression des parties molles de l'occiput, cette circonstance devait naturellement servir de base au traitement. S'appuyant sur des guérisons de fontanelles restées très-longtemps ouvertes et sur un cas de spina-bifida où il a obtenu une ossification rapide par l'emploi du phosphate de chaux, l'auteur a eu recours à cet agent, et fit prendre à l'enfant quatre fois par jour une pincée de phosphate de chaux; en même temps on eut soin de coucher le petit malade sur le côté ou sur le ventre, en évitant avec soin le decubitus dorsal. L'irritation nerveuse fut combattue par l'oxyde de zinc.

Au bout de quinze jours, les accès devinrent plus rares, et après six semaines l'enfant était guéri.

Les grandes fontanelles, quoique ayant beaucoup diminué, n'étaient pas encore complétement fermées. Sous l'influence de cette médication qui fut encore continuée pendant quelque temps, l'enfant prit des forces et de l'embonpoint.

Cette observation vient confirmer tout l'avantage qu'on peut retirer du phosphate de chaux fréquemment employé dans la pratique des enfants par M. le docteur Beneke. (GAZ. MÉD., p. 246, 1850.)

OBS. II. — Un enfant de six semaines, au septième mois de la grossesse, fut pris subitement d'un asthme de la glotte, avec un sifflement très-aigu, suivi de suffocation, face bleue, extrémités froides, tetanos. Cet accès très-court était suivi de cris et de pleurs. On ne trouve aucune lésion qui explique cet état; sanf l'accablement, pas de symptômes de catarrhe, de fièvre et d'inflammation. (Un demi-grain de musc toutes les trois heures.)

Encore trois accès moins forts et à intervalles plus longs.

Guérison complète le troisième jour.

On avait certainement affaire ici à une névrose essentielle, comme le prouvent les effets du traitement, tandis que dans le premier cas l'asthme était secondaire et sous la dépendance d'une lésion anatomique de la tête; en effet, au fur et à mesure que l'ossification de l'occiput s'établissait, les accès devinrent plus rares, pour disparaître entièrement avec l'ossification complète de l'os.

Toutefois il est probable que cette lésion de la tête n'est pas la seule cause de l'asthme thymique.

TRAITEMENT DE L'ENGORGEMENT DE LA MAMELLE PAR LE COLLODION; par le même.

La compression méthodique de la mamelle a été recommandée et employée avec succès par Trousseau, Contour, Sandouville, et en Allemagne par Kiwisch et par d'autres médecins. Kiwisch s'est surtout bien trouvé de l'emploi du bandage amidonné. Le docteur Spengler conseille de remplacer toute espèce de bandage par le collodion. On applique sur le sein enflammé une couche de cette substance, en laissant le mamelon à découvert. Si la dessiccation produit un fendillement de la couche de collodion, on en renouvelle l'application. Ce mode de compression offre de nombreux avantages; il empêche l'action de l'air sur la glande malade; il permet d'examiner le sein et de suivre la marche du travail inflammatoire; il ne produit pas sur la poitrine la gêne qui résulte inévitablement de la compression ordinaire; il permet d'appliquer facilement des cataplasmes; s'il se forme un abcès, on peut l'ouvrir sans avoir l'embarras d'ôter et de remettre un bandage toujours difficile à appliquer. Dans les cas d'abcès ou de fistule accompagnées d'une forte suppuration, le collodion est de beaucoup préférable à toute espèce de bandage qui a l'inconvénient d'être promptement sali par le pus; enfin l'application du collodion est extrêmement simple, facile, et n'oblige pas la malade à se découvrir entièrement.

L'auteur relate le cas suivant, remarquable par la promptitude de la guérison.

OBS. — Une femme de 23 ans, qui allaitait depuis six mois son enfant, descendit à la cave le corps étant en sueur. Le jour suivant, elle éprouva du malaise, des frissons, des vomissements; langue chargée, pression à l'épigastre, constipation, chaleur, soif, céphalalgie, insomnie. Douleurs profondes, lancinantes, dans la mamelle droite qui devient tuméfiée et tendue; on perçoit par le toucher l'existence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, dure, bosselée, très-douloureuse. Suspension de la sécrétion lactée; pouls à 100 pulsations. La malade est obligée de garder le lit.

L'auteur applique une forte couche de collodion qu'il prolonge de deux doigts au delà de la glande. On lit prendre un purgatif salin. La compression fut bien supportée. Soulagement au bout de quelques heures. Le lendemain, l'enduit de collodion étant fendillé, on en applique une nouvelle couche. La tumeur avait beaucoup diminué; la malade put quitter le lit; elle était complétement guérie le quatrième jour, et bientôt la sécrétion lactée reparut.

SUR LA VERTU CURATIVE DU TANNIN DANS LA COQUELUCHE; par le docteur GERHARD DE BREUNING, à Vienne.

Dans les maladies qui résistent aux moyens curatifs qu'on leur oppose et qui, par leur nature même, sont susceptibles de varier considérablement en raison des idiosyncrasies, des influences locales et d'une foule de circonstances extérieures ou individuelles, on est porté naturellement à s'exagérer les avantages que l'on a pu quelquefois retirer d'un remède particulier. La coqueluche est une preuve de ce que nous avançons, et personne ne viendra nous contredire. Tous les prétendus spécifiques de cette maladie ont été successivement abandonnés, ou du moins ne sont plus employés que suivant des indications précises. Nous craignons fort qu'il n'en arrive autant au tannin que recommande avec beaucoup d'instance M. Breuning. Il le prescrit à la dose d'un sixième de grain par paquet, avec un douzième de grain d'acide benzoïque et d'extrait de belladone et trois grains de poudre de rhubarbe, et il fait prendre une de ces poudres toutes les deux heures. Une observation, concernant une jeune fille de 17 ans qui fut guérie en six jours d'une coqueluche rebelle, semble venir à l'appui de l'opinion de l'auteur; mais un seul cas ne signifie rien, et les conseils très-sages qu'il donne relativement à l'emploi des émétiques, des saignées locales, des lavements d'assa fœtida (moyen très-efficace d'après nos propres observations pour combattre les symptômes spasmodiques), etc., montrent

assez qu'il ne met pas lui-même une confiance aveugle dans l'emploi du tannin.

Si donc nous avons cru devoir appeler l'attention des médecins sur ce médicament, c'est pour les engager à l'expérimenter, afin qu'on soit mis en demeure de préciser son mode d'action et les indications de son emploi dans le traitement de la coqueluche.

TRAITEMENT ABORTIF DE L'ÉRYSIPÈLE PAR LE COLLODION; par le docteur SPENGLER.

L'auteur rapporte sept observations d'érysipèles, soit de la face, soit de diverses régions du corps, guéries rapidement, quelquefois en un ou deux jours, par l'application d'un enduit de collodion. Une circonstance remarquable, c'est que les symptômes gastriques disparaissaient sans aucun traitement intérieur.

On connaît depuis longtemps les bons effets de la compression dans les érysipèles des membres; la privation du contact de l'air paraît aussi agir d'une manière favorable; car on se trouve parfaitement bien d'une simple couche de farine appliquée sur les parties érysipélatenses. Il n'est donc pas étonnant que le collodion, qui réunit les deux avantages, obtienne un véritable succès. Seulement nous ne pensons pas qu'il faille s'abstenir de remplir les indications fournies par l'état des voies digestives. Un vomitif administré à propos agit aussi d'une manière remarquable sur la marche de la maladie, et l'on voit souvent l'emploi de ce simple moyen amender considérablement ou faire disparaître en quelques jours des érysipèles très-intenses.

TRANSMISSION DE LA MORVE DU CHEVAL A L'HOMME; par le docteur ZABERSKY.

L'observation suivante est remarquable sous le rapport de l'obscurité du diagnostic et de la forme qu'ont revêtue les premiers symptômes de l'infection.

OBS. — Un homme de 53 ans, d'une constitution affaiblie, tomba malade le 18 décembre, se plaignant de frissons entrecoupés de chaleur, de faiblesse, absence d'appétit, céphalalgie sourde et accusant en outre une douleur qui s'étendait de la hanche gauche le long de la cuisse jusqu'au mollet, sans aucune lésion extérieure; signes de gastricité, exacerbations vers le soir, urine sédimenteuse. On regarde l'affection comme un rhumatisme aigu, et on la traite en conséquence.

Le 27 décembre, dix jours plus tard, le malade accuse des douleurs dans l'articulation de la main et de l'épaule, sans tuméfaction visible, mais avec augmentation de la douleur par la pression.

Le 29, on remarque de légères tuméfactions rougeâtres aux articulations douloureuses. Sommeil agité, selles liquides très-fétides, subdélire.

Le 30, les articulations sont plus douloureuses, plus tuméfiées et comme érysipélateuses.

Le soir, on remarque pour la première fois, sur le front, sept pustules semblables à celles de la variole, de la grosseur d'un pois, remplies d'un liquide jaunâtre; le cuir chevelu offrait des pustules semblables et de petites bosselures rougeâtres, très-douloureuses au moindre contact. Le malade tombe dans un état vaporeux.

Le lendemain, le corps entier était couvert des mêmes pustules varioliformes, les yeux boursouflés, le front et le nez tuméfiés; ce dernier était le siége d'un écoulement brun et très-fétide.

Les bosselures de la tête, qui s'étaient aussi répandues sur le reste du corps, variaient depuis la grosseur d'une fève à celle d'une noisette; elles étaient érysipélateuses et ne paraissaient contenir aucun liquide; plusieurs pustules s'étaient ouvertes et avaient un aspect gangréneux.

Le pouls devint de plus en plus petit, la respiration râleuse, et la mort survint à trois heures de l'après-midi.

On apprit six heures seulement avant la mort que cet homme avait soigné pendant plusieurs semaines des chevaux morveux, et qu'il s'était fait pendant ce temps une blessure insignifiante à la main droite. Cette légère blessure s'était fermée rapidement, sans inflammation et sans douleur, en sorte que l'auteur ne peut pas supposer que la transmission du virus ait eu lieu par cette voie. Il croit plutôt que le virus a été absorbé par les voies respiratoires, surtout en raison du long séjour de cet homme dans les écuries des chevaux malades.

GROSSESSE SURVENUE MALGRÉ UNE ATRÉSIE VAGINALE; par le docteur ENGELMANN (de Kreuznach).

Le fait rapporté par le docteur Engelmann est un nouveau cas de grossesse qui s'est développée malgré une atrésie vaginale ou plutôt vulvaire parfaitement constatée. Un jeune mari étant venu se plaindre à lui de ce qu'il ne pouvait pas remplir ses fonctions conjugales, le médecin demanda et obtint d'examiner les organes sexuels. Il constata que l'entrée du vagin était complétement fermée par une membrane très-résistante, et il lui fut d'abord impossible de trouver aucune ouverture; cependant la femme ayant déclaré qu'elle était réglée tous les mois, l'auteur finit par découvrir à la partie supérieure de la membrane une ouverture qui ne dépassait pas la grosseur d'une tête d'épingle; une petite sonde ayant été introduite permit de constater l'état normal du vagin.

L'opération proposée fut différée de quelques semaines, pendant lesquelles devaient arriver les menstrues. Celles-ci ne se montrèrent pas; bientôt la grossesse fut constatée; la femme refusa alors de se laisser opérer, pensant que la membrane se déchirerait lors de l'accouchement. En effet, c'est ce qui arriva; l'accouchement eut lieu avec la plus grande facilité, et la membrane hymen fut déchirée lors du passage de la tête de l'enfant.

IV. ZEITSCHRIFT FÜR GEBURTSKUNDE.

DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT A BERLIN (1836 A 1841); par M. le professeur BUSCH.

Ce long compte rendu, qui n'est lui-même qu'un extrait, renferme quelques détails statistiques intéressants.

Le nombre des accouchées du 1er janvier 1836 au 31 décembre 1841, s'élève à 4,124 (1,435 primipares et 2,689 multipares), dont 1,349 (27 mortes) dans la clinique, et 2,775 (33 mortes), dans la polyclinique; 58 accouchements de jumeaux.

Parmi les 4,182 enfants (2,141 garçons et 1,997 filles; chez 44 le sexe n'est pas indiqué), 4,080 sont arrivés à terme (262 nés morts: 56 dans la clinique et 206 dans la polyclinique) et 102 avant terme; 185 enfants sont morts trois semaines après l'accouchement: 77 dans la clinique et 108 dans la polyclinique.

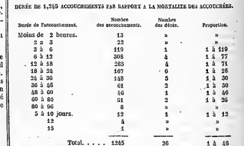
L'épidémie si meurtrière du choléra en 1837, de même que les épidémies de 1831 et de 1832 se sont passées très-heureusement pour la clinique d'accouchement: on n'y a pas observé un seul cas de choléra. Deux femmes enceintes et une accouchée en furent atteintes dans la polyclinique; elles ont guéri.

Les deux femmes enceintes au huitième mois furent délivrées par un accouchement prématuré artificiel.

On a noté 3,846 positions de la tête, 26 de la face, 3 du front, 98 des fesses, 63 des pieds, 2 du genou, 83 positions complétement irrégulières.

Dans 61 accouchements avant terme, on n'a pas pu désigner la position.

3,572 accouchements se passèrent sans l'intervention de l'art, sauf quelques remèdes internes, et 552 ont nécessité l'emploi de moyens appropriés: 358 applications de forceps; 101 extractions de l'enfant; 2 positions irrégulières rectifiées; 14 versions sur la tête, 1 sur les fesses, 75 sur les pieds; 7 accouchements forcés, 7 accouchements prématurés; 6 perforations; 8 céphalotripsies; 1 embryotomie; 2 opérations césariennes pendant la vie et une après la mort; reposition du cordon ombilical prolabé à côté de la tête dans 9 cas; placenta détaché artificiellement dans 110 cas, incisions du périnée, 3 fois.

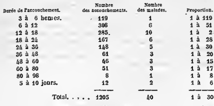


DURÉE DE 1,245 ACCOUCHEMENTS PAR RAPPORT A LA MORTALITÉ DES ACCOUCHÉES.

Durée de l'accouchement.	Nombre des accouchements.	Nombre des décès.	Proportion.
Moins de 2 heures.	13	»	»
2 a 3	22	»	»
3 à 6	119	1	1 à 119
6 à 12	308	4	1 à 77
12 à 18	285	4	1 à 71
18 à 24	167	6	1 à 28
24 à 36	148	5	1 à 30
36 à 48	61	2	1 à 30
48 à 60	46	1	1 à 46
60 à 80	51	2	1 à 25
80 à 96	8	»	»
5 à 10 jours.	12	1	1 à 12
12	4	»	»
15	1	»	»
Total.	1245	26	1 à 48

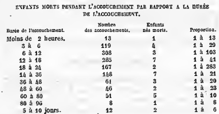
De ces 26 accouchées qui ont succombé, 23 ont été enlevées par la fièvre puerpérale épidémique, 2 par des hémorrhagies et 1 par l'opération césarienne.

40 CAS DE FIÈVRE PUERPÉRALE PAR RAPPORT A LA DURÉE DE L'ACCOUCHEMENT.



Durée de l'accouchement.	Nombre des accouchements.	Nombre des malades.	Proportion.
3 à 6 heures.	119	1	1 à 119
6 à 12	308	6	1 à 51
12 à 18	285.	10	1 à 2 8/9
18 à 24	167	6	1 à 28
24 à 36	148	5	1 à 30
36 à 48	61	3	1 à 20
48 à 60	46	3	1 à 15
60 à 80	51	3	1 à 17
80 à 98	8	1	1 à 8
5 à 10 jours.	12	2	1 à 6
Total. . , . .	1205	40	1 à 30

ENFANTS MORTS PENDANT L'ACCOUCHEMENT PAR RAPPORT A LA DURÉE DE L'ACCOUCHEMENT.



Durée de l'accouchement.	Nombre des accouchements.	Enfants nés morts.	Proportion.
Moins de 2 heures.	13	1	1 à 13
3 à 6	119	4	1 à 29
6 à 12	308	3	1 à 103
12 à 18	285	7	1 à 41
18 à 24	167	2	1 à 283
14 à 36	148	7	1 à 21
36 à 48	61	3	1 à 20
48 à 60	46	2	1 à 23
60 à 80	51	5	1 à 10
80 à 96	8	1	1 à 8
5 à 10 jours.	12	2	1 à 6
Total.	1218	37	1 à 33

ENFANTS MORTS DANS LES 8 PREMIERS JOURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT PAR RAPPORT A LA DURÉE DE L'ACCOUCHEMENT.

Durée de l'accouchement	Nombre des accouchements.	Enfants morts.	Proportion.
3 à 6 heures.	119	3	1 à 40
6 à 12	308	11	1 à 28
12 à 18	285	12	1 à 24
18 à 24	167	6	1 à 28
24 à 36	148	4	1 à 37
36 à 48	61	2	1 à 30
48 à 60	46	1	1 à 46
80 à 80	51	5	1 à 10
80 à 96	8	1	1 à 8
Total.	1193	45	1 à 26/7

Parmi 67 rétrécissements de bassins rachitiques, on a noté 1 d'un pouce 9 lignes, 1 de 2 pouces 1/6, 1 de 2 pouces 1/2, 1 de 2 pouces 3/4, 5 de moins de 3 pouces, 17 de 3 pouces, 1 de 3 pouces 1/6, 14 de 3 pouces 1/4, de 53 pouces 1/3, et 21 de 3 pouces 1/2 (conjugala).

L'art est intervenu dans ces 67 cas par 2 opérations césariennes, par une embryotomie, par 5 perforations, par 8 céphalotripsies, par 5 accouchements prématurés artificiels, par 41 applications de forceps et par 2 versions par les pieds.

Parmi les 67 femmes avec bassin rétréci, 9 mères ont succombé : 2 après l'opération césarienne, une après l'embryotomie, une après la perforation, une après la céphalotripsie, 2 après des applications difficiles du forceps, et 2 à la suite d'hemorrhagies précédées une fois par une perforation et une fois par une extraction de la tête après l'emploi du forceps.

36 enfants sont arrivés morts et 32 vivants (une fois accouchement de jumeaux).

5 des enfants morts ont été amenés par la perforation, 8 par la céphalotripsie, 1 par l'embryotomie, 1 par l'accouchement prématuré artificiel, 5 par la version et l'extraction par les pieds, 1 par un accouchement par les pieds, 14 par le forceps appliqué sur la tête, et 1 par l'opération césarienne.

A. LEREBOULLET et MAURICE RUEFZ.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

EMPLOI DE L'OXYGÈNE ÉLECTRISÉ OU OZONE DANS L'ALBUMINURIE.

M. ROBIN adresse une note dont l'objet est de faire voir que, mélangé avec l'air, l'oxygène électrisé ou ozone pourrait présenter des avantages dans l'albuminurie, en favorisant la combustion.

Au moment, dit l'auteur, où mes recherches et celles qu'elles ont fait naître montraient l'extrême importance de la combustion lente dans l'activité du phénomène de la vie, tant à l'état de maladie qu'à l'état de santé, d'autres recherches venaient présenter l'oxygène électrisé ou ozone comme beaucoup plus propre à exciter les phénomènes de combustion lente que ne l'est l'oxygène obtenu par les moyens chimiques ordinaires.

De là des applications qui semblent d'un grand intérêt. L'ozone, tantôt libre, tantôt uni à l'air, se présente comme un agent précieux dans les asphyxies de nature quelconque, dans la scrofule, et en général dans tous les empoisonnements, dans toutes les maladies où il est utile soit de relever les forces, soit d'activer la combustion réduite au-dessous du terme normal, soit particulièrement de ranimer la vie dans les conditions où l'air et l'oxygène ordinaire seraient impuissants.

Quoi qu'il en soit, rien de plus facile que l'inhalation de l'oxygène électrisé, mélangé à l'air ordinaire. La décomposition de l'eau par la pile donnant de suite un oxygène convenable, on peut ou le laisser dégager dans une chambre et diriger l'hydrogène au dehors, ou le recueillir dans un tube recourbé, faire arriver dans le tube un courant d'air et aspirer le mélange.

Deux oiseaux ont été anesthésiés ; ils ont été introduits à cet état, l'un dans l'oxygène ordinaire, l'autre dans l'ozone pur. Celui qui était dans l'ozone a repris plus promptement son activité, mais il a montré de suite une extrême agitation, comme s'il ne pouvait soutenir cette respiration ; l'autre, revenu paisiblement à la vie, est resté quelque temps dans l'oxygène sans éprouver d'agitation.

CAUSES DE LA VIEILLESSE ET DE LA MORT SÉNILE.

M. ED. ROBIN adresse un travail intitulé : CAUSES DE LA VIEILLESSE ET DE LA MORT SÉNILE ; MOYENS QU'IL PARAÎTRAIT RATIONNEL D'EMPLOYER POUR RECULER LES BORNES DE LA VIE, etc.

La combustion nécessaire à la naissance et à l'entretien de la vie lui paraît être encore, mais par son détritus, la cause qui impose un terme à l'existence, et rend actuellement nécessaires la vieillesse et la mort sénile. La vieillesse et la mort sénile proviendraient, suivant M. Robin, de ce que l'aliment nécessaire à l'entretien du mécanisme est accompagné de matières minérales qui en incrustent peu à peu les rouages, et finissent par mettre un terme à son activité.

L'auteur espère prouver qu'en ralentissant les phénomènes de combustion lente, il est facile, chez un grand nombre d'animaux, de retarder la vieillesse et la mort.

Trois manières d'opérer doivent être particulièrement mises en usage pour en retarder le terme :

Prendre des animaux dont la vie est courte, et nourrir les uns avec ceux des aliments ordinaires qui contiennent le moins de matières minérales incrustantes ;

D'autres avec des aliments plus ou moins privés de ces matières, au moyen de dissolvants appropriés ;

D'autres encore avec les aliments ordinaires, mais à la condition d'administrer, à partir d'un certain âge de l'animal, de l'acide lactique, qui paraît propre à dissoudre pendant la vie les matières minérales incrustantes déjà dépensées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Burckard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Sarrebourg (Meurthe), sur l'épidémie de fièvres bilieuses qui a régné dans la commune de Lutzelbourg pendant les mois de juillet, août et septembre 1852.

2° Deux rapports de M. le docteur Germain, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, sur l'épidémie de fièvres muqueuses typhoïdes qui a régné en 1852, dans les communes de Chilly et de Thésy (Jura). (Commiss. des épidémies.)

3° Un rapport de MM. Finaz et Colrat, médecins inspecteurs des eaux minérales de Charbonnières (Rhône), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

4° Un rapport de M. le docteur Matet, médecin inspecteur des eaux minérales de Castéra-Verduzan (Gers), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

5° Un rapport de M. le docteur Loubier, médecin inspecteur des eaux minérales de Propiac (Drôme), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

6° Une demande en autorisation d'exploiter une source d'eau minérale à Cusset (Allier).

7° Une nouvelle notice sur les eaux minérales de la Moldavie, par M. A.-H. Bassereau.

8° Des échantillons avec demande d'analyse d'eau d'Alet, près Limoux (Aude).

9° Une demande d'avis sur l'application du décret du 3 mai 1850 à l'opium indigène et au lactucarium.

10° Des demandes d'avis sur plusieurs appareils destinés aux usages médicaux et sur des remèdes secrets.

— Le ministre de l'instruction publique transmet une lettre de M. le docteur Girard, ex-chirurgien élève de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, relative à l'usage et à la nécessité de la vaccine.

— Le même ministre transmet l'ampliation du décret autorisant l'acceptation d'une donation faite par M. Nadand.

— M. l'inspecteur général du service de santé de la marine transmet une observation d'ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure, opéré avec succès par M. Laurencin, premier chirurgien en chef de la marine à Rochefort.

— M. Coze fils (de Strasbourg) adresse un mémoire sur l'emploi du collodion dans les vomissements nerveux. (Commissaire : M. Depaul.)

— M. Dinot (de Liége) adresse un mémoire intitulé : ESSAI SUR UN NOUVEAU MODE DE DÉLIVRANCE DANS LES CAS DE DIFFORMITÉ GRAVE DU BASSIN AU MOYEN DU DIATRYPTEUR ET DU CÉPHALOTOME A CHAÎNE. (Commissaires : MM. Moreau et Danyau.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de l'un de ses membres, M. Devilliers.

M. Bédor, correspondant de l'Académie, à Troyes, est présent à la séance.

— M. LEBLANC présente, à l'occasion du procès-verbal, un égagropile de chien. Cette production pathologique est remarquable en ce que les tumeurs de ce genre sont très-rares dans l'espèce canine.

INCIDENT RELATIF AUX MODIFICATIONS INTRODUITES DANS LE RÈGLEMENT.

M. CORNAC interpelle le bureau au sujet de suppressions et de modifications qui auraient été faites à plusieurs reprises au règlement, notamment en 1848 et en 1851, époques où il en a été publié des éditions nouvelles, sans la participation de l'Académie, qui n'a été ni consultée ni même avertie de ces changements.

M. Cornac, considérant qu'il y a dans ce fait une atteinte portée à l'autorité et aux droits de l'Académie, propose de nommer une commission composée de cinq membres, qui fera une enquête à ce sujet.

Plusieurs membres appuient la proposition de M. Cornac.

Après une courte discussion, dans laquelle des propositions contraires se croisent, la proposition de M. Cornac, qui paraît appuyée par le plus grand nombre, est mise aux voix et adoptée.

TRAITEMENT DE LA FOLIE.

M. LONDE lit, en son nom et celui de MM. Collineau et Falret, un rapport sur un travail de M. le docteur Scipion Pinel, intitulé : CONSIDÉRATIONS RÉTROSPECTIVES SUR QUELQUES POINTS DU TRAITEMENT DE LA FOLIE. (Voir le numéro du 8 janvier de la GAZETTE MÉDICALE où est résumé ce travail.)

M. le rapporteur, après avoir rappelé l'opinion émise par M. Scipion Pinel sur l'emploi de la douche dans le traitement de la folie, et évoqué celle de Pinel, l'illustre père de l'auteur, de Georget et d'Esquirol, résume en ces termes la question :

Ce n'est ni la douche, ni l'affusion qu'il faut proscrire, mais seulement l'administration intempestive et l'abus de ces moyens. Plus d'une fois, en effet, on leur a dû la cause des affections nerveuses les plus redoutables, et votre rapporteur a vu lui-même céder à des affusions froides, combinées avec l'administration intérieure de la térébenthine, des attaques quotidiennes d'épilepsie.

M. le rapporteur propose le renvoi du travail de M. Scipion Pinel au comité de publication et d'adresser de remerciments à l'auteur. (Adopté.)

RECHERCHES SUR LES EAUX DES CASERNES ET DES FORTS DE PARIS.

M. POGGIALE, pharmacien principal et professeur au Val-de-Grâce, lit un travail intitulé : RECHERCHES SUR LES EAUX DES CASERNES, DES FORTS ET DES POSTES-CASERNES DES FORTIFICATIONS DE PARIS. L'administration de la guerre et le conseil de santé des armées ayant chargé M. Poggiale d'examiner les eaux qui alimentent les casernes et les hôpitaux militaires de la place de Paris, et de faire l'analyse de celles qui sont employées pour l'alimentation ou pour les usages journaliers des troupes casernées dans les forts et dans les postes-casernes des fortifications de Paris, c'est le résultat d'une partie de ce travail, auquel il s'est livré pendant près de cinq ans, qu'il expose devant l'Académie. (Voir plus haut.)

TATOUAGE.

M. HUTIN, chirurgien en chef des Invalides, lit un travail ayant pour titre : RECHERCHES SUR LE TATOUAGE. Ce travail a été entrepris à l'occasion d'une question d'identité soulevée dernièrement dans un procès criminel jugé à Berlin.

Des recherches nombreuses auxquelles il s'est livré à ce sujet, M. Hutin conclut que les traces du tatouage ne sont point indélébiles; qu'il en est qui s'effacent sans qu'il soit possible de leur assigner aucune limite de durée; que leur disparition se trouve, selon toute probabilité, en rapport avec la profondeur des piqûres, la nature de la matière colorante employée et les frottements plus ou moins rudes que les parties tatouées peuvent subir.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT EXTERNE POUR LES NÉVRALGIES FACIALES.

M. POGGIOLI lit un travail sur une nouvelle méthode externe pour les névralgies faciales.

L'auteur soumet au jugement de l'Académie le résultat de ses recherches sur les névralgies du trifacial et sur les moyens de les guérir.

Ayant remarqué que les combinaisons de substances médicamenteuses analogues donnaient de meilleurs résultats que les mêmes substances employées isolément, M. Poggioli a cherché un médicament réunissant un certain nombre de substances sédatives, combinées dans des proportions spéciales. Voici la formule qui lui a le mieux réussi :

Extrait de belladone.
Hydrochlorate de morphine.
Onguent populéum.
Axonge macérée dans q. s. de feuilles de dst.
Eau de lavande (essence), q. s.

L'application des médicaments consiste en frictions douces et prolongées.

L'auteur rapporte 10 observations à l'appui de cette méthode.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par M. AUG. BONNET, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Bordeaux, etc. — Deuxième édition. — Un vol. in-8°. — Paris, 1853. Chez J. B. Baillière.

A l'époque où parut la première édition de cet ouvrage, il y a dix-sept à dix-huit ans, la pyrétologie, un moment obscurcie par la révolution physiologique, venait d'être reconstituée sur ses bases naturelles. Aux témoignages irrécusables de l'expérience et de l'observation séculaires, l'anatomie pathologique était venue à son tour ajouter un argument non moins victorieux en faveur de la distinction des pyrexies essentielles. Dans ce vaste travail de restauration, les fièvres intermittentes surtout devinrent l'objet de nombreux et importants travaux, auxquels notre conquête d'Afrique donnait un intérêt particulier, et qui tendaient unanimement à restituer à cette classe de pyrexies son véritable caractère nosologique. Placé dans des conditions favorables à l'étude de toutes les questions qui se rattachent à l'histoire des pyrexies périodiques, au centre d'un département où l'on ne comptait pas alors moins de 42.000 hectares de surface marécageuse, M. Bonnet prit part à ce mouvement en publiant son TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES. Concourir à la solution des nombreuses difficultés que présente la question des fièvres d'accès, telles que celles de leur nature, de leur siége, de leurs causes, etc., présenter un tableau fidèle des recherches et des observations de ses devanciers sur ce sujet, tel était le double but que se proposait l'auteur. C'était un ouvrage à la fois dogmatique et pratique et qui, à ce double titre, mérita de prendre rang parmi les ouvrages classiques de l'époque.

L'analyse qui en a été faite alors dans la GAZETTE MÉDICALE nous dispense de revenir aujourd'hui sur les observations auxquelles les opinions de l'auteur, sur quelques-uns des points théoriques des fièvres d'accès, pourraient donner lieu. Cette nouvelle édition ne présentant aucun changement fondamental, tant sous le rapport descriptif et historique que sous le rapport des doctrines dans lesquelles M. Bonnet a invariablement persisté, malgré leur antagonisme manifeste en quelques parties avec les tendances les plus générales de nos jours, nous ne pourrions que reproduire à cet égard et les mêmes éloges et les mêmes critiques.

Mais tout en maintenant le jugement primitif sur l'ensemble du livre de M. Bonnet, nous ne laisserons pas échapper cette occasion de recueillir l'opinion d'un médecin aussi compétent en cette matière, sur quelques-uns des points de fait ou de doctrine qui ont été soulevés ou de nouveau remis en discussion depuis sa première publication.

Trois points plus particulièrement appelleront un instant notre attention : le rôle de la rate dans les fièvres d'accès, la loi d'antagonisme entre la fièvre intermittente et la phthisie, et l'examen de quelques-uns des succédanés du quinquina préconisés dans ces derniers temps.

Après les discussions qui ont eu lieu à plusieurs reprises à l'Académie de médecine sur le rôle de la rate dans les fièvres d'accès, après les témoignages si précis, si nets et si catégoriques des médecins les plus compétents et les plus autorisés en pareille matière, après le sentiment presque unanime de la presse médicale sur le résultat de ces débats, il semblerait qu'il n'y eût plus rien à dire sur cette question. Mais si l'on considère que l'auteur de l'étrange théorie étiologique dont il s'agit a charge d'en-

seigner, et que l'autorité que sa parole emprunte à sa position peut contribuer à accréditer parmi les jeunes générations médicales une opinion si manifestement contraire à tout ce que la logique et l'expérience enseignent, on comprendra que c'est un devoir pour la critique de ne négliger aucune des occasions d'en signaler l'erreur et de restituer aux faits leur vraie signification. Or, après les médecins militaires qui sur le plus vaste champ d'observation où il ait été donné jusqu'ici d'étudier les fièvres d'accès, en Italie, comme en Afrique, comme en Morée, ont constaté par centaine des faits qui ruinent par sa base la théorie de la *splénomégalie*, voici venir un praticien non moins consommé dans la connaissance de tout ce qui a trait aux fièvres intermittentes dont il a fait l'objet des études de presque toute sa vie, qui nie formellement, bien qu'il n'ait négligé aucun des moyens d'exploration propres à l'éclairer sur ce point, que la congestion de la rate précède jamais la manifestation de l'accès fébrile, et même qu'elle l'accompagne toujours. Les nombreuses observations que M. Bonnet a pu faire dans une carrière déjà longue et au milieu d'une contrée éminemment fébrigène, n'ont fait que confirmer ce que les anciens avaient presque unanimement reconnu, savoir que l'engorgement des viscères abdominaux se produit consécutivement à la manifestation plus ou moins multipliée des accès fébriles, que cet engorgement n'affecte pas exclusivement le parenchyme splénique, que le foie ou d'autres viscères peuvent subir cette hypérémie consécutive, alors même que la rate reste saine. L'action attribuée aux fébrifuges sur l'engorgement splénique, dans la théorie en question, n'aurait pas plus de fondement. M. Bonnet fait remarquer, en effet, que quand les congestions spléniques se manifestent et se dissipent avec les accès, la rate est revenue sur elle-même à l'époque où l'on administre les fébrifuges, et que par conséquent, alors, ceux-ci, loin de supprimer subitement sa tuméfaction, ne font simplement qu'en prévenir le retour. Dans les cas, plus rares, où la splénémie persiste pendant l'intermission, les recherches auxquelles il s'est livré à ce sujet lui ont démontré que la tumeur de la rate ne disparaissait pas immédiatement après l'ingestion du sulfate de quinine. Ce n'est que graduellement et à mesure que les accès s'affaiblissent, ou même plus ou moins longtemps après qu'ils ont cessé, que la tuméfaction diminue. Dans quelques cas même l'engorgement survit à la fièvre qui l'a déterminé et persiste indéfiniment après sa suppression.

Mais c'est assez sur ce point. Nous n'y avons insisté que parce que nous avions une autorité de plus à joindre à celles dont, dans d'autres circonstances, nous avions cru devoir étayer notre opposition.

La question de l'antagonisme des fièvres d'accès et de la phthisie ne pouvait manquer de fixer l'attention de M. Bonnet. On sait les nombreuses contradictions qu'a rencontrées, dès sa promulgation dans la science, la loi d'antagonisme formulée par M. Boudin. Nous ne reviendrons pas ici sur la polémique qu'a suscitée cette question, dont tous les éléments ont été mis sous les yeux de nos lecteurs. Il y avait implicitement, dans la proposition de M. Boudin, un point de fait et un point de doctrine qui ne sont pas si indissolublement liés que celle-ci ne puisse survivre, au moins comme une vue ingénieuse de l'esprit et comme expression générale d'un principe pouvant s'appliquer à un certain nombre de faits pathologiques, alors même que son application au fait spécial en question serait démontrée fautive. Ce n'est que du point de fait qu'il doit s'agir ici.

Longtemps avant M. Boudin, quelques auteurs, notamment Lancisi en Italie, Harrison en Angleterre, Fodéré chez nous, ainsi que M. Bonnet en fait la remarque, avaient signalé la rareté de la phthisie dans certaines contrées marécageuses et l'espèce d'exclusion réciproque qui semblait exister entre cette affection et la fièvre intermittente dans certaines localités, sans toutefois qu'aucun d'eux eût songé à tirer de ce fait aucune conséquence théorique, ni à l'envisager comme un fait général. De ce que cette sorte d'exclusion s'est montrée, aux yeux de M. Boudin, d'une manière plus manifeste peut-être encore en Algérie et sur quelques autres points du globe riches en éléments paludéens, notre ingénieux confrère en a déduit, avec cette souplesse de logique qu'on lui connaît, son élégante formule de l'antagonisme. Mais malheureusement pour cette loi, le fait a été loin de se montrer général. Vrai seulement dans certaines contrées où le voisinage de la mer, une température douce et élevée, et peut-être aussi quelque autre circonstance locale inappréciée jusqu'ici, paraissent exclure d'elles-mêmes la phthisie, le fait de l'exclusion réciproque de ces deux affections l'une par l'autre a cessé de l'être dans la plupart des contrées marécageuses de nos climats. De toutes parts, des observateurs placés dans les conditions les plus favorables pour la vérification de cette proposition, sont venus, par d'imposants témoignages, protester de son inexactitude et détruire une à une les pierres de l'édifice si artistement édifié par M. Boudin. A ces nombreux témoignages vient encore se joindre celui de M. Bonnet. Comme son confrère et compatriote M. Gintrac, comme M. Forget à Strasbourg, comme M. Lefèvre à Rochefort, M. Bonnet a constaté que la phthisie n'était ni plus ni moins fréquente à Bordeaux et dans les environs que dans les autres points de la France, et qu'elle y marchait parallèlement et côte à côte avec les fièvres intermittentes.

La partie du livre de M. Bonnet qui a trait à la thérapeutique des fièvres intermittentes est celle qui a dû subir le plus d'additions, en raison des tentatives nombreuses qui ont été faites dans ces derniers temps pour trouver de nouveaux succédanés au quinquina. Au premier rang des agents antifébriles le plus préconisés dans ces dernières années, figure l'arsenic. Ici encore nous trouverons dans M. Bonnet un juge sévère, difficile à rallier aux innovations, et toujours prêt à réduire à leur valeur pratique et réelle les faits qu'enfle toujours un peu, involontairement sans doute et souvent à son insu, la faiblesse paternelle. M. Bonnet ne conteste pas la propriété antipériodique de l'arsenic; mais il ne pense pas que cette substance jouisse réellement d'une efficacité égale et supérieure à celle du sulfate de quinine. Il est encore moins d'avis qu'on puisse et qu'on doive la substituer à ce dernier agent dans le traitement des fièvres intermittentes régulières, et surtout dans les fièvres pernicieuses. Les essais qu'en a faits à plusieurs reprises M. Gintrac, dans les salles de l'Hôtel-Dieu de Bordeaux, n'ont point été heureux. Un médecin qui pratique dans une contrée marécageuse de de la Gironde, M. Ébrard, a employé l'acide arsénieux chez une centaine de sujets. L'irrégularité de l'action de ce remède le lui a fait abandonner. Enfin l'auteur lui-même en a constaté, dans sa pratique, des effets tellement douteux qu'il n'oserait affirmer qu'il ait produit entre ses mains aucune guérison réelle.

Les faits sur lesquels M. Bonnet appuie ce jugement pourront ne pas paraître assez nombreux peut-être pour le légitimer de tous points; mais rapprochés des faits constatés soit dans les hôpitaux de Rome sur les soldats de notre armée d'occupation, soit en Afrique ou dans quelques services des hôpitaux de France, ils empruntent à la concordance des résultats une valeur qu'à eux seuls on eût pu dénier.

Le chlorure de sodium, l'hydroferro-cyanate de potasse et d'urée et quelques autres substances d'une action plus ou moins douteuse, n'ont pas davantage trouvé grâce devant M. Bonnet, qui, plein d'une légitime confiance dans les diverses préparations quiniques, s'est moins attaché à leur trouver un succédané qu'à en préciser les indications et à en méthodiser le mieux possible l'emploi.

C'est dans cette dernière partie du livre de M. Bonnet surtout que les praticiens trouveront d'excellents préceptes pour les guider dans le traitement souvent difficile des affections intermittentes.

Ces quelques considérations, empruntées aux additions nombreuses que M. Bonnet a introduites dans cette nouvelle édition, sont un témoignage qu'il a su la tenir au courant de la science, et qu'elle ne déméritera pas, dans l'opinion publique, de la réputation acquise à la précédente édition.

H. BROCHIN.

VARIÉTÉS.

PRIX D'ARGENTEUIL. — LES REPRÉSENTANTS DU MARQUIS D'ARGENTEUIL CONTRE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — JUGEMENT.

Le tribunal civil de la Seine (1re chambre), présidé par M. Debelleyme, dans son audience du 14 janvier, a rendu le jugement suivant dans le procès relatif au legs du marquis d'Argenteuil :

« Attendu que le marquis d'Argenteuil, décédé à Paris le 13 mars 1838, a, par son testament olographe en date du 2 avril 1836, enregistré et déposé pour minute à Me Fourchy, notaire à Paris, le 13 mars 1838, fait entre autres dispositions, la suivante :

« Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr. pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rentes sur l'État, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans le cas seulement où, pendant une période de six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

» Attendu que les expressions mêmes dont s'est servi le testateur, en établissant deux catégories de travaux à rémunérer les uns à défaut des autres, et en désignant les premiers comme assez notables pour mériter un prix, et les seconds seulement comme les plus importants de ceux soumis au concours, indiquent suffisamment qu'il a prévu le cas auquel l'Académie ne rencontrerait que des perfectionnements d'une importance relative, et serait appelée à encourager des progrès utiles à la science, mais non à proclamer des découvertes d'un mérite éminent;

» Attendu, d'autre part, que la précaution qu'il a prise d'étendre hors de la maladie qu'il avait principalement en vue le cercle des maladies analogues sur lesquelles pourraient s'exercer les études des concurrents, sans faire aucune

allusion au mode quelquefois adopté par l'Académie et consistant à reporter le prix d'une période sur les suivantes, prouve que la pensée dominante a été la concession d'une récompense après chaque période de six années, et que cette périodicité même formait une condition essentielle de son legs;

» Attendu que l'expression facultative *pourra*, employée dans la disposition subsidiairement par opposition à l'expression impérative contenue dans la disposition principale, doit être interprétée en ce sens qu'elle a eu pour but de déroger, pour un cas spécial, à la prescription formelle résultant du premier membre de phrase, en précisant le seul emploi que pourrait faire l'Académie des revenus accumulés pendant la période, mais non de dispenser l'Académie de l'obligation de décerner un prix tous les six ans;

» Attendu qu'à la vérité un jugement de cette chambre, en date du 25 février 1852, a décidé que l'Académie de médecine, seule juge du mérite des concurrents, ne pouvait être contrainte à décerner un prix; mais que les motifs mêmes de ce jugement supposent que le légataire universel du marquis d'Argenteuil pourrait, dans ce cas, se prévaloir de l'inexécution de la condition imposée par le testateur;

» Attendu que la disposition dont il s'agit n'a pas été faite en faveur de l'Académie, et qu'elle n'est que simple administratrice du capital légué; mais qu'on doit y voir autant de legs distincts qu'il y a de périodes sexennales, et dont le bénéfice appartient à celui des concurrents qui aura été jugé le plus digne de l'obtenir;

» Qu'ainsi la révocation peut être encourue à l'expiration de chaque période, suivant que les conditions du legs auront été plus ou moins fidèlement exécutées;

» Attendu qu'après l'expiration de la première période de six ans, l'Académie de médecine a décidé, le 17 novembre 1846, qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix, mais que la somme qui avait d'abord reçu cette destination serait répartie sur les périodes subséquentes;

» Qu'elle a ainsi méconnu les intentions du testateur et encouru la révocation du legs pour inexécution de la condition essentielle;

» Que cependant aucun délai n'a été déterminé par le testament pour cette exécution, et que le tribunal peut en fixer un d'office;

» Ordonne que, faute par l'Académie de médecine d'avoir décerné la récompense léguée par le marquis d'Argenteuil à l'auteur du perfectionnement le plus important, opéré de 1838 à 1844, dans le traitement des maladies des voies urinaires; et à défaut par elle d'exécuter le vœu du testateur dans les quatre mois qui suivront la signification du présent jugement, faite au président de ladite Académie, la somme de 9,744 fr. 60 c., résultant des revenus accumulés pendant la première période, sera remise, avec les intérêts qu'elle aura produits depuis le 8 décembre 1850, à la disposition de Dugon, en sa qualité de légataire universel du marquis d'Argenteuil;

» Condamne l'Académie de médecine aux dépens. »

— La commission générale, qui représente l'Association de prévoyance du département de la Seine et agit pour elle, aux termes des statuts (art. 9), a décidé unanimement, sur la proposition qui lui en a été faite par son secrétaire général, qu'un tableau personnifiant l'Association (*L'Association de prévoyance secourant les veuves et enfants des médecins morts pauvres au service de l'humanité*), exécuté par un peintre habile, serait offert à son fondateur-bienfaiteur, M. Orfila, comme un pieux hommage des sentiments qui animent l'Association.

Une commission a été nommée par le sort pour donner suite à ce projet et pour ouvrir une souscription indépendante de la grande souscription générale du corps médical en France.

Cette commission se compose de MM. Bérard, vice-président de l'Association; Perdrix, secrétaire général; Vosseur, trésorier; Ménière, secrétaire annuel; Boullard, Bourse, Cabanellas, Labarraque, membre de la commission générale.

La souscription est ouverte, dans chacun des arrondissements de Paris, chez les membres de la commission générale dont les noms suivent :

1er Arrond. MM. Nicolas, rue de la Ville-Levêque, 29, de midi à 1 heure.
Cabanellas, rue Tronchet, 2, de 1 à 3 heures.
2e — Charrier, rue Saint-Georges, 52, de 2 à 4 heures.
Dufour (de Villefranche), rue Lamartine, 46, de 3 4 h.
3e — Janin, rue du Mail, 12, de 8 à 10 heures,
Trèves, rue de Cléry, 9, de midi à 1 heure.
4e — Léger-Fleurus, rue Saint-Germain-l'Auxerrois, 65, de 2 à 3 heures.
Delorme, rue du Roule, 13, de 10 heures à midi.
5e — Labarraque, boulevard Saint-Denis, 8, de midi à 2 heures.
Thibault, rue du Caire, 29, de midi à 1 heure.
6e — Ségalas, rue de Vendôme, 5, de midi à 3 heures.
Ledeschault, rue Saint-Martin, 107, de 8 à 11 heures.
7e — Lembert, rue du Temple, 71, de 11 heures à 1 heure.
Marvé, rue du Temple, 43, de 4 à 6 heures.
8e — Augouard, rue Payenne, 7, de midi à 1 heure.
Maubec, rue Saint-Louis, 16, de midi à 1 heure.
9e — Boullard, rue Massillon, 2, de 7 à 9 heures.
Bouchardat, à l'Hôtel-Dieu, de 8 heures à midi.
10e — Vosseur, rue de Lille, 4, de 1 à 2 heures.
Lucien Boyer, quai Malaquais, 17, de 2 à 3 heures.
11e — Martin-Magron, rue de la Harpe, 83-89, à midi.
Videcoq, rue de Savoie, 6, de midi à 1 heure.
12e — Ménière, rue Saint-Jacques, aux Sourds-Muets, de 11 heures à 1 heure.
Bourse, rue du Banquet, 2.

Ont souscrit : MM. Bérard, 20 fr.; Perdrix, 20 fr.; Vosseur, 20 fr.; Ménière, 20 fr.; Boullard, 20 fr.; Bourse, 20 fr.; Cabanellas, 20 fr.; Labarraque, 20 fr.; A. Dechambre, 10 fr.

— Nous apprenons avec plaisir que MM. les étudiants en médecine, désirant donner à M. Orfila un témoignage de leur vive reconnaissance pour la sollicitude et le dévouement dont il leur a donné tant de preuves, ont ouvert spontanément une souscription chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, à l'effet d'offrir une médaille commémorative du don que vient de faire pour eux cet illustre et honorable professeur.

— Ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Lebatard, Pinel, Bellemain, de Laurès, Laborie, Baret, Giboin, Bazin, Delaroque, Puche, Braive, Petroz, Reis et Siry, à Paris; Jaumès (François-Anselme), à Montpellier; Dugas, à Marseille; Isabeau, à Bourges; Duffour, à Lectoure; Régnault, au Puy; Legros de Mericourt, à Orléans; Bourgneuf, au Hâvre; d'Agar de Bus, à Reboursin (Indre); Leroux, à Lannion; Montaudon, à Souterraine (Creuse); Félix Maréchal, à Metz.

— Les concours pour les places d'aides-majors provisoires ont eu lieu à Montpellier et à Strasbourg, sous la présidence de M. Michel Lévy, membre du conseil de santé.

A Montpellier, 4 candidats se sont présentés : 3 médecins et 1 pharmacien.

Le nombre des candidats a été de 5 à Strasbourg : 4 médecins et 1 pharmacien. Mais le pharmacien n'ayant pas atteint l'âge de 25 ans, n'a pu être admis au concours.

Les 4 candidats qui ont subi les épreuves ont été déclarés admissibles dans l'ordre suivant : MM. Weber, Worms, Kiener et Goureau.

— Le sénat sarde, adoptant les conclusions du rapport de M. le docteur Riberi, a sanctionné, le 26 novembre dernier, par un vote presque unanime, la convention sanitaire internationale signée le 8 février de cette année par les plénipotentiaires de la France et de la Sardaigne, ainsi que le règlement annexe; la chambre des députés de Turin avait déjà précédemment, sur le rapport de M. le docteur Bertini, approuvé ces deux actes.

— M. le docteur Foley, qui depuis onze ans exerce en Algérie et depuis neuf ans remplit les fonctions de médecin en second de l'hôpital civil d'Alger, vient d'être nommé médecin principal de cet établissement, en remplacement de M. Trolliet, décédé.

— M. le docteur Trolliet, médecin en chef de l'hôpital civil d'Alger, praticien des plus recommandables et des plus estimés, vient de mourir. Ses obsèques ont été célébrées dans la petite église de Saint-Augustin, au faubourg Bab-Azoun. Une foule nombreuse, et qui réunissait dans ses rangs les principaux fonctionnaires et magistrats et l'élite de la population civile, assistait à cette triste cérémonie.

— L'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE pour la ville de Paris donne les chiffres suivants pour l'année 1853 :

Docteurs en médecine et en chirurgie, 1,337; officiers de santé, 179; pharmaciens, 423; sages-femmes, 277.

Du 1er janvier 1851 au 31 décembre 1852, il est mort à Paris 39 docteurs en médecine. Dans la période précédente de deux ans, il en était mort 64.

Il y avait eu dans cette période 113 nouveaux résidants à Paris; il n'y a que 88 noms nouveaux dans la liste de cette année.

En somme, la liste de 1851 indiquait 1,352 docteurs en médecine; la liste de 1853 n'en indique que 1,337. Différence en moins, 15.

Dans la banlieue, l'ALMANACH indique :

Pour l'arrondissement de Saint-Denis : docteurs en médecine, 101; officiers de santé, 42.

Pour l'arrondissement de Sceaux : docteurs en médecine, 62; officiers de santé, 13.

Pharmaciens dans la banlieue, 77.

Tel est le personnel médical dans le département de la Seine.

— Les dernières nouvelles de la Martinique annoncent que l'amélioration déjà signalée dans l'état sanitaire se soutenait. Cependant la fièvre jaune faisait encore quelques victimes.

A la Guadeloupe, la maladie continuait de sévir, surtout à la Pointe-à-Pitre.

A la Basse-Terre, suivant l'opinion du médecin en chef, elle perdait de son caractère épidémique : aucun décès n'avait eu lieu, depuis le 20 novembre, à l'hôpital militaire de cette ville.

— Le choléra fait des ravages affreux en Perse. Les lettres de Tauris, du 10 novembre, portent à 1,000 par jour le nombre des morts dans cette ville.

— La fièvre typhoïde sévit cruellement, depuis un mois environ, dans le département du Puy-de-Dôme.

— M. le docteur Auzoux a commencé dimanche dernier son cours d'anatomie humaine et comparée; ce cours sera continué les dimanches suivants, à une heure.

Les jeudis à la même heure : 1° conférences sur la leçon du dimanche; 2° expériences chimiques et physiologiques propres à faire apprécier les conditions qui favorisent, empêchent ou modifient les fonctions par lesquelles la vie s'entretient; 3° considérations hygiéniques et physiologiques appliquées à l'homme, au cheval, à tous les animaux domestiques.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — TUMEURS FIBRO-PLASTIQUES. — VALEUR DE LA CELLULE CANCÉREUSE.

L'application du microscope à l'étude histologique du cancer a eu pour résultat la découverte d'un élément caractéristique nouveau : la cellule cancéreuse. La valeur de ce nouvel élément a naturellement été appréciée d'une manière différente, suivant la nature des esprits, et aussi peut-être suivant la part que chacun a prise à sa découverte. Pour les historiens impartiaux et les appréciateurs sensés de la découverte et de la méthode à laquelle elle est due, trois questions principales se sont présentées à résoudre : 1° La cellule cancéreuse existe-t-elle, est-elle un fait, a-t-elle une réalité parfaitement déterminée? 2° Quelle est sa signification, est-elle un symptôme, un signe ou une cause? 3° Quelle est sa valeur essentielle dans la détermination clinique du cancer?

Pour les hommes versés dans l'observation micrographique, l'existence de la cellule cancéreuse n'est plus en doute : elle est parfaitement décrite et reconnue à des caractères certains. Quant à sa signification nosologique, elle est loin d'être la même pour tous, et sa valeur clinique varie naturellement avec la signification nosologique qu'on lui donne. On comprend cependant qu'avant de tirer des inductions pratiques certaines de l'absence ou de la présence de la cellule cancéreuse dans les tissus anormaux, il faudrait être bien fixé sur la signification essentielle de cette nouvelle pierre de touche. C'est, il faut le regretter, ce qui n'a pas été fait jusqu'ici, au moins d'une manière directe et philosophique. On a bien conclu à l'une ou à l'autre interprétation, mais les prémisses de la conclusion ont manqué, et cette grave lacune pèse d'un poids immense sur les travaux, très-importants à d'autres égards, entrepris jusqu'ici sur l'étude histologique et clinique du cancer.

Ce reproche, qu'on se croit en droit d'adresser aux recherches scientifiques, est surtout applicable à la discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie, à l'occasion des recherches de l'honorable M. Lebert, sur les tumeurs fibro-plastiques ; discussion fort remarquable d'ailleurs, et qui mérite sous tous les rapports de franchir les limites de l'enceinte où elle s'est produite.

De quoi s'agissait-il, en effet? De savoir si, comme le soutient M. Lebert, il existe des tumeurs d'une nature différente du cancer, d'un tissu différent, d'une marche différente, et surtout offrant des indications et des résultats pratiques différents, tumeurs auxquelles on puisse réserver une dénomination distincte : celle de *tumeurs fibro-plastiques*. En un mot, il s'agit de savoir si l'on peut séparer nosologiquement et pratiquement deux maladies confondues à tort jusqu'ici, et assurer à chacune d'elles son diagnostic et son traitement? Une telle tâche est digne de tout encouragement; c'est pourquoi nous sommes heureux d'y contribuer dans la mesure de nos forces et de nos moyens.

Les fauteurs de cette nouvelle doctrine nous ont paru pécher par le point de départ : ils se sont placés de gaîté de cœur dans une position très-vulnérable. Il est certain que le fait capital sous l'inspiration duquel ils ont construit leur édifice est la cellule cancéreuse. Cette cellule est-elle un simple caractère empirique de la spécificité de la maladie, ou bien est-elle sa cause intime, son élément générateur? Dans le premier cas, c'est un caractère de plus, et, si l'on veut, le plus précieux et le plus sûr des caractères du tissu cancéreux; mais sa présence ou son absence n'entraînent pas absolument l'affirmation ou la négation du cancer, pas plus qu'un seul caractère botanique ne suffit par sa présence ou son absence à la détermination d'une plante. Dans le second cas, au contraire, la cellule cancéreuse, en tant qu'élément générateur, étiologique du cancer, est tout : elle prime tout, elle s'imprègne partout, on peut et on doit la saisir partout et en tout temps, du moins dans la sphère de son action spécifique. On comprend que nous ne puissions avoir d'opinion arrêtée à cet égard. Mais c'est faute d'avoir cherché à se la donner, que les auteurs de la doctrine nouvelle, aussi bien que les adversaires, sont restés dans le vague. Nous serions heureux de contribuer à les en faire sortir, en faisant voir l'insuffisance des raisons alléguées par les uns, et l'arbitraire, sinon la contradiction, dont se trouvent quelquefois entachées les meilleures raisons des autres.

Voici la thèse de M. Lebert et de ses auxiliaires : les tumeurs fibro-plastiques sont des produits homœomorphes du tissu cellulaire ou connectif en voie de formation, renfermant exactement les mêmes éléments que le tissu connectif de l'embryon, et dépourvues dans tous les cas de la cellule caractéristique du cancer. Le cancer, au contraire, est un tissu toujours étranger à l'économie, *sui generis*, qui ne participe d'aucune des qualités physiologiques des tissus normaux : il est hétéromorphe. Cette opposition primordiale et matérielle se reproduit ou plutôt se continue dans l'aspect extérieur, l'origine, le début, la marche et le traitement des deux ordres de tumeurs. Si l'affirmation de M. Lebert était rigoureuse et démontrée, elle suppléerait jusqu'à un certain point à la détermination étiologique directe dont il a manqué d'assurer son point de départ; ne connaissant point et ne pouvant assigner l'élément générateur spécifique du cancer, il en assurait au moins la spécificité dans ses effets; et la tumeur fibro-plastique, différenciée à son tour dans l'ensemble comme dans chacun de ses caractères, pouvait, jusqu'à un certain point, acquérir de cette détermination empirique la personnalité distincte, que lui eût mieux assuré la détermination étiologique. Mais la discussion, comme on va le voir, n'a pas confirmé cette supposition; et partisans et adversaires se sont évertués à se contredire par des faits toujours intéressants, mais isolés, et ne se résolvant jamais directement dans la recherche de la spécificité systématique de cause ou d'effets des tumeurs en question. A part cette lacune, dont chacun appréciera l'importance à son point de vue et avec ses habitudes d'esprit, la discussion a été savante, approfondie, et nous allons la suivre avec plaisir sur le terrain où elle s'est placée.

Passons donc en revue les remarques des uns et des autres sur l'origine, le point de départ, les symptômes, la marche, la constitution hystologique et le traitement différentiel des deux ordres de tumeurs.

Certaines tumeurs fibro-plastiques, ou considérées comme telles par les micrographes, les ostéosarcomes par exemple, se développent sous l'influence de l'hérédité. Or on sait que c'est là un des attributs les plus constants du cancer. M. Lebert répond avec raison que cette propriété n'est pas exclusive à cette affection, presque toutes les maladies constitutionnelles et nerveuses sont dans ce cas ; et, pour se rapprocher davantage du fait en discussion, les nœvi, les tumeurs érectiles, certaines tumeurs graisseuses, et par-dessus tout l'affection tuberculeuse, ne dérogent point à la loi d'hérédité. Mais on est involontairement arrêté par ce premier ordre de

---

Feuilleton.

ESQUISSE TOPOGRAPHIQUE DE L'ALGÉRIE.

(2e article. — Voir le n° 3.)

II.

Coup d'œil sur l'histoire naturelle de l'Algérie.

Restant dans les limites du cadre d'un rapide aperçu, nous n'entreprendrons pas la description détaillée de la constitution géologique du nord de l'Afrique, pour arriver ensuite, par des déductions générales, à montrer le système de l'Atlas se reliant par des caractères d'âge, de structure, de disposition, de parallélisme, à ses congénères de l'Europe et de l'Asie. Nous n'entreprendrons pas l'étude particulière des minéraux pour indiquer quel parti peut en tirer l'industrie, disons toutefois que, outre les granits, il y a aussi des grès, des marbres, des porphyres dans les montagnes de l'Algérie, où se trouvent aussi des gisements de sel gemme et surtout des gisements métallifères très-abondants. Citons les minerais de cuivre et de fer du Jurjura (*Mons Ferratus*), ceux du Mouzaïa (petit Atlas), en voie d'exploitation, de même que la mine argentifère d'Oum-Teboul, dans le cercle de la Calle, dont les parages ont le corail, autre richesse depuis longtemps recherchée par nos pêcheurs.

Nous n'aborderons pas le vaste champ de la botanique pour établir les nombreuses analogies de la flore algérienne avec la flore du midi de la France, pas plus que pour dresser l'inventaire de ses richesses particulières, tout en notant que le dys, le drinn et l'halfa constituent presque exclusivement les pâturages des Kifar du Sahara, que le palmier nain, le *chamærops humilis*, mêlé aux scilles et au jujubier épineux, pullule dans les terres incultes des Sahels et des plaines du Tell, où abondent les asphodèles; que le palmier dattier est le végétal par excellence des oasis; que les cactus spontia, mêlés aux aloès, forment, autour de chaque tribu, des enceintes, véritables forteresses végétales, qui tous les ans se chargent de figues de Barbarie; que les hespéridées et les bananiers dominent dans les vergers; que les myrtes et les lauriers roses hantent les lieux frais et ombragés, tandis que les tamarins recherchent les graviers; que l'olivier est l'arbre des champs et des coteaux de vignes comme le figuier, pendant que les caroubiers, les trembles, les chênes verts, les chênes-lièges, les lentisques croissent sur le flanc des montagnes; que les thuya, les pins, les cyprès dominent dans le Djebel-Amour du grand Atlas, tandis que les térébinthes isolés jalonnent les terres de parcours du Sersou, et que le cèdre étale de préférence ses majestueuses cimes sur les crêtes du moyen Atlas.

considérations. Si les tumeurs fibro-plastiques sont parfois héréditaires, elles sont donc quelque chose de plus qu'un produit homœomorphe du tissu cellulaire; elles tiennent à une cause particulière à certains individus, à un caractère d'autant plus spécifique qu'il peut se transmettre comme les traits de la ressemblance. Cela voudrait dire, n'est-ce pas, que pour être différentes du cancer véritable, les tumeurs fibro-plastiques auraient leur spécificité à elles, comme l'a très-bien dit M. Marjolin.

Pour M. Lebert, le tissu fibro-plastique des tumeurs spontanées serait le même que celui qui se développe à la suite de toutes les inflammations, notamment dans le testicule et autour des articulations, à la suite des arthrites et des arthrites. Cette comparaison a deux termes. Quant au premier, on a justement fait remarquer que la spontanéité et la ténacité des tumeurs fibro-plastiques contraste singulièrement avec le caractère éventuel et avec la facilité de résolution des tumeurs traumatiques; et pour ce qui est du second terme, ce serait une méprise qui tournerait singulièrement contre la doctrine, que de considérer les productions ou dégénérescences consécutives à certaines tumeurs blanches comme des dépendances et des analogues du tissu cellulaire normal. M. Marjolin l'a rappelé avec raison : De ce qu'un individu lymphatique, après une entorse, une chute, a une tumeur blanche du pied, on ne peut pas dire que les chutes, les entorses, sont l'origine des tumeurs blanches. Il y a une prédisposition antérieure. Au choc de la cause occasionnelle, la maladie intérieure s'est montrée comme premier effet d'une diathèse générale. C'est de la bonne doctrine, mais qui ne saurait se prêter à l'appui qu'on lui demande. Les tumeurs fibro-plastiques ne sauraient être l'analogue des dégénérescences fibro-plastiques des tumeurs blanches, qu'à la condition de n'être, dans l'un comme dans l'autre cas, que la manifestation secondaire d'une spécificité d'action, qu'il faut réserver et chercher ailleurs. Comme on le voit, même conclusion que pour l'hérédité.

Les symptômes des tumeurs fibro-plastiques diffèrent à certains égards de ceux du cancer proprement dit. Cela paraît vrai pour la généralité des cas. Les douleurs y sont rares et moindres; l'ulcération n'y est qu'accidentelle et exceptionnelle. Pour ce qui est des douleurs lancinantes vives, elles ont été observées dans plusieurs cas reconnus par les hommes spéciaux pour appartenir à la classe des tumeurs fibro-plastiques. Il est pourtant digne de remarque que, dans ces tumeurs, les symptômes d'irradiation, dans les ganglions circonvoisins, sont généralement très-bénins et très-limités; ils peuvent même manquer tout à fait, ainsi qu'on l'a vu chez plusieurs malades présentés par MM. Chassaignac et Larrey. Mais cette différence d'intensité, qui se remarque aussi, quoique d'une manière moins saillante, dans les différents degrés du vrai cancer, ne saurait être admise comme une différence radicale et essentielle. Elle montre bien plutôt l'influence du degré d'action d'une même cause, ou de causes très-secondaires pouvant faire varier cette action, qu'elle ne révèle l'antagonisme de deux causes différentes. C'est surtout dans les cas rares, il est vrai, d'infection, de généralisation de la cachexie fibro-plastique, si l'on peut s'exprimer ainsi, que toute interprétation différente devient impossible. Or les cas de ce genre ne paraissent pas rares. M. Forget en a surtout rappelé un remarquable exemple: c'est celui d'un homme chez lequel—après quatre récidives successives d'une tumeur fibro-plastique à la partie postérieure de la cuisse, trois fois enlevée, et qui nécessita en dernier lieu l'amputation du membre; — une tumeur considérable, reconnue pour être fibro-plastique, se développa six mois après dans la poitrine, et enleva le malade en quelques semaines. A l'autopsie, on trouva, outre une tumeur principale du côté droit, de 20 centimètres de hauteur sur 11 de largeur, trois autres tumeurs du volume d'une petite noix dans le poumon gauche, et une dernière tumeur grosse comme le poing dans le moignon; toutes contenant, d'après l'examen de M. Verneuil, tous les éléments du tissu fibro-plastique. Notons toutefois que, chez cet homme, les ganglions avoisinant les tumeurs étaient restés sains.

En présence de ce dernier fait non contesté, est-il possible de méconnaître une certaine migration de la cause spécifique de la maladie, et la spécificité même de cette dernière, toute réserve faite de sa différence d'avec le cancer? Ceci nous conduit au point capital de la discussion: aux caractères hystologiques des deux ordres de tumeurs.

Il est incontestable qu'à un moment donné au moins l'aspect extérieur, la configuration, la composition intime, et la texture microscopique des deux ordres de tumeurs offrent des différences notables. Il en est même, a dit M. Lebert, dans un mouvement de vivacité bien peu habituelle à son aimable et placide caractère, qui sont susceptibles d'être reconnues par un infirmier. A l'œil nu, les tumeurs fibro-plastiques apparaissent sous la forme de masses lobulées, souvent d'un grand volume, assez régulièrement circonscrites, d'un tissu blanc, élastique, rénitent, qui repousse les organes au lieu de les pénétrer, et qui ne laisse sortir par la pression aucun suc laiteux, mais bien une sérosité transparente. Elles diffèrent donc bien, ajoute M. Follin, auquel nous empruntons cette caractéristique, de ces cancers qui infiltrent les organes d'un tissu d'un blanc mat, peu élastique, qui s'écrase facilement, et qui par la pression laisse écouler un suc blanchâtre faisant émulsion avec l'eau et tout à fait caractéristique. Sans contester la réalité de ces différences, MM. Marjolin et Forget se sont demandé s'il ne s'agissait pas plutôt de phases différentes d'évolution de la même maladie que de deux maladies essentiellement distinctes. Ce qui porterait à le croire, c'est que dans plusieurs cas, exceptionnels il est vrai, les fauteurs de la nouvelle doctrine, M. Lebert lui-même, ont constaté dans la même tumeur la coïncidence de la cellule cancéreuse avec les caractères du tissu fibro-plastique. C'est bien à tort, suivant nous, que M. Lebert a cherché à éluder la combinaison. Pourquoi, même à son point de vue, ne pas reconnaître comme possible et même probable, dans la généralité des cas, cette combinaison: la cellule cancéreuse comme noyau, le tissu fibro-plastique comme enveloppe ou véhicule. Il est de fait que dans toutes les inoculations, dans tous les dépôts au sein de l'économie, dans toutes les inflammations éliminatrices, depuis le furoncle jusque la pustule maligne, la matière spécifique ou le simple corps étranger provoque constamment, à des degrés qui varient, une sécrétion plastique qui a bien l'origine et le caractère du tissu fibro-plastique de M. Lebert. Ce qui est plus difficile à concilier, c'est la spontanéité de la sécrétion, c'est sa reproduction incessante, plus souvent sur place, mais quelquefois sur un point éloigné, c'est son irradiation, exceptionnelle il est vrai, mais réelle dans le voisinage, c'est en un mot une spontanéité suivant les lois, la marche, la manière d'être des tumeurs de mauvais caractère. On le voit, la seule différence sur ce point entre nous et M. Lebert consiste en ce que tout en admettant la nature fibro-plastique de ces tumeurs, et même leur nature particulière et différente de celle du cancer, nous faisons des réserves quant à l'élément générateur, spécifique qui les provoque, les domine et les caractérise. Mais continuons.

M. Lebert et ses partisans avaient espéré que les succès de la clinique

---

Après le tracé de géographie botanique dont nous ne faisons ici qu'une esquisse bien générale, il conviendrait, dans un traité spécial, de signaler toutes les richesses que le colon peut retirer de la culture de telles ou telles de préférence; des céréales, du sésame, du papaver somniferum, du tabac, du cotonnier gossypium, de la canne à sucre et du caféier, qui ont depuis longtemps fourni de bons résultats au jardin d'essai d'Hussein-Dey et autres; de l'indigotier, de l'ausonia inermis, le henné, dont les Arabes font grand usage pour se teindre les ongles et les sourcils. On peut encore tirer grand parti de l'exploitation vignicole et séricicole, de celle du cactus coccinellifer ou nopal, de celle des chênes-lièges, des coupes de cèdres, etc. Enfin il est à espérer aussi, qu'en vue d'une sage et bien utile prévoyance, des efforts seront tentés et puissamment encouragés, à l'effet d'importer en Algérie la culture des cinchona, le quinquina étant l'agent le plus indispensable à la thérapeutique de l'Algérie.

Pas plus n'entreprendrons-nous l'étude si intéressante et si complexe de la zoologie, et trop loin nous entraînerait l'examen détaillé de toutes les particularités ou habitudes propres à chaque espèce, comme, par exemple, les migrations d'oiseaux: le retour et le départ des hirondelles et des cailles se faisant à peu près aux mêmes époques que sur les côtes d'Espagne, de France et d'Italie, de même que le passage des tourterelles et des palombes; les avalanches d'étourneaux qui passent avec les roulements de l'orage, en automne et au printemps, durant des heures entières, par myriades, qui obscurcissent l'horizon, et qui ne sont surpassées en nombre que par celles des sauterelles lors de leurs irruptions dans les journées de siroco, vomies qu'elles sont alors, par les bouffées du désert, sur le Tell, dont elles dévastent les cultures; les associations par tribus de certaines espèces de passereaux qui couvrent littéralement de leurs nids des taillis entiers.

Signalons, quant à la répartition des espèces, l'abondance des palmipèdes et des échassiers dans les régions aquatiques, où le cygne étale orgueilleusement son plumage éclatant; celle des gallinacées, des perdrix rouges dans les cultures et les broussailles des collines; celle des rapaces dans le Tell comme dans le Sahara, où l'autruche, surprise pondant, distance en un instant un cheval à la course; la prédilection de l'ibis noir pour les rives du Chélif, dont les berges abruptes et excavées sont recherchées aussi par les corneilles et les guêpiers; le grand nombre des cigognes et des poules de Carthage dans toutes les plaines du Tell; la multiplicité des chéloniens dans les vallées arrosées par des eaux limpides, à tel point que la chair et les œufs de tortues offrent souvent un supplément d'alimentation au soldat, qui rarement néglige de se conserver une petite carapace, coco ou coupe à savon, selon la circonstance; la rareté des sauriens, la propagation des reptiles étant notamment empêchée par les incendies multipliés qu'allument les Arabes sur d'immenses surfaces à défricher, et la disparition complète de l'espèce des pythons de Bagrada; l'abondance de l'hirudo medicinalis dans toutes les eaux du Tell et aussi du Sahara, comme au Kourfa, et sa multiplication avec assez de prospérité dans les réservoirs, notamment dans ceux de Bouffarick, pour espérer de cesser d'être tributaires, sous ce rapport, de l'Italie et de la Hongrie; l'incommode voisinage pour les camps d'innombrables chacals, carnassiers aussi poltrons et inoffensifs pour l'homme qu'ils sont criards; des hyènes dont on pourrait en dire autant, moins le nombre; la redoutable tendance des panthères à venir se blottir dans les sables des dunes du littoral d'Alger surtout, ou se tapir dans les ravins aux impénétrables broussailles des Sahels;

fortifieraient la certitude de ses déterminations diagnostiques. On opérera et guérira une classe de tumeurs qu'on n'opérait point par la crainte fatale des récidives, et l'on n'opérera plus une autre classe par une certitude mieux acquise de leur incurabilité. Cette formule est des plus consolantes, et il ne faut pas désespérer de la voir un jour érigée en maxime. Pour le moment, cependant, elle nous a paru promettre beaucoup plus d'espérances que de réalités. Les récidives de tumeurs fibro-plastiques opérées ont été nombreuses, et quelques-unes même des plus rapides. Rappelez-vous, a dit M. Forget, les deux faits présentés par MM. Larrey et Chassaignac : en quinze mois, trois récidives chez l'un, et chez l'autre, il y a eu quatre à cinq opérations dans le même temps. M. Follin, à cette occasion, a présenté des explications fort ingénieuses et fort claires sur le mécanisme différentiel suivant lequel les récidives des tumeurs fibro-plastiques et cancéreuses s'effectueraient. « Il y a plusieurs sortes de récidives, a dit M. Follin, » dont aujourd'hui nous connaissons assez bien le mécanisme. Ces récidives, si différentes dans leur essence, loin de servir à englober sous un » même nom les diverses tumeurs, pourraient presque constituer des caractères différentiels. Nous distinguerons trois sortes de récidives : la récidive sur place, la récidive dans les ganglions, et la récidive par infection » du sang dans des points éloignés du siége primitif du mal. Du peu de » similitude qui existe entre ces trois espèces de récidive, il faut conclure » qu'il serait urgent de déclarer de quelle récidive on veut parler quand on » dit : Tout ce qui récidive est cancer. Examinons rapidement les caractères essentiels de ces récidives.

» La récidive sur place appartient à toutes les tumeurs, qu'elles soient ou » non cancéreuses. Je suis porté à présumer qu'une extirpation incomplète » du produit morbide lui donne souvent lieu. Dans certaines tumeurs, le » chirurgien ne serait guère excusable de n'avoir point tout enlevé, car » leurs limites se reconnaissent facilement à travers le tégument externe ; » mais il est un autre genre de tumeurs dont la constitution anatomique » prédispose énormément à la récidive sur place. Les cancroïdes épithéliaux » de la peau, en effet, se propagent d'une façon insidieuse en s'infiltrant » par des prolongements radiculaires qui se reconnaissent seulement à la » coupe du tégument externe. Cette infiltration, toujours plus prononcée » dans les parties profondes que dans les parties superficielles de la peau, » ne se perçoit guère facilement sur le vivant, et, alors qu'on se croyait au » delà des limites du mal, on constate dans l'épaisseur du derme des traînées épithéliales. Il faut donc inciser beaucoup au delà du mal apparent » pour être assuré de pénétrer dans de la peau saine et d'enlever le mal » réel. L'examen d'un grand nombre de cancroïdes épithéliaux m'a convaincu de cette disposition anatomique, et je crois que la thérapeutique » chirurgicale peut en retirer de précieuses indications. Un de nos honorables collègues, M. Michon, bien persuadé, comme nous, que les cancroïdes de la peau ont une marche plus sous-cutanée qu'extérieure, les » enlève très-largement et compte dans sa pratique de remarquables » succès.

» Il est une autre espèce de récidive : c'est celle qui s'effectue dans les » ganglions où aboutissent les lymphatiques de la partie malade. Cette » récidive est fréquente dans les cancers, les cancroïdes, dans les tumeurs » mélaniques non cancéreuses ; elle est rare dans les tumeurs fibro-plastiques. En détruisant les extrémités radiculaires des lymphatiques, ces » masses morbides versent dans l'intérieur de ces cancers les particules » les plus déliées du tissu malade. Ces molécules morbides cheminent » ainsi vers les ganglions ; elles s'y arrêtent et s'y développent. Telle est » la récidive dans les ganglions. Cette récidive, si fréquente dans le cancer et dans les cancroïdes, est fort rare pour les produits fibro-plastiques qui refoulent plutôt qu'ils ne détruisent les lymphatiques au milieu » desquels ils sont placés. Quoi qu'il en soit, cette pénétration des éléments cancéreux dans les ganglions n'a rien de spécial, puisque nous y » voyons pénétrer des corps inertes comme les poudres colorées du tatouage. Est-ce de cette récidive qu'on a voulu parler? Dans ce cas, je » déclare qu'elle n'a pas la même physionomie dans les cancers, dans les » cancroïdes et dans les tumeurs fibro-plastiques.

» Enfin, j'ai parlé d'une récidive par infection. Cette récidive, qui se » traduit par des tumeurs multiples dans l'économie, n'a jamais été démontrée dans les cancroïdes épithéliaux. Elle est fort rare, quoique possible, dans les tumeurs fibro-plastiques ; enfin, elle est très-fréquente » dans les tumeurs cancéreuses. Cette récidive s'opère par un mécanisme » qui a été bien étudié par notre collègue et ami M. Broca, dans une des » monographies les plus complètes sur l'affection cancéreuse. Les tumeurs » cancéreuses qui détruisent si facilement les tissus pénètrent dans les » veines et versent ainsi dans le torrent circulatoire les éléments les plus » vivaces du tissu cancéreux. Ces globules moléculaires qui s'identifient » avec le sang infectent l'économie et constituent une diathèse, origine » de manifestations multiples du cancer. Cet état diathésique, nous ne l'avons encore rencontré que six fois dans les tumeurs fibro-plastiques. »

Ce passage, si remarquable à beaucoup d'égards, que nous avons tenu à le reproduire en entier, résume parfaitement toutes les données de la cause, les données pour, les données contre ; si bien que nous nous bornerons à faire ressortir les unes et les autres avec l'impartialité sympathique qui nous anime pour les auteurs, laissant à l'avenir de prononcer dans cette si intéressante discussion.

A quelque point de vue qu'on se place, comprend-on que la récidive ait lieu sur place ou ailleurs sans une semence, sans une racine, sans une partie du tout qui se régénère? Qu'on mette de côté la récidive par infection, celle qui est réservée pour le cancer proprement dit, et ne considérons que les cancroïdes de la peau, qui se prolongent d'une façon insidieuse et s'infiltrent par des prolongements radiculaires. Si ces infiltrations ne portent avec elles que du tissu fibro-plastique, c'est-à-dire de la lymphe plastique du tissu cellulaire homœomorphe, comment expliquera-on cette espèce de génération consécutive et toujours croissante qui s'explique si bien, avec la parcelle de tumeur spécifique dont chaque radicule est pénétrée? Il n'y aurait aucune cause, dans ces cas, pour que la racine ne meure sur place, et il y en a de toutes sortes, fournies par l'analogie et l'expérience, qui militent en faveur de la seconde.

Si, au lieu d'une exposition apologétique des idées de M. Lebert, que nous nous étions proposé de faire avant d'avoir pris connaissance des pièces du procès, nous avons insisté plutôt sur le côté critique, ce n'est pas que nous ayons moins d'estime et de sympathies pour ses très-belles et très-consciencieuses recherches. Nous les croyions réservées comme son caractère, rigoureuses et concluantes comme son observation : nous les avons trouvées tant soit peu entachées de systématisme et d'exagération, de systématisme arbitraire, entendons-nous bien ; car leur caractère systématique, dans les limites de l'observation et de l'expérience, est précisément ce qui fait leur mérite. Aussi quand M. Lebert se bornera à conclure de ses recherches, à la distinction du tissu fibro-plastique du tissu cancéreux ;

---

les réserves presque exclusives que le lion se fait, pour être son antre, des anfractuosités des Atlas, où l'ours, le bison et l'onagre sont pour le moins très-rares ; le foisonnement des sangliers dans les fourrés des bas-fonds, d'où ils sortent la nuit pour ravager les terres cultivées ; l'attroupement des louaches, antilopes de grande espèces, des gazelles, surtout dans les plaines du Sahara, celui des Arronis des Arabes (Ovis tragelaphus de Saw), ruminants de la taille des grands cerfs, de couleur fauve, portant au cou un jabot de longs poils cassants formant manchettes autour des articulations radicales et touffe sur la proéminence de la septième cervicale, ayant d'épaisses cornes fortement recourbées en arrière, à stries transversales et profondes, animaux qui ne sont autres que les mouflons d'Afrique (qu'on retrouve en Corse), communs dans les environs d'El Beida, en deçà du Djebel-Amour (1) ; le pullulement des singes dans les gorges de la Chiffa près de Blidah et sur le pic du Gouraya à Bougie.

Mentionnons la corrélation qui existe entre l'aridité du sol, la maigreur de ses pâturages et la petitesse relative de certaines espèces par défaut de nourriture abondante, comme le bœuf, qui s'emploie avec une remarquable docilité et bête de somme et de labour ; le mulet, dont la force contraste néanmoins avec la petite taille, de même que celle de l'âne, cet humble et utile serviteur, dont le nombre des services n'est surpassé que par celui des coups qu'il reçoit de main d'Arabe. Cette influence d'une nourriture exiguë sur le rabougrissement des espèces fournit de nombreux enseignements, dont on peut faire l'application à l'espèce humaine, sous le rapport de l'étude des causes de la dégradation physique et des déductions pratiques en hygiène, et particulièrement en bromatologie, qui peuvent ou la prévenir ou y remédier.

Un autre quadrupède dont la taille n'est pas généralement très-élevée, mais qui aussi entre autres qualités se fait remarquer par sa sobriété, c'est le cheval arabe, ce préféré de la tribu, ce membre de la famille dont on conserve la généalogie, le nom, l'âge bien plus soigneusement que pour les enfants au milieu desquels il est docilement élevé, qui dans les pérégrinations aventureuses et lointaines, à la guerre comme dans les fantasias, devient le complément indispensable de son maître, ce centaure moderne, et possède surtout vigueur et agilité, sans descendre pour cela du cheval Pégase, comme semblerait le supposer un hyperbolique enthousiasme, et qu'on peut dire fournir une bonne carrière quand il parcourt trente lieues en un jour.

N'oublions pas de signaler ici l'importation par les Arabes et l'acclimatement complet en Algérie du chameau, ce coursier du désert pouvant franchir jusqu'à quarante lieues en 12 heures de trot, qui laisserait tous les pâturages pour un chardon ou pour une bouchée de drinn, et qui par suite trouve une délicieuse nourriture dans la végétation misérable du désert, alors que son rival le solipède y meurt de faim et de soif, si l'orge, les dattes ou le lait viennent à lui manquer.

Ajoutons que les déboisements par les incendies, l'assèchement des fleuves

(1) Dans une battue générale faite en 1847, en passant sur les flancs des montagnes voisines des ruines du Ksar de ce nom, nous avons pu en poursuivre un grand nombre ; cinq ont été tués, et les cavaliers en ont forcé deux à la course, qui ont succombé d'apoplexie pulmonaire.

quand il en induira une différence de valeur diagnostique et clinique entre les tumeurs qui se montreront exclusivement composées de l'un et de l'autre, ou même en proportions différentes des deux éléments combinés; quand enfin il reconnaîtra dans les tumeurs fibro-plastiques dépourvues de cellules cancéreuses la probabilité, sinon la réalité d'un autre élément spécifique générateur capable d'en expliquer l'existence et les différences, alors nous applaudirons sans réserve à ses recherches, à sa persévérance, et aux résultats si originaux de son esprit et de son travail, parce que nous y verrons tous les caractères d'un véritable progrès scientifique.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES-UNES DES MALADIES GASTRO-INTESTINALES DE LA PREMIÈRE ENFANCE; par M. le docteur RILLIET, médecin en chef de l'hôpital de Genève.

Si les auteurs varient d'opinion sur la nature intime de l'affection à laquelle les uns ont donné le nom de ramollissement de l'estomac (Jaeger), les autres de choléra *infantum* (Dewees, Condie), de cholérine (Adrien, Bonrgeois), d'inflammation aiguë des plaques de Peyer (Friedleben, Flesch), d'entérite cholériforme (Trousseau), ils sont unanimes dans les descriptions qu'ils donnent de cette maladie, une des plus graves de la première enfance. Il y a autant de concordance dans l'exposition des symptômes qu'il y a de discordance dans les opinions sur la cause prochaine de la maladie. Les faits que nous avons recueillis ou consultés ajoutent encore à la concordance nosographique; mais ils ne changent rien à la discordance anatomique. Nous verrons qu'en étudiant de près la question, on acquiert la conviction de la vérité de la proposition que nous avons déjà établie pour une période plus avancée de l'enfance, savoir *qu'à des formes symptomatiques identiques ne correspondent pas des lésions anatomiques invariables.*

En effet, les noms différents imposés par les auteurs à une affection toujours la même correspondent aux trois états principaux dans lesquels le tube gastro-intestinal a été trouvé après la mort. On a donné à cette maladie le nom de ramollissement de l'estomac dans les cas où l'on a constaté un ramollissement gélatiniforme du grand cul-de-sac et dans ceux où l'on a soupçonné que ce ramollissement avait dû exister. On l'a appelée entérite cholériforme, inflammation des glandes de Peyer, lorsque la membrane muqueuse gastrique a été trouvée saine, tandis que celle de l'intestin était enflammée généralement ou partiellement. Enfin on l'a quelquefois dénommée choléra *infantum*, parce que, dans un certain nombre de cas, on n'a trouvé aucune lésion ou des lésions tout à fait insignifiantes dans le tube digestif.

Si les noms diffèrent, la maladie n'en est pas moins caractérisée par un ensemble de symptômes constants et par une marche régulière. Mais avant de mettre sous les yeux de nos lecteurs le tableau de la forme grave, nous devons décrire la forme légère telle qu'on la rencontre si souvent dans la pratique.

ENTÉRITE CATARRHALE LÉGÈRE AIGUE OU SUBAIGUE.

Cette maladie est l'une de celles que l'on observe le plus souvent dans le cours des deux premières années dans la pratique en ville. Les causes peuvent se résumer dans l'âge, le travail de la dentition, une mauvaise alimentation et l'état climatérique.

Le symptôme le plus appréciable et souvent le seul symptôme est la diarrhée; les vomissements sont rares, le ventre est ordinairement volumineux, sonore, le plus souvent indolent à la pression; la langue est humide, l'appétit n'est pas perdu, mais il est irrégulier, capricieux. Les évacuations se répètent plusieurs fois par jour, accompagnées ou non de coliques; elles sont d'une nature variable, le plus souvent jaunâtres ou verdâtres, mélangées de mucus, de fragments de caséum indigérés, si les enfants sont encore allaités, ou de parcelles d'aliments s'ils sont sevrés. Les petits malades ont les yeux un peu cernés, les chairs molles, le visage pâle; la fièvre manque en général, à moins que la dentition ne soit laborieuse ou qu'il ne survienne quelque autre complication; d'ordinaire les enfants ne sont pas alités.

Dans d'autres cas les symptômes sont un peu plus aigus: il y a de la coloration du visage, de la soif, des coliques accompagnées ou non des signes d'une dentition difficile. L'enfant est très-irritable, le pouls est fréquent, la peau un peu chaude.

Quel qu'ait été le mode de début, les symptômes susindiqués, et en particulier la diarrhée persistent, au moins pendant huit jours, et quelquefois pendant quinze jours, trois semaines, un mois même. En général la maladie est d'autant plus courte que le début a été plus vif et que les symptômes se rapprochent plus de ceux de l'entérite normale des enfants plus âgés; tandis que dans les cas où la diarrhée est tout à fait apyrétique et ne s'accompagne pas d'amaigrissement ni d'autres symptômes fâcheux, la durée est en général plus longue; c'est alors que l'on voit persister les symptômes au delà de quinze jours, sans que l'enfant soit très-éprouvé. Si la maladie doit, comme cela arrive le plus ordinairement, se terminer par le retour à la santé, les selles diminuent de nombre et augmentent de consistance; elles présentent les caractères qui indiquent une meilleure digestion; en même temps l'appétit se fait sentir, la soif, si elle existait, disparaît, la pâleur du visage fait place à une coloration rosée. Mais il peut arriver que la forme légère soit, comme nous l'avons dit, le précurseur de la forme aiguë grave ou de la forme chronique; alors on voit apparaître la série de symptômes qui caractérisent ces deux variétés.

ENTÉRITE CHOLÉRIFORME.

La maladie règne en été ou en automne; elle atteint des enfants âgés de moins de deux ans, ordinairement délicats, dont l'hérédité est défavorable, et qui pour la plupart ont été soumis pendant un temps plus ou moins long à l'influence d'un régime antihygiénique, débilitant, et en particulier ont eu une alimentation vicieuse.

Le début a lieu tantôt au milieu d'une santé en apparence bonne, tantôt chez des enfants qui depuis une ou plusieurs semaines éprouvent différents troubles des voies digestives. Ce dernier cas est de beaucoup le plus fréquent. On observe alors pendant cette période prodromique les différents symptômes de la forme légère. Au bout de cinq à douze jours, rarement

---

et des étangs, les chasses longtemps continuées, bien plus que le changement climatérique assez peu sensible dans le nord de l'Afrique depuis les temps carthaginois, ont occasionné à la longue le refoulement vers les régions centrales des hippopotames, des rhinocéros et de cet autre pachyderme tant redouté des Romains, armé en guerre, l'éléphant.

Ajoutons encore que la Méditerranée, tout en fournissant aux côtes de l'Algérie de la marée en suffisante quantité, ne leur apporte pas de voisins dangereux. Les thons et les marsouins sont les gros poissons des espèces neptuniennes de ces parages, où l'on n'a rien à redouter ni du requin du tropique, ni du caïman de l'embouchure du Nil.

Nous laisserons à d'autres tous ces vastes sujets d'autant de traités spéciaux dont la collection formera l'encyclopédie des sciences naturelles de l'Algérie, quand, nous l'espérons, la commission scientifique en aura doté le monde savant.

III.

Sahara algérien ou Petit Désert.

Salluste donnait cette description laconique du nord de l'Afrique: « pays » sans bois, sans eau et sans maisons. » Cette définition qui ne saurait s'appliquer qu'en partie à l'Algérie, convient parfaitement au Sahara. Dès qu'on franchit en effet la deuxième ligne de l'atlas, l'atlas moyen, on entre dans une série d'immenses plaines où la culture est impossible, et où la grande végétation cessant est remplacée par les maigres pâturages d'alpha, de chia, de drinn, de dys, que parcourent les troupeaux de nomades pasteurs. Ces plaines dont l'étendue est pour le moins égale à la superficie de l'Algérie, sont de l'ouest à l'est: les Chott, le Sersou, le Zarez, le Hodna, les Sbakh, au milieu desquelles se trouvent divers lacs salés. Elles sont limitées au sud par le grand Atlas, troisième chaîne qui prend aussi naissance au massif montagneux de l'est. De sorte que les trois lignes de l'Atlas, partant d'un tronc commun, s'étendent parallèlement à l'ouest comme les trois branches d'un immense trident, dont celle du sud se trouve notablement plus écartée des deux autres que ces dernières entre elles.

C'est dans le Sersou, région des hauts plateaux, faisant le gradin supérieur des plans étagés que forme tout le nord de l'Afrique, de la Méditerranée au grand Atlas, que Nahr-Ouassel, le fleuve naissant, le Chélif prend sa source. Après avoir reçu l'Oued-Beida, parti du Djebel-Amour et grossi de l'Oued Taguin, le Chélif, nous l'avons vu, traverse le moyen Atlas par une coupure au-dessous de Boghar. Il sillonne la zone intérieure de l'Algérie, reçoit la Mina au-dessous d'Orleansville, après avoir reçu au-dessus l'Oued-Ruina, l'Oued-Fodda et autres affluents, coupe le petit Atlas et la zone du littoral, pour se jeter dans la mer à l'est de Mostaganem. Il est à noter que le Chélif, le plus grand fleuve de l'Algérie, n'est cependant pas navigable.—Si l'altitude relative des plaines du Sahara algérien au sud de la province de Titeri est démontrée par le cours du Chélif, il n'en est pas de même de celles qui sont au sud des provinces d'Oran et de Constantine, où les chott et les sebkha indiquent de grandes dépressions de terrain. Biskara, par exemple, que nous avons dit appar-

moins, quelquefois plus, tout à coup la scène change, et l'on voit se dérouler la série des symptômes qui indiquent une maladie de la plus haute gravité. Des vomissements incessants, accompagnés de selles séreuses, qui se répètent coup sur coup, marquent le début; quelquefois ils manquent; la diarrhée seule existe; le ventre n'offre rien de particulier; il est rarement douloureux. La soif est extrême, la langue légèrement blanche et humide; le pouls est fréquent, mais la température de la peau est rarement élevée. Le regard est triste, abattu, terne; les yeux sont déjà excavés. Il y a ou bien de l'agitation, de l'irritabilité, des pandiculations, ou bien plus rarement de l'abattement, de l'inertie.

Après une durée variable de ces symptômes, rarement au bout de quelques heures, le plus souvent au bout de deux à quatre ou cinq jours, la scène change. Le visage est profondément altéré, les yeux sont caves, ternes, les pommettes saillantes, la bouche enfoncée. L'inertie a remplacé l'agitation, l'amaigrissement est énorme, les enfants *ont fondu*. La soif est inextinguible, la peau glacée et pâle, surtout au nez et aux extrémités; le pouls est misérable, l'abattement extrême, l'enfant ne donne plus de signes de sensibilité; le ventre mou, affaissé, flasque, indolent, se laisse pincer comme un chiffon de linge. Les vomissements continuent ainsi que la diarrhée. Si la maladie, comme cela arrive le plus ordinairement quand les symptômes ont atteint ce degré de gravité, se termine d'une manière fatale, les enfants meurent épuisés et froids. Les vomissements sont supprimés; mais ordinairement la diarrhée persiste jusqu'à la fin, ainsi que la soif; la respiration s'accélère et s'accompagne d'un léger stertor. Si l'issue doit être favorable, les symptômes alarmants se dissipent au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures; le pouls reprend de la fermeté, la peau de la chaleur. Le regard a plus de vivacité; ce n'est plus cet œil terne, ce facies de moribond qui était si inquiétant. Les vomissements sont déjà arrêtés, la diarrhée se modère, peu à peu la soif diminue; ce symptôme et l'amaigrissement sont les derniers à disparaître, l'amaigrissement surtout.

Il est difficile de préciser la durée de la maladie d'une manière exacte. On peut cependant, comme pour certaines formes de bronchite ou de broncho-pneumonie suraiguë, distinguer trois périodes: de prodromes, d'augment ou de danger et de déclin. Ainsi, comme dans la broncho-pneumonie, la maladie grave est souvent précédée par la forme légère qui correspond à une affection catarrhale trachéo-bronchique de peu d'importance, qui précède de plusieurs jours l'apparition des symptômes sérieux du catarrhe suffocant. Que la maladie ait débuté avec ou sans prodromes, la période à laquelle on peut donner le nom de période de danger est très-courte et ne dépasse guère un, deux et trois jours au plus. La période de déclin dans les cas heureux est assez longue; il se passe une, deux ou trois semaines avant que les enfants aient repris leurs forces, leur appétit et leurs couleurs. Sous ce rapport, il existe une très-grande différence entre la rapidité du rétablissement des enfants atteints de catarrhe suraigu bronchique ou intestinal. Cette différence s'explique par l'abondance des déjections et les troubles dans l'innervation du grand sympathique dans le *choléra infantum*, tandis que dans le catarrhe suffocant le système nerveux joue un moins grand rôle, et qu'il n'y a qu'un trouble momentané de l'hématose qui se dissipe avec le rétablissement de la circulation aérienne et sanguine dans les poumons.

Les auteurs allemands ont divisé la maladie en deux périodes, l'une de réaction, l'autre de paralysie. A la première appartiennent l'agitation, la soif, la perte d'appétit, les vomissements, la diarrhée, la fièvre, l'amaigrissement; à la seconde, la perte des forces, la flaccidité du ventre, le refroidissement, la faiblesse du pouls, etc.

D'après le docteur Fischer, la durée totale de la maladie serait de six à huit jours. Camerer prétend qu'elle peut se terminer d'une manière fatale en vingt-quatre heures.

Le début étant souvent difficile à préciser, la durée totale n'est pas aisée à indiquer; la durée la plus courte que nous ayons observée du début à la mort a été de trois jours. La terminaison fatale est d'ordinaire d'autant plus prompte que l'enfant est plus jeune.

A côté de cette forme suraiguë, on peut en placer une autre qui établit la transition entre les formes aiguës, légères, cholériques et chroniques et qui correspond à la broncho-pneumonie aiguë ou subaiguë. Dans cette forme, c'est la diarrhée qui marque le début, et après une diarrhée prodromique plus ou moins prolongée, mais non affaiblissante, on observe une partie des symptômes que nous venons d'énumérer, avec cette différence qu'ils sont plus prolongés, mais moins violents. La maladie, au lieu de se terminer rapidement par la mort ou la guérison, a une plus longue durée; elle n'est pas sans danger, mais cependant elle laisse plus de prise à la thérapeutique.

Le ventre est gros, quelquefois douloureux; la diarrhée très-fréquente, les selles fétides, tantôt séreuses, tantôt lientériques, d'autres fois elles sont muqueuses, avec quelques stries sanguines, rarement il y a quelques vomissements intercurrents. Les enfants sont très-agités, très-irritables; le pouls est fréquent, mais la chaleur rarement très-élevée. L'amaigrissement ne tarde pas à se manifester, les yeux se creusent, mais la peau ne se refroidit pas et la soif n'est pas inextinguible comme dans la forme précédente. Huit jours, quinze jours ou trois semaines se passent sans que les symptômes se modifient, ou bien il y a des alternatives de mieux et de moins bien. Quelquefois et pendant vingt-quatre heures les symptômes deviennent plus aigus et paraissent se rapprocher de la forme précédente; alors la diarrhée redouble, les selles deviennent séreuses, il y a des vomissements coup sur coup et de la tendance au refroidissement, puis ces symptômes se dissipent et la maladie poursuit sa marche.

Trois cas peuvent se présenter: ou bien les symptômes diminuent graduellement pour disparaître ensuite, ou bien ils augmentent, ou bien ils restent stationnaires.

Dans le premier cas, la maladie se termine par le retour à la santé; dans le second, elle se termine par la mort; dans le troisième, elle passe à l'état chronique.

Les observations suivantes serviront d'exemples de ces terminaisons, en même temps qu'elles compléteront la description que nous venons de donner.

ENFANT DE SEIZE MOIS; HÉRÉDITÉ DÉFAVORABLE; MAUVAISE HYGIÈNE; VERS INTESTINAUX; AFFECTION GASTRO-INTESTINALE; DURÉE QUATORZE JOURS; MORT; RAMOLLISSEMENT GÉLATINIFORME DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS; EXAMEN MICROSCOPIQUE DE LA LÉSION.

Obs. I. — Le jeune B., âgé de seize mois, a les yeux bleus, les cheveux blonds, et a toujours été délicat. Sa mère, qui depuis plusieurs années est atteinte d'un rhumatisme chronique avec déformation des articulations, l'a nourri jusqu'à l'âge de dix mois. Depuis le sevrage, sa nourriture a consisté presque exclusivement dans des soupes au pain cuit, au bouillon, du café au lait; il ne prenait presque jamais de lait pur. La chambre qu'il habite est grande, bien aérée, le soleil y pénètre une grande partie de la journée.

---

tenir au Sahara algérien de la province de Constantine, ne serait qu'à 75 mètres au-dessus du niveau de la mer, d'après MM. Demareix et Fournel.

Au versant sud de la troisième ligne de l'Atlas, le Sahara se continue avec ses terres de parcours, ses sables, ses landes, ses chott; toutefois les sources y étant un peu plus nombreuses, on y rencontre plus fréquemment qu'en deçà du versant nord, des îlots de verdure formés par les vergers d'arbres fruitiers, principalement par le dattier. Ces oasis sont entretenues par les habitants des Ksours, villages consistant le plus souvent en cabanes en pierres sèches, groupées autour d'un méchant caravansérail tout à la fois relais, hôtellerie et entrepôt pour les caravanes. Dans les points où les eaux sont plus abondantes, il existe de véritables villes, de ce nombre sont Aïn-Maddhy avec fortifications, Lagouath, Gardeïa, etc. C'est là le Beledulgerid, le pays des dattes qui s'étendrait jusqu'au Soudan, grand désert ou Falat (30° l. s.), par un arc de cercle formé, de l'ouest à l'est, d'après la carte de MM. Carette et Warnier, des Oasis des Oulad-Sidi-Cheikh, des Beni-Mzab, des Ouaregla, de Ouad-Souf.

Le Sahara algérien est donc composé d'une partie nord où ne se trouvent guère que des terres de parcours ou Kifar; d'une partie sud qui est plus particulièrement le pays des Oasis ou Fiafi, séparées l'une de l'autre par la troisième chaîne de l'Atlas qui est aussi la ligne de partage des eaux sahariennes.

Cette chaîne justifie plutôt sa dénomination par son étendue que par l'altitude de son relief. Les crêtes que nous avons franchies dans sa portion appelée le Djebel Amour, sont bien moins saillantes que celles de l'Ouarouseris appartenant à l'Atlas moyen, et dont le pic principal (l'œil du monde des anciens) serait élevé de 2,400 mètres d'après Desfontaines. Le Jurjura, le Mons Ferratus du petit Atlas reste couvert de neige longtemps après que celles du grand Atlas ont fondu. Au voisinage de Fez le petit Atlas encore serait élevé de 3.600 mètres, et aurait des neiges perpétuelles d'après Ritter. Répéterons-nous avec ce dernier géographe et M. de Humboldt, que le profil de l'Atlas apparaît comme une colonne aérienne isolée supportant la voûte du ciel. Nous ne serions pas exact. Les chaînes de l'Atlas sont constituées par des bourrelets montagneux reliés en massifs. Que certains pics plus élevés que les autres, opérant la condensation des vapeurs des hautes régions de l'atmosphère, aient parfois leurs cimes enveloppées de nuages et paraissent ainsi toucher aux cieux, ce n'est là qu'un phénomène météorologique qui est commun à toutes les montagnes élevées.

La nature vivante déjà si débile dans le Sahara algérien, meurt-elle tout à fait à ses confins, et le Soudan ne serait-il qu'une mer de sables brûlants qui, agités par les tourmentes du simoun, tantôt roule ses dunes en avalanches, tantôt les lance en tourbillons qui, retombant en trombes, envahissent et engloutissent tout sur leur passage? Poser ces questions, c'est les résoudre par la négative, ou du moins par le doute, quand bien même l'exploration n'aurait pas prononcé. En vain invoquerait-on comme exemples les dunes de nos côtes, en vain invoquerait-on ce passage de Plutarque qui fait engloutir cinquante mille hommes de l'armée de Cambyse dans *les flots* de sables de la Libye. Aucun phénomène physique ne saurait nous rendre compte de la production de ces sables sur une aussi vaste étendue et dans une aussi énorme quantité, la mer aurait-elle plusieurs fois recouvert et abandonné l'Afrique centrale. En effet, le fond des mers n'est pas comme le littoral où viennent déferler les vagues, il

Le petit B. n'a été atteint d'aucune maladie de l'enfance ; la dentition n'a pas été laborieuse : à l'âge de seize mois, il a ses huit incisives et quatre molaires.

Il y a deux mois, il a rendu pour la première fois un ver lombric de la dimension d'un ver de terre de moyenne grosseur. Pendant près de quinze jours il a pris du sirop vermifuge, mais il n'a rendu aucun nouvel ascaride.

Un mois avant le début de la maladie actuelle, il a maigri, son appétit est devenu très-inégal, sans qu'il ait eu du dérangement d'entrailles ni de vomissements.

Le 23 mai, il contracte une diarrhée assez abondante (cinq ou six selles par jour) qui continue les jours suivants.

Le 30, le dévoiement s'accroît; il a deux ou trois vomissements qui augmentent de fréquence dans la nuit.

Je le vois le 31. Il est maigre, chétif, pâle; la peau est chaude, le pouls fréquent, mais on ne peut le compter, car l'enfant est très-angoissé. Le ventre est médiocrement développé, un peu contracté. L'enfant crie quand on le presse; mais il en fait autant quand on touche d'autres parties de son corps. Il ne tousse pas et n'a pas de symptômes cérébraux.

Traitement. — Calomel, 5 centigr.

Les vomissements continuent; mais quelque temps après avoir pris sa poudre, il rend une assez grande quantité de vers par la bouche. Ces vers sont des lombrics de 2 à 3 pouces de long, tout à fait semblables pour la forme et l'épaisseur à du gros vermicelle ; ils sont beaucoup plus pâles, plus blancs et moins volumineux que les lombrics ordinaires. On donne deux autres poudres de calomel jusqu'au lendemain matin, et l'enfant continue à vomir une grande quantité de vers ; il en rend aussi dans les évacuations.

Du 1er juin au 6, jour de la mort, les vomissements ont continué, en général, précédés par de la toux qui cessait après l'expulsion des vers. Il y a eu aussi chaque jour plusieurs selles diarrhéiques contenant une assez grande quantité de vers. Dans un seul vomissement, il lui est arrivé d'en rendre jusqu'à vingt-huit à la fois, et ce n'est pas les porter à un nombre trop élevé que de dire qu'il en a vomi plus de deux cents en tout.

Tous ces vers étaient de la même dimension et tout à fait semblables à ceux décrits ci-dessus. Le ventre, qui était d'abord peu tuméfié, a augmenté de volume depuis le 4, sans paraître cependant plus douloureux.

Les 5 et 6, *la soif est devenue excessive*. Depuis le début il a été impossible de lui faire prendre aucune nourriture. Il est mort en demandant encore à boire, la connaissance ayant été conservée jusqu'à la fin. Il n'a pas eu de convulsions. La fièvre, qui avait été intense les premiers jours, a progressivement diminué. Le jour de la mort, le pouls était inégal.

Le traitement a consisté dans l'emploi du calomel ; il en a pris 45 centigr. en tout jusqu'au 5 juin, par poudres de 5 centig. Chaque poudre amenait des évacuations et des vomissements vermineux. On a appliqué des cataplasmes de farine de lin et d'ail pilé sur le ventre. Depuis le 4, on a fait des frictions avec 8 gram. d'onguent mercuriel ; elles ont été interrompues le 5 et remplacées par une potion composée de 4 gram. d'infusion de mousse de Corse, un gramme de magistère de bismuth et 15 grammes de sirop diacode.

Autopsie faite trente-quatre heures après la mort.

La température n'est pas élevée, vent du nord. Le cadavre n'offre aucun signe de putréfaction. L'abdomen est peu saillant, sans vergetures. La paroi du ventre enlevée, on aperçoit les intestins qui ont leur volume ordinaire; le péritoine ne présente aucune lésion; pas trace d'épanchement. A l'extérieur, quelques-unes des anses intestinales de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle sont tachetées en blanc jaunâtre sale; la plus légère traction exercée sur cette portion de l'intestin produit une rupture de ses membranes, et l'ouverture donne issue à des pelotons de vers analogues à ceux que l'enfant a rendus pendant la vie. Ces taches blanc jaunâtre correspondaient aux points où existaient les agglomérations vermineuses, visibles au travers de l'intestin aminci. Dans les cinq ou six derniers pieds de l'intestin grêle, les trois tuniques de l'intestin sont complètement ramollies; elles ont eu tout plus d'une ligne et demie d'épaisseur, par conséquent elles sont beaucoup plus épaisses que dans l'état normal. On ne peut les toucher sans qu'elles se réduisent en une pulpe gélatineuse transparente, tout à fait semblable à de la colle à demi ramollie. Il faut employer les plus grandes précautions pour inciser l'intestin dans ces points-là, la plus légère pression suffisant pour laisser passer l'entérotome. Toute la partie inférieure de l'intestin grêle est beaucoup plus résistante. L'entérotome la traverse sans l'entamer. La membrane muqueuse a partout très-peu de consistance.

Dans le gros intestin, on observe les mêmes altérations ; nous ne pouvons le détacher en entier sans qu'il se rompe, le ramollissement ayant respecté la tunique péritonéale ; mais comme il a envahi les trois autres membranes, on peut l'étudier plus facilement que dans l'intestin grêle, et il offre d'ailleurs un caractère qui n'existe pas dans l'autre intestin. La plus grande partie de la surface interne est tapissée d'une couche membraneuse d'un blanc sale, inégale, continue en certains points, fragmentée, et d'autres que l'on ne saurait mieux comparer qu'au muguet. Au-dessous de cette membrane se trouve le tissu gélatiniforme transparent qui a plus de 2 lignes d'épaisseur. Il est impossible de distinguer dans ce magma gélatineux la membrane muqueuse, son tissu sous-jacent et les fibres musculaires. Une macération de quelques heures dans l'alcool transforme le tissu gélatineux diffluent en une membrane épaisse, résistante, blanche, comme nacrée. La fausse membrane a été durcie, mais moins que le reste de l'intestin, et il n'est pas très-difficile de l'enlever par le grattage. Sous l'influence de l'alcool, l'intestin a acquis une solidité assez grande pour qu'il soit très-difficile de le déchirer, mais il est impossible de reconnaître les fibres musculaires.

L'intestin grêle et le gros intestin contenaient une assez grande quantité de matière liquide verdâtre, et un nombre prodigieux d'ascarides analogues à ceux rendus pendant la vie ; leur nombre s'élevait à plusieurs centaines. Plusieurs d'entre eux, placés parallèlement comme le seraient des fils de fer dans une tige creuse, s'étaient introduits dans le canal cholédoque considérablement dilaté; mais il n'en existait pas dans l'épaisseur du foie.

L'estomac contenait encore une assez grande quantité de liquide et de vers. Au niveau de la grande courbure, au tiers du côté du cardia, la membrane muqueuse et son chorion avaient disparu dans un espace d'un centimètre et demi; le reste de l'estomac conservait son apparence ordinaire; mais une incision pratiquée à sa surface faisait voir un ramollissement gélatiniforme, occupant la muqueuse et le tissu sous-muqueux. Dans le fond, on voyait le péritoine et les fibres musculaires bien dessinées. Le reste de l'estomac était parfaitement sain. *Tous les liquides du tube digestif exhalaient une odeur acide des plus manifestes.* Les ganglions mésentériques étaient volumineux, plusieurs avaient le volume d'une noisette. Ils étaient d'un blanc grisâtre, sans induration, ni ramollissement, ni tubercules apparents. Le foie, d'un petit volume, ainsi que la rate et les reins, étaient sains. Les poumons, le cœur et les plèvres étaient à l'état normal; nulle part il n'y avait de tubercules.

La tête n'a pas été ouverte.

M. le docteur Mayor fils a bien voulu examiner au microscope une portion altérée du gros intestin. Voici le résultat de cet examen :

1° La couche blanche fragmentée du gros intestin, décrite comme une fausse membrane ressemblant au muguet, n'est autre que la membrane muqueuse altérée et partiellement détruite. En lacérant cette couche blanche de la couche gélatineuse et la faisant flotter sous l'eau, on reconnaît très-facilement à la loupe les villosités intestinales dont l'épithélium à cylindre semble se désagréger; ce qui leur ôte leur netteté et leur régularité ordinaires. Çà et là on remarque à l'œil nu des taches blanches qui ne sont autre chose que les glandes solitaires beaucoup plus visibles qu'à l'état normal. Partout où cette couche blanche n'existe pas on ne trouve aucune trace des éléments de la muqueuse.

2° Le ramollissement gélatiniforme est formé par une infiltration de la mem-

---

est souvent, vu l'immobilité des masses profondes des eaux, recouvert de prairies sous-marines parfois très-poissonneuses, la Méditerranée en offre un exemple bien connu des pêcheurs des côtes de Provence et d'Espagne. Ces sables du désert existeraient-ils d'ailleurs en telles quantités qu'on le suppose, que pour être soulevés et emportés avec la facilité et aux distances qu'une croyance erronée leur fait parcourir, il faudrait du moins une légèreté spécifique exceptionnelle à nous inconnue. Quiconque parcourt le Sahara algérien, qui n'est autre après tout que la partie nord du grand désert, conclut par voie d'analogie que le Soudan, outre certaines accumulations de sables que les caravanes savent éviter, renferme aussi, comme le Sahara, des terres à surface d'argile et d'humus, des rifar et des oasis. Le fait a cessé d'être une hypothèse : depuis longtemps on sait, et les itinéraires du Taleb Haggy (1), accompagnés d'une excellente carte, le confirment d'une manière précise, que des caravanes mettent en communication le Tell et le Sahara algérien avec l'Afrique centrale; que pour traverser le Falat elles passent par des stations fixes : qu'à ces stations sont des puits et des oasis où elles sont rançonnées par les nombreuses tribus des Touaregs qui habitent ou parcourent le Soudan et l'exploitent. En effet, les uns sédentaires ont surtout le monopole de l'eau pour laquelle ils font des échanges à gros bénéfices, ce sont les plus honnêtes; les autres, en qualité de guides, vendent cher une protection qui n'est parfois qu'un simulacre ou une trahison, ce sont les voleurs hypocrites; enfin la troisième espèce se compose des écumeurs du désert, qui, montés sur leurs sobres et agiles mah'ari, chameaux qui peuvent rester trois jours sans boire et faire des journées continuées de trente lieues, pillent les caravanes qu'ils peuvent surprendre. Ainsi ils est bien avéré que le grand désert, quelle que soit son aridité relative, a cependant assez d'eau, de pâturages et d'oasis pour permettre à de grandes tribus d'y vivre avec leurs innombrables troupeaux. Qu'il y ait des régions complétement stériles, vastes solitudes que les caravanes mettent quelquefois dix jours à traverser sans trouver d'aiguades, c'est vrai; que certaines zones, qui furent probablement les rivages que les flots ont battus autrefois, soient des banes sablonneux, c'est encore vrai; mais la plus grande partie du grand désert offre un sol tassé, résistant, qui, malgré sa pauvreté, permet encore aux règnes végétal et animal de s'y développer en espèces multiples sur des proportions considérables. Qu'est-ce donc que l'assertion de Plutarque ? l'expression figurée d'un fait très-naturellement explicable. Le manque d'eau, le siroco ou vent du désert, le soleil, c'est-à-dire la soif, la chaleur et l'asphyxie qui s'ensuit, sévissant pendant quelques jours, ont bien pu faire périr les soldats de Cambyse dans la région des syrtes où à son tour l'armée de Caton devait éprouver des pertes considérables. Mais nous ne comprendrions pas que les sables eussent pu littéralement les ensevelir ; il est même à croire que leurs ossements jalonnèrent longtemps le parcours de leur

(1) Études de géographie critique sur une partie de l'Afrique septentrionale. Itinéraires de Haggy-ebn-el-Dyn-el-Agouatty, 1826, traduit de l'arabe par l'anglais Hodgson, traduit de l'anglais par M. Davezac. Paris, 1835. — Voir aussi un ouvrage plus récent : Le Sahara algérien, par le colonel Daumas. Un vol. in-8°. Paris, 1845.

brane nerveuse ou celluleuse par un liquide gélatineux. En mettant sous le microscope un morceau de cette couche gélatineuse, on retrouve dans son épaisseur les fibres cellulaires et les vaisseaux qui le traversent pour gagner la muqueuse. Cette infiltration très-épaisse dans le tissu cellulaire placé entre la tunique musculeuse et la tunique muqueuse existe aussi, mais en couche beaucoup plus mince dans le tissu cellulaire qui unit la tunique musculeuse à la tunique séreuse. La matière gélatineuse est amorphe et ne contient que des globules altérés, probablement des globules sanguins.

3° Au microscope, on reconnaît l'intégrité de la tunique séreuse. On retrouve aussi la tunique musculeuse, et l'on peut y reconnaître ses deux ordres de fibres transversales et longitudinales.

Les faisceaux des fibres ont leurs caractères microscopiques ordinaires, seulement ils paraissent beaucoup plus faciles à décomposer dans leurs fibres primitives.

Cette observation offre un exemple bien rare d'un ramollissement gélatiniforme parvenu à un haut degré et occupant la presque totalité du tube gastro-intestinal. A côté de cette lésion, il existait évidemment une altération des liquides, comme l'indique l'odeur acide à un haut degré qu'exhalait le tube digestif. L'altération de l'intestin a-t-elle été le résultat de l'action des liquides, ou s'est-elle produite après la mort? La première proposition nous paraît évidente ; quant à la seconde, nous sommes fortement disposés à croire que l'altération de la membrane muqueuse a eu lieu pendant la vie. Ne peut-on pas admettre que, sous l'influence de la sécrétion acide, la membrane muqueuse s'est altérée, enflammée peut-être, et que l'inflammation s'est terminée par un ramollissement qui a laissé à nu ou sans protection la membrane celluleuse, par laquelle le liquide vénéneux a pu exercer une action dissolvante plus énergique et plus complète. Il est remarquable de voir la conservation de la membrane séreuse et de la tunique musculaire, et même des vaisseaux qui traversent la membrane celluleuse, éléments qui sont tous plus résistants à l'action de la cause destructive, que la membrane muqueuse et son tissu cellulaire.

Un autre fait digne de remarque, c'est la prodigieuse quantité d'ascarides qui encombraient les voies digestives de cet enfant. C'est le seul cas où j'aie vu des ascarides si nombreux, si petits et si égaux en volume. Il est très-probable qu'ils étaient de formation récente. La génération d'un si grand nombre d'entozoaires indique un trouble profond de la nutrition, mais l'ascaride est plutôt le résultat que la cause de la maladie. On peut se demander toutefois si les agglomérations vermineuses qui retenaient et emprisonnaient une certaine quantité de mucus intestinal altéré, n'ont pas contribué à l'extension de la lésion intestinale. J'ai noté en effet que le maximum du ramollissement correspondait aux agglomérations vermineuses visibles au travers de l'intestin.

Au point de vue symptomatique, nous rangeons cette maladie dans les cas subaigus. En effet, les symptômes n'ont pas offert cette violence et cette rapidité que l'on observe dans la forme suraiguë (v. obs. IX). Si, comme le pense M. Barrier, la fièvre, le ballonnement du ventre, la douleur, la soif, sont les symptômes non douteux d'une inflammation, il faut regarder, dans ce cas-ci, le ramollissement comme consécutif à une phlegmasie. Nous sommes en effet assez tentés de partager cette opinion pour le cas présent, quoique en thèse générale nous ayons observé l'ensemble des symptômes indiqués par M. Barrier, dans des cas où il n'existait pas trace de lésion intestinale inflammatoire ou autre.

L'observation suivante est un exemple d'affection subaiguë de l'intestin, que l'on peut à plusieurs égards rapprocher de la précédente, bien que la terminaison ait été différente.

GARÇON DE 20 MOIS ; DÉBUT, DANS LE COURS D'UNE ÉPIDÉMIE D'AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES ATTAQUANT SPÉCIALEMENT LES ENFANTS ; MARCHE SUBAIGUË DE LA MALADIE CARACTÉRISÉE, PRINCIPALEMENT PAR LA DIARRHÉE SÉREUSE ET LE BALLONNEMENT DU VENTRE, L'AMAIGRISSEMENT ; AU BOUT DE QUINZE JOURS, PENDANT QUARANTE-HUIT HEURES, SYMPTÔMES PLUS GRAVES SE RAPPROCHANT DE CEUX DE LA FORME SURAIGUË ; EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT APRÈS UN ESSAI INFRUCTUEUX DE PLUSIEURS REMÈDES ; GUÉRISON ; DURÉE TOTALE DE LA MALADIE, UN MOIS ENVIRON.

OBS. II. — Au mois de septembre 1849, à une époque où régnaient des affections d'entrailles suraiguës, aiguës et subaiguës, fort graves, principalement chez les enfants, au moment même où j'observais plusieurs cas mortels (v. obs. VIII et X), je fus appelé pour voir un garçon de 20 mois, atteint d'une entérite. Cet enfant est très-mal soigné et mal nourri ; ses parents sont traiteurs, et toute la journée l'enfant mange des aliments indigestes ou disproportionnés à ses forces digestives ; en un mot, son hygiène alimentaire est détestable. Son hygiène corporelle n'est pas mieux entendue, il est tenu très-malproprement. Il n'est pas étonnant que ces causes prédisposantes, jointes à la saison, aient produit la maladie actuelle. D'après le rapport des parents, elle a débuté assez brusquement le 30 septembre, par du dévoiement très-abondant, non sanguinolent, clair, pas de vomissements, perte d'appétit. La diarrhée a persisté en augmentant encore de fréquence, et s'est accompagnée d'un amaigrissement considérable. On ne sait s'il a eu de la fièvre. Je le vois le 9 octobre ; je trouve un enfant très-amaigri, visage de vieillard, ridé, yeux caves, le ventre bombé, sonore, tendu, la langue humide sans muguet. Pas de taches typhoïdes. Il crie quand on touche le ventre. Diarrhée séreuse, une tache jaune au centre du linge, le reste est une vaste auréole aqueuse. Anorexie complète ; peu de chaleur ; pas de refroidissement proprement dit. Le pouls est à 116-120. Amaigrissement général considérable. Peau flasque.

TRAITEMENT. — Jusqu'ici pas de traitement actif. Depuis deux jours seulement, une potion diacodée. Il s'était refusé à toute alimentation. J'ai prescrit le calomel à la dose de 16 centigrammes, pendant trois jours, et la potion de bismuth, 60 centigrammes par jour ; puis l'extrait de bois de campêche, 1 gramme par jour. J'ai fait faire des frictions avec le baume de Rosen, puis avec la pommade de calomel, 4 grammes pour 30 grammes d'axonge remplacé ensuite par les frictions mercurielles, 8 grammes d'onguent napolitain par jour. Ce traitement n'a été suivi d'aucune amélioration. La diarrhée a conservé toute son intensité, le ventre s'est de plus en plus ballonné et a paru douloureux à la pression. Aucune nourriture n'a été supportée, pas même du bouillon de poulet. Il refusait tout.

Depuis le 14, à la diarrhée se sont joints des vomissements. La soif était extrême ; mais il ne pouvait rien prendre sans le rejeter. L'amaigrissement avait encore augmenté.

La maladie était à son apogée, et l'enfant paraissait dans le plus grand danger, j'essayai alors une nouvelle médication.

Le 16, je remplaçai les remèdes susindiqués par le nitrate d'argent, 1 centig. et demi dans 60 grammes d'eau. Cette potion est prise par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures. On la continue les jours suivants.

Le 19, il finit sa troisième dose. Depuis lors, je suspends le remède.

Ses effets ont été positifs. Les vomissements ont rapidement diminué. Au bout de vingt-cinq heures, ils avaient presque complétement cessé.

Les jours suivants, ils ne se sont pas reproduits, mais il a en presque tous les jours des renvois fréquents. L'effet sur la diarrhée n'a pas été moins caractérisé. Au bout de vingt-quatre heures, les évacuations liquides ont été arrêtées ; il y a eu des selles, mais elles ont été moulées. La soif a diminué.

---

agonie, comme jadis ceux de nos pères jalonnèrent les plaines de la Palestine où ils succombèrent en si grand nombre.

A ce sujet, nous critiquerons aussi cette prétendue propriété qu'aurait *le sable brûlant du désert* (1) de momifier les corps, et qui, si elle existait, eût dispensé les Egyptiens de pousser si loin et si dispendieusement l'art des embaumements. C'est là une allégation fortuite : la putréfaction a son cours au cœur de l'Afrique comme sur le littoral. Quant aux cadavres qui restent gisant sur le sol ou qui ne sont pas assez profondément enfouis, les vautours et autres oiseaux carnivores, les hyènes, les chacals, les lynx, les panthères et autres carnassiers (car il y a de tous ces animaux et beaucoup d'autres qui leur servent de pâture dans le désert), parachèvent le dépouillement des pièces osseuses, auxquelles le grand air et la rosée alternant avec la dessiccation solaire, donnent une blancheur qui ferait paraître jaunes les squelettes les mieux préparés de nos amphithéâtres. D'où est venue cette expression caractéristique du soldat : être nettoyé, pour laisser ses os en Afrique.

Nous avons dit comment devait s'interpréter la destruction du corps d'armée dans la Libye ; quant aux caravanes qui quelquefois périssent dans le désert, ce peut être par les mêmes causes, mais c'est surtout, nous disait un *bachamar* qui, en sa qualité de chef chamelier, avait fait le voyage de Gardeiah à Timbektou, que surprises et trop faibles elles sont massacrées par les pillards des Touaregs.

Il n'est pas nécessaire, on le voit, d'invoquer le surnaturel pour se rendre compte des dangers qu'on court dans le désert. La nature prise dans ses horreurs et dans ses beautés n'est-elle donc pas assez majestueuse de la réalité de ses phénomènes, qu'il soit besoin sans cesse de la masquer par l'exagération, cette loupe aberratique dont s'affuble trop souvent l'œil du voyageur.

ARMAND,
médecin militaire.

(La fin à un prochain numéro.)

(1) Kircher.

— M. le ministre de l'intérieur vient d'approuver l'ordonnance de M. le préfet de police qui nomme M. le docteur L. Duchesne, membre adjoint du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de Seine.

— Ont été nommés chevaliers de l'ordre impérial de la Légion d'honneur : MM. Magail, médecin à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Vincent (Louis-Marie), ancien chirurgien major au 14e chasseurs à cheval.

— On écrit de Leyde (Hollande), le 11 décembre : « L'empereur des Français vient de nommer chevalier de la légion d'honneur M. le docteur Blume, doyen des professeurs de l'Université royale de Leyde. »

Le ventre s'est assoupli. En même temps le pouls s'est notablement ralenti ; il est tombé à 68. L'enfant était abattu, mais sans symptômes cérébraux. Depuis le 19, il a eu des accès fébriles, il était brûlant par moments. En effet, j'ai trouvé le pouls plus élevé aux environs de 108-112. Il a pu supporter un peu de lait coupé le 18.

Depuis le 19, pas de traitement actif. Du 20 au 26, sauf quelques oscillations, la maladie a en général marché vers le mieux. Les vomissements ne se sont pas reproduits, mais il a eu à deux ou trois reprises, du 21 au 24, quelques selles en diarrhée qui ont été de nouveau arrêtées par trois à quatre cuillerées à café de la potion au nitrate d'argent. A quelques reprises aussi, il y a eu une fièvre momentanée. Le lait a été supporté. Depuis le 24, j'y ai fait ajouter du bouillon de poulet. Le ballonnement du ventre n'a pas reparu. L'enfant est resté très-irritable.

Le 26, je le trouve assis dans son lit, très-grognon, très-amaigri, mais sans fièvre. Il n'a eu qu'une ou deux évacuations dans les vingt-quatre heures précédentes. Il me paraît entrer en convalescence. En effet, la convalescence a régulièrement cheminé; au bout de peu de jours, la diarrhée avait cessé, l'appétit était de plus en plus vif, les forces reprenaient, l'amaigrissement diminuait un peu. Cependant il s'est passé encore plus d'un mois avant que la santé ait été complétement rétablie.

A aucune époque de la maladie, il n'y a eu de taches de sudamina, de gargouillement dans la fosse iliaque, de saillie de la rate, de symptômes pectoraux et typhoïdes cérébraux. Les évacuations, tant qu'elles ont été liquides, ont toujours eu le caractère d'évacuations séreuses. Jamais il n'a rendu de sang dans les selles.

Comme je le disais en commençant, cette observation a été recueillie à la même époque, presque jour pour jour, avec celle des malades qui font le sujet des observations VIII et X. A ce moment il régnait une épidémie d'affections intestinales, les unes légères, les autres graves. Mais, sous l'influence des mêmes causes épidémiques et hygiéniques, ces malades ont offert toutes les différences dans le degré que l'on observe souvent dans les épidémies de trachéo-bronchite, où, à côté des cas les plus légers et réduits presque à un seul symptôme, la toux, on voit des cas de la plus haute gravité. Ainsi nous avons vu un certain nombre d'enfants avoir du dévoiement pendant huit ou quinze jours et plus, sans une altération bien marquée de la santé générale; chez d'autres, la diarrhée s'est accompagnée de fièvre irrégulière et d'amaigrissement; chez d'autres, enfin, elle a revêtu la forme des maladies gastro-intestinales graves; nous avions, comme nous l'avons déjà dit plus haut (v. *Considérations générales*), observé les mêmes faits en 1846.

L'observation que nous venons de rapporter rentre dans cette catégorie, mais nous l'avons classée parmi les cas subaigus, à cause de la rapidité moins grande de la marche de la maladie, et de l'absence de ce refroidissement, de cet anéantissement général des forces, qui indique un trouble profond dans le système nerveux. Les symptômes alarmants, en se rapprochant de ceux de la forme grave qui se sont montrés après quinze jours de maladie, prouvent combien sont légères les différences qui séparent ces différentes formes, et combien, dans certaines circonstances données, le passage de l'une à l'autre est facile.

Au point de vue thérapeutique, ce fait est plein d'intérêt; une médication assez énergique était restée sans succès, lorsque nous administrâmes le nitrate d'argent; l'effet de ce remède a été aussi prompt que salutaire. Il nous semble évident, vu la dose à laquelle il a été donné, que l'on ne peut invoquer, pour expliquer la guérison, une action topique astringente sur la membrane muqueuse intestinale. Nous croyons plutôt à une action dynamique sur le système nerveux, si gravement atteint dans les affections intestinales des enfants. Qui ne sait que le nitrate d'argent exerce une influence puissante sur l'état nerveux? La guérison de l'épilepsie par cette méthode en est la preuve.

(La suite au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA CHUTE DE L'UTÉRUS PAR LE PINCEMENT DU VAGIN (présenté à la Société de biologie en 1852); par M. le docteur A. DESGRANGES, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Primò non nocere.

Le nombre, la variété des essais curatifs contre une maladie témoignent à la fois des obstacles à vaincre, des écueils où l'on vient échouer, de l'importance qu'il y aurait à guérir ; qu'en outre les auteurs soient unanimes à proclamer l'incurabilité du mal et nous sommes certains que le véritable remède est encore à trouver. Mais de ce qu'une affection a résisté jusqu'ici, est-ce à dire qu'elle sera toujours au-dessus des ressources de l'art? De ce que des hommes éminents, après de sérieuses méditations, des tentatives nombreuses et rationnelles, ne sont arrivés à rien de bon, est-ce un motif de croire que le succès soit à jamais impossible? Qu'un autre moins avancé ne puisse atteindre au but? Le supposer serait méconnaître le génie des sciences d'observation, nier bon nombre de grandes découvertes, et s'exposer aventureusement au démenti des faits. Que de prétendues *quadratures du cercle* sont aujourd'hui des vérités admises? Combien de progrès dans les arts, dans l'industrie, auraient semblé, il y a à peine quelques années, des chimères irréalisables! La chirurgie, à son tour, me fournirait mille exemples de résultats inespérés; qu'un seul me suffise : l'anesthésie dans les opérations.

Quelque éloignées de mon sujet que semblent ces remarques, elles y touchent de près, elles s'y rattachent, ne fût-ce que pour écarter la tendance fâcheuse à tenir pour *illusion chirurgicale* toute idée de traitement curatif. Il est vrai que les raisons ne manquent pas à ceux qui préconisent les palliatifs et les déclarent, en somme, l'*ultima ratio* de la thérapeutique. Une première cause d'insuccès est la coexistence habituelle pour eux de l'engorgement du col utérin, lequel devient à leurs yeux l'affection dominante, essentielle, dont la cure, par les moyens ordinaires, rappellerait l'utérus dans le petit bassin. L'amplitude exagérée du bassin viendrait aussi enlever tout espoir, par l'impossibilité de la réduire, comme si à l'état ordinaire l'utérus ne flottait pas dans cette cavité. Enfin l'on nous dira : Le vagin fût-il oblitéré, vous n'auriez pas guéri....

Guérir radicalement doit consister, si je ne me trompe, à replacer l'utérus dans le bassin, à l'y maintenir sans le secours d'appareils contentifs, à ne rien faire qui compromette la vie, pas même les fonctions de l'organe; à ne rien essayer qui, en cas d'insuccès, rende le mal plus grave après qu'avant.

Or ces indications, je les crois remplies dans les faits qui vont suivre; je crois, après trois ans de recherches, être arrivé à des résultats nouveaux et dignes d'intérêt. Les soumettre à l'appréciation du public médical, exposer les moyens que j'ai mis en usage, tel est l'objet de ce mémoire.

Afin de procéder avec ordre, je rappellerai brièvement dans un premier article les diverses opérations proposées contre la chute de l'utérus; dans un second, je ferai avec détails l'histoire de la méthode et des faits qui lui servent de base ; j'y joindrai quelques remarques générales, et je terminerai par les conclusions qui découlent du travail en entier.

I. — DES MÉTHODES CURATIVES PROPOSÉES CONTRE LA CHUTE DE L'UTÉRUS.

Jusqu'à ces dernières années, le traitement de la chute de l'utérus était purement palliatif. Les auteurs qui ont écrit vers la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, tout en faisant l'énumération des plantes réputées souveraines, tout en recommandant les emplâtres restés célèbres contre les déplacements, conviennent qu'ils ne sauraient inspirer une grande confiance. Restait donc à défaut de mieux, comme moyens efficaces, les éponges, les pessaires et toute la série des appareils contentifs; chacun les décrivait, adoptait l'un, rejetait l'autre ; presque toujours on finissait par en proposer un nouveau ; personne ne semblait pressentir que la chirurgie pût aller au delà. Eh! comment pourrions-nous en faire un crime à des hommes moins avancés que nous, quand aujourd'hui encore des praticiens de premier mérite, des auteurs recommandables condamnent par avance tout essai de cure radicale?

Une fois l'élan donné vers le traitement curatif, les expérimentateurs ne firent pas défaut. Les méthodes surgirent, les procédés se multiplièrent; mais bon nombre de ces procédés ne doivent un rang dans les traités modernes qu'à la réputation étendue des inventeurs.

L'idée que nous retrouvons constamment, celle qui devait découler la première de la nature du mal, c'est de créer des obstacles sur la route que franchit l'utérus. Le rétrécissement du vagin, le rétrécissement de la vulve, tels sont les chefs sous lesquels se rangent tous les procédés connus jusqu'à présent.

1° RÉTRÉCISSEMENT DU VAGIN.

A. CAUTÉRISATION. — Les premiers essais de cautérisation contre le prolapsus utérin sont dus à M. R. Gérardin, qui les consigna, en 1823, dans un mémoire que, plus tard, il soumit à l'appréciation de l'Académie de médecine. L'auteur avait pour but de provoquer la formation de tissu inodulaire, de brides cicatricielles, et par là d'amener un rétrécissement du conduit, ainsi que d'augmenter la résistance de ses parois. Poussant même son idée à l'extrême, il ne craignit pas de conseiller l'oblitération complète du vagin ; procédé bon tout au plus chez les femmes célibataires après la ménopause. Dix ans plus tard (1833), M. le professeur Laugier expérimenta la cautérisation par le nitrate acide de mercure. De son côté, M. le

professeur Velpeau, acceptant la méthode, introduisit un fer rouge dans les voies génitales (1835).

Avec les caustiques l'opération est des plus simples. Un spéculum à développement dont on enlève la valve mobile sert à découvrir le vagin dans un sens; puis, sur la partie mise à nu, on promène le caustique plus ou moins de temps, suivant son degré d'énergie. Dans le cas où, comme le chlorure de zinc, il agirait lentement, on le fixerait par des bourdonnets de charpie que l'on maintiendrait en place pendant quatre ou cinq heures. Le fer rouge, commode sur tous les points superficiels du corps, a l'inconvénient au sein d'un organe creux de brûler plus qu'on ne voudrait. La transmission du calorique à travers un spéculum de métal est si rapide que l'ustion est presque aussi forte partout ailleurs que sur le point touché. Les spéculums de matières non conductrices pourraient, en s'enflammant, créer un nouvel embarras; enfin la fumée qui s'échappe gêne l'opérateur et ne lui permet pas de voir ce qu'il fait.

Ce qui fera toujours de la cautérisation une méthode dangereuse, c'est le voisinage d'organes importants à ménager : en avant, la vessie; en arrière, le rectum, près du col; en arrière, le cul-de-sac du péritoine : d'où résulte la nécessité de ne faire jamais qu'une cautérisation superficielle, qui ne dépasse pas l'épaisseur des parois vaginales, et dont l'action par conséquent n'aménera jamais des modifications suffisantes pour rendre au vagin sa fixité normale. Je comprends donc à merveille qu'elle soit tombée en désuétude; que les chirurgiens qui l'ont mise en pratique n'osent plus la recommander. Convenons cependant que si une méthode avait chance de réussir, c'était la cautérisation. L'escarre devient le centre d'une zone inflammatoire qui propage assez loin le travail organo-plastique; la cicatrisation se fait de tissu inodulaire rétractile : toutes circonstances éminemment capables de s'opposer aux déplacements ultérieurs. Mais, je le répète, la cautérisation ne réussira que par de rares exceptions; il faudrait, pour compter des succès, la pousser plus loin que ne le permet la prudence, que ne le supporteraient impunément des organes à respecter.

B. Excision. — MM. Heming et Marshal-Hall concurent une opération hardie, lorsqu'ils imaginèrent d'enlever une lanière du vagin, de réunir ensuite les lèvres de la plaie. Ces habiles chirurgiens taillaient sur la paroi antérieure du vagin un lambeau elliptique, large de 2 centimètres sur une longueur de 5 centimètres environ; ils faisaient la suture immédiatement après. M. Ireland veut que l'on prenne un lambeau quadrilatère sur chacune des parois latérales. Il cherche prudemment à s'éloigner de la vessie et du rectum; seulement cette forme de lambeau est désavantageuse, attendu que les lèvres de la plaie ne peuvent, comme par la courbe elliptique, se réunir suivant une ligne droite sans former de bourrelets. M. le professeur Velpeau, à raison de la coexistence presque habituelle du cystocèle et du rectocèle avec le prolapsus utérin, préfère tailler un lambeau en avant et un autre en arrière, de façon à traiter simultanément le prolapsus et les deux affections qui le compliquent.

Dans ce procédé, le chirurgien soulève en arrière d'abord un repli du vagin; ensuite il passe à la base de ce pli, sans toucher au rectum, trois ou quatre fils que l'on tient isolés pendant qu'il tranche les tissus d'un côté, puis de l'autre, et enfin de haut en bas, à 6 millim. en deçà des points de suture. On répète l'opération en avant; après quoi on réunit les plaies en nouant chaque fil séparément.

L'excision, dans le petit nombre de cas où elle a été pratiquée, n'a donné que des résultats éphémères : au bout de quelques mois, de quelques semaines, récidive complète. L'excision a le tort bien réel d'être longue, laborieuse, difficile, d'exposer à la blessure de la vessie et du rectum. Je lui reproche encore les chances d'infection purulente, si grandes à la suite d'une large plaie au sein de tissus riches en lacis veineux. Donc, sous tous les rapports, elle devait tomber dans l'oubli, on tout au moins ne figurer que pour mémoire dans les traités d'opérations.

C. Suture. — Un chirurgien d'Italie, M. Bellini, propose d'étreindre un repli longitudinal du vagin par la suture, et de serrer assez pour mortifier toute la portion saisie. Mais quel avantage y a-t-il à cela? Aucun. L'opérateur, comme dans l'excision, court risque de pénétrer trop avant dans les tissus quand il plonge l'aiguille à la base du pli; s'il n'a point chance d'hémorrhagie, il aura pendant longtemps des détritus gangréneux qui souilleront les organes génitaux et exposeront le malade à l'infection putride. Enfin il ne saurait se flatter de réussir mieux que par l'excision, dont la ligature n'est au fond qu'une dérivation mauvaise.

2° Rétrécissement de la vulve.

A. Dieffenbach, à l'imitation de ce que faisait Dupuytren contre la chute du rectum, excisait circulairement une série de petits plis longitudinaux à l'orifice du vagin. Il comptait sur la rétraction des cicatrices pour produire un resserrement qui retînt l'utérus à l'intérieur. Ce procédé n'est donc en réalité que la transformation d'un prolapsus en un abaissement, résultat qui serait avantageux, convenons-en, si les malades, en même temps qu'elles seront débarrassées de la tumeur saillante, n'étaient aussi des douleurs qui accompagnent un déplacement de l'utérus. Est-il bien sûr, d'un autre côté, que l'on puisse à volonté diminuer assez l'orifice du vagin pour arrêter le col? Le chirurgien de Berlin ne s'est-il pas laissé entraîner par une fausse analogie, quand il a comparé le vagin surmonté de l'utérus à la muqueuse rectale, quand il a voulu voir la guérison tout entière dans le rétrécissement inodulaire, sans tenir compte du sphincter anal, qui, par le retour de sa tonicité sous l'influence du traitement, oppose à la muqueuse intestinale une barrière impossible à trouver à l'orifice du vagin?

M. le professeur Malgaigne avait pensé que l'excision de la demi-circonférence de l'orifice vaginal et la réunion immédiate, soit qu'on agît sur la demi-circonférence postérieure ou sur l'antérieure, offrirait plus d'avantages que les autres méthodes; mais dans le seul cas où il ait opéré ainsi, le succès a fait défaut.

B. Épisioraphie. — Fricke (de Hambourg) s'est éloigné autant des véritables indications, quand il a proposé contre le prolapsus de réunir la vulve. L'opération se pratique en avivant la face interne des grandes lèvres, que l'on réunit ensuite par la suture, comme s'il s'agissait de la périnéoraphie. On aura soin de laisser en arrière un petit pertuis pour l'écoulement des liquides, en avant une ouverture plus grande pour *conserver les fonctions génitales*. L'utérus est soutenu alors par un plancher artificiel; seulement ce plancher est trop bas, et la cure radicale n'est que l'échange d'une infirmité grave en une autre qui ne l'est guère moins.

En résumé, nous voyons que des procédés rappelés plus haut, les uns, ceux qui ne dépassent pas la vulve, restent bien au-dessous du mal; que cette transformation d'une chute en un abaissement, au prix d'une difformité réelle, mérite à peine le nom de cure radicale. Combien de femmes aimeront mieux, surtout si elles sont encore jeunes et mariées, s'astreindre à porter un pessaire et conserver ainsi les facultés génitales, toutes compromises qu'elles sont! Passe encore si le prolapsus était une affection qui compromît la vie; mais que de malades, malgré tout l'embarras qu'il leur cause, le portent jusqu'à un âge avancé! Par ces motifs, je repousse toute opération de ce genre. Je repousserais de plus, à cause de l'écoulement cataménial ou leucorrhéique, l'oblitération du vagin, si, au lieu d'avoir été seulement proposée, elle avait été mise à exécution. — Les procédés qui rétrécissent seulement le vagin, bien que plus rationnels et à l'abri de tels inconvénients, n'en sont pas moins fort insuffisants. Tous manquent à cette indication, que nous jugeons essentielle (nous en tenant à ce qui ressort de nos observations), d'agir longtemps, sur une grande surface, ainsi qu'à une grande profondeur. C'est pourquoi l'excision de deux lambeaux du vagin, avec réunion immédiate de la plaie, n'a jamais réussi complétement.

Une réunion immédiate se fait en peu de temps, et ne se fit-elle pas, une plaie par instrument tranchant, hors le cas d'accidents, ne développe pas très-loin autour d'elle une zone inflammatoire. Enfin c'est une opération que l'on fait une fois pour toutes, tandis que le succès, j'en ai la conviction, ne doit suivre que des opérations réitérées, dont l'effet se fasse longtemps sentir. La cautérisation mérite seule une mention à part. Elle ne réussit que très-rarement, par exception; mais elle réussirait sans contredit si les rapports du vagin avec le rectum et la vessie ne venaient jeter des entraves à une application vigoureuse de la méthode.

La *parturition*, qui figure pour une si large part au chapitre des causes du prolapsus, doit-elle aussi compter au nombre des moyens curatifs?

Delloir l'a dit, M. Morean le pense. L'opinion du savant professeur, exprimée d'un seul mot, paraît assez singulière. Est-elle, au contraire, présentée avec les développements convenables, entourée des précautions qu'elle exige, on s'étonne moins qu'elle soit soutenue : « Lorsque la femme, dit M. Morean, n'a point perdu l'espoir d'être mère, le médecin peut lui conseiller une nouvelle conception, mais à la condition que, pendant les trois ou quatre premiers mois, la malade garde le repos le plus absolu dans une position horizontale. » (Jusque-là l'utérus n'étant pas soutenu au-dessus du détroit supérieur.) « Dans les derniers temps de la grossesse et au moment de l'accouchement, on aura soin que la femme ne conserve pas la position verticale. Dès le début du travail, on la fera coucher sur le dos; on conservera avec soin la poche des eaux jusqu'à ce que le col soit suffisamment dilaté; on soutiendra le col au moyen d'un doigt placé dans le vagin jusqu'à ce que la tête soit franchie, afin que l'enfant n'entraîne pas l'utérus avec lui; on veillera à ce qu'elle ne se livre pas à des efforts immodérés d'expulsion. » (Moreau, Traité pratiq. des accouchem., t. I, p. 208.) Pour moi, toutes les femmes que j'ai eu l'occasion d'interroger m'ont affirmé qu'après chaque nouvelle couche, le prolapsus avait augmenté.

(La suite à un prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ÉNORME DÉVELOPPEMENT D'UN KYSTE HYDATIDE DU FOIE; GUÉRISON; observation communiquée par M. le docteur DUPONT (de Boulogne-sur-Mer.)

OBS. — Le 27 septembre 1847, madame C..., des environs de Samer (Pas-de-Calais), vient me consulter pour une tumeur qu'elle porte au côté droit de l'abdomen.

Cette femme, jouissant habituellement d'une bonne santé, est âgée de 47 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin et mère de dix enfants tous bien portants.

Il y a quatre mois à peu près, la dame C... commença à sentir un peu de gêne dans l'hypocondre droit. L'appétit diminua et la malade éprouva quelques nausées. Les règles, qui jusqu'alors s'étaient montrées tous les mois, cessèrent, et le ventre commença à prendre du développement.

Voici le résultat d'un examen attentif : pouls régulier; respiration courte, embarrassée, un peu précipitée. Les grands mouvements respiratoires augmentent la gêne de l'abdomen, qui est extrêmement développé (on peut le comparer à celui d'une femme enceinte de 7 mois.) Au côté droit du ventre, on sent une tumeur dure, résistante, indolente, s'insinuant sous les fausses côtes, remontant très-haut dans la poitrine, s'étendant jusque près de la ligne blanche, et en bas jusqu'à environ quatre travers de doigt de la crête iliaque. Le bord est inégal et comme festonné. En arrière, il m'a été impossible de déterminer les limites. La palpation ne peut y faire découvrir aucune fluctuation ni déterminer aucun mouvement, et l'auscultation ne vient y révéler aucun bruit. Cette tumeur ne paraît gêner que par son volume; elle agit à la manière d'un corps étranger. Les jambes et les pieds ne sont pas œdématiés. La coloration de la peau paraît naturelle et le faciès ne présente rien de particulier. Les organes de la génération sont à l'état normal, les besoins d'uriner fréquents; la digestion est pénible; les selles se font régulièrement et ne présentent (à la malade) rien d'extraordinaire.

Comme renseignements, j'obtins les faits suivants : il y a environ une dizaine d'années, la malade vit ses règles se supprimer et son ventre grossir; elle crut à un commencement de grossesse et ne s'inquiéta pas davantage de sa position. Quatre ou six mois après, voyant le ventre prendre beaucoup d'extension, les fonctions digestives et respiratoires s'embarrasser, madame C... se décida à appeler un officier de santé, qui, lors de la première visite, la déclara hydropique. Des fomentations émollientes, des cataplasmes, des diurétiques, des purgatifs, furent employés sans succès. La ponction fut proposée et acceptée par la malade, qui désira une consultation avant de fixer le jour de l'opération.

M. C..., alors appelé, examina attentivement la malade, constata je ne sais quelle maladie, s'opposa formellement à la ponction, prétendant que l'abdomen n'était distendu que par des gaz. Dire quelle médication la malade suivit, à quel régime elle fut soumise, serait une chose à peu près impossible; toujours est-il qu'après une diarrhée (1) de quelques jours, le ventre diminua; les fonctions se rétablirent peu à peu, et madame C... put, trois mois après, reprendre ses travaux habituels; elle eut encore trois enfants.

Les symptômes décrits plus haut ne laissaient aucun doute sur une lésion chronique du foie; mais quelle en était la nature? La marche lente de la maladie, la nature de la tumeur élastique non fluctuante, l'absence de fièvre, de douleurs vives, d'ictère, éloignaient toute idée d'abcès du foie ou de tumeur biliaire.

Était-ce une tumeur cancéreuse? Non, car il n'y avait pas de dépérissement, quoique la maladie datât de quatre mois au moins. La tumeur avait bien cette consistance pâteuse que l'on retrouve dans les affections cancéreuses; mais la malade ne présentait ni teinte caractéristique, ni signes de cancer dans les autres organes, ni troubles marqués de la digestion.

Je ne pouvais donc avoir affaire qu'à un kyste et l'absence de fluctuation me fit soupçonner des hydatides, quoique je n'eusse pu constater ni bruit ni frémissement hydatique, ni le tintement métallique décrit par M. Guillemain de Rombos.

Prescription : Sulfate de magnésie, 30 grammes; frictionner la tumeur avec la pommade à l'iodure de plomb.

2 octobre. Même état. Rénitence plus prononcée de la tumeur. (Même prescription.)

6 octobre. Même état. Même traitement.

10 octobre. La tumeur s'étend vers la crête iliaque; le bord en est toujours inégal, mais il paraît plus gros. (Supprimer les purgatifs qui n'ont produit aucune amélioration; couvrir la tumeur d'un large emplâtre de ciguë; prendre en même temps la ciguë à l'intérieur.) Ce traitement est continué pendant un mois.

15 novembre. J'enlève l'emplâtre de ciguë. Les dimensions de la tumeur sont toujours les mêmes. L'auscultation y fait percevoir un petit bruit faible qui se passe loin de l'oreille et dont on ne saurait déterminer la nature. La main trempée dans l'eau froide et appliquée immédiatement y sent un léger frémissement hydatique. (Frictions mercurielles, 20 centigr. de calomel en quatre paquets à prendre tous les jours.)

(1) La nature des selles n'a pas été notée.

19 novembre. Pas d'amélioration. J'examine avec soin toutes les sécrétions qui ne présentent aucune traces d'hydatides. Les selles sont peu abondantes, jaunâtres; les urines ne présentent rien d'anormal. Les gencives sont un peu gonflées, grisâtres; il y a un commencement de salivation. (Sulfate de magnésie, 30 grammes; gargarisme chlorhydrique.)

24 novembre. Plus de traces de salivation. Les digestions deviennent de plus en plus pénibles; la malade ne peut plus rester longtemps levée, et dans son lit elle est obligée de prendre une position demi-assise pour éviter les douleurs que produisent maintenant les mouvements respiratoires. Le pouls est toujours régulier, 60 à 65; le dépérissement augmente; le faciès ne présente encore rien d'anormal. Il y a de l'insomnie, un peu de toux, suivie d'expectoration muqueuse. (Julep gommeux.)

28 novembre. Pouls petit, fréquent, serré (80). Toux fréquente tourmentant beaucoup la malade. Insomnie complète; grande difficulté dans la respiration; râles muqueux à gauche, sibilants à droite; crachats muqueux (Julep diacode, boissons mucilagineuses). Le même traitement est suivi jusqu'au 8 décembre.

8 décembre. Amélioration sensible des symptômes de la bronchite; la toux est rare, et cependant la malade se plaint plus que d'habitude. La tumeur a encore pris plus d'extension; elle refoule le poumon gauche jusque vers la cinquième côte, s'étend au delà de la ligne blanche et jusqu'à la crête iliaque. Sur cette énorme tumeur, on commence à voir se dessiner trois bosselures; une d'elles semble sortir des fausses côtes, une autre se trouve sur le milieu, près de la ligne blanche, et une troisième est en bas. Dans chacune de ces bosselures, on perçoit facilement un frémissement, mais on ne sent aucune fluctuation. De véritables douleurs lancinantes ont remplacé la gêne qui existait dans le flanc droit; l'appétit est complètement perdu; la digestion des boissons est même devenue difficile; le pouls est petit, à 80. Selles diarrhéiques, jaunâtres, nombreuses; urine à l'état normal. (Un large vésicatoire sur la tumeur, des vermifuges à l'intérieur.)

17 décembre, même état. La langue est devenue très-sèche, elle est d'un rouge vif. Si la malade reste cinq ou six minutes sans boire, elle ne peut plus articuler une seule parole. (Sécher le vésicatoire; continuer les vermifuges; boissons adoucissantes.)

28 décembre. État de maigreur extrême; la malade ne cesse de crier; la sécheresse de la langue la tourmente beaucoup; sur les bosselures, on commence à sentir une fluctuation profonde; la tumeur devient douloureuse au toucher. La malade refuse tout traitement.

31 décembre, même état. La fluctuation devient plus sensible, surtout dans la bosselure supérieure.

2 janvier 1848. La fluctuation est évidente dans les trois bosselures. Pas de selles depuis le 31. (Un purgatif d'aloès et de gomme-gutte. Je recommande de regarder attentivement les selles.)

4 janvier. Le purgatif a produit un peu de soulagement; cependant, l'état de madame C... est toujours aussi inquiétant. Pouls misérable de 80 à 90; respiration pénible, fréquente, produisant de vives douleurs. Chaque bosselure présente une fluctuation manifeste, mais le liquide semble ne pas passer de l'une dans l'autre. Je propose l'opération, selon la méthode de M. Jobert (de Lamballe); la malade la rejette bien loin. (Prendre de la rhubarbe en poudre jusqu'à effet purgatif.)

7 janvier. Les trois bosselures sont effacées; partout de la fluctuation. Anxiété extrême, sécheresse et diminution de volume de la langue. La malade se plaint d'une très-grande faiblesse; elle éprouve dans le ventre des mouvements, qu'elle ne peut expliquer; il lui semble, dit-elle, qu'une bête la ronge. (Boissons adoucissantes; fomentations émollientes sur le ventre.)

9 janvier. Selles diarrhéiques sans autre caractère particulier; ventre fortement tendu; pouls faible. (Boissons adoucissantes; fomentations émollientes.)

10 janvier. On m'envoie chercher à dix heures du matin; la malade, en allant sur le bassin, a senti quelque chose de particulier se passer dans le ventre; un bruit sourd s'est fait entendre et l'abdomen s'est affaissé. Quelques instants après, elle eut une selle fort copieuse (à peu près 3 litres), de couleur grisâtre, demi-liquide, renfermant peu de matières fécales. On y voit un grand nombre de corps globuleux, sphériques, élastiques, semblant formés par du blanc d'œuf coagulé; quelques-uns présentent une coloration verdâtre, due probablement au voisinage de ces corps avec la bile. En ouvrant ces corpuscules, on y trouve un liquide à peu près incolore; un grand nombre de ces espèces de petites vessies ont été rompues et nagent dans le liquide. Pouls petit à 90; respiration plus fréquente mais plus facile; ventre très-douloureux au toucher. (Appliquer un cataplasme laudanisé sur le ventre; maintenir ce dernier à l'aide d'un bandage contentif.)

11 janvier. La malade a encore rendu deux selles de la même nature. Le ventre est considérablement diminué; il est toujours douloureux; la faiblesse est encore très-grande; la langue est sèche, rouge, petite. Pouls serré, à 90. (Décoction de quinquina; cataplasme laudanisé; continuer l'usage du bandage.)

12 janvier. Amélioration sensible. Respiration facile, pouls plus développé à 80; ventre moins douloureux, la malade demande à manger. (Cataplasme laudanisé; décoction de quinquina; un bouillon; continuer l'usage du bandage.)

15 janvier. La malade depuis la veille ne rend plus d'hydatides. Le ventre a repris à peu près son volume normal; il n'est plus douloureux. La langue n'est plus sèche. Les deux bouillons, pris chaque jour depuis le 13, passent sans difficulté. L'appétit renaît, et les forces semblent reprendre. (Décoction de quinquina; deux potages.)

19 janvier. Le retour à la santé marche d'une manière rapide. La gaieté renaît; les forces reprennent, les fonctions digestives et respiratoires se rétablissent. Je continue de voir la dame C... (en guidant son régime alimentaire) jusqu'au 25 février, époque à laquelle elle reprit ses travaux.

Le 6 mai, sans aucun signe précurseur, les règles se rétablissent, reparaissent tous les mois jusqu'à la fin de 1850, et cessent sans occasionner le moindre trouble.

Depuis le 25 février, aucun symptôme de la maladie ne s'est montré. Depuis le 14 janvier, il n'y a eu aucune selle renfermant des hydatides.

Je ne dois pas terminer cette observation sans dire que la dame C... habitait une ferme bâtie dans un endroit bas et humide, M. Barrier rangeant cette circonstance parmi les causes prédisposantes des hydatides du foie.

J'ai donc successivement employé les purgatifs salins, les résolutifs, les mercuriaux, les vésicatoires, les vermifuges, les purgatifs drastiques, sans avoir obtenu la moindre amélioration, sans modifier en quoi que ce soit la marche de la maladie.

Si on excepte la térébenthine, à laquelle la répugnance de la malade m'a empêché d'avoir recours, j'ai usé tout l'arsenal pharmaceutique indiqué dans cette circonstance. Ne serait-il pas plus simple de laisser la maladie marcher seule, d'en confier entièrement la guérison à la nature, ou d'employer un des procédés opératoires indiqués pour la cure des hydatides du foie?

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros du second semestre de 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Recherches physiologiques et pathologiques sur les sensations tactiles*; par M. Landry. 2° *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur l'action particulière des muscles qui meuvent le pouce et les doigts de la main*; par M. Duchenne (de Boulogne). 3° *Mémoire pour servir à l'histoire de la colique nerveuse endémique des pays chauds*; par M. Fonssagrives. 4° *Recherches cliniques sur quelques nouveaux signes fournis par la percussion, et sur le son tympanique dans les épanchements liquides de la plèvre*; par M. H. Roger. 5° *Études cliniques sur la maladie qui a reçu le nom de cyrrhose du foie*; par M. Monneret. 6° *Du pansement par occlusion dans les fractures compliquées*; par M. Trastour. 7° *Observation de fibroplastie généralisée, simulant un cancer du poumon*; par M. Woillez. 8° *Mémoire sur quelques points de l'histoire de l'érysipèle et en particulier sur son traitement par les applications du collodion*; par M. Piachaud. 9° *Des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright*; par M. Lasègue. 10° *Recherches sur les luxations du genou par rotation*; par MM. Dubreuil et Martellière. 11° *Observations sur la courbure accidentelle et la fracture incomplète des os longs chez les enfants*; par M. Thore. 12° *Note sur les névralgies périodiques*; par M. Marrotte. 13° *Recherches sur le sperme des vieillards*; par M. Duplay.

RECHERCHES CLINIQUES SUR QUELQUES NOUVEAUX SIGNES FOURNIS PAR LA PERCUSSION ET SUR LE SON TYMPANIQUE DANS LES ÉPANCHEMENTS LIQUIDES DE LA PLÈVRE; par le docteur HENRI ROGER.

Ce travail de M. Roger est le résumé tout à la fois des recherches de M. Skoda (de Vienne) sur la percussion thoracique et de celles qu'il a lui-même entreprises après le médecin allemand. Un véritable intérêt s'attache à ces études, qui viennent modifier sensiblement et d'une manière assez inattendue les règles posées par Laennec.

Dans la percussion du thorax, la plupart des pathologistes n'admettent qu'une seule série de sons, variant du plus au moins, du son clair au son obscur; ils ne notent comme résonnance à timbre spécial que le bruit de *pot fêlé*. M. Skoda divise les modifications de la résonnance pectorale en quatre séries : 1° du son plein au son creux; 2° du son clair au son sourd; 3° du son tympanique au son non tympanique; 4° du son haut au son bas.

Des pseudo-membranes, même épaisses sur le poumon, ne modifient pas sensiblement la sonorité du thorax; elles ne la diminuent que si elles contiennent dans leur intérieur des concrétions osséo-calcaires.

Une couche liquide de quelques millimètres et même d'un centimètre d'épaisseur, interposée entre le poumon et la paroi pectorale, ne diminue pas non plus sensiblement la résonnance de la poitrine; les modifications du son dépendent exclusivement, dans ces cas, de l'état matériel du poumon ou de la paroi thoracique correspondante.

Dans les épanchements pleurétiques, un abaissement du niveau de la matité donnée par la plessimétrie n'est pas toujours la preuve d'une diminution relle dans la quantité du liquide; cet abaissement peut provenir d'une réduction dans le volume du poumon ou de l'agrandissement de la cavité pleurale par voussure des côtes ou dépression du diaphragme.

La mobilité du liquide pleurétique, et en conséquence le déplacement de la matité thoracique par les changements de position des malades atteints de pleurésie, est beaucoup plus rare qu'on ne le croit généralement.

M. Skoda a surtout étudié avec soin le son *tympanique*, expression qui n'a pas tout à fait pour lui la même signification que pour les praticiens français. Pour lui, le son *stomacal*, avec ses variétés, représente cette résonnance à timbre particulier qu'il appelle tympanique. « Si l'on percute avec un plessimètre, dit M. Roger, l'estomac extrait du cadavre, posé sur un corps non consonnant et vidé préalablement de ses liquides, on obtient des sons qui varient en raison du degré d'amplitude de l'organe, de la quantité de gaz contenu et de la tension des parois. Le son obtenu a généralement les caractères suivants : il est clair, haut, avec des nuances en plus ou en moins, et en outre il y a un timbre *creux*, timbre très-marqué parfois et comme métallique. » Ce sont là les caractères changeants de la résonnance pectorale que M. Skoda et M. Roger, après lui, appellent tympanique.

Or, d'après ces auteurs, appuyés par M. Notta, dont nous avons eu occasion d'analyser le travail, il existe fréquemment une sonorité tympanique *au-dessus et au niveau de l'épanchement* dans les collections liquides de la plèvre. M. Roger a réuni, sur ce point particulier de diagnostic, 51 observations, à la lumière desquelles il étudie le phénomène successivement dans son degré de fréquence, dans ses caractères, dans les conditions anatomo-pathologiques où il se produit, dans sa valeur séméiotique. Voici, en somme, ce qui ressort de ces observations :

1° Le son tympanique sous-claviculaire, du côté où siége l'épanchement, est extrêmement fréquent. Sur les 51 observations, il a été noté 41 fois. Il paraît donc devoir être rangé parmi les signes de l'épanchement pleural au même titre que l'égophonie ou le souffle bronchique.

2° Tantôt la sonorité de la région sous-claviculaire du côté affecté est manifestement exagérée; le son est plus ample, plus haut que du côté sain, lequel peut paraître mort relativement. Tantôt le son tympanique est remarquable seulement par ses caractères particuliers; il est creux et encore assez clair, comme métallique, ou bien il est creux et sourd, c'est le timbre tout à fait spécial connu sous les noms d'*hydroaérique*, d'*humorique*, de *pot fêlé*.

3° Des conditions multiples peuvent donner lieu à la production du son tympanique dans la pleurésie : le liquide, le poumon et la paroi correspondante du thorax y prennent chacun une certaine part.

Le son tympanique manque d'*ordinaire* dans les épanchements très-peu abondants ou très-anciens. Dans ceux qui sont moyens ou récents, le son est, *pour la grande majorité des cas*, plus clair vers la clavicule du côté affecté que du côté sain et véritablement tympanique. *Assez souvent*, dans les collections plus abondantes, il est *tympanique clair* sous la clavicule, dans la région correspondante au poumon, et *tympanique* creux vers la ligne de niveau du liquide. Dans les épanchements considérables, il y a *parfois* une résonnance très-creuse, hydroaérique, de pot fêlé.

Les expériences de M. Skoda, répétées et variées par M. Roger, tendent à prouver que la sonorité tympanique de la région sous-claviculaire, dans la pleurésie, n'est pas la conséquence exclusive de l'*accolement immédiat* du poumon à la paroi antérieure et supérieure du thorax, mais qu'elle peut se manifester malgré l'interposition d'une couche liquide d'épaisseur variable entre la paroi pectorale et le viscère. La *proximité* de celui-ci suffit pour que le son prenne le caractère tympanique; aussi cette résonnance peut-elle exister dans d'autres points du thorax que la région sous-claviculaire, pourvu que la couche soit peu épaisse et que le poumon, encore aéré, soit maintenu à peu de distance de la paroi thoracique.

Un emphysème de la partie supérieure et antérieure du poumon n'est pas non plus une condition indispensable de la sonorité tympanique de la région sous-claviculaire.

Le poumon, réduit par la compression à un plus petit volume, mais contenant encore de l'air, donne toujours, à la percussion, un son tympanique. M. Roger insiste beaucoup sur ce fait, sans méconnaître qu'il paraît en désaccord avec les lois connues de la physique.

Le son tympanique, dans l'épanchement pleurétique, est encore modifié par le degré variable de *tension de la paroi pectorale* correspondante. Il est d'autant plus prononcé que celle-ci est plus mince et plus flexible, et *vice versâ*.

4° Enfin on comprend aisément, d'après ce qui précède, la valeur séméiotique et pronostique du signe étudié dans cet article. Il peut aider au

diagnostic de la pleurésie dans certains cas difficiles. Par son siége, son étendue et ses nuances diverses, il fournit des indices utiles sur la quantité du liquide épanché, sur sa disposition, sur ses progrès et sa décroissance, sur ses rapports avec le poumon et les rapports de celui-ci avec les parois thoraciques, sur l'état de compression ou de perméabilité du parenchyme pulmonaire. Il concourt enfin à établir le diagnostic différentiel entre la pleurésie et la pneumonie.

Les recherches des auteurs conduisent encore à quelques faits nouveaux relatifs aux signes plessimétriques dans la *pneumonie*, l'*emphysème*, la *pneumatose*, etc.

Le parenchyme pulmonaire, *moins aéré qu'à l'état sain*, donne à la percussion un son tympanique plus ou moins évident. Une portion de poumon infiltrée de sérosité ou de sang, ou de matière tuberculeuse, et *qui n'est pas tout à fait privée d'air*, donne pareillement un son tympanique plus ou moins creux et sourd, suivant la proportion d'air contenu. En percutant le thorax, on obtiendra donc un son tympanique dans certains cas de *pneumonie*, d'*infiltration tuberculeuse*, d'*œdème* et d'*apoplexie pulmonaires*.

Le son pulmonal naturel n'a pas le caractère tympanique.

Un poumon qui est distendu plus que normalement par l'air (*emphysème vésiculaire*) fournit un son tantôt tympanique et tantôt non tympanique. Un *emphysème partiel*, qu'entoure un parenchyme engoué et non aéré, comme il peut arriver dans la pneumonie, donne lieu à une résonnance qui est ordinairement tympanique, tandis qu'elle l'est rarement dans l'*emphysème généralisé*, et qu'elle ne l'est jamais dans l'*emphysème interlobulaire*

Lorsque, dans l'emphysème, le tissu pulmonaire est *distendu à l'excès* par l'air contenu dans ses cellules, et lorsqu'en même temps la paroi pectorale est très-distendue; la sonorité thoracique, au lieu d'être exagérée, est au contraire diminuée. Ainsi s'explique, et non par la présence de pseudomembranes à la surface du poumon, le peu de son qu'on obtient parfois en percutant la poitrine chez des malades qui sont souvent très-emphysémateux.

Dans le *pneumo-thorax*, la résonnance pectorale, qui est tympanique, avec une tension médiocre de la paroi du côté affecté, ne l'est presque jamais quand cette tension est extrême.

Lorsqu'on percute sur l'*abdomen*, le degré variable de tension de la paroi abdominale fait varier la sonorité : plus la paroi est tendue, et plus le son est obscur. De même, dans la *pneumatose*, la résonnance à la percussion, qui est tympanique avec une quantité de gaz médiocre, perd ce caractère (et même il y a matité relative) dans le cas où la sécrétion gazeuse est excessive, dans ceux surtout où il y a forte tension de la paroi abdominale.

Nous avons dû faire connaître, sous toutes réserves, ces nouveaux éléments de diagnostic, précisément parce qu'ils renversent ou modifient notablement les données reçues. Le nom des observateurs, si on ne se décide pas à les croire en tout sur parole, commande au moins de vérifier leurs observations; nous ne saurions trop y engager les observateurs.

RECHERCHES SUR LES LUXATIONS DU GENOU PAR ROTATION ; par MM. DUBREUIL et MARTELLIÈRE.

L'intérêt de cette communication est surtout relatif à un cas de luxation complète du genou par rotation de la jambe en dehors, que les auteurs ont observé, et dont ils rapportent la relation détaillée. Le sujet de cette observation est une femme de 31 ans, qui, accrochée par une voiture, fut traînée l'espace de plusieurs pas, la jambe gauche engagée entre deux échelons d'une échelle. Transportée à l'hôpital, on reconnut d'abord une fracture des deux os de cette jambe, compliquée de plaie, puis un désordre considérable de l'articulation fémoro-tibiale du même côté. Le tibia, en effet, avait exécuté un mouvement de rotation en dehors sur son axe, en vertu duquel la tubérosité interne de cet os était venue se loger antérieurement dans la gorge de la troklée fémorale, et la tubérosité externe avec la tête du péroné dans l'échancrure intercondylienne antérieure. En même temps, la rotule était déjetée en dehors, son extrémité inférieure étant située sur un plan plus externe, par rapport à l'axe du membre que la supérieure. La réduction, tentée presque immédiatement, fut assez aisément obtenue. Après une traction modérée, un aide fit exécuter à la jambe un mouvement de rotation en sens inverse de celui qui avait été le résultat de l'accident. Un double choc indiqua que les surfaces articulaires avaient repris leurs rapports normaux. Dès lors, malgré l'épanchement énorme dont l'articulation était le siége, on put lui faire exécuter de légers mouvements de flexion, ce qui était impossible avant la réduction. La fracture fut également réduite avec assez de facilité; puis l'on plaça le membre dans la demi-flexion, et l'on maintint la glace en permanence jusqu'au dix-huitième jour, autour du genou et au niveau de la fracture.

La guérison de la fracture s'opéra avec un centimètre et demi de raccourcissement. Quant au genou, au bout de dix-neuf mois, il n'avait pas encore acquis de solidité. La malade pouvait à peine poser le pied à terre; et il lui était impossible de faire un pas sans ses béquilles. Elle ne pouvait exécuter qu'un mouvement de flexion, et encore tellement borné que le talon ne décrivait pas un arc de cercle plus étendu que 1 centimètre et demi.

Ce fait est une preuve péremptoire de la réalité de ces luxations complètes niées par quelques auteurs, et sur l'existence desquelles certains autres n'ont produit que des présomptions théoriques. Mais il restait encore — l'autopsie n'ayant, heureusement, pas éclairé ici le diagnostic — à déterminer les lésions anatomiques dont ce déplacement s'accompagne. MM. Dubreuil et Martellière imaginèrent, pour arriver à ce but, un appareil destiné à porter fortement la jambe d'un cadavre dans la rotation en dehors, après avoir fixé son bassin, et assujetti son fémur assez solidement pour qu'il ne s'opérât simultanément aucune distension ni déchirure dans l'articulation coxo-fémorale. A la suite de cette torsion, ils constatèrent dans le genou les mêmes désordres apparents que ceux reconnus chez la femme sujet de l'observation précédente, c'est-à-dire : 1° la saillie du condyle interne du fémur, au-dessous de laquelle était une dépression profonde, au lieu de la tubérosité interne du tibia ; 2° une dépression qui permettait de loger la pulpe du pouce, correspondant à la gorge de la troklée fémorale; au-dessous était la saillie de la tubérosité interne du tibia, séparée du condyle interne par une gouttière oblique qui rejoignait en haut la dépression signalée; 3° le bord antérieur du condyle externe, au delà duquel était la saillie de la rotule, luxée complétement en dehors.

Cette similitude dans les modifications subies par la conformation extérieure de la jointure ajoutait un nouveau degré d'intérêt à l'expérience; car elle montrait que les désordres intérieurs qu'on rencontrerait sur le cadavre seraient probablement les mêmes que ceux survenus dans l'observation ci-dessus. Or la dissection montra :

1° Que les ligaments latéraux étaient rompus, ainsi que les parties de la capsule articulaire qui les avoisinaient; les déchirures s'étendaient aux muscles et aux tendons qui s'opposaient à l'exagération de la rotation;

2° Que les ligaments interosseux s'étaient décroisés sans se rompre;

3° Que les cartilages semilunaires s'étaient séparés l'un plus, l'autre moins complétement de la capsule articulaire.

MM. Dubrenil et Martellière ont trouvé que la luxation sur le cadavre est plus aisée à produire quand on place la jambe dans l'extension.

En effet, lorsqu'ils n'ont pu effectuer le déplacement de la rotule, la luxation complète du genou a toujours été impossible. Aussi la rotule se trouvant, dans l'état de flexion du genou, fixée par la tension de son ligament inférieur et du tendon du triceps, c'est cette fixité qui met obstacle à ce que le déplacement du genou puisse s'opérer dans cette attitude, et ce qui rend si difficile de l'obtenir alors complet.

RECHERCHES SUR LE SPERME DES VIEILLARDS; par M. DUPLAY.

Il existe, en physiologie, un préjugé presque aussi ancien que cette science elle-même, savoir : que la sécrétion du sperme cesse complétement chez les vieillards. On expliquait par là leur inaptitude à se reproduire. Cette première hypothèse cependant fut renversée par les recherches de Fischer, qui rapporta, d'après Timnius, un fait anatomique, où la liqueur séminale avait été trouvée en abondance dans les vésicules et dans les testicules d'un homme de 94 ans.

Détruit sous cette forme, le préjugé ne fit que changer d'aspect. Après la découverte des spermatozoaires, on se hâta de conclure que le sperme des vieillards ne contient plus de ces animalcules, et l'on attribua à leur absence l'impropriété des individus avancés en âge à féconder. Quelques recherches isolées et faites sans suite sur le liquide renfermé dans l'appareil excréteur du sperme, donnèrent à cette opinion un semblant de confirmation. Elle s'est donc accréditée par sa vraisemblance, on peut le dire, plus que par ses preuves, et c'est elle qui règne aujourd'hui en physiologie.

Une thèse semblable s'accordait mal cependant avec les faits, et trop nombreux pour être tous faux, de paternité d'hommes très-âgés. Voulant arriver à des résultats plus positifs et capables de faire loi, M. Duplay a examiné le liquide contenu dans l'appareil séminal chez 51 vieillards. Sans parler de la consistance, de la coloration, de l'abondance et d'autres propriétés moins importantes, le liquide a offert 37 fois des animalcules spermatiques, qui, 27 fois, étaient parfaitement bien conformés : la tête volumineuse, la queue longue et recourbée, en un mot ne différant point de ceux que l'on observe chez l'adulte. Dans quelques cas, ils étaient aussi abondants que dans l'âge mûr.

Parmi ces 37 sujets, il y avait 8 sexagénaires, 20 septuagénaires et 9 octogénaires. Bien plus, parmi les 7 sujets dont les spermatozoaires étaient aussi abondants que chez l'adulte, le moins âgé avait 73 ans et le plus âgé en avait 82. De ces mêmes individus, 21 avaient succombé à des maladies aiguës et 16 à des affections chroniques ayant occasionné cet état de dépérissement par l'effet duquel on voit souvent, d'après quelques auteurs, les spermatozoaires disparaître même chez l'adulte.

Cependant si la sécrétion des animalcules a parfois à cet âge la même puissance dans son action, la même régularité quant à ses produits qu'à une époque antérieure de la vie, il n'en est pas toujours ainsi : d'abord, chez 14 des individus soumis à ses investigations, M. Duplay a inutilement cherché les spermatozoaires. En second lieu, un certain nombre de ceux qui lui en ont offert, les ont présentés avec une modification notable dans leur structure, leur abondance ou leur siége. Ainsi :

Leur tête ou leur queue était quelquefois sensiblement déformée. On en voyait plusieurs dont la tête n'était suivie que d'un tronçon de queue brusquement terminée. D'autres n'avaient absolument que la tête. Il a aussi trouvé à côté d'eux de petits cristaux dont il n'a pu déterminer la nature.

Relativement à la quantité, M. Duplay a observé 14 fois que les spermatozoaires, quoique parfaitement développés, étaient très-rares. On n'en apercevait que quelques-uns isolés au milieu d'un liquide qui présentait de petites granulations et des débris de cellules épithéliales.

Quant au siége, les spermatozoaires ont été rencontrés 26 fois dans toute l'étendue de l'appareil spermatique ; 3 fois le sperme contenu dans les canaux déférents en présentait seul et celui des vésicules n'en laissait apercevoir aucun ; une fois leur présence a été constatée dans le liquide des vésicules séminales sans pouvoir l'être dans les canaux déférents ; enfin il est arrivé 7 fois à M. Duplay d'en trouver dans une seule vésicule, à l'exclusion de celle du côté opposé et des deux canaux déférents.

— Ces recherches ne remplissent pas seulement un but de curiosité scientifique. A côté du point de vue purement spéculatif, elles portent quelques corollaires dont l'hygiène saura profiter. Ainsi si les vieillards deviennent moins aptes à la reproduction, ce ne sera plus exclusivement dans la composition de leur sperme qu'il faudra en rechercher la cause, mais bien à la modification survenue dans d'autres actes essentiels à cette même fonction. M. Duplay en énonce explicitivement la remarque. Nous en émettons une non moins légitime, ce nous semble : c'est que si le sperme continue à être sécrété chez les vieillards, il doit avoir son utilité. Or puisque, physiologiquement, rien ne le sollicite alors à être évacué dans un but de reproduction, n'est-on pas autorisé à en inférer qu'il est destiné à se résorber, et à concourir par son influence stimulante à entretenir chez eux la force vitale à un certain degré ? Cette conclusion est appuyée par les belles recherches de M. Gosselin sur la persistance de la même sécrétion dans les oblitérations des voies spermatiques. Elle est bien propre à montrer les dangers auxquels exposent les éjaculations qu'on provoque artificiellement à cet âge, malgré le silence ou les refus providentiels des organes auxquels peut être donné le nom d'*excitateurs*.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

COMPOSITION DU LAIT CHEZ LA FEMME DANS L'ÉTAT DE MALADIE OU DE SANTÉ.

M. PAYEN présente au nom de MM. Vernois et A. Becquerel un mémoire sur la composition du lait chez la femme dans l'état de santé et dans l'état de maladie, suivi de recherches nouvelles sur la composition du lait chez la vache, l'ânesse, la chèvre, la jument, la brebis, la chienne.

Les auteurs n'ont eu pour but dans ce travail que l'étude de la composition chimique du lait.

Quand on vient à comparer entre elles, disent MM. Vernois et Becquerel, toutes les analyses publiées jusqu'à ce jour sur le lait de la femme, de la vache, de l'ânesse, etc., on est frappé de ce fait qu'aucun résultat ne se ressemble, et que des différences énormes se remarquent à chaque instant. Les variations sont telles qu'elles doivent dépendre surtout du procédé d'analyse employé. Ils se sont proposé en conséquence d'imaginer un procédé d'analyse du lait ou perfectionner les indications déjà publiées sur ce sujet, et d'appliquer ce procédé d'analyse à l'étude du lait dans l'état de santé et dans l'état de maladie de la femme et des principales espèces domestiques.

Parmi les observations nombreuses qu'ils ont recueillies, MM. Vernois et Becquerel en ont choisi 89, entièrement uniformes et complètes au point de vue des questions qu'ils voulaient résoudre. Elles leur ont servi à établir la composition physiologique du lait, qui elle-même est devenue le point de comparaison de toutes leurs analyses dans les divisions qu'ils ont successivement étudiées. C'est ainsi qu'ils ont pu donner la composition du lait, selon l'âge de la nourrice de 15 à 45 ans, selon l'âge du lait lui-même (d'un à 15 jours (jour par jour), et d'un mois à 24. Ils ont ensuite passé en revue les influences déterminées par la constitution, par l'état des seins, par la primiparité ou la multiparité, par la menstruation (la suspension, son retour, sa présence spéciale), par l'alimentation, bonne ou médiocre, par la quantité du lait, par le séjour dans les mamelles, etc.

Voici les principaux résultats qu'ils ont constatés :

A l'état normal, le lait de la femme donne pour 1,000 grammes :

Eau	889,08
Parties solides	110,92
Sucre	43,64
Caséum et matières extractives.	39,24
Beurre	26,66
Sel (par incinération)	1,38
La densité est de	1032,67

Les éléments sont ici rangés dans l'ordre de leur plus forte proportion. L'âge de la nourrice n'apporte en général pas de modification sensible dans la densité, le poids de l'eau et des parties solides ; une différence réelle n'existe qu'aux points extrêmes.

Il y a dans le lait des nourrices de 15 à 20 ans plus de parties solides que dans celui des nourrices de 35 à 40.

L'état colostral augmente notablement la quantité de beurre. La composition du lait dans la constitution *faible* reste à peu près normale. Dans la *forte*, le poids des parties solides diminue.

Chimiquement parlant, le lait des nourrices primipares se rapproche davantage de la moyenne physiologique que celui des nourrices multipares.

La gestation, vers sa fin, augmente la quantité des éléments solides du lait ; au début, elle n'altère pas sa composition.

La présence des règles diminue la densité, le poids de l'eau et du sucre. Elle augmente considérablement le poids des parties solides ; c'est le caséum surtout qui profite de cet excès.

Le lait des femmes à cheveux noirs l'emporte sur celui des femmes à cheveux blonds.

L'alimentation médiocre laisse introduire trop d'eau dans le lait. Les éléments principalement frappés sont le beurre et le caséum.

Les excès de beurre ou de caséum accompagnent toujours un mauvais état de santé des nourrissons.

La première et la deuxième traite chez la femme ne donnent pas lieu aux différences signalées chez la vache, la chèvre, etc.

A l'instar de ce qui a lieu chez la vache, on peut dire qu'il y a des femmes dans le lait desquelles, en dehors de toute cause bien spécifiée, il existe constamment un excès de caséine ou un excès de beurre.

La deuxième partie de leur travail est consacrée à l'étude du lait dans l'état de maladie ; elle est basée sur 46 cas morbides, dont 19 à l'état aigu et 27 à l'état chronique.

MM. Vernois et Becquerel ont toujours divisé ces deux espèces d'affections. Il existe entre elles, au point de vue de l'influence qu'elles exercent sur la composition chimique du lait, un antagonisme remarquable. Dans les affections aiguës, comme dans les affections chroniques, l'eau diminue, les parties solides augmentent. Mais là s'arrête l'analogie. En effet, dans les premiers, le sucre baisse considérablement ; les trois autres éléments augmentent dans une progression croissante depuis les sels et le beurre jusqu'au caséum, qui à lui seul répare presque toutes les pertes éprouvées par le sucre. Dans les secondes (affections chroniques), le beurre et les sels augmentent, le sucre reste stationnaire, le caséum diminue. Ainsi, d'un côté (affections aiguës), perte d'un élément respiratoire et excès d'un élément nutritif ; de l'autre côté, perte d'un élément nutritif, augmentation d'un élément respiratoire.

Les auteurs ont successivement étudié et déterminé la composition du lait dans l'entérite, la pleurésie, la colite, le trouble moral, la courbature, la métro-vaginite, la métro-péritonite, la fièvre typhoïde, l'ophthalmie scrofuleuse, l'abstinence, la bronchite, la phthisie pulmonaire, les abcès du sein, la syphilis.

Voici la composition du lait dans les affections aiguës ou chroniques :

	Affections aiguës.	Affections chroniques.
Eau	884,91	885,50
Parties solides	115,09	114,50
Sucre	33,10	43,37
Caséum et matières extractives.	50,40	37,63
Beurre	29,86	32,57
Sels (par incinération)	1,73	1,50
Densité	1031,20	1031,47

Parmi les résultats importants, les auteurs signalent que, dans le cas de tubercules pulmonaires sans diarrhée ni amaigrissement, il y a peu de modifications sensibles ; mais dans le cas contraire, le poids des parties solides est considérablement diminué, et c'est sur le beurre que porte toute la perte.

Dans la syphilis, la densité s'élève extraordinairement ; le beurre diminue, et les sels augmentent hors de proportion.

Les auteurs ont en outre fait l'histoire isolée de chacun des éléments constituants du lait. Ils ont, à l'aide de tous leurs documents, étudié comment se comportaient la densité, le sucre, le beurre. Ils sont arrivés à cette conclusion, que, comme dans le sang, comme dans l'urine, les éléments du lait ne sont pas solidaires entre eux. Chaque élément semble avoir une existence à part, que modifient tour à tour des influences spéciales. Il n'existe pas de proportionnalité régulière et constante dans leur développement, et jusqu'ici, ni par l'étude de la densité ni par celle du beurre ou de tout autre élément pris à part, on ne peut donner une idée juste et précise de ce qu'on appelle la richesse ou la bonté du lait. Il faut de toute nécessité recourir à l'analyse complète du lait. (Comm. : MM. Andral, Velpeau, Rayer et Payen.)

DE LA SAIGNÉE ARTÉRIELLE DANS LES PLAIES DE TÊTE.

M. Deleau jeune lit un mémoire intitulé : De l'indication de la quantité de sang qu'on peut verser par la saignée artérielle dans les plaies de tête.

Le but de l'auteur est de prouver que, dans les plaies de tête, il trouvé les signes qui indiquent la quantité de sang qu'il faut verser pour empêcher toute réaction sur les organes encéphaliques.

Quatre individus d'âge et de sexe différents ont offert, en quelques mois, des lésions graves de la tête. M. Deleau a déduit de ces faits que, dans les plaies de tête, on doit maîtriser toute réaction. On atteint ce but par la saignée artérielle, et on juge de ses effets par la couleur pâle du tissu de la langue, des gencives et du pharynx. Jusqu'à l'apparition de ces signes, on laisse couler le sang sans s'inquiéter de la quantité. Si une première saignée et l'écoulement de sang par la plaie n'ont pas été suffisants pour empêcher toute réaction inflammatoire, qui, selon moi, dit l'auteur, est nuisible à une cicatrisation prompte et salutaire, il faut saigner de nouveau.

Tels sont mes principes, qui se trouvent justifiés par l'usage que l'on fait aujourd'hui de courants d'eau froide dirigés sur les parties du corps fortement contuses ou tiraillées.

Le docteur Baudens ne craint pas même d'appliquer la glace pendant plusieurs jours. Cette application ne retarde en rien le travail de la cicatrisation, tout en modifiant la réaction générale. Mais ces médications, que l'on obtient par le froid, ont des dangers quand on a affaire à des sujets atteints de phlegmasies chroniques, soit du poumon, soit du canal intestinal. Les saignées au contraire, pratiquées avant la réaction générale, préservent les blessés des complications qui naissent toujours des fièvres traumatiques dans ces phlegmasies latentes.

Pour résumer ce que j'ai dit dans ce simple écrit, je n'ai qu'à ajouter un mot.

Dans les plaies de tête, si vous êtes appelé à temps, empêchez toujours le développement de la fièvre traumatique, et pour atteindre ce but, guidez-vous sur la décoloration des membranes muqueuses buccales. (Comm. : MM. Velpeau, Roux et Andral.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle ne comprend qu'un tableau de vaccination.

PRÉSENCE DU PHOSPHORE DANS LES HUILES DE FOIE DE MORUE.

M. J. Personne adresse des recherches sur la présence du phosphore dans les huiles de foie de morue.

D'après les observations contenues dans ce travail, l'auteur conclut :

1° Que toutes les huiles de morue ne renferment pas de phosphore;

2° Que ce métalloïde se trouve à l'état de phosphate alcalino-terreux dans celles qui en contiennent;

3° Que la présence de ce phosphate est due à un mode vicieux de préparation de ces huiles et indique leur mauvaise qualité. (Comm. précédemment nommée.)

GOITRE ET CRÉTINISME.

M. Chevallier informe l'Académie que s'occupant du goitre et du crétinisme, il a profité d'un voyage qu'il a fait à Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), dans les Vosges et dans la Meurthe, pour demander à diverses personnages des renseignements sur des localités où le goitre a été observé et sur sa fréquence. M. Magnien, médecin inspecteur adjoint des eaux de Bourbonne, M. Pommier fils, de Mirecourt, se sont occupés de recherches à ce sujet.

M. Chevallier transmet les résultats de ces recherches qui consistent :

1° En une note détaillée sur Rosières (Meurthe) recueillie par les soins de M. Fraisse sur la demande de M. Pommier;

2° En une note recueillie à Senaide (Vosges) par les soins de MM. Magnien et Pommier;

3° En une analyse des eaux de Rosières par M. Pommier;

4° En une analyse des eaux de Senaide par le même.

Dans les trajets qu'il a faits dans diverses parties du département de la Haute-Marne, M. Chevallier a observé et acquis la conviction que le goitre n'est plus aussi fréquent qu'il l'était il y a 40 ans, et les détails qui lui ont été donnés par un grand nombre de personnes ont confirmé les observations qu'il avait faites. (Comm. du goitre et du crétinisme.)

—L'Académie se forme en comité secret, immédiatement après le dépouillement de la correspondance, pour entendre une communication relative à la proposition faite dans la dernière séance par M. Cornac.

— A 4 heures moins un quart l'Académie rentre en séance publique.

M. Bouchardat présente de la part de MM. Vernois et A. Becquerel un mémoire sur la composition chimique du lait chez la femme, etc. (voir ci-dessus).

(Comm. MM. Bouchardat, Chevallier et Depaul).

HISTORIQUE DES CORSETS.

M. Bouvier lit la première partie d'un rapport sur les corsets sans coutures et sur un busc mécanique : cette première partie consacrée à l'histoire de ce vêtement est terminée par les conclusions suivantes :

1° L'histoire de l'habillement des principaux peuples de l'antiquité fait voir que le besoin d'une pièce de vêtement contentive plus ou moins serrée autour du tronc chez les femmes, s'est fait sentir dans les temps anciens, comme dans l'Europe moderne;

2° Autrefois, comme de nos jours, les femmes ont été disposées à outrer cette constriction circulaire au détriment de leur santé ;

3° Dans l'histoire de la civilisation moderne, on voit tour à tour, après l'abandon de la tunique ample des dames romaines, la taille simplement marquée par des corsages justes au corps, puis renfermée et comme étreinte dans les espèces de cuirasses appelées *corps à baleines*, et enfin, de nouveau seulement, dessinée et contenue par les corsets, dernière forme de ce vêtement spécial ;

4° Bien que l'emploi inconsidéré des corsets puisse déterminer à peu près les mêmes accidents que l'usage des corps, ils n'ont pas d'effet nuisible, quand leur construction et leur application se font d'une manière convenable;

5° C'est à tort que l'on a attribué uniquement à l'influence des corsets le resserrement de la partie inférieure du thorax, resserrement normal dans certaines limites, dans les deux sexes, et sujet à varier par d'autres causes que par la constriction qu'exerce ce vêtement. L'examen comparatif que j'ai fait d'un grand nombre de sujets tend à démontrer que les corsets ne produisent que dans des cas exceptionnels un rétrécissement permanent de la base de la poitrine;

6° On a avancé sans preuves que l'usage des corsets était une cause fréquente de déformation de la colonne vertébrale;

7° Non-seulement des motifs déduits de l'esthétique et de la destination sociale de la femme doivent engager les médecins à permettre l'usage des corsets, sauf les restrictions indiquées par l'observation de leurs effets; mais, en outre, il est diverses circonstances telles que le volume des seins, le relâchement ou la distension de la paroi musculaire de l'abdomen, la voussure habituelle du tronc, la déviation latérale du rachis, qui indiquent formellement l'emploi de cette sorte de bandage, soit comme moyen hygiénique, soit même pour aider à la guérison de certaines lésions.

La seconde partie du rapport sera lue dans la séance prochaine.

La séance est levée à 5 h. moins un quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE NOVEMBRE 1852; par M. le docteur E. Le Bret, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Anatomie.

1° DE LA PENTADACTYLIE CHEZ LE CHEVAL; par M. Goubaux.

M. Goubaux, après avoir rappelé plusieurs communications qu'il a faites à la Société de biologie, montre plusieurs pièces anatomiques, et expose, contrairement à l'opinion exprimée par MM. Joly et Lavocat, dans un mémoire que ces deux auteurs ont adressé à l'Académie des sciences (séance du 20 septembre 1852), comment le cheval peut être ramené au type pentadactyle.

L'anatomie comparée montre que, à mesure qu'on s'éloigne de l'homme, le nombre des doigts diminue par la disparition ou l'avortement des doigts les plus extrêmes; de sorte que, chez le cheval, le seul doigt qui reste avec son développement normal est celui qui correspond au médius. Les deux stylöides, les péronés ou les métacarpiens rudimentaires correspondent : l'externe à l'annulaire, et l'interne à l'index.

Dans le cheval, il n'y a, *le plus ordinairement*, aucune trace des deux autres doigts : l'auriculaire et le pouce. Mais, dans quelques cas rares, on retrouve un vestige du pouce, ainsi que cela existe toujours dans le cochon. Plus rarement, on retrouve le vestige de l'auriculaire. Enfin, plus rarement encore, ou retrouve, chez le même sujet, les rudiments de ces deux doigts.

Les rudiments de ces doigts se trouvent toujours (quand ils existent) sur le contour postérieur du premier et du troisième os de la rangée inférieure du carpe.

Il résulte des développements dans lesquels entre M. Goubaux, que c'est seulement ainsi que le cheval, l'âne, le mulet et le bardeau peuvent être ramenés au type pentadactyle.

2° OBSERVATION SUR LE CANAL DES CORPS DE WOLF CHEZ UN CHEVAL TRÈS-VIEUX; par le même.

Dans la séance du 7 février 1852, j'ai eu l'honneur de lire à la Société de biologie un mémoire sur la *vésicule mitoyenne* du cheval, dans lequel je considérais cet organe comme l'analogue des canaux de Gaërtlner de la femelle, ou, en d'autres termes, comme le reste des canaux excréteurs des corps de Wolf, en me basant sur les faits assez nombreux que j'avais observés jusqu'à cette époque, et j'ai pris l'engagement envers la Société de continuer mes recherches pour arriver à donner plus de poids à l'opinion que j'émettais alors avec une grande réserve, quoique je la crusse déjà parfaitement fondée.

Pour confirmer l'opinion que j'ai émise, je viens aujourd'hui présenter à la Société de biologie une pièce que j'ai recueillie le 22 novembre, sur un cheval entier, de gros trait, de grande taille et âgé de plus de 20 ans, qui a servi aux travaux anatomiques de l'École d'Alfort.

J'ai fait d'abord l'examen de cette pièce, je l'ai apportée ensuite à mon collègue et ami M. le docteur Follin, qui a eu l'obligeance d'en faire l'injection, afin de rendre les choses encore plus nettes. Or voici ce qu'on remarque :

La *vésicule mitoyenne* (terme consacré jusqu'à présent en anatomie vétérinaire) a le volume d'un crayon ordinaire, et dans quelques points de son étendue, son volume est un peu plus considérable. Sa longueur est de 0m,27. A son extrémité antérieure, elle se continue à droite et à gauche par un canal qui a plus du double de son volume. Chacun de ces canaux, d'une longueur de 0m,39, suit le bord libre d'une espèce de mésentère constant, puis se contourne, l'un à droite et l'autre à gauche, suit la partie antérieure du canal déférent du côté correspondant, et, après avoir passé à la face interne du testicule, se termine en cul-de-sac vers la queue de l'épididyme.

Ces canaux n'offrent pas un calibre uniforme, mais les changements de calibre qu'ils présentent ne sont pas brusques. Là où ce calibre est le moins considérable, il est égal au volume d'un crayon ordinaire ; ailleurs, il est gros comme le doigt d'un homme (index).

Ces canaux contenaient une assez grande quantité de liquide muqueux (examen fait par M. Lassaigne) que j'ai fait sortir de leur intérieur.

Dans quelques endroits, on voyait des fibres charnues, très-évidentes, dans l'épaisseur des parois de ces canaux.

Ce fait de la persistance de cet appareil chez un animal très-vieux, ajouté à ceux que j'ai fait connaître déjà, et à d'autres que je possède encore dans mes notes, ne permet pas de douter, contrairement à l'opinion de Weber, de Van Deen et de M. de Martini, qui l'ont considéré comme un *uterus masculinus*, que ce ne soit le canal excréteur des corps de Wolf.

II. — PHYSIOLOGIE.

1° DE L'INFLUENCE DE LA LIGATURE DU PYLORE SUR L'ABSORPTION STOMACALE; par MM. PEROSINO, BERRUTI, TRIOLANI et VELLA (de Turin).

M. Vella, membre correspondant de la Société de biologie, communique en son nom et en celui de MM. Perosino, Berruti et Triolani, des expériences faites à Turin, et relatives à l'influence que la ligature du pylore exerce sur l'absorption de l'estomac chez les chevaux.

Ces physiologistes ont répété les expériences de M. H. Bouley (d'Alfort). Comme M. Bouley, ils ont trouvé que, après la ligature du pylore, on peut impunément ingérer dans l'estomac des substances toxiques telles que la strychnine; aucun phénomène d'empoisonnement ne se manifesta. L'action toxique n'a lieu que si on délie le pylore, et encore ces messieurs ont remarqué que si l'on ne défait cette ligature qu'au bout d'un temps assez long, l'empoisonnement n'a pas lieu plus que quand la ligature est maintenue.

M. Bouley a expliqué ce fait en disant que, si l'empoisonnement n'a pas lieu, c'est que la substance toxique n'a pas pu être absorbée. Les physiologistes de Turin sont arrivés à une explication différente, parce qu'ils ont reconnu, au moyen d'expériences directes, que la propriété absorbante de la muqueuse de l'estomac n'est pas détruite. Dans l'estomac d'un cheval auquel ils avaient fait la ligature du pylore, ils ont ingéré 48 grammes de prussiate jaune de potasse; quelques heures après, la présence du prussiate était évidente dans l'urine.

L'explication basée sur la non-absorption du poison dans l'estomac ne pouvait donc pas être admise.

Par leurs recherches sur ce sujet, les physiologistes de Turin ont été amenés à conclure que si l'empoisonnement n'avait pas lieu, ce n'était pas parce qu'il n'y avait pas absorption du poison, mais parce qu'il se produisait dans ce cas un phénomène de circulation spéciale, analogue à ceux que M. Bernard a déjà signalés, phénomène par suite duquel la substance toxique absorbée est amenée directement dans les reins sans passer par la circulation générale. En effet, dans le sang d'un cheval tué deux heures et demie après une ingestion de 48 grammes de prussiate dans l'estomac avec ligature du pylore, ces messieurs ont recherché la présence du prussiate. Une grande partie du prussiate étant encore dans l'estomac, aucun vaisseau de la circulation générale, la veine cave, la veine jugulaire, l'artère rénale, n'offrirent aucune trace de cette substance; au contraire, dans les reins, dans la vessie, dans les veines porte et rénales, la présence du prussiate était des plus manifestes.

Une autre expérience donna encore des résultats plus probants pour l'absorption : on ingéra 48 grammes de prussiate jaune dans l'estomac d'un cheval auquel on avait lié le pylore. Une heure après, la présence du sel était évidente dans l'urine. On tua l'animal au bout de quarante-huit heures. A ce moment le prussiate était très-abondant dans l'urine. On ne put le reconnaître dans aucun autre endroit du corps. Tout avait passé dans les urines. Le sang d'aucun vaisseau n'en contenait de traces.

Les auteurs, du reste, poursuivent leurs recherches, qui seront bientôt publiées complétement.

En résumé, les physiologistes de Turin ont trouvé, comme M. Bouley, que la ligature du pylore rend innocentes les substances les plus toxiques. Seulement cette innocuité, que M. Bouley croyait due à la non-absorption de l'estomac, les expérimentateurs de Turin l'expliquent par un phénomène de circulation spéciale, qui permet à la substance toxique d'être éliminée sans pouvoir produire son influence fâcheuse.

2° SUR LES EFFETS DE LA SECTION DE LA PORTION CÉPHALIQUE DU GRAND SYMPATHIQUE; par M. CLAUDE BERNARD.

M. Bernard fait la communication suivante, comme complément d'une note publiée dans le compte rendu du mois précédent :

Depuis Pourfour du Petit qui, en 1727 (1), trouva que la section de la partie céphalique du grand sympathique produit un rétrécissement de la pupille dans l'œil correspondant, un grand nombre de physiologistes ont répété cette expérience, et, de plus, on a trouvé que l'ablation des ganglions cervicaux supérieur et inférieur du même côté produit également le resserrement de la pupille. En 1845, M. Biffi, galvanisant le bout supérieur du sympathique divisé dans le cou, vit que la pupille s'élargissait. Tout récemment, MM. Budge et Valler ont ajouté un nouveau fait intéressant : ils ont trouvé qu'une certaine portion de la moelle qu'ils ont appelée *ciliospinale* peut agir sur la pupille par l'intermédiaire de cette portion du grand sympathique.

Dans toutes ces expériences, on a toujours eu un seul phénomène en vue, l'action sur la pupille, l'élargissement ou le rétrécissement de cette ouverture, qu'on expliquait par une paralysie isolée des fibres rayonnées ou des fibres circulaires de l'iris, admettant, comme Ruets l'avait déjà indiqué, que le moteur oculaire commun animait les fibres radiées et le sympathique, les fibres circulaires.

Mais les effets que produit la section de la portion céphalique du grand sympathique sont loin d'être limités à la pupille. Depuis plusieurs années, en effet, je montre dans mes cours que cette section amène en outre du resserrement de la pupille, des désordres excessivement multipliés, savoir :

1° Un resserrement de l'ouverture palpébrale, et en même temps une déformation de cette ouverture, qui devient plus elliptique et plus allongée.

2° Une rétraction du globe oculaire vers le fond de l'orbite, rétraction que fait saillir la troisième paupière qui vient se placer au devant de l'œil.

3° Un rétrécissement plus ou moins marqué des narines et de la bouche du côté de la section.

4° Une activité beaucoup plus grande de la circulation dans toutes les parties du côté de la face correspondant à la section, et comme suite, une augmentation considérable de la caloricité dans ces parties.

Ces derniers résultats ont été déjà publiés, au moins en partie.

Tous ces phénomènes tiennent à la section de la portion céphalique du grand sympathique ou à l'ablation du ganglion cervical supérieur, car ils apparaissent immédiatement à la suite de l'une ou l'autre de ces deux opérations. Le galvanisme produit les effets diamétralement opposés. Si on galvanise le bout supérieur du grand sympathique divisé, tous les phénomènes qui ont dû se produire changent de face : la pupille s'élargit, l'ouverture des paupières s'agrandit. L'œil fait saillie hors de l'orbite; d'active qu'elle était, la circulation devient faible ; la conjonctive, les narines, les oreilles, qui étaient rouges, pâlissent.

On cesse la galvanisation. Tous les phénomènes primitivement produits par la section reparaissent peu à peu, pour disparaître de nouveau à une seconde application de galvanisme. On peut continuer à volonté cette expérience, la répéter autant de fois que l'on voudra, toujours ses résultats seront les mêmes ; la seule condition, c'est d'agir sur des animaux vigoureux, tels que des chevaux et des chiens.

Il y a longtemps que je continue ces recherches sur le grand sympathique; bientôt, j'espère, elles seront publiées en entier. J'ai voulu seulement établir ici qu'on avait eu tort de limiter l'action du grand sympathique exclusivement à la pupille. Son influence est beaucoup plus étendue. De plus, la théorie par laquelle

(1) Mémoire dans lequel il est démontré que les nerfs intercostaux fournissent des rameaux qui portent des esprits dans les yeux. (Académie des sciences, 1727.)

on explique les effets produits sur la pupille par une paralysie d'un des deux ordres de fibres musculaires de l'iris, est tout au plus applicable aux phénomènes de la pupille; mais elle ne saurait l'être aux autres que j'ai signalés. En effet, l'élargissement qui survient par la galvanisation du bout supérieur du grand sympathique est involontaire; l'animal ne peut pas s'y opposer. L'expérience suivante suffit pour le démontrer : sur la conjonctive d'un chien auquel on a coupé le grand sympathique, on met une goutte d'ammoniaque; la douleur détermine l'animal à tenir son œil obstinément et constamment fermé. A ce moment, si on galvanise le bout supérieur du sympathique, malgré la douleur qu'il éprouve ensuite, le chien ne peut maintenir son œil fermé, les paupières s'ouvrent largement, et en même temps la rougeur produite par le caustique diminue et disparaît presque.

III.—Anatomie pathologique et Pathologie.

1° Observation d'acné tuberculeuse ombiliquée; par M. le docteur Piogey.

La jeune fille qui fait le sujet de cette observation porte à la figure onze tubercules saillants convexes, non douloureux, plus pâles que la peau sur laquelle ils reposent, ayant tous une dépression au centre ou latéralement; ils ont depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un pois. L'un d'eux, plus rouge et plus volumineux, formé par l'agglomération de plusieurs follicules, ressemble à une verrue. Tous contiennent de la matière sébacée susceptible d'être évacuée par la pression.

Les altérations décrites sous les dénominations de molluscum contagiosum, de molluscum pendulum, d'adermoptosis, d'élevures folliculaires, d'acné varioliforme, d'acné molluscoïde, se rapportent à l'affection précédente.

Avant le judicieux mémoire de M. Caillaud, chaque auteur croyait décrire une maladie nouvelle ou inconnue. Mais en rapprochant leurs diverses dénominations, ils sont d'accord sur le siége anatomique, la marche, la durée et la terminaison. La source d'erreur vient de ce qu'ils basaient leurs dénominations sur l'aspect extérieur, sans tenir compte du siége anatomique.

M. Rayer, en désignant cette altération sous le nom d'élevures folliculaires, est le seul qui ait indiqué son siége précis.

Nous partageons l'opinion de M. Bazin sur la définition de l'acné; c'est, dit-il, « une altération des follicules cutanés, caractérisée par une hypertrophie ou le développement d'une pustule. » Mais la dénomination d'acné varioliforme faisant naître dans l'esprit l'idée d'une pustule qui ressemble plus à une pustule de variole qu'à une pustule d'acné simple, doit être remplacée par la suivante : *acné tuberculeuse ombiliquée.*

Le diagnostic de l'acné tuberculeuse ombiliquée est facile. L'acné sébacée ou ponctuée ne s'accompagne pas de soulèvements du derme. Les tubercules syphilitiques, les tubercules de lupus ont une coloration spéciale et leur délimitation n'est pas nette et précise. Les verrues sont irrégulières et plus colorées, les productions épidermiques sont moins denses, flasques et plus colorées que la peau. Toutes ces altérations en outre ne contiennent point de matière sébacée, seul signe pathognomonique de l'acné tuberculeuse ombiliquée.

La terminaison a lieu par l'évacuation spontanée de la matière sébacée ou par la chute du tubercule après l'étranglement de sa base.

Le traitement doit être borné à l'emploi de lotions alcalines, à presser les tubercules pour faciliter la sortie de la matière qu'ils contiennent : c'est exceptionnellement qu'on doit avoir recours à l'incision ou à l'excision.

2° Observation de kystes hydatiques de la plèvre droite et du foie; par MM. Ed. Caron et J. L. Soubeiran.

Le 18 octobre 1852 est entré à l'hôpital Sainte-Marguerite un homme nommé André Heit, cordonnier, âgé de 36 ans, né à Seltz (Bas-Rhin), d'un père et d'une mère morts vers l'âge de 55 ans d'affections inconnues. Le père paraît avoir été sujet à la goutte, car au dire du malade il avait les membres et les doigts tout déformés.

Les frères du malade jouissaient d'une bonne santé; une de ses sœurs paraît être morte de la poitrine à 28 ans; les autres se portent bien.

André Heit est à Paris depuis quinze ans; il habite à Chaillot une maison bien sèche et bien exposée; il a toujours été d'une bonne santé jusqu'en 1848; il ne toussait pas, n'avait pas perdu de ses forces, n'avait jamais eu de rhumatisme; il paraît avoir mené une vie assez régulière; cependant il se grisait assez souvent.

Au mois de janvier 1848, il était aussi bien portant que d'habitude : il ne toussait pas, n'avait pas de douleur à l'estomac, digérait facilement sa nourriture, n'avait reçu aucune contusion, lorsqu'il fut pris tout à coup, pendant qu'il était au lit, d'un vomissement de sang noir, épais et grumeux, dont il évalue la quantité à un litre et demi. Pendant la même journée il rendit encore une quantité assez considérable de sang de même couleur. A la suite de ce vomissement, le malade resta très-faible; néanmoins il continua à travailler, et ses digestions n'en furent pas moins bonnes.

De la même époque date l'apparition d'une toux sèche, sans expectoration, qui ne s'accompagna ni d'hémoptysie, ni de sueurs nocturnes, ni d'amaigrissement, ni de perte de forces. Il n'y eut pas de fièvre, pas de point de côté, pas de gêne de la respiration, et le malade éprouvait cependant dans la poitrine une douleur constante qui a toujours été en augmentant jusqu'en 1850.

A cette époque, sans que la maladie ait offert aucun caractère d'acuité, la douleur de poitrine a considérablement augmenté, et la respiration est devenue de plus en plus difficile; la gêne de la respiration, moins forte qu'elle ne l'est aujourd'hui, n'était pas continue, elle revenait par accès et laissait ensuite le malade mieux portant.

Jusqu'alors le décubitus avait été également facile à gauche et à droite; désormais il est impossible à gauche, et dès que le malade l'essaye il est pris d'une oppression et d'un étouffement considérables; il lui semble que de l'eau retombe de ce côté.

Du reste, la santé générale ne fut pas profondément modifiée, les digestions restèrent bonnes, la toux devint un peu plus fréquente, mais toujours sans expectoration.

Au printemps 1850, Heit entra à l'hôpital Necker; il faut croire que l'altération organique, quoique paraissant remonter à plus de deux ans, avait pris bien peu de développement, puisque le médecin qui l'examina ne trouva, dit-il, rien dans sa poitrine et le renvoya au bout d'un jour. Il ne fut pas plus heureux à l'hôpital Beaujon, où l'on se contenta de lui prescrire un régime lacté.

Le malade resta deux ans dans cet état, mangeant et travaillant toujours, mais voyant croître son oppression et diminuer ses forces.

Au mois de septembre 1852, l'oppression et la difficulté de se coucher sur le côté gauche augmentèrent sensiblement, sans toutefois qu'il arrivât rien de brusque; il n'y a eu ni refroidissement, ni fièvre, ni point de côté; en un mot, c'est moins une nouvelle affection qui est venue s'enter sur la première, que celle-ci qui s'est développée. Les forces se sont perdues, et bien que l'appétit et les digestions soient restées les mêmes, le malade devint si faible qu'il fut forcé de solliciter son admission à l'hôpital.

Le 18 octobre, jour de son entrée, nous observons : constitution lymphatique affaiblie, taille moyenne, muscles peu développés, embonpoint médiocre; la face et les lèvres un peu violacées, décubitus latéral droit, oppression et gêne considérable de la respiration, toux assez fréquente, sans expectoration; pouls calme, régulier; peau fraîche.

A la percussion, on constate à la face antérieure du thorax une sonorité normale à gauche jusqu'en bas. A droite, au sommet, sonorité assez bonne jusqu'au niveau de la quatrième côte; à partir de ce point, matité progressivement croissante jusqu'en bas.

En arrière, à gauche, sonorité bonne; à droite, matité absolue depuis la fosse sus-épineuse jusqu'en bas. A gauche, en arrière, respiration pure, vésiculaire, un peu forte; à droite, absence du bruit respiratoire dans toute la hauteur. Au niveau de la fosse sous-épineuse, respiration bronchique, sans égophonie. A la base, pas de respiration bronchique, pas de vibrations thoraciques.

Aucun trouble des fonctions digestives, si ce n'est un peu de diminution de l'appétit. Rien du côté du cerveau ni du côté du cœur.

Le lendemain 19, on diagnostique un épanchement pleurétique, occupant toute la hauteur de la poitrine, et on prescrit l'application d'un large vésicatoire.

Les jours suivants, on fut à même d'examiner de nouveau la poitrine et on constata les mêmes phénomènes d'auscultation. On n'observa rien de particulier du côté du cœur, et le niveau de la matité continua à s'élever en avant et à droite. Le malade restait constamment couché sur le côté droit; sa face et ses lèvres étaient violacées; le pouls restait calme; la chaleur de la peau paraissait notablement diminuée, surtout aux membres supérieurs.

Le 25 octobre, la matité remonte en avant jusqu'à la troisième côte; l'oppression est plus grande, la respiration plus courte, l'asphyxie paraît imminente. En raison de ces phénomènes, on se décide à la thoracentèse, et on la pratique immédiatement.

La poitrine, perforée au lieu d'élection, laisse écouler, à travers la canule de M. Reybard, 2 ou 3 onces d'une sérosité limpide, et dont nous devons à M. Denain de pouvoir donner la composition. Cette liqueur, alcaline au papier, renfermait des traces d'albumine, une quantité appréciable de matière grasse, beaucoup de chlorure de sodium et quelques traces de phosphates. L'écoulement s'arrête, et en retirant la canule on amène au dehors une fausse membrane qui en bouchait l'ouverture et qui paraissait parfaitement organisée, quoique récente. A peine l'écoulement du liquide a-t-il commencé que le malade est pris d'une oppression extrême, d'une toux violente et répétée, avec hypersécrétion d'un liquide clair, filant, âcre, dont on peut évaluer la quantité à près d'un quart de litre. L'anxiété était portée au point de faire craindre une asphyxie immédiate; peu à peu cependant les accidents se calmèrent, et le malade, replacé dans son lit, parut un peu soulagé par la ponction.

Après l'opération, le niveau de l'épanchement ne parut point être descendu et le côté droit de la poitrine n'en conserva pas moins 2 centim. et demi de plus que l'autre. Deux heures après la ponction, le malade fut pris d'un nouvel accès d'étouffement encore plus intense que le précédent, mais qui se calme bientôt.

Le soir, le malade se trouve moins oppressé et désire la seconde ponction projetée pour le lendemain. Peau chaude, sudorale; pouls accéléré; décubitus latéral droit forcé.

Le 26, la peau est moins chaude, le pouls normal, et le côté ponctionné est sain.

Le 27, le docteur Marotte, appelé en consultation, constata la même étendue de la matité; il entend en arrière, au niveau de l'épanchement, un peu de respiration, et ce phénomène particulier de respiration caverneuse ou amphorique, que dernièrement M. Barthez a signalé dans quelques cas de pleurésie chronique. Joignant à ses considérations le souvenir des accidents asphyxiques de la première opération, M. Marotte croit prudent de différer l'opération.

Le 28, M. Barthez constate et nous fait constater de nouveau la même respi-

ration caverneuse dans la fosse sous-épineuse droite, un peu en dehors, là où la matité est très-marquée.

Le côté droit du tronc, de la face et le membre supérieur droit sont manifestement œdématiés; le grand pectoral droit a deux ou trois fois l'épaisseur du gauche; pas d'œdème à gauche. Outre l'infiltration il y a encore au bras droit, et surtout au côté droit du tronc, une coloration violette cyanosée, très-remarquable. Toute la face est violette, et les veines du cou sont distendues à droite et à gauche, comme s'il y avait un obstacle au cours du sang veineux.

Le 29, l'oppression et la gène de la respiration vont en augmentant rapidement; la cyanose gagne l'épaule gauche en avant. L'œdème a envahi le côté gauche du tronc et le membre correspondant; le pouls est très-petit, les extrémités sont froides.

En consultant la région du cœur, on constate des mouvements violents, tumultueux, avec un souffle très-rude au premier temps.

Le 30, oppression encore augmentée; décubitus latéral droit; le malade est dans une agonie évidente; cependant il a conservé son intelligence et il parle encore. L'œdème et la cyanose ont notablement augmenté; la cyanose surtout est très-intense; elle n'est plus limitée à l'épaule gauche, mais elle a envahi le membre supérieur de ce côté; elle descend à gauche jusqu'au-dessous des fausses côtes. Toute la peau de la moitié supérieure du corps est bleuâtre, comme dans le cas de compression de la veine cave supérieure.

La peau des membres est froide, ainsi que celle de la face et du tronc; il est impossible de sentir les battements de la radiale aux deux poignets; on constate au pli du coude, à gauche, un pouls filiforme et irrégulier. Les battements du cœur offrent toujours le même souffle rude au premier temps.

Mort le 30 octobre à onze heures du matin.

Autopsie le 1er novembre, à neuf heures du matin, quarante-six heures après la mort. — Temps sec, température douce; absence de roideur cadavérique; putréfaction assez avancée; la coloration cyanosée de la peau des parties supérieures a presque entièrement disparu.

Avant d'ouvrir la poitrine, on cherche à faire sortir le liquide par une ponction pour en évaluer la quantité. On constate que les parois thoraciques dans la ligne du creux de l'aisselle ont une épaisseur de 3 à 4 centim., et que les tissus sont gorgés d'une sérosité abondante. Il s'écoule de la poitrine une sérosité citrine, claire au début, présentant vers la fin des flocons de fausses membranes, et dont la quantité peut être évaluée à 3 litres au moins. (Nous évaluons ici toute la sérosité contenue dans la poitrine au moment de la ponction et après l'ouverture complète.)

A l'ouverture de la poitrine, on constate dans la cavité droite de la plèvre le reste d'un épanchement considérable, en partie formé de sérosité trouble, floconneuse et traversé par des brides celluleuses qui unissent le poumon à la plèvre pariétale et dont l'organisation atteste l'ancienneté de la maladie. L'épanchement est limité inférieurement par des adhérences de la plèvre et ne descend pas au-dessous du lobe supérieur du poumon. La plèvre, considérablement épaissie et opaque, est recouverte de fausses membranes jaunâtres superposées, qui en rendent la surface comme tomenteuse. Ces fausses membranes sont parfaitement organisées.

Au-dessous de l'épanchement pleural, on constate la présence d'une cavité encore remplie de liquide, située au-dessus du foie qu'elle a abaissé, au-dessous de l'épanchement pleural et du poumon qu'elle a en partie comprimée contre la colonne vertébrale, à droite du cœur, qu'elle refoule tout entier dans le côté gauche de la poitrine au point de départ même de la ligne médiane. A droite, elle est limitée par la face interne des parois thoraciques.

Quand on ouvre cette poche, on voit qu'elle est formée par une membrane cellulo-fibreuse très-dense, très-résistante, dont l'épaisseur peut aller jusqu'à 2 à 4 millim. La face interne de cette poche est couverte de fausses membranes épaisses, jaunâtres, analogues à celles de la plèvre. Elle contient une quantité notable d'un liquide légèrement sanguinolent, dans lequel nagent des fausses membranes, d'origine plus récente. De ces flocons albumino fibrineux, les uns sont libres, les autres adhèrent à une poche plus intérieure que nous allons décrire. Dans le liquide de ce kyste d'enveloppe est une énorme poche hydatique, dont on peut, sans exagérer, comparer le volume à celui de la tête d'un enfant de 10 ans. La face externe est blanchâtre, couverte çà et là de fausses membranes, libre dans toute son étendue. La poche, une fois ouverte, montre sa face interne blanchâtre et tomenteuse, avec d'assez nombreuses granulations blanches, les unes isolées, les autres réunies par groupes, mais toutes greffées sur la paroi interne de la poche. Ces granulations, dont le volume varie d'un grain de millet à un grain de chènevis, sont blanches comme de l'albumine coagulée, plus opaques que la poche sur laquelle elles sont greffées, et marquées au centre d'un point plus obscur, qui ferait croire à une ouverture ou à une cavité. Quand on les détache de la poche, elles laissent une petite dépression arrondie qui correspond à leur point d'insertion. Ces granulations, que Laennec avait prises pour un mode de reproduction des hydatides, ne sont plus considérées aujourd'hui que comme de simples végétations de la membrane elle-même. La poche est entièrement molle, le poids d'une partie de ses parois suffit pour la déchirer, et cela rend impossible d'en montrer exactement la capacité; mais en la tenant en partie plongée dans l'eau, on peut, sans la remplir, y verser 2 litres de liquide.

La plèvre gauche est saine.

Le poumon droit, complètement revenu sur lui-même, est collé contre la colonne vertébrale, grisâtre, carnifié, sans une bulle d'air. Il offre deux ou trois tubercules crétacés au sommet. Le poumon gauche offre au sommet d'assez nombreux tubercules, les uns crus, les autres crétacés, sans cavernes; le parenchyme est induré à ce niveau; au-dessous il est souple et un peu congestionné.

Le péricarde est transparent et parfaitement sain; il ne contient pas de liquide. Le cœur, mou et volumineux, est distendu par des caillots mous noirâtres et diffluents; un caillot volumineux se prolonge dans l'artère pulmonaire. Du reste, nulle lésion; les orifices du cœur, examinés avec le plus grand soin, ne nous présentent pas la moindre lésion ni à droite ni à gauche; les valvules sont transparentes, intactes et libres de leurs mouvements. L'aorte est normale, sauf un peu d'imbibition cadavérique. Nous ne trouvons aucune trace de compression en suivant le trajet de l'aorte et de la veine cave supérieure.

Au niveau de la tumeur le diaphragme est intimement adhérent au kyste et à la face supérieure du foie. Passait-il ou-dessous de la tumeur où était-il perforé à son niveau? Son union avec le kyste est tellement intime que nous ne pouvons obtenir par le scalpel qu'une séparation artificielle. Nous trouvons la solution désirable, après plusieurs coupes infructueuses, par une coupe qui nous donne dans la substance du foie une nouvelle poche hydatique du volume d'un petit œuf aplatie sur elle-même et séparée du grand kyste par une lamelle rougeâtre, disposée en stries et dans le sens qu'auraient eu les fibres du diaphragme, se déchirant en petits lambeaux sous la pression, et qui nous ont paru du tissu musculaire. M. Laboulbène a bien voulu l'examiner au microscope, et il en est résulté pour lui qu'il n'y a pas de doute sur la nature musculaire de ce produit.

Le foie, convexe à son extrémité droite, présentait à sa face supérieure une sorte de dépression cupuliforme, recevant la base de la tumeur et ayant réduit son épaisseur, un peu à gauche du lobe de Spigel, à 7 millim. A l'extrémité droite du foie et à la face inférieure est une tumeur saillante, fluctuante, grosse comme un œuf. Pendue, elle laisse échapper un liquide limpide et offre quatre poches hydatiques, irrégulières ou arrondies, dont l'une est colorée sur un de ses prolongements en brun par de la bile; la poche est très-irrégulière et offre des anfractuosités et des brides qui la traversent. Une poche hydatique est étranglée vers sa partie moyenne par une bride celluleuse. Le liquide contenu dans ces poches est identique à celui extrait par la ponction. Le tissu du foie est ténu; la vésicule biliaire est saine et renferme de la bile.

La rate, les reins, la vessie ne présentent aucune altération.

Le tube intestinal et le péritoine sont parfaitement sains.

Nous n'avons pas examiné le cerveau et la moelle, qui n'ont pas fixé l'attention pendant la vie.

IV. — Tératologie.

1o Description d'un fœtus avec excès de peau et d'un fœtus affecté d'ichthyose congéniale; communication faite par M. Houel.

M. Houel présente à la Société deux fœtus, dont l'un est à peu près à terme, tandis que l'autre a de 7 à 8 mois de la vie intra-utérine, et fait ressortir les détails de leurs anomalies.

Le premier était déjà déposé depuis longtemps dans le musée Dupuytren et, d'après quelques renseignements, il vient très-probablement de la clinique du service de M. le professeur P. Dubois. Le second a été remis par M. Baudelocque l'année dernière à la Faculté; nous sommes par conséquent privés de toute espèce de renseignements sur les parents et les circonstances qui ont pu accompagner la gestation. L'un de ces fœtus présente à la peau de nombreux replis; l'autre, au contraire, semble (*je me sers à dessein de cette expression*) avoir le tégument externe déchiré en différents points; et pour rendre d'une manière un peu triviale, mais exacte néanmoins, l'aspect de ces fœtus, je dirai que l'un paraît *avoir la peau trop courte, et l'autre au contraire trop grande.* On pourrait croire, après un examen superficiel, à deux anomalies simples de la peau; mais nous verrons, dans le cours de cette description, que la lésion est au contraire très-complexe pour le fœtus donné par M. Dubois. Maintenant que nous avons indiqué le caractère général de chacun de ces petits êtres, une description minutieuse est nécessaire.

Le fœtus chez lequel la peau est en excès paraît avoir de 7 à 8 mois; la longueur totale de son corps n'est pas en rapport avec le développement que comporte cet âge; elle est environ de 23 cent. L'aspect général rappelle assez bien celui des nains, mais c'est principalement sur les membres tant inférieurs que supérieurs que porte le défaut de développement; toutes les sections de ces membres ne paraissent pas participer également à ce défaut de longueur: les deux segments supérieurs sont très-courts, tandis que les mains et les pieds ont à peu près leur développement normal. Les membres inférieurs sont légèrement arqués à convexité antérieure et externe. Les bras, de l'épaule à l'articulation du poignet, ont une longueur de 5 centim. Le cou se détache à peine du thorax; il a un volume considérable.

La peau dans sa totalité paraît avoir un développement beaucoup plus considérable que les autres parties de ce fœtus; aussi à la région cervicale, sur le tronc, forme-t-elle de nombreux plis verticaux flottants. J'ai vainement cherché dans les auteurs une mention de cette monstruosité; M. Is. G. Saint-Hilaire, dans son remarquable Traité de tératologie, a bien parlé des anomalies par excès du tégument; mais les anomalies qu'il indique ne portent que sur l'épiderme et les poils; dans ce cas particulier, c'est au contraire la peau elle-même qui en est le siège; le fœtus semble être dans une chemise.

Le second fœtus est celui dont la surface du corps est parcourue de nombreux sillons, que j'ai dit avoir la plus grande analogie avec des déchirures de ce tégument; il semble en effet que la peau n'ayant pas subi un égal développement que les parties profondes a dû se rompre, et pour emprunter une comparaison qui peindra très-exactement cette monstruosité, la peau a la plus grande analogie avec la pellicule des pommes de terres cuites à l'eau; dans certaines parties même, les bords des fissures épidermiques sont renversés en dehors avec

tendance à s'enrouler. Le nombre de ces fissures est considérable: on peut les compter par centaines; elles occupent aussi bien le tronc que les membres; les inférieurs dans leur dernier segment, jambe et pied, en sont cependant exempts, excepté du côté gauche où il en existe une au niveau de la partie antérieure de l'articulation tibio-tarsienne. La direction de ces fissures n'a rien de régulier: au crâne, elles sont tantôt verticales, tantôt horizontales ou obliques; au cou, au thorax, à l'abdomen, ou elles sont très-nombreuses à la région antérieure, rares à la postérieure, elles offrent une direction plus régulière; elles sont en général transversales à l'axe du corps; on n'en compte que trois qui soient perpendiculaires, l'une située sur la ligne médiane, les deux autres sur les côtés latérales du tronc. Au niveau des articulations gynglimoïdales, poignet et genou, l'écartement des bords des fissures est très-considérable. La profondeur de ces fissures épidermiques varie entre un demi-millimètre et 1 millimètre; le fond est quelquefois lisse, d'autres fois rugueux. L'écartement compris entre les bord des fissures n'est pas toujours le même; il est pour un des sillons verticaux du ventre d'un centimètre et demi; mais la moyenne est d'environ 7 à 8 millim.

Pour compléter la description de cette affection singulière, il nous reste à étudier la structure de ce tégument, c'est ce qu'a bien voulu se charger de faire M. Robin, et voici les résultats auxquels il est arrivé, et que j'ai pu constater moi-même, C'est la peau du thorax qui a servi à l'étude de M. Robin; l'affection est multiple et différente au niveau des sillons et des points intermédiaires; un grossissement de 60 diamètres a suffi pour l'examen. Dans toutes les parties, le derme a paru normal à M. Robin; l'épiderme au niveau des sillons est au moins moitié plus mince que sous la peau d'un fœtus de cet âge, tandis qu'au contraire il est épaissi dans les points intermédiaires et formant relief; les papilles manquent à peu près au niveau des sillons, comme à la surface des vastes cicatrices récentes, on n'y sont représentées que par de rares rugosités; dans les autres points, elles sont bien développées et m'ont paru légèrement hypertrophiées; pour nous résumer, nous dirons donc qu'au niveau des sillons il y a atrophie de l'épiderme et du corps papillaire, et dans les points intermédiaires hypertrophie des deux éléments; c'est une lésion assez complexe sur l'origine de laquelle il est difficile de pouvoir s'expliquer, mais qui est tout entière bornée à l'épiderme et au corps papillaire.

Lorsque j'ai présenté ce fœtus à la Société, je ne connaissais rien d'analogue dans la science; en sortant de la séance, un médecin étranger qui avait assisté à ma communication m'a dit avoir observé un cas analogue dans le musée de Berlin, et ce fait était consigné sous le nom d'ichthyose congéniale. M. Rayer avait lui-même observé dans un journal allemand un fait analogue sur les animaux.

2° SUR UNE OBSERVATION DE M. GURLT (DE BERLIN), INTITULÉE: « ICHTHYOSE CONGÉNITALE CHEZ UN VEAU » (MAGAZIN FUR DIE GESAMMTE THIERHEILKUNDE, von Dr Gurlt und Dr Hertwig. Berlin, 1850, p. 249); par M. CHARCOT.

M. le président, à l'occasion de la communication de M. Houel, avait en effet annoncé qu'il existait dans le MAGAZIN DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE DE BERLIN une observation de M. Gurlt, ayant trait à un fœtus de veau né à terme, présentant sur la peau des sillons fort analogues à ceux qu'on voyait chez le fœtus humain dont il s'agit. M. le président m'a chargé d'analyser l'article de M. Gurlt, et d'en rendre compte à la Société.

Cet article est intitulé: ICHTHYOSE CORNÉE CONGÉNITALE CHEZ UN VEAU. Voici ce qu'il m'a paru renfermer de plus intéressant pour le sujet qui nous occupe:

1° Le veau atteint d'ichthyose congénitale est né vivant et à terme; mais il est mort au bout de vingt-quatre heures. Il n'a pu ni se tenir debout ni prendre le mamelon. Sa mère n'a pas cessé de se bien porter pendant tout le temps de la gestation; elle avait vêlé, l'année précédente, d'un premier veau actuellement bien portant et destiné à l'élevage. Pendant tout le temps, sa nourriture a été fort convenable. Tous les viscères du jeune veau ont été examinés avec le plus grand soin: ils étaient sains.

2° C'est là le premier cas d'ichthyose cornée que M. Gurlt ait eu occasion d'observer chez les animaux; mais il indique que, dans le journal de médecine vétérinaire d'Utrecht (MAGAZIN VOOR VEE-ARTSENIJ-KUNDE S'HUCK), il existe un cas tout à fait semblable. Il en existe en outre un second dans la collection de l'École vétérinaire de la même ville. Le cas de M. Gurlt serait donc le troisième qu'on ait observé chez le veau. De plus, le docteur Steinhausen a décrit et représenté, dans sa dissertation soutenue en 1848, un enfant présentant des lésions tout à fait identiques à celles dont le veau pent être atteint. Le corps de cet enfant fait aujourd'hui partie du musée anatomique de l'Université de Berlin. Ce cas d'ichthyose cornée chez le fœtus humain n'est d'ailleurs pas le seul qui soit arrivé à la connaissance de M. Gurlt.

3° L'examen de l'altération des téguments externes du jeune veau fait voir qu'elle consiste surtout: 1° en des sillons et en des fentes de l'épiderme; 2° en d'absence apparente des poils.

Les sillons et les fentes sont disposés dans un certain ordre. Au cou et au tronc, ils affectent une direction verticale et se portent parallèlement, les uns vers la partie antérieure du cou, les autres vers la région abdominale. Ils sont réunis entre eux par des sillons plus ou moins obliquement dirigés. Aux membres antérieurs et aux membres postérieurs surtout, ils se dirigent obliquement d'avant en arrière et de haut en bas. La direction de tous ces sillons rappelle, d'ailleurs, la disposition normale des plis de la peau des fœtus de veaux sains et encore dépourvus de poils, telle que Numan (d'Utrecht) l'a décrite et représentée. Les crevasses paraissent s'être faites au niveau de ces plis, à une époque plus ou moins récente, ce dont on s'assure en cherchant à rapprocher leurs lèvres l'une de l'autre.

4° L'absence des poils n'est qu'une apparence. Et d'abord, il est des points où ils ont acquis leur développement normal: c'est ce qu'on voit aux lèvres, au voisinage des sabots de devant et de derrière, à la queue, à la face externe du milieu de la cuisse et de l'articulation du genou. De plus, en examinant avec soin le reste de la peau, surtout avec une loupe, on y rencontre partout des poils qui font une légère saillie au-dessus du niveau de sa surface externe. L'état morbide de la peau consiste surtout en un trop grand développement de l'épiderme, développement qui a gêné dans sa marche l'éruption des poils. L'épiderme est en effet, dans quelques points, d'une épaisseur de 2 lignes, et il paraît composé de plusieurs couches stratifiées. Au fond des sillons et des fentes, le derme n'est pas à nu, mais bien recouvert par une très-mince couche épidermique.

5° Le derme lui-même ne présente aucune modification notable dans sa texture. Les follicules et les bulbes pileux qu'il contient paraissent tout à fait normaux; mais la tige de la plupart des poils qui en partent est trop courte, et leur pointe ne fait qu'à peine saillie au-dessus de la surface de l'épiderme. Les glandes sébacées qui s'abouchent dans les follicules pileux sont saines, mais d'un très-petit volume. Quant aux glandes sudoripares, M. Gurlt n'a pu en reconnaître l'existence, ce qu'il attribue à la macération prolongée qu'a subie la pièce.

6° Enfin on a fait une analyse chimique comparative (Van Stetten) de l'épiderme épaissi du veau atteint d'ichthyose et de l'épiderme d'un fœtus de veau sain, âgé de 7 à 8 mois. Voici les résultats de cette analyse: sur 1,000 parties parties de cendres, l'épiderme du fœtus normal a donné 250 parties de phosphate calcaire; l'épiderme du fœtus atteint d'ichthyose a donné 600 parties du même sel calcaire. L'auteur conclut en attribuant, avec Numan, à la prédominance des matériaux inorganiques, et spécialement du phosphate de chaux, à la plus grande dureté et la plus grande friabilité de l'épiderme du veau atteint de ce qu'il nomme l'*ichthyose cornée congénitale*.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation et de la dénomination adoptées par M. Gurlt, il n'en est pas moins constant que son observation s'accompagne, ainsi qu'on l'a vu, de détails importants et bien circonstanciés. Il serait donc fort intéressant de répéter, sur une partie de la peau du fœtus présenté par M. Houel, les observations qui ont été faites par M. Gurlt sur celle de son jeune veau, afin de rechercher les analogies ou les différences qui peuvent exister entre les deux cas.

3° ANOMALIE DE LA VEINE CAVE; observée par M. LEUDET.

M. Leudet montre une anomalie de la veine cave chez l'homme; deux troncs distincts la représentent et se réunissent au niveau du foie. La veine ovarique va à droite à la veine cave, et se rend à gauche à la veine rénale. Ce fait se rencontre rarement.

V. — BOTANIQUE.

DU MODE DE PÉNÉTRATION DES GERMES DES VÉGÉTAUX OBSERVÉS SUR LES ANIMAUX VIVANTS; par M. CHARLES ROBIN.

Chez l'homme, les spores des végétaux parasites pénètrent facilement dans les follicules pileux. Les chenilles, les vers à soie atteints de muscardine montrent de meilleurs exemples encore de ce transport.

On observe que toutes les fois qu'un corps solide, visible ou invisible à l'œil nu, plus dur que la substance organisée, se trouve placé à la surface d'une muqueuse ou sous l'épiderme cutané, il pénètre dans cette substance du côté où il exerce une pression par son propre poids, ou à l'aide d'une compression exercée par le jeu d'un organe. La matière vivante se résorbe, disparaît molécule à molécule devant le corps solide du côté où est la plus forte pression, pendant qu'en sens opposé il se reforme ou dépose, molécule à molécule, de la matière organisée, laquelle prend successivement la place auparavant occupée par le corps étranger. C'est là le mécanisme de la pénétration des spores de divers végétaux cryptogames dans la cavité de certains organes, à la surface des tissus on à une certaine profondeur. C'est aussi celui de la pénétration et du transport des œufs d'helminthes, qui, chez la plupart, ont une enveloppe dure et coriace.

Ainsi, dans la *pénétration*, c'est le corps traversé qui disparaît molécule à molécule devant celui qui pénètre, tandis que celui-ci ne change que de *place* et non d'*état*. Dans le cas de l'*absorption*, confondu quelquefois avec la *pénétration des solides*, c'est le corps entrant du dehors au dedans qui traverse, molécule à molécule, une matière, laquelle ne change pas ou presque pas, et qui de plus s'unit souvent en partie, molécule à molécule, à la matière traversée ou aux liquides de la cavité des organes qu'elle forme.

Ces faits élémentaires, simples en eux-mêmes, appliqués à l'histoire naturelle des parasites végétaux et animaux et constatés sur diverses espèces, ont donné la solution de plusieurs problèmes restés jusqu'alors très-obscurs, et dont plusieurs même avaient été abandonnés après avoir été posés.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE DÉCEMBRE 1852; par M. le docteur E. LE BRET, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I.—ANATOMIE NORMALE.

EXAMEN DES POILS DU DESMAN; par M. LÉON SOUBEIRAN.

Le desman (*migalina pyrenaica*, Isid.-Geoffroy Saint-Hilaire) est un mammi-

fère intermédiaire aux talpidés et aux soricidés, qui m'a offert quelques particularités assez curieuses et non encore décrites, lorsque j'ai soumis à l'examen microscopique les poils des diverses parties du corps. Ces poils sont de deux sortes : les uns plus intérieurs, gris blanchâtres, déliés; les autres plus extérieurs, généralement longs, gris, et quelques-uns avec des reflets vert doré métallique qui rappellent jusqu'à un certain point le pelage remarquable de la taupe chrysochlore du Cap. Lorsque j'ai soumis à l'examen microscopique les poils du migalina, j'ai trouvé quelques différences de forme que je vais indiquer successivement. Notons, avant tout, que chacun des dessins qui accompagneot cette note représente les poils grossis d'environ 31 à 35 fois.

Les poils intérieurs, gris blanchâtre (fig. 1), m'ont présenté un diamètre sensiblement égal sur toute leur longueur, et se terminent par une pointe très-fine; ils sont identiques au dos et au ventre de l'animal.

Les poils plus extérieurs, qui composent d'une manière générale le pelage de l'animal, m'ont présenté deux formes bien distinctes, suivant qu'ils étaient pris sur le ventre ou sur le dos du migalina. Les poils du ventre (fig. 2), soyeux, généralement longs, gris, présentent vers leur extrémité libre un renflement très-manifeste et fusiforme, qui part à peu près de la pointe et se termine par un rétrécissement assez marqué, auquel succède un second renflement beaucoup moins marqué que le premier, et qui est suivi par un long filet d'un diamètre sensiblement égal à celui des poils déjà décrits. Les poils pris sur le dos ne présentent pas le second renflement des poils du ventre, mais bien, seulement vers leur extrémité libre, un renflement assez considérable, et unique, et qui est la partie qui donne les reflets vert doré métallique déjà indiqués par nous. Après ce renflement, le poil garde un diamètre sensiblement égal dans toute sa longueur, et que l'on peut rapporter à celui des poils plus intérieurs.

Au nez sont des poils assez différents : les uns très-longs, gris blanchâtres, roides, dont le plus grand diamètre est à la base et qui diminuent progressivement jusqu'à la pointe; les autres, beaucoup plus petits, offrent un renflement assez considérable, suivi d'un rétrécissement brusque et très-prononcé qui donne un pédicule court entre le bulbe et le renflement.

Autour des babines sont des poils assez longs, qui présentent une très-grande analogie par leur couleur et leur forme avec les poils longs du nez; mais ils en diffèrent par leur longueur moindre.

A la base de la queue sont des poils assez nombreux, blanchâtres, à peu près aussi longs que les poils courts du nez, mais dont le rétrécissement est beaucoup moins brusque et beaucoup moins prononcé. A l'extrémité libre de la queue est un petit bouquet de poils d'un diamètre moindre que celui des poils de la base de la queue, mais qui ne présentent qu'un rétrécissement à peine marqué à leur base.

Les poils de l'extrémité caudale ont un diamètre environ de moitié moindre que ceux de la base, si on considère la partie la plus élargie.

Les poils qui se trouvent au talon des pattes postérieures ont une forme analogue aux poils de la queue et des rames; mais ils sont plus longs, et le renflement se fait d'une manière moins brusque.

Aux pattes antérieures, sur le rebord cubital, sont des poils qui vont en décroissant de l'articulation du carpe vers l'articulation métacarpo-phalangienne. Ces poils ont une très-grande analogie avec les petits poils du nez, mais ils sont un peu plus longs, et le renflement est un peu moins prononcé.

Les pattes postérieures offrent sur leur bord interne une rangée de petits poils disposés comme les dents d'un peigne, et qui vont en croissant depuis l'articulation du tarse jusqu'aux trois quarts inférieurs pour décroître ensuite. Ces poils, assez courts, gris jaunâtre, roides, ont à peu près la même forme que celle des pattes thoraciques.

2° DU CORPS JAUNE DE LA MENSTRUATION (PÉRIODE DU RUT) CHEZ LA VACHE; par M. RAYER.

Tous les mois, les jeunes vaches présentent ordinairement certains phénomènes d'excitation des organes de la génération, *un rut mensuel.* Pendant deux ou trois jours, à ces époques mensuelles, la vulve de la vache est injectée; l'animal beugle plus ou moins violemment et presque sans interruption, et souvent s'élance sur ses compagnes et cherche à sortir de l'étable. A ces époques, par suite de l'évolution, il se forme un corps jaune *de menstruation dans l'ovaire.* J'ai été curieux de le comparer avec les corps jaunes de la menstruation de la femme. J'ai pu le faire sur une jeune génisse âgée de 18 mois, conservée, en expérience, dans une étable depuis un an avec d'autres génisses, sans avoir été approchée par un taureau.

On remarquera, et c'est là le but de cette communication, que ce *corps jaune de la menstruation* de la vache n'a pas l'aspect du corps jaune de la menstruation de la femme, et a assez exactement l'apparence d'un corps jaune du sixième ou septième mois de la gestation chez la femme.

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° UTÉRUS AVEC HÉMORRHAGIE DES TROMPES DE FALLOPE, ET KYSTE PILEUX DE L'OVAIRE GAUCHE; par M. LABOULBÈNE.

M. Laboulbène lit la note suivante :

J'ai l'honneur de présenter à la Société un utérus et ses annexes provenant d'une femme qui a succombé à une fièvre éruptive anomale à l'hôpital Sainte-Marguerite, dans le service de M. Marrotte.

Voici les principaux symptômes observés pendant la vie. Une femme de 27 ans, mariée, mère d'un enfant, forte, grasse, très-bien portante, ayant deux sœurs et un frère, soigne l'une de ses sœurs atteinte de la variole. Toute la famille était vaccinée; néanmoins sa deuxième sœur est atteinte du même mal, ainsi que son frère. Elle-même est frappée à son tour le 26 novembre.

Au début elle a eu de la céphalalgie et surtout des douleurs lombaires très-violentes, sept à huit vomissements.

Le 28 novembre, la première sœur atteinte de la variole succombe dans la matinée, et les deux autres sœurs entrent en même temps à l'hôpital; le frère y est arrivé le lendemain.

Examinée à son entrée, la malade, qui avait en ses règles depuis quinze jours, se plaignait d'une douleur atroce dans le bas de la région lombaire et vers le sacrum. Elle se roulait dans son lit en poussant des cris.

Le 29, il est survenu une éruption exanthématique mal caractérisée, qui a fait hésiter entre une variole et une rougeole. La persistance des douleurs dans la région sacrée a fait pratiquer le toucher vaginal, qui n'a rien appris. Enfin la malade, dans la soirée et la nuit du 30 novembre au 1er décembre, a été prise d'une hémorrhagie utérine abondante, et elle a succombé presque subitement dans la soirée du 1er décembre.

Du reste, notre collègue M. Charles Bernard a insisté sur les faits que je mentionne dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux, et on les trouvera très-détaillés dans les bulletins de cette savante compagnie. Je ne veux décrire présentement que les lésions anatomiques fort curieuses que l'autopsie a révélées, et qui ont été placées sous les yeux de la Société de biologie.

La rigidité cadavérique était faible trente-six heures après la mort; le corps était chargé de graisse; la peau offre encore quelques traces jaunâtres de l'éruption, avec quelques petites élevures à peine sensibles au doigt. On compte aussi une dizaine d'ecchymoses de la largeur d'une lentille, violacées, situées sur les bras, la partie antérieure de l'abdomen et les fesses.

Tous les viscères, à l'exception de l'utérus, paraissent sains, mais anémiés. Le cœur est mou, et ses cavités renferment du sang fluide et noirâtre. L'utérus et ses annexes sont le siége de lésions multiples que je vais successivement indiquer.

UTÉRUS. — Cet organe est gros, volumineux, quoique de prime abord il paraisse à l'état sain. Il est long de 8 centimètres, large de 5 centimètres et demi à sa base, entre l'origine des trompes. Fendu avec précaution, il présente des parois épaisses de près d'un centimètre et demi et une cavité pleine de caillots sanguins. Ceux-ci enlevés à l'aide d'un filet d'eau, on constate que la muqueuse utérine est saine, excepté au fond de l'organe, où elle est violacée, épaissie, infiltrée de sang. Il n'est resté qu'un seul caillot passant dans l'orifice tubaire gauche par un prolongement grêle, et qui est en rapport avec la surface hémorrhagique.

TROMPES. — Elles sont toutes les deux de la grosseur du petit doigt, et paraissent violacées, pleines de sang à travers leurs enveloppes. Fendues dans leur longueur, elles sont en effet remplies par un gros caillot vermiculaire. Il n'y a pas une goutte de sang ou de sérosité dans le péritoine. Aux environs de cet orifice, l'hémorrhagie tubaire s'est écoulée par l'utérus, ainsi que le prouve la continuité du caillot tubaire gauche, avec celui que j'ai déjà mentionné dans le fond de la cavité utérine.

OVAIRES. — 1° L'ovaire droit est long de 4 centimètres, violacé dans son tiers externe. Il n'offre point de ruptures, et il renferme dans l'endroit que je viens d'indiquer un caillot sanguin gros comme une petite noix.

2° L'ovaire gauche est au moins de la grosseur d'un œuf de poule; il est converti presque en entier en une poche renfermant une masse graisseuse, et en outre des poils dans sa partie externe.

ENVELOPPE ET MASSE GRAISSEUSE. — L'enveloppe est constituée par un tissu fibreux. Sa surface intérieure est lisse, et laisse facilement énucléer dans la portion interne, c'est-à-dire du côté de l'utérus, la masse graisseuse qu'elle renferme; mais dans la portion externe ou iliaque, cette même paroi est adhérente par des prolongements qui ne sont autres que des poils, pénétrant dès leur origine dans la substance grasse.

En effet, la masse graisseuse enlevée et placée dans la position qu'elle occupait, permet de voir que les poils viennent tous de la partie externe, où leur racine est apparente. Cette matière grasse ne ressemble point exactement à de l'axonge fraîche; elle est jaunâtre, finement grenue, et elle a plutôt l'aspect de la graisse de volaille fondue et figée ensuite par le refroidissement.

Il y a 35 grammes de cette substance dans le kyste; elle ne renferme absolument que des poils, sans dents ni concrétions ossiformes.

Le mode d'implantation des poils sur la surface intérieure du kyste est le suivant :

Une papille grosse comme une noisette et semblable à une verrue fait saillie dans l'intérieur de la poche au point indiqué dans la portion externe ou iliaque de l'enveloppe; elle est largement pédiculée, recouverte par une espèce d'épiderme blanchâtre, s'enlevant en plaques. Autour de cette papille verruqueuse, dans l'étendue d'un centimètre au moins, la face interne du kyste n'a plus son aspect lisse; mais elle est de même blanchâtre et recouverte de la production épidermique.

En enlevant le feuillet épidermique signalé, on trouve une multitude d'orifices criblant la surface sous-jacente : c'est par eux que sortent ces poils. Du reste, ces orifices sont placés régulièrement à côté les uns des autres autour des poils encore adhérents. Ces orifices enfin sont réellement ceux des follicules pilifères; car ils sont identiques à ceux qu'on produit par l'arrachement des poils.

POILS. — Ils sont un peu flexueux, bruns comme les cheveux de la femme. Les plus longs ont 4 centimètres. Ils se terminent en s'effilant; le renflement blanchâtre de leur base est très-appréciable à l'œil nu.

Quelques-uns de ces poils paraissent avoir une double implantation. En effet, après leur naissance sur la pupille, les poils divergent, et les plus éloignés du sommet sont accolés, principalement par leur pointe, aux parois du kyste; mais ils y sont seulement accolés. Les points centraux vont directement dans la masse graisseuse.

Une deuxième petite papille pilifère s'observe à peu de distance de la première.

Enfin, à la partie extérieure, supérieure et postérieure du kyste, on trouve ce qui reste de l'ovaire : une petite ampoule, de la grosseur d'un pois, fait saillie; elle est remplie d'un liquide trouble et rougeâtre.

L'examen microscopique a démontré :

1° Que les caillots utérins étaient composés de fibrine et de globules sanguins;

2° Que les caillots des trompes et de l'ovaire droit avaient exactement la même composition;

3° Que c'était bien réellement la muqueuse utérine qui était malade dans sa partie supérieure; car il n'y avait pas trace de villosités choriales; pas de débris placentaires sur elle;

4° Que la substance grasse du kyste ovarique gauche était constituée par des gouttelettes graisseuses offrant diverses formes peu régulières, solubles dans l'éther, etc.;

5° Qu'il y avait des cellules épithéliales très-abondantes à la surface des papilles et à leur base pilifère; qu'il y en avait en petite quantité dans la substance grasse;

6° Enfin que les poils avaient une base renflée, suivie d'un rétrécissement léger de leur diamètre. Leur base offrait des débris de membranes et des cellules épithéliales. Leur centre était, comme toujours, strié longitudinalement et leur surface externe en travers.

Ces résultats microscopiques ont été contrôlés par M. Ch. Robin.

L'utérus a paru à MM. Depaul et Blot différent des utérus à l'état de gestation. Il faut donc attribuer la terminaison du mal, non point à un avortement, mais à une fièvre éruptive grave (probablement la variole) produisant dans les trompes et l'utérus une hémorrhagie suivie de la mort. Si cette femme avait recouvré la santé, les caillots obstruant les trompes ne seraient-ils point devenus un obstacle à la conception, une cause de stérilité?

L'examen de cette pièce démontre qu'il s'agit d'une *hétérotopie plastique*, dont les diverses formes, et les variétés dans l'ovaire surtout, ont fait récemment le sujet d'une série de communications, de la part de M. Lebert, devant notre Société.

2° NOTE SUR UN PRODUIT DE LA CONCEPTION MORBIDE; présentée par M. CH. BERNARD.

La pièce dont il s'agit provient d'une femme âgée de 29 ans, d'une bonne santé, bien réglée et ayant eu déjà deux couches parfaitement régulières. Enceinte pour la troisième fois, elle présumait qu'elle était arrivée au troisième ou au quatrième mois de la grossesse, quand, en levant un fardeau, elle ressentit une secousse dans le ventre. Presque aussitôt il s'établit un écoulement roussâtre, sanguinolent, qui continua pendant quatre ou cinq mois. Au bout de ce temps, des douleurs utérines se manifestèrent et amenèrent le rejet de la pièce, dont nous allons offrir une description succincte.

Cette tumeur ou masse présente la forme de la cavité utérine; elle est entière, et on n'observe aucune solution de continuité à la surface, qui a l'aspect tomenteux de la membrane caduque. La tumeur a 6 à 7 centimètres de long, 4 à 5 de large et 2 à 3 d'épaisseur; elle est constituée par une membrane d'enveloppe épaisse, charnue, tomenteuse, qui est évidemment la caduque. La cavité est subdivisée en deux ou trois loges, tapissées par des feuillets séreux et remplies de sérosité roussâtre sur la surface interne. Il existe quatre ou cinq caillots noirâtres, résistants, du volume d'une petite noisette et faisant une saillie considérable. Il a été, du reste, impossible de retrouver les traces d'un fœtus ou d'un œuf.

Par l'examen de la pièce, qu'il n'hésite pas à regarder comme un œuf malade et désorganisé, M. Depaul a présumé que l'avortement avait en effet précédé de beaucoup le rejet du produit de conception, et que ce dernier avait subi un retrait très-marqué par le resserrement progressif de l'utérus.

3° OBSERVATION DE CANCER DU PÉRITOINE; communiquée par M. LEUDET.

Un malade, ne présentant aucun signe de diathèse cancéreuse, accusait depuis deux ou trois mois quelques troubles digestifs. Son ventre s'est développé, et l'on a constaté des tumeurs abdominales dépendant de l'épiploon et du mésentère.

A la suite d'une mort rapide, l'autopsie a montré le péritoine infiltré de tissu blanchâtre, qui offre au microscope des cellules à très-gros noyaux, de la graisse et des éléments fibro-plastiques. Des masses pareilles, véritables tumeurs, sont appendues à l'épiploon gastro-splénique et sur la longueur des intestins.

M. Leudet complète son observation en signalant deux petites érosions hémorrhagiques situées au cul-de-sac de l'estomac, et relatives à des vomissements de sang qui avaient eu lieu durant la vie.

4° OBSERVATION DE RUPTURE DU TRONC AORTIQUE CHEZ LE CHEVAL; par M. A. GOUBAUX.

Dans les séances des 24 et 31 juillet 1852, M. Goubaux a communiqué à la Société de biologie deux observations de rupture du tronc aortique qu'il a eu occasion de faire les jours précédents.

Ces faits sont excessivement rares : ce sont peut-être les seuls qui aient été publiés jusqu'à présent, et dans les différentes énumérations des accidents qui peuvent être la conséquence de l'abatage des animaux pour la pratique des opérations chirurgicales, aucun auteur n'en a fait mention.

Voici les deux faits qu'a observés M. Goubaux :

1° Le 21 juillet, un cheval hongre, de race anglaise, de grande taille, âgé de 15 ans environ, qui servait au cours pratique des opérations chirurgicales, fut abattu avec violence sur le *côté gauche*. Immédiatement après, l'animal se livra à des mouvements d'extension de la colonne vertébrale, se roidit; les muqueuses se décolorèrent, et la mort survint très-rapidement.

M. Goubaux eut immédiatement l'idée que la mort pouvait être la conséquence de la rupture d'un gros vaisseau.

A l'autopsie, on trouva la cavité du péricarde remplie par un énorme caillot sanguin, et le tronc aortique déchiré au niveau de son origine, du *côté droit*, et dans une étendue à 3 centimètres d'avant en arrière. Les parois artérielles étaient saines.

2° Le 26 juillet, un cheval hongre, de race anglo-allemande, de grande taille, âgé de 15 ans environ, fut l'un des sujets qui furent employés au cours pratique des opérations chirurgicales. Cet animal était très-vigoureux et se défendait beaucoup. Il avait déjà supporté toutes les cautérisations, et on en était arrivé à la dernière des opérations qui se pratiquent l'animal étant debout : la ligature de l'artère carotide primitive. Pendant cette opération, l'animal se défendit beaucoup, glissa et tomba sur le sol avec une grande violence. La chute eut lieu sur le *côté gauche*. Immédiatement après, le cheval se roidit, les muqueuses se décolorèrent, et la mort survint.

Les phénomènes qui se manifestèrent étant absolument identiques à ceux qu'il avait observés quelques jours auparavant et dans une circonstance semblable, M. Goubaux annonça aux élèves qu'à l'autopsie on trouverait probablement une déchirure du tronc aortique.

AUTOPSIE.—Le péricarde est distendu par un énorme caillot sanguin; le tronc aortique est déchiré, au niveau de son origine et sur sa *face droite*, dans une étendue de 5 centimètres d'avant en arrière. Sur les parois de ce vaisseau et du côté gauche, on remarque trois petites tumeurs qui contiennent du liquide. Ces tumeurs sont inégales en volume : la plus volumineuse est grosse comme une petite noix, et les deux autres comme de petites noisettes.

L'examen fait par M. Ch. Robin a démontré que ces petites tumeurs étaient des *poches hydatiques*, formées :

1° Par une enveloppe fibreuse, blanche, dure, épaisse d'un millimètre, n'offrant rien de particulier qu'une densité un peu plus grande que celle qu'on observe ordinairement dans le tissu fibreux.

2° La face interne de cette enveloppe est tapissée par une poche qui lui adhère faiblement par simple contact, sans continuité de tissu; elle peut en conséquence en être facilement détachée. Elle a tout l'aspect des poches hydatiques, et elle en a aussi la structure. En effet, elle est composée : *a* d'une substance homogène, transparente, friable, très-finement granuleuse sous le microscope; *b* cette substance est parsemée : 1° de grains bruns, seulement visibles au microscope, et 2° d'autres grains d'un demi-millimètre à 1 millimètre de diamètre, blancs, brillants, saillants vers la cavité de la poche. Ces grains sont formés de carbonate de chaux, comme on en trouve souvent dans les kystes à échinocoques ou à cœnures. Toutefois ils sont plus jaunes, mamelonnés à leur surface, sans lignes concentriques, comme les grains calcaires des parasites nommés ci-dessus. Quelques granulations ou gouttes graisseuses, jaunâtres, ne se dissolvant pas dans les acides, accompagnent les grains de carbonate de chaux.

3° La cavité de la poche est remplie d'un liquide clair et homogène. Ce liquide ne renferme pas de traces d'animaux, non plus que de leurs crochets, qui souvent restent après la destruction de l'animal; il n'y en a pas non plus contre la face interne de la poche hydatique. Ce sont donc des hydatides, mais sans animaux.

IV. — TÉRATOLOGIE.

EXEMPLE D'ATROPHIE CÉRÉBRALE AVEC ATROPHIE ET DÉFORMATIONS DANS UNE MOITIÉ DU CORPS; par MM. CHARCOT et TURNER.

M. Charcot, au nom de M. Turner et au sien, présente les organes encéphaliques d'une fille de 20 ans, épileptique, et offrant une atrophie marquée de toute la moitié gauche du corps, avec pied-bot équin et main-bot cubito-palmaire. Le début de l'infirmité remonte à l'âge de 7 ans, et est attribué à une maladie convulsive. Cette fille était aveugle, marchant péniblement, et d'une intelligence obtuse.

A l'autopsie, on constata les lésions qui ont été désignées par MM. Cazauvielh et Calmeil, sous le nom d'atrophie ou agénésie cérébrale.

L'hémisphère cérébral du côté droit, la couche optique, le corps strié, le pédoncule cérébral du même côté sont atrophiés, ainsi que la pyramide antérieure du côté opposé à l'arrêt de développement des membres. Au contraire, l'hémisphère cérébelleux gauche et la moitié gauche de la moelle épinière, c'est-à-dire du côté correspondant au pied-bot, ont un volume notablement plus faible que du côté opposé. Ces données s'accordent donc très-bien avec les notions physiologiques.

Les deux nerfs optiques étaient également atrophiés en avant et en arrière du chiasma, qui lui même se présentait plus petit que de coutume. Les tubercules

quadrijumeaux avaient néanmoins conservé leur volume. Les globes oculaires paraissaient très-sains.

La langue était déviée du côté de l'atrophie cérébrale. Le crâne était asymétrique, et de plus, ses parois avaient acquis une épaisseur considérable du côté droit, comme pour remplir le vide occasionné par l'agénésie de la partie correspondante de l'encéphale. Les muscles du pied-bot et de la main-bot étaient un peu atrophiés et décolorés; ils n'étaient graisseux que dans quelques points limités et n'avaient point subi la transformation graisseuse.

V. — Botanique.

Exemples de fasciations; par M. Léon Soubeiran.

Les fasciations, ou expansions fasciées de M. de Candolle, sont des phénomènes de tératologie végétale que les botanistes rencontrent assez fréquemment et qui se présentent dans certaines espèces presque constamment. Les axes caulinaires, en général plus ou moins cylindriques, prennent une forme aplatie et comme demi-foliacée. Les fibres peuvent être à peu près parallèles ou convergentes ou divergentes vers le sommet, mais elles sont toujours simples et jamais elles ne s'épanouissent comme celles des organes foliacés.

Pendant le courant de l'année 1849, j'ai eu occasion de récolter une fascie de *cichorium intybus* dans les environ du Châtelet en Brie. Les fibres y sont droites, parallèles; cependant, vers la partie supérieure, les tiges fasciées présentent quelques ondulations et une tendance à la crispation.

Au mois d'août 1852, j'ai recueilli, sur les escarpements calcaires des falaises de Tréport-sur-Mer, un exemple de fasciation sur une autre synanthérée, le *crepis maritima* Boucher, *picridium vulgare* Pauquy. Ici encore, les fibres sont droites et les rameaux floraux ne paraissent pas avoir subi des altérations trop considérables dans leur disposition sur la tige.

Enfin, j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société une fasciation de véronique, cultivée depuis plusieurs années à la pharmacie centrale, et qui m'a offert un phénomène assez curieux : c'est que les graines semées ont reproduit de nouveaux pieds fasciés, de telle sorte que nous aurions ici tendance à avoir l'analogue de ce qui se présente dans le *passe velours (celosia cristata)*, ou dans le *sedum cristatum*, où la fasciation est si constante qu'on a fini par considérer le fait tératologique comme le fait normal.

J'ai l'honneur de mettre aussi, sous les yeux de la Société, un autre fait tératologique qui m'a paru assez curieux. C'est une preuve de plus de l'influence que peut avoir sur les plantes l'abondance de matière nutritive. Il s'agit ici d'un *buplevrum fruticosum*, cultivé au Muséum d'histoire naturelle, et qui présente une élongation de l'axe très-remarquable. Du centre de l'ombelle qui constitue l'inflorescence, part un prolongement de l'axe qui porte à son extrémité une nouvelle ombelle moins développée que la première. Nous avons donc ici l'analogue de l'*euphorbia biumbellata*, c'est-à-dire deux ombelles successives portées sur un même axe. Je n'ai pu m'assurer si cette monstruosité s'était reproduite cette année au Muséum.

BIBLIOGRAPHIE.

Étude historique et critique sur les fonctions et les maladies du pancréas; par M. Moyse.— Br. in-8° de 58 pages, avec une planche. — A Paris, chez Leclerc, libraire, 14, rue de l'École-de-Médecine. — 1852.

La physiologie du pancréas est faite, pourrait-on dire en répétant le mot d'une de nos célébrités parlementaires. Depuis les remarquables travaux de M. Bernard, le mystère qui planait sur les fonctions de cet organe a cessé d'être un défi à la sagacité des expérimentateurs. Si quelques points de détail restent encore à éclaircir, si le pouvoir d'émulsionner les graisses constitue peut-être pour le suc pancréatique une propriété plutôt qu'un monopole exclusif, la théorie, formulée dans son ensemble, repose du moins sur des données assez solides pour qu'on n'ait pas à craindre de la voir désormais ébranlée dans ses conclusions essentielles. C'est désormais là un fait acquis au profit de la science, à l'honneur de notre époque.

Comme toute vérité nouvelle, celle-ci ne pouvait demeurer longtemps bornée à la simple constatation des phénomènes qu'elle annonce. *Servir* n'est pas seulement pour les découvertes un but : c'est un mode de démonstration, et non pas le moins probant. Tant qu'il se maintient dans le champ des considérants tirés de l'induction, voire même des expériences instituées expressément, un théorème n'a pour lui que la sanction de la raison ou des vraisemblances, et un esprit plus exercé, un œil plus subtil, peuvent dès demain, en changeant ses termes, modifier aussi sa solution. Mais quand l'innovation est passée à l'état d'application, quand elle s'est créé une place dans le monde des réalités naturelles tangibles et palpables, alors elle doit être acceptée, car alors seulement, suivant l'expression usuelle, elle a *fait ses preuves*.

C'est surtout dans le domaine de la physiologie que ce retentissement des découvertes sur la pratique éclate en progrès utiles. On ne peut, lorsqu'il s'agit des fonctions vitales, éclairer un phénomène sans révéler au pathologiste un symptôme, corriger un préjugé sans détruire une pratique vicieuse, indiquer les usages d'un organe sans opérer une révolution dans la partie de la nosologie qui lui est afférente. Pour reconnaître les services rendus à la médecine par le perfectionnement des sciences naturelles, il ne faudrait rien moins que dresser l'énumération complète de tous les systèmes ou de tous les appareils de l'économie; car il n'en est pas un où cette influence ne se révèle à qui suit la marche parallèle des deux sciences.

L'histoire des fonctions du pancréas, si solidement établie par M. Bernard, n'avait pas encore reçu cette consécration précieuse. Le travail que nous annonçons à pour objet de la lui donner, et l'on peut dire que de tous les auteurs capables d'entreprendre cette tâche, il n'en est aucun à qui elle parût convenir mieux qu'à M. Moyse. Partisan déclaré, défenseur même un peu enthousiaste des idées de M. Bernard, il ne nous déplaît point de voir l'œuvre, à peine commencée, se continuer par des mains aussi dévouées. C'est pour fonder les premières bases d'un édifice que l'ardeur et la confiance sont nécessaires. Plus tard et pour d'autres, viendra assez tôt le rôle de la critique. Laissons au moins jeter les premières assises. Cet ingrat labeur ne saurait être mieux rempli que par le zèle du prosélyte.

L'opuscule de M. Moyse n'a cependant pas son objet circonscrit uniquement aux applications pathologiques : il commence par un exposé précis de la découverte de M. Bernard, signale, d'après lui, les caractères et les propriétés du suc pancréatique. Abordant ensuite la partie physiologique proprement dite, il énonce succinctement les trois preuves que M. Bernard donne de l'action distincte de ce fluide. Ainsi :

1° Le suc pancréatique pur et récemment formé émulsionne les graisses et les huiles avec la plus grande facilité; l'émulsion persiste pendant longtemps, et les corps gras, *en dehors de l'organisme*, y éprouvent une fermentation qui en sépare les acides qu'ils renferment.

2° Le chyle ne commence à se réunir dans les chylifères qu'à partir de la région du tube intestinal, où le suc pancréatique est venu se mêler aux matières alimentaires.

3° Par la destruction du pancréas chez les animaux, dans les affections du pancréas chez l'homme, on voit les corps gras contenus dans les aliments passer dans les déjections alvines.

Le développement des deux premières propositions appartient presque tout entier à M. Bernard. Sauf quelques points relatifs à la priorité que M. Moyse revendique hautement, et non sans quelque chaleur, pour l'ingénieux expérimentateur, il se borne, sur ces deux chefs, à rappeler les considérations et les vivisections déjà présentées par M. Bernard lui-même dans le mémoire que l'Institut couronna. La discussion méthodique de ces différents éléments de démonstration répand sur leur étude un intérêt qui eût manqué à l'exposition dépourvue de cet artifice. Mais comme, indépendamment de la forme, cette partie du travail n'offre rien de véritablement neuf, nous ne croyons pas frustrer nos lecteurs de ce qu'ils ont besoin de connaître, en nous en tenant à cette indication succincte.

Quant à la troisième partie, c'est justement elle qui comportait les corollaires cliniques dont nous parlions en commençant. Un animal dont le pancréas ne fonctionne plus rend sans altération la graisse qu'on lui donne pour aliment. Or cette suppression du suc pancréatique vient résulter de deux causes, distinctes d'origine, mais semblables par le résultat. On a enlevé le pancréas à un animal, ou bien sa sécrétion est abolie par une maladie chez l'homme. Divers auteurs, M. Bernard en particulier, ont rempli expérimentalement la première condition. C'est à déterminer comment la pathologie montre la seconde, réalisée dans l'espèce animale, que les recherches de M. Moyse ont pour but de parvenir.

Les observations propres à établir ce point de doctrine sont assez nombreuses; mais elles ne prouvent pas toutes au même degré l'influence spéciale du fluide pancréatique sur la digestion des substances grasses. L'auteur les divise, sous le rapport de leur valeur à cet égard, en trois catégories :

Dans la première sont les cas présentant des caractères séméiologiques nettement tranchés, et dans lesquels l'autopsie a complété la preuve donnée par les phénomènes perçus pendant la vie.

Dans la seconde, l'autopsie a été faite; mais les détails sur les symptômes sont incomplets.

Dans la troisième, tout au contraire, les phénomènes sont exactement décrits; mais l'autopsie n'est pas venue donner de lumières sur leur cause.

Nous ne croyons pas devoir comprendre dans notre analyse d'autres faits que ceux appartenant à la première classe. Les derniers, en effet, ne fournissaient que des éléments de vraisemblance à la thèse que M. Moyse défend. Or à quoi bon les présomptions quand la certitude est acquise, quand elle résulte, selon nous du moins, clairement des six observations présentées en tête de cette partie de l'opuscule?

Nous venons de caractériser d'un mot la signification de ces faits; ils démontrent péremptoirement la nécessité du liquide pancréatique pour l'achèvement intégral de la digestion des corps gras. Empruntés à divers auteurs, ils ne trahissent point par une rédaction uniforme l'influence d'un système préconçu, et la vérité profite de cette diversité des éléments qui lui viennent en preuve.

Les symptômes se ressemblent exactement, sont presque identiques dans toutes ces observations. Les malades avaient des selles plus fréquentes et plus liquides; on y trouvait une matière huileuse ou graisseuse, ayant la consistance du beurre, qui surnageait et se figeait à la surface de l'eau. Mise sur le feu, elle brûlait avec une flamme vive. L'un des malades, celui de M. Gould, remarquait qu'il ne rendait ces garde-robes graisseuses que lorsqu'il prenait du bouillon gras ou qu'il mangeait de la viande cuite dans des matières grasses. S'il s'en abstenait, les selles changeaient d'aspect au bout de vingt-quatre heures; elles reprenaient, au contraire, leur apparence huileuse s'il recommençait l'alimentation par les matières grasses. En général, de l'émaciation, une débilité progressive, l'amaigrissement, ont accompagné ces désordres spéciaux de la digestion.

Les résultats de l'autopsie, dans ces six cas, méritent d'être signalés avec plus de détails. Dans le premier, on trouva le pancréas, à son voisinage du duodénum, légèrement induré. Son conduit, à sa terminaison au duodénum, était complétement oblitéré. Dans le second, le conduit pancréatique et ses plus volumineuses branches étaient remplis de calculs blancs. (Ces deux observations sont empruntées à Elliotson.) Dans le troisième (M. Gould), le pancréas, transformé en une tumeur dans laquelle on ne reconnaissait plus de trace de son tissu normal, contenait de très-petits calculs, formés de carbonate de chaux. Deux de ces calculs oblitéraient complétement l'ouverture du canal pancréatique dans le duodénum. Dans le quatrième (Bright), le pancréas était dur et cartilagineux; il offrait une couleur jaune et brillante. Dans le cinquième (Bright), la tête du pancréas formait une masse jaune semblable à un pis de vache bouilli, presque cartilagineux. Son tissu était uniformément dur et résistant; tout le reste de l'organe participait à cette altération, mais à un moindre degré. Dans le sixième, le pancréas était occupé par deux tubercules fongoïdes qui intéressaient ses deux tiers et avaient fait disparaître sa texture lobulaire.

Nous avons dit, et nous ne retirons point l'expression, que ces observations constituent une preuve suffisante. L'effet sur le vivant était si distinct, si univoque, l'agent pathogénique, à l'autopsie, si nettement caractérisé, que tout doute sur le rapport de causalité qui les unit doit disparaître. En découvrant, en affirmant l'existence de ce rapport, M. Moyse a donc le mérite d'avoir émis un jugement dont personne ne songera à contester la justesse, et qui pourra conduire à de fructueuses appréciations en médecine clinique.

Mais s'il est resté dans les termes stricts de la logique la plus sévère, l'auteur a-t-il répondu à tout ce que son sujet exigeait de lui? Ne s'est-il pent-être pas défendu avec trop de soin contre les entraînements auxquels la déduction la plus naturelle semblait le conduire? Sans doute tout ce qu'il avance est démontré, et ce qu'il aurait pu ajouter de plus n'eût été qu'hypothèse; mais une hypothèse conçue et acceptée pour telle n'a-t-elle pas par cela même, et indépendamment des fruits qu'elle peut porter, son excuse toute plénière. Nous dirons donc, prenant ici pour notre compte le rôle que M. Moyse eût mieux rempli, que si une altération profonde, une dégénérescence du pancréas, supprime ses fonctions, il est rationnel que lorsqu'il est lésé dans son dynamisme seul, ces mêmes fonctions ne subissent qu'une diminution. Un faible degré dans les symptômes correspondant à un faible degré de la lésion, on doit donc *à priori* s'attendre à rencontrer des cas où la digestion de la graisse sera plus pénible, moins complète, mais non pas nulle. Or la pratique réalise justement et d'une manière assez fréquente ces prévisions. Il est une forme peu rare de dyspepsie, dans laquelle la digestion des aliments gras ou huileux est particulièrement fatigante pour les organes assimilateurs. C'est à l'occasion de leur ingestion que la sensation de pesanteur, la somnolence, les éructations, l'accélération du pouls, symptômes d'une digestion laborieuse, se manifestent. Ne peut-on y voir l'effet d'un vice de sécrétion du pancréas? Cette remarque n'explique-t-elle pas d'une manière plus satisfaisante la répulsion des organes digestifs pour les substances grasses? N'ouvrira-t-elle pas quelque jour la voie à des moyens thérapeutiques plus efficaces contre cette incompatibilité spéciale?... Nous n'avons pour le moment qu'à poser ces questions, laissant aux travailleurs le soin de les discuter : à l'avenir la charge de les résoudre.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

— Par décret impérial du 18 décembre, M. Bernier, de l'hôpital militaire de Sarreguemines, est nommé médecin major de 2e classe, en remplacement de M. Varlet, nommé médecin major de 1re classe;

M. Gueury, de l'hôpital militaire de Metz, est nommé médecin major de 2e classe, en remplacement de M. Dautcourt, nommé médecin major de 1re classe;

M. Maillefer, de l'hôpital militaire de Longwy, est nommé médecin major de 2e classe, en remplacement de M. Martin, nommé médecin major de 1re classe;

M. Demenou, de l'hôpital militaire de Metz, est nommé aide major de 1re classe (emploi vacant par organisation);

M. Cornac, médecin aide major de 1re classe à l'hôpital militaire de Toulouse, est nommé médecin major de 2e classe, en remplacement de M. Cooche, nommé médecin major de 1re classe.

— Un militaire, entré à l'hôpital d'Orléans pour se faire enlever une loupe qu'il portait à la joue, vient de succomber à l'inhalation du chloroforme, que M. le chirurgien en chef lui avait administré avant de l'opérer.

Ce déplorable accident a très-péniblement impressionné M. le maréchal ministre de la guerre. Une enquête est ouverte; les faits seront soumis à l'appréciation du conseil de santé des armées.

— On écrit de Saint-Pol :

« La fièvre typhoïde, pour la deuxième fois en deux mois, désole la commune de Croisette (Pas-de-Calais). Huit personnes en sont atteintes en ce moment, et l'état de quelques-unes est fort grave. Elle sévit aussi dans plusieurs autres communes, à Blangermont, à Héricourt. »

Le *Parana* est arrivé à Southampton avec la malle des Indes occidentales. La fièvre jaune faisait toujours des ravages à Saint-Thomas et dans les autres îles. Ses victimes étaient nombreuses.

— Des lettres de Santiago de Cuba, arrivées par le dernier paquebot, nous donnent les détails suivants sur les ravages exercés dans cette ville par le choléra :

8 novembre. Depuis le 14 du mois dernier, l'épidémie a pris un développement que ne semblait pas comporter une population de 30,000 âmes, réduite d'ailleurs par de nombreuses émigrations.

La ville n'est aujourd'hui qu'un vaste hôpital; depuis quinze jours, le nombre des morts varie entre 70 et 80, et le 4 de ce mois, il a atteint le chiffre de 103.

En calculant, toutefois, l'époque de l'invasion et le nombre des habitants qui ont déjà payé leur tribut à l'épidémie, on peut espérer que la période de décroissance est prochaine.

La maladie s'est, comme toujours, appesantie avec plus de force sur les familles nécessiteuses et y a exercé d'affreux ravages. On cite une maison où 18 personnes sur 22 ont succombé.

La campagne a été envahie à son tour. Plusieurs habitants ont perdu une grande partie de leurs noirs; un seul propriétaire comptait déjà 60 morts.

La troupe a souffert sensiblement, tant en ville qu'au Morro, au Cobre et au Carrey; ce sont les soldats qui ont été le plus éprouvés parmi les blancs. Jusqu'à ce jour, le choléra semble en effet ménager ceux-ci pour sévir avec violence contre les noirs et les gens de couleur.

30 novembre. Le choléra qui, le 25 de ce mois, comptait encore 45 victimes, a notablement diminué d'intensité. Le nombre des morts ne s'élève plus qu'à 32.

Sur la demande qui lui avait été adressée par le gouverneur de Santiago, où l'on manquait de secours médicaux, le capitaine général, résidant à la Havane, a confié à trois médecins la mission de se rendre à Santiago pour y porter les secours de leur art. Sur ces trois médecins, deux sont Français, le docteur Martin, précédemment établi à Santiago, et le docteur de Grand-Boulogne, praticien distingué, exerçant à la Havane depuis trois ans, et ayant déjà fait ses preuves de capacité et de dévouement à Marseille, pendant le choléra de 1847. Ils n'ont point hésité à répondre à l'appel du capitaine général, malgré les intérêts qui pouvaient les engager à ne point s'éloigner de leur clientèle.

— On écrit de Saint-Pétersbourg, 18 janvier :

« Le 14 janvier au matin, il y avait 546 malades en traitement; il y a eu pendant cette journée, 57 nouveaux cas, 19 guérisons, 19 décès, et dans celle du 15 janvier, 60 nouveaux cas, 19 guérisons et 31 décès; restaient 575 malades. »

— M. le docteur Durand-Fardel a versé 10 fr. au bureau de la GAZETTE MÉDICALE, pour contribuer à la manifestation du corps médical en faveur de M. Orfila.

— M. le docteur Deval continue ses consultations cliniques sur les maladies des yeux à son dispensaire, rue de l'Échelle, 8, tous les jours, à onze heures du matin, excepté le dimanche et le mercredi.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LE CORSET ENVISAGÉ SOUS LE POINT DE VUE MÉDICAL.

Les deux dernières séances de l'Académie de médecine ont presque entièrement été consacrées à un rapport et à une discussion sur le corset, considéré au point de vue médical. Pour notre compte, nous nous étions réjoui de voir porter devant le docte aréopage une des questions qui intéressent au plus haut point la physiologie appliquée à la santé des familles, question qui a un moment passionné les esprits vers la fin du dernier siècle, et qui mérite bien certainement qu'on l'examine. Notre attente a été complétement déçue; ce n'a été la faute ni de la commission ni du rapporteur. Il s'agissait occasionnellement des corsets sans couture de M. Fontaine (de Lyon). Pénétré de l'importance et de l'intérêt du sujet, M. Bouvier, rapporteur de la commission, l'avait envisagé à un point de vue général. Il avait rassemblé avec un tact extrême et coordonné avec talent tous les éléments historiques du corset, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Décomposant l'action mécanique et physiologique des différentes transformations qu'il a subies, il n'avait rien négligé pour donner à la discussion une base vraiment scientifique. L'Académie n'a pas cru devoir suivre l'honorable rapporteur sur ce terrain. De ce qu'il s'agissait d'un fabricant et d'une application industrielle, elle a eu peur qu'on ne lui dissimulât, sous les fleurs de la physiologie et de l'hygiène, le serpent, l'affreux serpent de l'industrie, et elle n'a tenu aucun compte ni des modifications plus ou moins heureuses du corset de M. Fontaine, ni des louables efforts de M. Bouvier. Elle a bravement déclaré à M. le ministre, qui lui demandait son avis, que le corset de M. Fontaine n'offre aucun avantage, considéré au point de vue médical.

Il y a dans cette façon d'agir une sorte d'abus contre lequel les véritables amis de l'Académie ne sauraient trop la prémunir, et si nous n'avons pas essayé, comme académicien, de lui soumettre nos scrupules, c'est qu'il ne faut jamais compromettre de bons conseils et de bonnes raisons quand le moment n'est pas opportun pour les produire. Or les esprits étaient tellement montés et prévenus à la fin de la dernière séance, que quiconque aurait essayé de s'opposer à l'exécution en masse, à l'espèce d'auto-da-fé général auquel on voulait condamner toutes les communications industrielles présentes et à venir, aurait couru grand risque de recevoir le contre-coup de l'anathème. Mais devant le public et dans la presse, l'Académie est plus en état d'entendre raison.

Toutes les fois qu'une invention, un instrument, un moyen industriel sont présentés à l'Académie, elle semble ne se préoccuper que d'une chose, savoir si l'inventeur ou le fabricant ne se prévaudra pas de son approbation, et, sous cette préoccupation, elle s'inquiète assez peu de ce qu'il peut y avoir de nouveau et de bon dans l'invention. Si même on parvient à lui faire comprendre qu'il s'agit de quelque perfectionnement utile, elle s'efforce de réduire son approbation à une forme et à un degré imperceptibles. Cet excès de précaution trouve sans doute son excuse dans un sentiment élevé, sinon exagéré, de sa dignité; mais envisagée à un point de vue plus pratique, cette excessive réserve est bien près de toucher pour le fond à un déni de justice, et pour la forme à une sorte de pruderie.

Instituée pour donner son avis à l'autorité sur toutes les questions d'hygiène appliquée, l'Académie est une sorte de tribunal, que dis-je? de cour suprême chargée de rendre des arrêts. Tous ceux qui se soumettent à sa juridiction ont droit à sa justice, et s'il lui est permis, dans l'exercice de cette espèce de magistrature, de se soucier de sa dignité et de l'abus que l'on peut faire de sa recommandation, il lui est interdit de faire passer cette préoccupation exagérée de son propre intérêt avant le devoir de son mandat. Ce principe domine les mœurs judiciaires. Les vrais magistrats s'occupent avant tout de faire triompher le bon droit, sans trop s'inquiéter des conséquences de leurs arrêts. Un procès qui doit ruiner une famille honnête au profit d'un coquin n'influe en rien sur leurs décisions. Sans prétendre imposer à l'Académie un stoïcisme aussi rigoureux, n'est-on pas en droit de lui demander d'avoir un peu plus d'égard aux mérites qu'on lui demande de constater, s'ils existent, qu'aux avantages industriels que l'on pourra retirer de son approbation?

Comme extrême réserve, la préoccupation de l'Académie n'est pas digne d'elle. Que peut faire à sa considération qu'on se serve et même qu'on abuse de ses encouragements? L'Académie des sciences, dont l'esprit de conduite ne saurait être trop pris pour modèle, se préoccupe-t-elle jamais de ces misères? Elle donne tous les jours son approbation la plus explicite à des lampes, à des machines, à des pompes, à des lunettes, etc., qui s'offrent à elle sous le couvert du plus mince perfectionnement. Il lui arrive parfois de patronner ce qui n'est pas absolument une perfection et d'induire ainsi le chaland en erreur: cela l'empêche-t-il d'être la première et la plus digne des académies du monde, et cela diminue-t-il en rien l'autorité de ses décisions? Il serait donc à désirer que l'Académie de médecine, inspirée par un libéralisme plus élevé, se plaçât et se tînt de préférence dans la sphère des idées, et se laissât dominer surtout par l'amour du progrès.

Si nous voulions justifier l'opportunité et la légitimité des remarques qui précèdent, nous n'aurions qu'à transcrire le rapport de la commission. Après avoir résumé les données principales de la théorie physiologique et hygiénique du corset, elle s'est livrée à des expériences suivies sur les effets particuliers du corset de M. Fontaine. Ce corset ne diffère pas seulement du corset ordinaire par son mode de fabrication; il n'est pas seulement sans couture, comme ont paru le croire à l'improviste les membres qui ont pris part au débat; il est construit de manière à changer le mode d'action et à produire des effets différents de ceux du corset usuel. Au lieu d'exercer une pression circulaire sur toute l'étendue du thorax, et principalement sur sa portion supérieure, il a la prétention de localiser sa pression circulairement, au niveau de l'intervalle compris entre la base du thorax et les hanches. Cette modification existe-t-elle réellement? Produit-elle des effets physiologiques spéciaux? Ces effets sont-ils avantageux? Le sont-ils toujours? Voilà autant de questions qui auraient mérité de fixer l'attention de l'Académie. Peut-être, malgré le soin et le talent qu'il a apportés dans la confection de son rapport, M. Bouvier n'a-t-il pas assez détaché, assez mis en relief ces importantes questions: ce serait là l'une des causes qui excuseraient jusqu'à un certain point la façon un peu leste dont la majorité a traité son rapport. Pour nous, qui avons examiné la question de plus près, il nous a paru que le travail de la commission, et nous ajouterons franchement les efforts de M. Fontaine, méritaient une discussion plus sérieuse, et, s'il y avait lieu, une contradiction mieux motivée.

Il n'est pas douteux que le corset ordinaire modifie jusqu'à un certain

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XVIII.

DES SÉPULTURES CHEZ LES ANCIENS ROMAINS, AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE ET DE LA MÉDECINE (1).

Décès, embaumement, funérailles, combustion, *puticuli*, tombeaux, *columbaria*, catacombes.

A M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine de Paris.

Rome, 1er décembre 1852.

Le soin des funérailles n'a pas été imposé aux anciens par les exigences de l'hygiène, mais par les croyances religieuses. Celles-ci, du reste, ne sont souvent que des préceptes hygiéniques, dont les fondateurs des religions, plus éclairés que leurs contemporains, ont voulu rendre l'exécution plus assurée, en les promulguant sous forme de lois divines.

L'âme qui s'exhalait d'un corps sans sépulture errait cent ans sur les sombres rives du Styx:

Centum errant annos, volitantque hæc littora circum.

(Virg., ENÉIDE.)

On conçoit qu'en partant de pareils principes, la mort par le naufrage devait

(1) Rien n'est hasardé dans cet article; le plus mince détail est puisé à la source authentique des auteurs de l'antiquité. Nous laissons des lacunes, plutôt que de les remplir par des suppositions, même très-probables. Nous supprimerons les citations sèches, qui engendrent bientôt l'ennui, pour ne laisser de place qu'à des vers épars, propres à fleurir un sujet aride. — Les compilateurs que nous avons consultés, en outre des textes mêmes, sont: Nibby, ROMA NELL' ANNO 1838; Roma, 1839, 2 vol. in-8°; — Desobry, ROME SOUS AUGUSTE, Paris, 1835, 4 vol. in-8°; — Guasco, RITUI FUNEBRI DI ROMA PAGANA, in-4°, Lucca, 1758; — Nieupoort, RITUUM QUI OLIM APUD ROMANOS OBTINUERUNT, SUCCINCTA EXPLICATIO, etc.; Venetis, 1802, in-8°; — Fr. Gorio, MONUMENTUM SIVE COLUMBARIUM LIBERTORUM ET SERVORUM LIVIÆ AUGUSTÆ; Florentiæ, 1728, in-4°; — les ouvrages de Gruter et de Fabrettus sur les inscriptions tumulaires, etc., etc. — Enfin, pendant notre séjour de quatre années en Italie, nous avons exploré avec soin les tombeaux, sépulcres, etc., de Rome, Naples, Pompéi, etc. — Consulter, pour les catacombes, les ouvrages de Raoul Rochette, de l'abbé Gerbais et du père Marchi, etc.

point, chez la femme, l'acte respiratoire. Doit-on lui attribuer le mode respiratoire que MM. Beau et Maissiat ont désigné sous le nom de *respiration costo-supérieure?* Nous ne serions pas éloigné de le penser. Qu'importe qu'on l'ait constaté chez les petites filles ou chez des femmes qui n'avaient pas fait usage du corset! On oublie qu'une modification fonctionnelle, quand elle est profonde et ancienne, peut passer dans la race. Pour nous, qui croyons avoir constaté un autre genre d'effet produit par l'usage du corset, nous l'avons suivi et retrouvé chez toutes les femmes des pays où ce vêtement est en usage, qu'elles l'eussent ou non employé individuellement; et il ne manque à notre conviction, pour se produire au dehors, que d'être suffisamment renseignée sur la conformation des femmes des pays où le corset n'a jamais été employé, du moins sous la forme de notre corset usuel. Quoi qu'il en soit, c'était une question digne de l'attention de l'Académie, que de savoir jusqu'où on pouvait modifier ce caractère de l'acte respiratoire en modifiant le vêtement auquel on l'attribue. Prise au sérieux, cette question touchait donc aux considérations les plus élevées de la physiologie et de l'organoplastie humaines.

Mais d'autres points de vue s'offraient à examiner. L'action du corset ordinaire se résout en deux effets principaux : il comprime et il soutient. Après avoir montré jusqu'où le corset de M. Fontaine paraît mieux distribuer la pression, il n'était pas moins intéressant de rechercher jusqu'où il remplit la seconde indication, et comment il la remplit; s'il soutient la taille et comment il la soutient. Ici se placent naturellement une distinction importante entre les conditions où il est utile de soulager la colonne vertébrale du poids des parties supérieures, et celles où ce but peut être inutile, sinon nuisible, à rechercher. Or, après avoir examiné attentivement les corsets de M. Fontaine, il nous a paru que, s'ils distribuent la pression d'une manière plus salutaire et plus méthodique, ils ne soutiennent pas la taille aussi bien que les corsets baleinés. Cela peut être indifférent dans une foule de cas; mais ceux qui connaissent l'influence de la pesanteur sur la direction des colonnes vertébrales relativement trop faibles ou trop longues, et même sur l'accroissement des courbures existantes, savent qu'un corset qui repose et soutient la partie supérieure du tronc est un auxiliaire fort utile pour maintenir la régularité de l'épine. Si telle est notre opinion, notre impartialité nous fait un devoir cependant d'accorder la parole à M. Fontaine sur ce point.

« Mon but principal a été de créer un système qui permît de vêtir *dans » les meilleures conditions hygiéniques toutes les conformations nor» males*. J'ai dû sacrifier à ces considérations tout ce qui m'a semblé s'éloi» gner de ce but; en conséquence j'ai réduit le nombre des baleines à la » quantité exactement suffisante au maintien et à la direction du corps hu» main dans les conditions ordinaires de santé et de conformation.

» Je reconnais que cet appareil, tel que je l'établis et sans addition de » baleines ou de corps plus rigides, est insuffisant à contenir ou à corriger » des dispositions vicieuses du torse; mais je crois pouvoir assurer que les » reproches de soutenir peu, adressés à mes corsets, viennent bien plus » de l'habitude d'avoir porté des corsets qui soutenaient trop que du motif » allégué; et ce qui me confirme dans cette opinion, c'est que les femmes » qui ont fait usage de ces corsets pendant quelque temps ne se plaignent » pas d'être mal soutenues; bien mieux, il leur est impossible de revenir » aux autres.

» Du reste, le simple raisonnement indique que les baleines de ces cor» sets étant toutes placées verticalement, on peut facilement graduer le » degré de contention en serrant plus ou moins le lacet; car il est bien » évident que, dans ce cas, la baleine étant fixée aux deux extrémités, et » contenue dans une gaîne qu'elle remplit exactement, l'affaissement du » torse sera comprimé tout aussi bien avec ce corset qu'avec tout autre, à » cette différence près que la pression étant répartie sur tous les points de » la circonférence, aucune de ses parties n'est lésée. La crainte qu'on abu» sât de la compression supérieure et inférieure, la supérieure principale» ment, m'a engagé à recommander de n'exercer la pression qu'à la cein» ture, car j'ai trouvé moins d'inconvénient à ne pas soutenir assez qu'à » soutenir trop, et c'est pour parer à cet inconvénient que j'ai terminé mon » corset à sa partie postérieure par des baleines plus fortes et plus rappro» chées; que le corset placé sur le modèle affecte la forme d'un éventail, » afin que les baleines plates viennent s'appliquer transversalement aux » côtes au-dessous de l'omoplate et remplir l'emploi d'un dossier flexible. »

Ces lignes, que nous avons eu à cœur de mettre sous les yeux de nos lecteurs, ne sont pas certainement d'un homme qui veut surprendre l'approbation de l'Académie; pour la forme et pour le fond, elles justifient pleinement l'attention que la commission n'a pas craint de lui accorder.

Il est un point à propos duquel on a trouvé l'occasion d'égayer l'assemblée. M. Fontaine, voulant répondre au reproche de faire ses corsets sur un même moule, s'est livré à de nombreuses recherches sur les principaux types de la femme aux différents âges et dans les différents pays. Notre honorable et savant ami M. Lévy a mis l'Académie en gaîeté en citant quelques-uns des types établis par M. Fontaine; mais il nous a paru se méprendre sur la pensée de ce fabricant, ou plutôt il a induit l'assistance dans une méprise qui a dénaturé complétement le côté sérieux de la question. S'il était vrai pourtant, et nous sommes très-disposé à le croire pour notre compte, que les principales races et même les principaux types de chaque pays ne se distinguent pas seulement par la forme et le plus ou moins d'élégance des traits du visage, mais encore et surtout par les proportions et l'harmonie des éléments de la taille, les observations du fabricant pourraient bien ajouter un détail intéressant à l'histoire anatomique des races humaines et mettre l'antropologie sur la voie de certains caractères utiles à étudier au point de vue de leur valeur comparative comme au point de vue de leur origine. Il est certain que si les types de M. Fontaine recueillis en vue du corset formulent une certaine généralité antropologique et étiologique, notre savant ami M. Lévy pourra en faire un jour son profit pour une nouvelle édition de son excellente hygiène. En les renfermant dans le cercle plus étroit et plus modeste de ses applications, M. Fontaine a néanmoins prouvé qu'il est possible au moyen de ses 8 types et de ses 18 degrés de chaque type, formant un ensemble de 144 modèles, il est possible, disons-nous, de demander à la machine Jacquard des corsets à pression uniforme, pour tous les âges et pour les tailles de tous les pays.

JULES GUÉRIN.

être redoutée entre toutes. Pour racheter de cet exil de cent ans un parent mort sans sépulture, les siens lui faisaient ériger un cénotaphe, tombeau sans cadavre. Les passants qui rencontraient des restes humains abandonnés devaient jeter dessus quelques pierres : d'où résultait bientôt un monceau qui ressemblait fort sans doute aux redjem (1), que les Arabes modernes élèvent dans un but à peu près semblable. Dans l'ancienne Rome, ceux qui manquaient à cette pieuse obligation étaient tenus d'expier leur faute en sacrifiant une truie à Cérès.

En Égypte, où la conservation des cadavres, non-seulement de l'homme, mais aussi des animaux, était l'objet d'un art poussé à une si grande perfection, où des rois consommaient tout leur règne à se construire une dernière demeure, faisant travailler un peuple entier à ces œuvres gigantesques, et, à bout de ressources, allant jusqu'à prostituer leurs filles pour se créer de nouveaux moyens; en Égypte, où l'on compte encore, après les ravages des siècles et des hommes, des myriades de momies entassées dans les sombres détours des hypogées, il fallait que les croyances religieuses imposassent des obligations plus rigoureuses encore que le paganisme grec et romain. En effet, la vie de l'âme était limitée par la durée du corps; aussi cherchait-on à préserver celui-ci de la dissolution à l'aide de l'embaumement, et de la profanation par l'entassement de ces montagnes pyramidales dont la masse nous étonne, ou par le mystère de ces nécropoles, desquelles la main profane de l'industrie tire aujourd'hui les momies pour en faire des couleurs ou pour en orner nos musées.

L'introduction des cultes de Myrrha et d'Isis à Rome semble avoir, à une certaine époque, infiltré quelque chose de ces idées, et fait abandonner pour un certain temps l'incinération en faveur de l'inhumation du cadavre intact. Nous verrons bientôt que ces deux modes de sépulture ont, successivement et à plusieurs reprises, joui de la faveur ou enduré la désuétude. Mais auparavant, suivons le cadavre depuis le moment où la vie a fui jusqu'à celui où le sépulcre se referme, et recherchons, parmi les antiques usages, ceux qui peuvent nous intéresser comme médecin.

Nous supposons que la mort a visité une riche maison; nous parlerons plus tard des simples funérailles du peuple. Les assistants, les plus proches parents d'ordinaire, ferment les yeux au mort, pour les rouvrir lorsque le cadavre sera mis sur le bûcher. Le fils colle sa bouche aux lèvres de son père pour recueillir son dernier soupir, puis le défunt est appelé plusieurs fois à voix haute; enfin le cadavre, couché par terre, est lavé à l'eau chaude, pratiques qui semblent avoir pour but de s'assurer si l'âme a bien réellement quitté sa demeure mortelle. Le décès n'est pas constaté par un médecin; la déclaration en est faite au temple de Vénus *libitina*, d'où l'on mande les *libitinarii*. Ces derniers, munis de tout ce qui est nécessaire à leurs opérations, se rendent à la maison mortuaire, et le cadavre est remis entre leurs mains. Il est d'abord lavé avec beaucoup de soin, puis commencent les onctions méthodiques et prolongées avec divers aromates, huiles et onguents, dont les substances actives sont la canuelle, l'amome, le lis, les glands, le cinnamôme, le narcisse, le nard, la myrrhe, l'aloès, etc. Toutes les

(1) F. Jacquot, EXPÉDITION DU GÉNÉRAL CAVAIGNAC DANS LE SAHARA ALGÉRIEN, 1 vol. gr. in-8° avec planches, p. 40. Paris, 1849.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES-UNES DES MALADIES GASTRO-INTESTINALES DE LA PREMIÈRE ENFANCE; par M. le docteur RILLIET, médecin en chef de l'hôpital de Genève.

(Suite. —Voir le numéro précédent.)

ENTÉRITE CÉRÉBRALE.

A côté de l'entérite cholériforme, nous devons placer parmi les formes graves d'affections gastro-intestinales de la première enfance une variété à laquelle nous avons donné le nom d'entérite ataxique et qui correspond à la bronchopneumonie et à la pneumonie de même forme des jeunes enfants, et peut aussi être rapprochée de l'entérite typhoïde des sujets plus âgés.

Cette maladie reconnaît les mêmes causes prédisposantes que celles des autres formes d'affections gastro-intestinales, mais elle est plus qu'aucune autre espèce le résultat d'une indigestion et d'une dentition laborieuse. Elle offre deux variétés correspondant aux deux variétés de méningite franche : A. la *forme convulsive*, B. la *forme méningée*.

A. La *forme convulsive* débute par des vomissements bilieux ou muqueux, médiocrement abondants, et des selles diarrhéiques verdâtres ou séreuses, quelquefois très-fétides; puis survient une attaque d'éclampsie qui se répète à plusieurs reprises dans la journée ou dans un intervalle rapproché.

Dans d'autres cas, l'éclampsie est le premier symptôme; la fièvre est intense, le ventre ballonné avec ou sans douleur, la diarrhée verte, fétide, continue. Au bout de vingt-quatre heures, les symptômes cérébraux ont disparu, sauf de l'agitation, du malaise, ou de l'assoupissement, qui ne tardent pas à se dissiper; mais la diarrhée, l'anorexie et la fréquence du pouls persistent; la maladie dure en tout un septénaire. On n'observe point, dans ce cas, le refroidissement général, la petitesse extrême du pouls, les vomissements incessants, la soif inextinguible, l'altération profonde des traits, l'enfoncement des yeux, l'amaigrissement rapide qui caractérisent la forme précédente.

B. *Forme méningée*. Dans d'autres cas, il y a plutôt de la tendance à la constipation; le ballonnement du ventre; les cris aigus intermittents indiquant de vives coliques, et comme symptômes nerveux il y a de l'assoupissement, des tressauts, une grande impressionnabilité pour le bruit et la lumière, de l'irrégularité du pouls et de la respiration; puis, au bout de trois à quatre jours, et sous l'influence des évacuants, ces symptômes se dissipent; d'autres fois ils se prolongent pendant un et même deux septénaires; c'est surtout l'amaigrissement qui domine, le pouls est fréquent, la diarrhée a remplacé la constipation. Presque toujours, quand les symptômes se prolongent ainsi, le travail de la dentition joue un certain rôle. C'est aux cas de cette espèce que l'on a appliqué la dénomination de pseudo-méningite.

La preuve que ces différents types d'affections gastro-intestinales ne sont que des variétés d'un même genre, c'est qu'on les voit quelquefois alterner sur le même sujet.

J'ai recueilli très-en détail une observation qu'il serait trop long d'insérer ici : c'est celle d'un enfant qui fut atteint, à l'âge de 3 mois, d'une entérite cholériforme (vomissements et selles coup sur coup, amaigrissement énorme en vingt-quatre heures, danger imminent). A 5 mois, il eut une entérite cérébrale convulsive grave, qui dura un septénaire; à 7 mois survint une seconde attaque d'entérite cérébrale méningée qui dura plus de trois semaines. Depuis cette époque, l'enfant a toujours joui d'une santé excellente; il est âgé maintenant de 7 ans et demi.

Les observations suivantes sont des exemples des formes éclamptiques et méningées.

FILLE DE 22 MOIS; HÉRÉDITÉ ET HYGIÈNE DÉFAVORABLES; ÉPIDÉMIE; SYMPTÔMES GASTRO-INTESTINAUX GRAVES, SE RAPPROCHANT DE CEUX DE L'ENTÉRITE CHOLÉRIFORME, SANS LEUR RESSEMBLER ENTIÈREMENT; ÉCLAMPSIE, ASSOUPISSEMENT CONSECUTIF; TRAITEMENT PAR LE CALOMEL ET LE BISMUTH; GUÉRISON.

OBS. III. — Dans le cours de l'épidémie d'affections gastro-intestinales aiguës, qui a régné en 1849, je fus appelé à voir un enfant de 22 mois fort gravement malade. C'était une fille dont les conditions héréditaires, hygiéniques et constitutionnelles étaient défavorables Son tempérament est lymphatique, elle souffre depuis longtemps d'une ophthalmie palpébrale. Sa mère est scrofuleuse et elle a un frère tuberculeux. Son hygiène alimentaire est mauvaise.

Huit jours avant le début, l'enfant avait eu quelques vomissements et de la diarrhée par intervalle, mais elle avait commencé à manger comme à l'ordinaire et à sortir tous les jours.

Le dimanche 16 décembre 1849 surviennent des vomissements fréquents et une diarrhée aqueuse abondante; ces symptômes persistent, l'enfant garde le lit; le 19, elle est prise d'une violente attaque d'éclampsie qui dure deux heures (y compris le coma consécutif).

Je la vois le 19 au soir. Cette petite fille est couchée sur le dos, très-assoupie; cependant, quand je l'examine, elle sort de son assoupissement pour se plaindre et grogner. Il n'y a pas de strabisme ni de dilatation des pupilles, ni de paralysie. Les membres sont amaigris, ainsi que le facies; cependant je ne retrouve pas là les caractères de l'amaigrissement des enfants atteints de la forme cholérique. Il y a du refroidissement des extrémités qui persiste encore, mais ce n'est pas non plus le froid glacial et général de l'entérite cholériforme.

Le ventre est assez développé, tendu, la langue humide, la soif vive. Pouls à 120, respiration inégale.

TRAITEMENT. — 5 centigr. de calomel répétés à cinq heures de distance. Le lendemain matin, 60 centigr. de magistère de bismuth en quatre prises; frictions avec le baume de Rosen.

Dans la journée du 20, les vomissements sont supprimés; l'enfant a trois selles, la dernière verte. L'abattement persiste, mais le pouls est moins fréquent; le ventre est plus souple; la soif est toujours vive.

Même traitement.

Le 21, l'amélioration continue; deux selles diarrhéiques seulement. (Bouillon de poulet; bismuth.)

Le 23, l'enfant est assise dans son lit, sans fièvre, mais toujours très-irritable; la diarrhée a presque disparu.

Le 24, elle est évidemment convalescente; je permets de petites soupes, un œuf à la coque, du bouillon de poulet, et j'interromps le bismuth.

La convalescence a cheminé régulièrement, sauf que la diarrhée a repris du 28 au 30, mais elle s'est dissipée sans traitement. Il est à noter que l'ophthalmie palpébrale s'est dissipée pendant la maladie aiguë d'entrailles, et qu'elle a reparu après la guérison.

Cette observation, recueillie à l'époque où nous vîmes les malades dont

---

ouvertures naturelles, la bouche, les narines, etc., sont ensuite obturées pour empêcher l'exhalaison des mauvaises odeurs. Vient enfin le *pollinctor*, qui farde les joues du cadavre pour déguiser la pâleur de la mort. Cette espèce d'embaumement terminée, le cadavre, enveloppé de linges blancs, est drapé dans la toge, revêtu de ses insignes, ceint d'une couronne, et exposé, visage et pieds découverts, sur un lit dressé, jusqu'au huitième jour, dans le vestibule de la maison, Des tentures noires et des cyprès annoncent que le deuil attriste cette demeure.

Des considérations hygiéniques et médicales se présentent immédiatement ici. Et d'abord, on se demande s'il est bien possible qu'un cadavre resté exposé sept ou huit jours, sans graves inconvénients, dans un pays dont la température est si élevée. Quelques antiquaires, en s'appuyant sur Acron (1), ont prétendu que les funérailles se faisaient le troisième jour; mais Dacier les a victorieusement réfutés. Les textes, entre autres Servius (2), sont aussi explicites que possible. Desobry, Guasco, Nieupoort, Nibby, etc., regardent comme incontestable cette célébration des funérailles le huitième jour. A l'armée seulement, ou encore pour les enfants et pour la gent pauvre, ce terme était devancé; Cicéron parle d'un enfant brûlé le lendemain du décès. Le fait accepté, recherchons si les manœuvres des ***libitinarii*** et des ***pollinctores*** avaient assez d'efficacité pour retarder la putréfaction pendant ce laps de temps. Il le faut bien croire, car il est à présumer que la police sanitaire n'eût pas toléré l'exposition de cadavres fétides dans l'*atrium* des maisons, et l'on s'expliquerait difficilement la pieuse coutume des baisers donnés par la famille au cadavre, au moment de le mettre sur le bûcher, c'est-à-dire huit jours après le décès, si ces baisers eussent dû rencontrer des lèvres vertes et molles de putréfaction. Il le faut bien croire, disons-nous; mais nous ajouterons que les manœuvres et les opérations sur lesquelles nous trouvons à peine quelques détails épars dans les auteurs, nous paraissent suffire à grand'peine pour un embaumement provisoire capable d'enrayer pendant huit jours la dissolution organique dans une contrée aussi chaude que Rome. Ces manœuvres et ces procédés, nous les avons indiqués déjà. Les onctions avec divers aromates et des huiles chargées de principes volatils, ne pouvaient protéger que les parties superficielles pour un petit nombre de jours. Parmi les substances énumérées par les auteurs, je n'en trouve aucune douée de puissantes vertus astringentes, et conséquemment tannantes et conservatrices. Il est probable que la putréfaction s'emparait à peu près avec la rapidité ordinaire des parenchymes gorgés de sucs, et que l'exhalaison de l'odeur était empêchée par les tampons que les *libitinarii* enfonçaient dans toutes les ouvertures. Dans aucun auteur je n'ai lu ni qu'ils vidassent les cavités splanchniques, ni qu'ils remplaçassent par quelques substances embaumantes les parenchymes absents. C'est seulement au moment de brûler le cadavre qu'on lui coulait dans la bouche une certaine composition destinée, comme nous le verrons bientôt, à le rendre plus facilement combustible.

Parmi les procédés d'embaumement provisoire, il ne faut pas oublier celui qui consistait à envelopper le corps dans des linges blancs, expressions vagues

(1) Acron, IN HORAT., epod. 17, V, 48.
(2) Servius, ad OENEID, VI, 218.

nous avons déjà rapporté l'histoire, nous semble démontrer d'une manière irréfragable, qu'avec des formes symptomatiques différentes, on n'a pas moins affaire à une maladie identique, mais dont la physionomie varie suivant des conditions qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier.

Ce fait, sous le rapport de la gravité des symptômes locaux et généraux, devrait être placé entre les observations II et X ; il servirait ainsi de transition entre les formes cholérique et cérébrale ; nous l'avons classé dans le groupe des entérites cérébrales, vu la gravité et l'intensité de l'attaque d'éclampsie, qui a donné à la maladie une physionomie particulière.

Dans le fait suivant, recueilli dans la même année, mais deux mois plus tôt, les symptômes nerveux ont été plus caractérisés et plus graves, et les symptômes gastro-intestinaux beaucoup moins sérieux.

FILLE DE 17 MOIS ; ÉCART DE RÉGIME ; DENTITION ; DÉBUT PAR DES VOMISSEMENTS ET UNE DIARRHÉE FÉTIDE ; PLUSIEURS ATTAQUES D'ÉCLAMPSIE TRÈS-INTENSES ET TRÈS-GRAVES ; PERSISTANCE DE LA DIARRHÉE APRÈS LA CURATION DE L'ÉTAT CÉRÉBRAL ; GUÉRISON.

OBS. IV. — Une petite fille de 17 mois, délicate, sujette aux bronchites et appartenant à une famille catarrhale et lymphatique, a été nourrie au sein. Depuis le sevrage, son alimentation a été convenable (lait, potages, œufs, etc.) Mais six semaines avant le début, on a changé complétement sa nourriture ; on l'a nourrie d'aliments indigestes, on lui a laissé prendre de la salade, des fruits, des viandes de toute espèce, et en particulier du porc. Il est résulté de ce changement de régime, que l'enfant avait peu d'appétit et était devenue irritable.

Le dimanche 29 juillet 1849, elle mange une assez forte portion de macédoine de fruits acides.

Dans la nuit du même jour, elle vomit du riz qu'elle avait mangé à sept heures du soir. Le matin, elle se lève comme à son ordinaire, assiste au déjeuner de ses parents et ne paraît pas incommodée. A onze heures, elle est prise subitement d'une attaque de convulsions générales, qui avaient été précédées d'une évacuation diarrhéique très-fétide et qui est suivie d'une selle de la même nature. Je vois l'enfant à midi et demi ; elle a repris sa connaissance, mais elle est nerveuse, irritable, bien que toute trace de convulsions ait disparu. Les pupilles n'offrent rien de particulier, pas de contracture des membres. Pouls 140, régulier, non vibrant ; peau chaude. Le ventre est un peu développé, généralement sonore ; l'enfant crie quand on le touche. Les deux évacuations étaient muqueuses et aqueuses, et d'une grande fétidité.

Je considère les convulsions comme liées à l'état intestinal, et je prescris 2 centigr. de calomel toutes les trois heures, des applications de cataplasmes sur le ventre, et si les convulsions se reproduisent, des cataplasmes vinaigrés aux extrémités. Dans la journée, les crises convulsives se répètent au nombre de quatre ; dans leur intervalle, l'enfant ne reprend pas sa connaissance. Elle a trois nouvelles selles muqueuses diarrhéiques médiocrement abondantes. A dix heures, la fièvre est très-intense, le pouls remarquablement vibrant, comme on le trouve chez les enfants qui vont avoir des convulsions, à 160. L'enfant est assoupie ; les joues sont colorées en rouge ardent ; elles sont brûlantes, tandis que la température des membres et celle de la tête est peu élevée. Le ventre est toujours un peu développé et sonore. J'étais assis auprès de l'enfant, et je l'observais depuis un quart d'heure, lorsque tout à coup elle est prise d'un tremblement des bras, puis de convulsions des globes oculaires, torsion des commissures et secousses répétées du tronc, en un mot, d'une attaque convulsive bien caractérisée. Au bout d'une ou deux minutes apparaît de l'écume à la bouche et un léger stertor. Les convulsions paraissent s'arrêter, mais elles reprennent bientôt avec un nouveau degré d'intensité. Elles continuent ainsi avec des alternatives de rémission et d'aggravation pendant près de vingt minutes. C'est la plus longue et la plus intense des attaques qui ont eu lieu dans la journée. Elle se termine par quelques bruyantes expirations et par de la rancité de l'inspiration qui alternent à plusieurs reprises. Les secousses convulsives une fois arrêtées, l'enfant reste plongée dans un coma complet ; les yeux sont fermés. Elle grince des dents à plusieurs reprises. Au milieu de la crise et voyant qu'elle se prolonge, j'applique trois sangsues derrière l'apophyse mastoïde gauche. Elles se remplissent bien, et les piqûres coulent abondamment. Puis un moment après la fin de l'accès, je mets l'enfant dans un bain à 25°, et je l'y laisse pendant trois quarts d'heure. Dans l'eau, les tressauts, les grincements de dents disparaissent, l'enfant s'agite, mais non d'une manière convulsive ; on la remet ensuite dans son lit. Elle dort jusqu'à trois heures du matin, et lorsqu'elle se réveille, elle a repris toute sa connaissance.

Un de mes confrères, qui voit accidentellement l'enfant à sept heures du soir, la croit atteinte d'une méningite et dans l'état le plus alarmant. Il fait une incision au niveau de la canine inférieure gauche, les canines sont les seules dents que l'enfant ait à percer. Cette opération n'a pas empêché le développement de la violente crise à laquelle j'ai assisté.

Le 31, à huit heures du matin, je trouve l'enfant ayant toute sa connaissance mais un peu surexcitée, appelant sans cesse son père et sa mère auprès d'elle. Le ventre est plat, souple, ne paraît pas douloureux. Les évacuations muqueuses continuent, avec quelques stries vertes.

L'enfant n'a pris en tout que 7 centig. de calomel, et elle a eu dans les vingt-quatre heures au moins huit selles diarrhéiques. La chaleur si vive de la veille a disparu. Le pouls est régulier à 108-112, peu développé. La soif est cependant assez vive.

TRAITEMENT. — Cataplasme ; un demi-grain calomel toutes les heures ; un bain gélatineux.

Du 1er au 18, la guérison a été complète. Les convulsions ne se sont pas reproduites, l'enfant a conservé de la diarrhée très-fétide, muqueuse assez abondante pendant cinq à six jours encore, sans autre symptôme qu'un peu d'irritabilité. La fièvre était tombée, l'appétit n'a pas tardé à se faire sentir assez vif après la cessation de la diarrhée. (*Sirop magistral* ; régime léger.)

Je la revois le 1er août, elle avait bien repris, mais la face était un peu bouffie.

Depuis cette attaque jusqu'an 17, l'enfant a eu au moins trois attaques convulsives, mais toujours à l'occasion d'une maladie aiguë catarrhale trachéo-bronchique ou intestinale.

Le point de départ de la maladie a été bien évidemment dans l'intestin ; mais la physionomie de cette grave affection a été celle d'une méningite aiguë. Si au lieu de diarrhée, l'enfant avait eu de la constipation et des vomissements fréquents, ces attaques d'éclampsie, si rapprochées, si graves et suivies d'un état cérébral si inquiétant, n'auraient guère pu laisser de doute sur l'existence d'une phlegmasie des méninges (méningite aiguë convulsive). Ce fut même l'opinion d'un de mes confrères qui vit l'enfant dans la soirée et qui, dans l'ignorance où il était des antécédents, porta ce diagnostic qui paraissait le plus rationnel.

Dans l'observation précédente, les symptômes gastro-intestinaux ont offert quelque analogie avec ceux de la forme cholériforme ; nous n'avons dans ce cas-ci rien observé de semblable. Les selles ont été fétides et muqueuses et non séreuses. Les vomissements ont manqué ; il n'y a pas eu de tendance au refroidissement. Mais si les symptômes abdominaux n'ont pas par eux-mêmes offert de gravité, il n'en ont pas moins été très-évidents. La diarrhée a été abondante, fétide, muqueuse et assez prononcée pour indiquer une forte irritation d'entrailles. Les causes sont facilement appréciables ; ce sont :

1° La prédisposition catarrhale héréditaire ; l'enfant après la guérison

---

qui nous laissent la latitude de penser à quelque chose de pareil, quoiqu'en diminutif, à l'enveloppement si soigné et si méthodique des momies égyptiennes. Chacun a vu dans les musées ces bandes enroulées autour du corps et des membres, sur lesquels elles décrivent tant de tours qu'elles finissent par former une carcasse épaisse de plusieurs centimètres. L'emmaillottement ne laissant à découvert que la figure et les pieds, l'occlusion de toutes les ouvertures, les onctions générales et la peinture de la face, pouvaient suffire à la rigueur pour masquer les ravages de la putréfaction et pour empêcher, pendant quelques jours, les blessantes exhalaisons.

L'embaumement temporaire était fort dispendieux, et le prompt enlèvement des pauvres le troisième jour avait pour cause principale l'impossibilité de conserver plus longtemps le cadavre, faute des opérations coûteuses des *libitinarii*.

A une époque où le médecin n'intervenait pas dans la constatation du décès, cette période de huit jours eût été une excellente garantie contre l'ensevelissement ou l'ustion d'un vivant cru mort, si l'occlusion de la bouche et des narines n'eût mis obstacle au rétablissement de la respiration. Le lavage à l'eau chaude et les onctions des libitinaires avaient plus d'efficacité pour rappeler la vie avant l'embaumement temporaire.

Le huitième jour, destiné aux funérailles, était annoncé en ces termes aux parents, aux amis, aux clients et à la population avide de tout genre de spectacle : *Exequias* (suivait le nom) *quibus ire commodum est, jam tempus est ; ollus effertur*. Le corps était alors chargé sur une litière que portaient les parents. C'étaient les premières corporations de l'État qui remplissaient cet office aux funérailles des chefs de l'État ; ainsi le cadavre du dictateur J. César fut porté par les magistrats, celui d'Auguste par les sénateurs, et l'urne de Sévère par les consuls. Le *designator*, chef des pompes funèbres, précédait l'immense convoi, où l'on voyait figurer les licteurs vêtus de noir, les affranchis coiffés du bonnet de liberté, les parents et les amis en habits de deuil et dépouillés de leurs insignes comme marque d'affliction, des danseurs exécutant une danse appelée *sicinne*, des musiciens et des chœurs jouant des airs nommés *næniæ*, coupés de déclamation et de récitatif ; enfin des *præficæ*, pleureuses, s'arrachant les cheveux et mêlant à leurs larmes payées le sang que leurs ongles faisaient jaillir, ridicule comédie dont Horace se moque dans une ode à Mécènes :

> Absint inani funere neniæ,
> Luctusque turpes, et quærimoniæ, etc.

Autour de la litière du mort, on portait les insignes des dignités dont il avait été revêtu, les trophées conquis par lui à la guerre, les images de ses ancêtres, etc., etc. Le cortége se rangeait sur le *forum*, et un proche, le plus souvent le fils du défunt, montait aux *rostres* et prononçait l'oraison funèbre ; puis on se rendait au bûcher ou à la sépulture de la famille. A ces funérailles se développaient souvent une pompe et un luxe inouïs ; ainsi aux obsèques du dictateur Sylla, dont le cadavre était porté sur une litière d'or, figuraient 2,000 couronnes d'or, envoyées par les villes d'Italie, et un nombre infini de splendides trophées conquis par le rival heureux de Marius.

Dans les premiers temps de Rome, il était loisible aux familles d'enterrer les

de la maladie, a été à plusieurs reprises atteinte de catarrhe bronchique plus ou moins grave avec ou sans diarrhée.

2° La vicieuse alimentation qui a produit un état général (diminution d'appétit, irritabilité), avant d'amener des symptômes locaux, qui eux-mêmes ont reconnu pour cause occasionnelle une indigestion, mais qui évidemment étaient préparés de loin par la mauvaise nourriture que l'enfant avait prise depuis plusieurs semaines.

3° Le travail de la dentition est peut-être la cause qui a imprimé à la maladie le cachet cérébral.

4 Enfin il ne faut pas omettre la saison et l'année parmi les causes prédisposantes.

Dans l'observation suivante, la forme cérébrale a été encore mieux dessinée.

GARÇON DE 26 MOIS; INDIGESTION; ÉTAT CÉRÉBRAL FORT GRAVE; FORME ÉCLAMPTIQUE; TRAITEMENT PAR LE CALOMEL ET LES ÉMISSIONS SANGUINES; PERSISTANCE DE LA DIARRHÉE APRÈS LA DISPARITION DES SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX; GUÉRISON.

OBS. V. — Un garçon de 26 mois, grand et vigoureux, fils d'un paysan aisé, n'est, comme tous les enfants qui habitent la campagne, soumis à aucune surveillance régulière; aussi les écarts de régime amènent ils fréquemment des indigestions qui, comme dans ce cas-ci, ont des conséquences très-sérieuses.

Cet enfant, le jour du début, 19 juillet 1849, avait mangé dans les champs une grande quantité de grains de blé mal mûrs.

Dans la soirée, il est pris de vomissements incessants et de diarrhée abondante avec beaucoup de fièvre et d'agitation, alternant avec de l'assoupissement.

Je le vois le lendemain 20, à une heure après midi. Les traits sont contractés; le regard exprime l'égarement; les yeux sont cernés; le visage a une teinte générale un peu jaune. La peau est brûlante; le pouls à 140. L'enfant vomit en ma présence le liquide qu'on vient de lui donner à boire. Évacuations verdâtres comme hachées. Le ventre n'est pas très-ballonné. L'enfant crie quelle que soit la partie du corps que l'on touche; la langue est blanche; il ne tousse pas. (5 centig. de calomel; potion de bismuth trois heures après.)

L'enfant n'avait pas encore commencé la potion lorsqu'il est pris à plusieurs reprises de violentes attaques d'éclampsie qui durent quelques minutes et sont suivies d'un coma presque complet. Les convulsions cessent dans la nuit, mais le coma persiste.

Le lendemain matin 21, il est encore très-assoupi, ne répondant à aucune question. La peau est beaucoup moins chaude, le pouls rapide, sans plénitude ni irrégularité. Le ventre comme la veille. Les vomissements ont cessé; les selles continuent en diarrhée. M. le docteur Bizot, appelé la veille pendant les convulsions, a fait appliquer quatre sangsues derrière les oreilles. Dans la journée l'enfant reprend connaissance.

Le 22, l'intelligence est naturelle, mais la diarrhée, l'irritabilité, la faiblesse persistent jusqu'au 30.

Le 28, un épistaxis.

A aucune époque, il n'y a eu de symptômes typhoïdes. Les convulsions ne se sont pas répétées, et la guérison est complète le 30.

La forme cérébrale a été parfaitement caractérisée et l'affection abdominale non moins évidente, soit par ses symptômes propres, soit par les causes qui lui ont donné naissance.

L'indigestion a agi ici à la manière d'un poison irritant; il a déterminé une hypersécrétion avec inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale. La persistance de la diarrhée, l'intensité de la réaction fébrile sont les preuves irrécusables d'une forte irritation de l'estomac et des intestins et non pas d'une simple et éphémère indigestion. La saison et l'année sont les causes prédisposantes de cette grave affection que nous observâmes à une date correspondante à celle où nous recueillîmes l'observation précédente.

Dans les observations que nous avons citées, l'apparence de la maladie a été grave et l'éclampsie très-intense; mais il est d'autres cas assez nombreux dans la pratique, où l'entérite cérébrale se manifeste par une autre série de symptômes.

FILLE DE 4 MOIS; MAUVAISE ALIMENTATION; HÉRÉDITÉ DÉFAVORABLE; DÉBUT PAR DE LA FIÈVRE, DES COLIQUES, DU BALLONNEMENT DU VENTRE ET DE LA CONSTIPATION; SYMPTÔMES CÉRÉBRAUX CARACTÉRISÉS PAR DES TRESSAUTS, DE L'ASSOUPISSEMENT, DE L'IRRÉGULARITÉ DU POULS ET DE LA RESPIRATION, ETC., ETC.; TRAITEMENT ANTISPASMODIQUE ET ÉVACUANT; GUÉRISON.

OBS. VI. — La jeune fille dont il s'agit est âgée de 4 mois; elle appartient à une famille aisée. Elle a été nourrie pendant un mois par sa mère qui est lymphatique et qui avait peu de lait; son père est tuberculeux. Pendant ce mois, l'enfant a eu constamment de la diarrhée, et l'on retrouvait dans les selles des fragments de caséum indigérés. Depuis le sevrage, l'enfant était nourrie au biberon avec un mélange de lait (deux tiers) et du bouillon de poulet (un tiers). Les évacuations étaient redevenues à peu près normales.

Le 18 décembre 1849, elle est prise d'un léger mouvement fébrile; elle pousse des cris aigus intermittents coïncidant souvent avec des émissions gazeuses par la bouche et l'anus; le ventre est légèrement ballonné; constipation; pas de vomissements; langue humide; pas de muguet. Dans l'intervalle des cris, l'enfant a de la tendance à l'assoupissement, des tressaunts assez fréquents et une légère convulsion des globes oculaires.

Les cris, indices évidents de douleur abdominale, le ballonnement du ventre, les émissions gazeuses jointes à la fièvre et aux antécédents, indiquent que le siége de la maladie est dans les entrailles, malgré les quelques symptômes qui pourraient faire redouter une affection cérébrale. (Bain de son, cataplasme sur le ventre, potion avec du sirop de fleur d'oranger et huit gouttes de teinture d'aconit.)

La nuit est mauvaise; beaucoup de cris et d'agitation.

Le 19 au matin, l'assoupissement a augmenté, les tressaillements sont très-fréquents, la constipation persiste, ainsi que la fièvre. Le ventre est un peu moins ballonné. La respiration est irrégulière. Il y a souvent des changements de coloration du visage, quelques soupirs et du mâchonnement. L'enfant est très-sensible au bruit et à la lumière. Elle ressaute quand on parle un peu fort auprès d'elle. Quand on approche la lumière, elle ferme les yeux immédiatement; les pupilles sont normales; ni paralysie, ni convulsions. (Bain de son, cataplasme, une once de sirop de chicorée.) Elle vomit la première dose. Ce léger laxatif opère cependant et amène trois selles d'un vert foncé.

La nuit est très-agitée.

Le 20 au matin, les cris aigus accompagnant les émissions gazeuses qui continuent. Le pouls est très-irrégulier, ainsi que la respiration, et les symptômes cérébraux susindiqués persistent tout aussi nombreux et intenses.

Je continue à diagnostiquer une affection gastro-intestinale et une réaction sympathique vers le cerveau; cependant la prolongation et la réunion de ces symptômes me donnent quelque inquiétude, et je prescris deux poudres de 5 centigr. mélangées à parties égales de calomel et d'oxyde de zinc.

Je la revois à cinq heures du soir et la trouve mieux; elle a eu deux vomissements de lait; mais en même temps elle a eu une selle digérée jaune, de meilleure nature que les précédentes. Elle est plus réveillée; son regard est naturel; elle suit les objets; le pouls est moins irrégulier. Je prescris encore une poudre de zinc et de calomel.

Le 21, grande amélioration, ventre souple, bon visage, les cris ne se reproduisent plus; les émissions gazeuses ont disparu.

Le 22, elle est guérie.

---

leurs dans la maison même; cette latitude engendra des abus et des inconvénients que les ordonnances durent bientôt réprimer; aussi lit-on dans la loi des XII tables : *Hominem mortuum in urbe neve sepelito neve urito*. Le privilége de la sépulture intra-muros ne fut conservé que pour les vestales, pour les chefs de l'État, et pour les citoyens héroïques auxquels le peuple décernait des funérailles et érigeait un tombeau aux dépens du trésor public ou à l'aide d'une souscription volontaire. On voit que l'ancienne Rome a pris de bonne heure cette importante mesure d'hygiène publique ayant pour but d'empêcher l'entassement des morts avec les vivants, mesure si négligée chez nous au moyen âge, et dont Rome moderne avait peu souci avant que le règne de Pie IX ne vînt rappeler à une plus saine pratique. Quant à la partie du texte qui prohibe l'ustion dans la ville, elle est autant dictée par la sûreté publique que par l'hygiène. Certes la combustion d'un cadavre en place publique devait être une source de fétides dégagements, mais le plus grand danger consistait dans la possibilité de la propagation de l'incendie. Aux séditieuses funérailles de Claudius, tué par Milon, le feu prit, en effet, à la *Curia ostilia*, et se communiqua à la basilique *Porcia*. En l'an de Rome 716, les consuls Claudius et Narbonus firent décréter que le bûcher devait, non-seulement être élevé hors de la ville, mais que deux milles au moins le sépareraient désormais des murs d'enceinte.

Reprenons le cortége que nous avons laissé au Forum, entourant la tribune aux harangues. Le panégyrique est terminé, et la foule se dirige vers le bûcher. Celui-ci, appelé *pyra*, était élevé en pleine campagne ou dans l'*ustrina*, sorte de petite enceinte de pierre en forme de foyer, attenante à la sépulture de la famille, et dont on peut se faire une juste idée au tombeau de Porcius, sur la voie des tombeaux de Pompéi. Le bûcher était construit en forme d'autel élevé, et des bois de facile combustion, des résineux, par exemple, servaient à sa confection. Des guirlandes le paraient, et des cyprès se dressaient autour de lui. On rouvrait les yeux du mort, puis, avant de le placer sur le bûcher, on lui jetait de l'huile odorante, les parents lui en aspergeaient la face, et le bûcher était lui-même prodigalement arrosé de liqueurs précieuses. Nous avons dit qu'on versait également dans la bouche du cadavre une composition destinée à fournir au feu un aliment plus facile. Cette composition, appelée *murrhata*, semble avoir été un liquide dans la composition duquel figurait la myrrhe. Le luxe des bûchers devint si exorbitant à Rome, que le législateur crut urgent de fixer la quantité de liqueurs qu'on pouvait répandre, et défendit de façonner les bûches destinées à la *pyra* : *Rogum ascia ne polito*. Le sage Numa, pour éviter les inutiles prodigalités du bûcher, avait encouragé l'ensevelissement sans ustion, et ordonné qu'on procédât ainsi à ses funérailles. Le second roi de Rome a également laissé une loi posthume interdisant d'arroser de vin le bûcher : *Vino rogum ne respergito*. Quand le luxe prit ces colossales proportions qui caractérisent l'époque impériale, pas n'est besoin de dire que ces prescriptions tombèrent en désuétude.

Les parents du défunt mettaient le feu à la *pyra*, en détournant la tête. Le bûcher enflammé prenait alors le nom de *rogum*, d'après Servius. C'est quand la fournaise petillait qu'on sacrifiait le plus follement à la prodigalité : on y jetait des habits précieux, l'or et la pourpre, les armes, les insignes, les trophées du défunt, et les femmes y joignaient les tresses de leurs cheveux coupés en signe de deuil. Ces présents aux dieux mânes s'appelaient *munera*. La

Dans ce cas, les symptômes cérébraux ont été parfaitement caractérisés, et les symptômes abdominaux n'ont pas été moins évidents; mais c'est la constipation qui a dominé plutôt que la diarrhée. N'était l'absence presque complète de vomissements et la facilité avec laquelle on a pu obtenir des évacuations par un laxatif léger, il y avait assez de symptômes cérébraux pour faire redouter une méningite, comme il est dit dans l'observation. Cette inquiétude nous a alarmé un instant. Heureusement qu'elle n'a pas été de longue durée; car la maladie a rapidement cédé sous l'influence du zinc et du calomel.

(La suite au numéro prochain.)

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR L'INTRODUCTION, DANS L'ÉCONOMIE, DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES; par MM. AUG. DUMÉRIL, DEMARQUAY et LECOINTE.

(Suite. — Voir les numéros des 10, 17, 24 avril, 4 juillet, 24 octobre 1852 et 1er janvier 1853.)

I. — VOMITIFS.

3° SULFATE DE CUIVRE.

Cette substance n'est pas très-employée en France, mais les Allemands s'en servent avec avantage dans certaines affections du système nerveux et dans le croup.

En France, son emploi est presque borné à l'usage externe, et quelquefois seulement on le donne comme vomitif énergique. Cependant, un des meilleurs et le plus récent de nos traités de matière médicale et de thérapeutique omet de parler de cet agent, et nous le regrettons.

Nous avons fait, avec ce sel métallique simple, cinq expériences, et une sixième avec le sulfate de cuivre ammoniacal; les voici :

EXP. I. — 10 novembre 1850. La température initiale est de 39°,8.

A midi 25 minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien 1 gramme de sulfate de cuivre en solution dans 50 grammes d'eau à 35°.

A 2 heures 40 minutes, 38°4. Il s'échappe de l'anus, pendant que le thermomètre y est introduit, une sérosité jaune verdâtre. De la salive visqueuse pend sur les côtés de la bouche.

A 6 heures, on trouve l'animal mort.

AUTOPSIE le 11 à 11 heures et demie du matin.

Les poumons, le cœur, le foie, la rate et les reins n'offrent rien d'anormal. L'estomac est rempli d'un liquide gris verdâtre; sa membrane muqueuse, tapissée d'une couche peu épaisse d'un mucus gélatiniforme, grisâtre, est elle-même d'un gris terne, sans arborisation. La membrane interne de l'intestin est d'une teinte rouge amarante, qui devient de plus en plus foncée jusqu'au commencement du dernier cinquième; elle est abondamment recouverte d'une bouillie sanguinolente, d'un rouge qui passe presque jusqu'au noir. Dans le dernier cinquième, la membrane muqueuse redevient d'un rouge gris, et n'est plus recouverte que d'un mucus grisâtre.

Les membranes du cerveau sont fortement injectées. La substance grise est rouge; la substance blanche est criblée, surtout en certains points, d'un piqueté gros et abondant. Les membranes de la moelle épinière sont intactes. La substance grise et la blanche sont rosées.

EXP. II. — 17 novembre 1850. La température initiale est de 40°.

A 11 heures 20 minutes, on introduit, dans l'estomac d'un chien, 25 centigr. de sulfate de cuivre en solution dans 50 grammes d'eau à 35°.

A 11 heures 30 minutes, l'animal a des nausées; il s'étend sur ses pattes antérieures en relevant le train de derrière.

A midi 15 minutes, 38°,1; il s'échappe de l'anus de la sérosité verte.

A 2 heures 40 minutes, 36°,9; efforts de vomissement, abattement.

A 6 heures, on le trouve mourant; à 6 heures 15 minutes, il meurt.

AUTOPSIE le 19 à 10 heures et demie du matin.

Les organes contenus dans la cavité thoracique ne nous offrent rien à noter. Les viscères abdominaux ont une teinte vineuse légère. Le pancréas est rosé.

La membrane muqueuse de l'estomac est, dans une petite portion du grand cul-de-sac, parfaitement saine, ce qui est d'un contraste étrange avec l'apparence ecchymotique de tout le reste de sa surface.

L'ecchymose est noire; elle offre une singularité : c'est l'aspect granuleux, sensible au toucher, de la portion pylorique. On trouve également dans la cavité de l'estomac un mucus gélatiniforme, rouge, sanguinolent dans certaines parties, d'un gris bleuâtre dans d'autres. L'intestin a une apparence particulière; il est annelé, c'est-à-dire qu'il offre, dans toute son étendue, des injections circulaires alternant avec des portions saines d'un à 2 centimètres de largeur; la teinte rouge des anneaux va s'affaiblissant vers l'intestin rectum. Le mucus contenu dans l'intestin est d'un gris bleuâtre.

Les ganglions du plexus solaire sont légèrement rosés.

Les membranes du cerveau sont très-fortement injectées.

La substance grise est le siége d'une coloration rougeâtre intense; la substance blanche est à peine piquetée. La pie-mère de la moelle épinière est faiblement injectée, mais la substance grise est rosée; la blanche est saine.

EXP. III. — 17 novembre 1850. La température initiale est de 40°,4.

A 11 heures 40 minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien 25 centigr. de sulfate de cuivre en solution dans 25 grammes d'eau à 35°.

A midi 25 minutes, 39°2; l'animal a des nausées.

A 2 heures 45 minutes, 38°,5.

A 6 heures 10 minutes, 39°,4.

A 11 heures 5 minutes, 36°,8; l'animal est beaucoup moins abattu qu'il ne l'était dans la matinée; il reste dans l'immobilité, mais il se tient soit sur ses pieds, soit assis sur son train de derrière.

Il meurt le 18 à 4 heures de l'après-midi.

AUTOPSIE le 19, à 11 heures.

Rien à noter dans la cavité thoracique. Dans la cavité abdominale, toute la membrane muqueuse de l'estomac est fortement injectée; de plus, elle présente éparses, çà et là, des ecchymoses noires; le contenu de l'estomac est liquide et ressemble parfaitement à du sang veineux, à l'état de fluidité parfaite.

La membrane muqueuse de l'intestin est épaissie et fortement injectée dans toute son étendue, si on en excepte cependant le troisième quart de l'intestin grêle, dont l'injection est beaucoup moins prononcée. La coloration est donc, dans la plus grande portion, d'un brun rougeâtre, chocolat clair, et seulement rouge dans le quart dont il a été parlé. Le liquide contenu dans l'intestin est un peu plus épais que celui de l'estomac, mais il offre la même teinte.

Les ganglions du plexus solaire sont rouges.

Les membranes du cerveau sont faiblement injectées. La substance grise du cerveau est vivement rosée dans les tubercules quadrijumeaux et dans les corps striés, et presque à l'état sain dans les autres parties. La substance blanche n'offre

---

loi fut encore obligée d'intervenir pour mettre un frein à ces dispendieux sacrifices; elle défendit, par exemple, de livrer aux flammes plus de trois robes de deuil, et de rendre plus d'une fois les honneurs funèbres au même individu. Le besoin de représentation était en effet devenu si impérieux qu'on répétait plusieurs fois les funérailles pour diverses parties du corps séparées au préalable du cadavre, pratique qu'il ne faut pas confondre avec la section d'un doigt que l'on faisait communément pour sacrifier la partie détachée aux dieux mânes.

Quand le bûcher était à demi consumé, *bustus ou bustuarium*, commençaient les offrandes sanglantes. Pour apaiser les mânes, divinités qui à la fois aiment le sang et agréent les paisibles libations de lait, on immolait les animaux favoris du défunt; ainsi Pline parle d'un père faisant périr sur le bûcher de son enfant *mannulos multos, canes majores minoresque, luscinias, psittacos, merulas.* Plus tard, ce fut le sang humain qui fut appelé à apaiser ces terribles dieux mânes, le sang des prisonniers, des esclaves et des gladiateurs appelés *bustuarii.* Un adieu touchant terminait ces scènes barbares; le plus proche parent congédiait la foule par ces belles paroles : *Æternum vale; nos te, ordine quo natura jusserit, cuncti sequemur.*

Les assistants se purifiaient en passant sur le *bustuarium* presque éteint, puis retournaient à la maison mortuaire. Celle-ci était également purifiée en la balayant avec de la verveine. Les parents et les intimes se plongeaient dans le bain et se rendaient au *triclinium* pour prendre le repas funèbre. Ainsi se terminait le huitième jour.

Le lendemain, les parents et les amis retournaient au bûcher pour recueillir les cendres. On les lavait dans du vin, puis, après y avoir mêlé des fleurs et des parfums, on les renfermait dans l'urne funéraire, *urna cineraria, sepulcralis, ossuaria.* Nous avons puisé des cendres dans plusieurs cippes et dans des *ollæ* : c'est une cendre douce et soyeuse, d'un gris noirâtre, parsemée de petites particules blanches et mêlée de fragments osseux plus ou moins considérables, parmi lesquels on reconnaît surtout des lames et des apophyses vertébrales.

Un peu après Auguste, on commença à se servir communément de linceuls d'amiante qui, sans gêner la combustion, empêchaient la cendre révérée du cadavre de se mêler aux immondes débris du bûcher. Au musée bourbonien de Naples, nous avons vu une toile d'amiante soigneusement tissée, qui, lorsqu'elle fut trouvée dans un vieux tombeau de la Pouille, contenait encore les cendres du cadavre. Une autre toile, plus grossière, existe également à la bibliothèque vaticane de Rome.

Nous ne nous expliquons pas comment on pouvait recueillir les cendres, quand on ne se servait pas de la toile isolante d'amiante, c'est-à-dire pendant toute l'époque romaine antérieure à Auguste et sous le règne de cet empereur. Le cadavre, posé sur un bûcher élevé, devait mêler sa cendre à celle du bois, et les différents objets qu'on jetait dans les flammes, aussi bien que les animaux immolés, augmentaient encore la confusion. Nieupoort admet, en s'appuyant sur certains passages obscurs, que le corps n'était point placé sur le bûcher, mais posé dans un trou ménagé au centre de celui-ci, et qu'il était ainsi consumé par les flammes qui le recouvraient comme d'une voûte de feu. Il ajoute

qu'un piqueté très-rare. La pie-mère de la moelle est à peine injectée et la substance grise l'est finement.

Exp. IV. — 17 novembre 1850. La température initiale est de 40°,2.

A 10 heures 40 minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien 1 gramme de sulfate de cuivre en solution dans 50 gr. d'eau à 35°.

A 11 heures, l'animal se réfugie dans l'angle formé par la muraille et un meuble ; il se plaint, rend une écume assez abondante, a des nausées et souffle avec force.

A 11 heures 30 minutes, l'animal, qui depuis quinze minutes faisait des efforts comme pour rendre des matières fécales, a des selles bleuâtres accompagnées de ténias. La couleur des selles dénote la présence du sulfate de cuivre dans tout le parcours de l'intestin.

A midi, 38°. L'animal continue à expulser des selles bleuâtres. Il est à noter qu'il n'y a plus de nausées.

A midi 20 minutes, selles sanguinolentes.

A 2 heures 30 minutes, 38°. Au moment de l'introduction du thermomètre, il s'échappe de l'anus des matières liquides rouges de sang. L'animal est très-abattu.

A 6 heures, on le trouve mort. Il y a sous lui d'abondantes déjections alvines fortement teintées de sang.

Autopsie le 19, à 9 heures et demie du matin.

Les viscères contenus dans la cavité thoracique n'offrent rien d'anormal. Les viscères de la cavité abdominale ont une teinte vineuse ; les reins seuls présentent une injection remarquable ; mais le phénomène culminant est l'état pathologique de tout le tube intestinal : la membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin dans toute son étendue est épaissie, noire d'injection et recouverte d'un mucus gélatiniforme abondant, sanguin, de l'apparence d'une gelée de groseilles de qualité inférieure.

Les ganglions du plexus solaire sont rouges.

Les membranes du cerveau sont très-fortement injectées ; la substance grise est rouge et la blanche piquetée dans certaines parties. La pie-mère de la moelle épinière est très-légèrement injectée, et la substance grise est un peu rose.

Exp. V. — 1er décembre 1850. La température initiale est de 40°.

A 11 heures 35 minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien 10 grammes de sulfate de cuivre en solution dans 100 gr. d'eau à 35°.

A midi 55 minutes, 38°,3. Contraction spasmodique du rectum avec léger prolapsus de la membrane muqueuse, écoulement d'un liquide séreux verdâtre. Presque immédiatement après l'exploration thermométrique, il se couche sur le flanc et meurt sans convulsion à une heure 20 minutes.

Autopsie le 3, à 11 heures du matin.

Cavité thoracique. — Les poumons sont ecchymosés en quelques places ; le cœur contient un sang fluide, noir et visqueux.

Cavité abdominale. — L'aspect général des intestins et de l'estomac a une teinte verdâtre très-prononcée, qui se remarque également au point de contact du foie avec le tube digestif. L'intestin est revenu sur lui-même, au point de diminuer notablement son diamètre. Le foie est sain, le pancréas rosé et les reins turgescents. L'estomac contient un liquide aqueux d'un bleu verdâtre. La membrane muqueuse stomacale et intestinale est recouverte d'un mucus adhérent bleu verdâtre dans l'estomac et dans les quatre premiers cinquièmes de l'intestin et bleu dans la dernière partie ; elle est épaissie et de la nuance du mucus qui la recouvre. On ne constate de la vascularisation dans aucun point de la membrane muqueuse du tube digestif.

Les ganglions du plexus solaire sont rouges et injectés.

Les membranes du cerveau sont fortement congestionnées. La substance grise du cerveau et du cervelet est rouge. La substance blanche du cerveau et du cervelet est rouge. La substance blanche est criblée d'un piqueté gros et abondant, surtout vers la protubérance annulaire. Les membranes de la moelle épinière sont légèrement injectées.

La substance grise est rosée ; la substance blanche est le siége d'un piqueté fin et rare.

Exp. VI. — 1er décembre 1850. La température initiale est de 40°.

A onze heures trente minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien 1 gramme de sulfate de cuivre ammoniacal en solution dans 50 grammes d'eau à 35°.

A onze heures trente-cinq minutes, nausées répétées.

A onze heures quarante minutes, écoulement presque continuel par l'anus de mucosités teintes en bleu foncé.

A midi, nouvelles selles semblables aux précédentes.

A midi trente-cinq minutes, 36°,7. Pendant que l'instrument est dans le rectum, il s'en écoule une mucosité grisâtre. L'animal s'élance avec facilité de la table sur le sol ; il a des nausées.

A deux heures quarante minutes, 35°,5 ; il s'échappe de l'anus de la sérosité fortement teintée de sang. L'animal, quoique affaibli, saute de la table par terre et reste couché sur le ventre dans un état de grand abattement.

A six heures 5 minutes, 27°. Prostration extrême, respiration irrégulière. Un moment avant que l'on eût constaté la température, il se tenait droit sur ses pieds de devant, assis sur son derrière, avec un mouvement de balancement. Après que la température a été prise, il devient immobile, puis meurt.

Autopsie le 3 décembre, à midi.

Cavité thoracique. — Les poumons sont sains ; le cœur contient un sang noir, semi-fluide.

Cavité abdominale. — Le foie, la rate, le pancréas sont à l'état normal. Les reins sont turgescents. L'estomac et l'intestin, dans toute sa longueur, contiennent un mucus épais, sanguinolent ; la membrane muqueuse de ces organes présente une vascularisation des plus abondantes, et celle de l'estomac, dans son petit cul-de-sac, est maculée d'ecchymoses nombreuses, complétement noires.

Les ganglions du plexus solaire sont rouges.

Les membranes du cerveau sont injectées ; la substance grise est rosée ; la substance blanche est parsemée d'un peu de piqueté fin. Les membranes de la moelle épinière sont légèrement injectées ; la substance grise est rosée et la substance blanche est le siége d'un piqueté fin et rare.

Ces expériences fournissent ce résultat commun, que nous avons toujours obtenu un abaissement de température qui a varié de 0°,4 à 13°.

L'état des membranes muqueuses du tube digestif est en tout point d'accord avec ce qu'en ont dit MM. Campbell, Smith, Orfila et Mialhe. Nous citerons spécialement l'état de l'axe cérébro-spinal et celui des ganglions du grand sympathique.

Le sulfate de cuivre doit être étudié sous deux points de vue différents : 1° comme agent topique ; 2° après son absorption.

1° *Comme agent topique :*

En solution à de très-petites doses, il est tonique, astringent, et comme le dit avec raison M. Mialhe, il est coagulant. A hautes doses, il devient irritant, modifie profondément les tissus, donne lieu à un écoulement de sérosité, et, comme le dit encore M. Mialhe, il est fluidifiant. Les propriétés vomitives du sulfate de cuivre doivent être rapportées à son action topique. Les modifications qu'il fait subir par son simple contact à la membrane muqueuse du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac, sont si profondes que les ramifications nerveuses de ces organes sont vivement impressionnées, et que les contractions musculaires nécessaires au vomissement naissent presque immédiatement. M. Béringuier, dans son intéressant travail sur l'emploi du sulfate de cuivre contre le croup, pense que cette substance fait vomir en agissant moins sur l'estomac que sur le pharynx.

---

qu'à l'aide de grandes tringles, on empêchait les bûches environnantes de couvrir le corps de leurs débris fumants. Nos propres recherches établissent péremptoirement qu'on plaçait le cadavre sur un lit de fer posé sur le bûcher, et ce mode est mis hors de doute par la découverte d'un de ces lits, qui figure dans l'intéressante galerie du marquis Campana, à Rome. C'est un gril rectangulaire de la longueur d'un homme, formé d'étroites et minces bandes de fer qui se croisent en laissant entre elles des jours lozangiques. Une sorte d'oreiller de même métal recevait la tête. Mais, quoi qu'il en soit, ces précautions devaient être insuffisantes, et nous pensons que, sous peine de recueillir un ramassis hétérogène, on devait se contenter de récolter quelque peu de cendre grasse et onctueuse et des fragments d'os, c'est-à-dire les parties dont la provenance était la plus évidente. Les archéologues n'ont pas, que je sache, agité la question de cette récolte partielle ou totale. Notre opinion, qui penche pour la première supposition, est corroborée par la remarque suivante, qui nous appartient : nous avons lu en plusieurs endroits sur les *tituli* de *loculi* contenant deux *ollæ*, ou même à propos d'une seule *olla : Sibi quisque libertis et libertabus, posterisque eorum.* On ne peut raisonnablement admettre qu'une ou deux *ollæ* de la capacité de quatre litres environ chacune, ait pu devenir le réceptacle des cendres de toute une maison, les affranchis compris, et il faut bien supposer que, dans certains sépulcres, chaque corps était représenté par une quantité assez minime de résidu incinéré. Nous verrons bientôt, à propos des *columbaria* découverts près de la porte *Capæna*, que le plus récent, postérieur à Auguste, tandis que les autres sont contemporains de cet empereur, contient des *ollæ* de famille cinq ou dix fois plus amples que celles des *columbaria* plus anciens, ce qui tend encore à établir que la récolte était partielle avant l'usage de l'amiante et devint ensuite plus complète.

F. Jacquot.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— Nous annonçons avec douleur la mort de notre vénérable et bien-aimé collègue M. Andral père, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, commandeur de l'ordre des Deux-Siciles. C'était un noble caractère, un ami sûr, un esprit droit et un homme de bien.

— On admire, dans la salle des délibérations des professeurs de la Faculté de médecine de Paris, un magnifique portrait d'Ambroise Paré attribué à Porbus l'ancien, contemporain de l'illustre père de la chirurgie moderne. Ce portrait a été acheté sous le décanat de M. Bérard et à sa sollicitation. C'est, sans contredit, une des plus belles pièces des collections si riches de la Faculté.

— A propos de nominations de professeurs, on parle beaucoup du projet qu'on aurait de supprimer la présentation et de confier, purement et simplement cette nomination aux seules lumières du ministre. Cette nouvelle nous paraît avoir grandement besoin de confirmation, malgré la source sérieuse d'où elle nous vient. (Monit. des Hôp.).

2° *Après absorption*, le sulfate de cuivre présente les symptômes communs au cuivre : nausées, vomissements, gastralgie, coliques, *diarrhée* séreuse (distinction fondamentale avec l'empoisonnement saturnin), anxiétés précordiales, *céphalalgie* violente, pouls serré, fréquentes, syncopes, convulsions, etc. (Mérat et Delens, DICTIONN. DE MAT. MÉD., t. II, p. 498; M. Orfila, TRAITÉ DE TOXICOLOGIE, t. I, p. 610 et suiv.)

Les vomissements et les coliques pourraient se rapporter à l'action locale; mais la céphalalgie violente tient évidemment à l'absorption du poison. Nos autopsies n'ont elles pas, d'ailleurs, corroboré pleinement cette manière de voir? La rougeur de la substance grise, le piqueté de la substance blanche, l'injection des méninges, rendent bon compte des phénomènes encéphaliques. M. Orfila a donc avec juste raison conclu à l'absorption du sulfate de cuivre, contrairement à l'opinion de MM. Campbell et Smith, qui prétendaient que cette substance bornait son action à la partie qu'elle cautérisait.

M. Barbier (d'Amiens), que nous aimons à citer souvent lorsqu'il s'agit d'interpréter l'action intrinsèque d'une substance, dit, en parlant du sulfate de cuivre ammoniacal : « Il excite souvent les organes digestifs; il accroît leur énergie. Mais d'autres fois il donne lieu à de la cardialgie, à des nausées, à des coliques, à des déjections par bas, à des vomissements. Cette substance saline produit aussi des étourdissements, des douleurs de tête; elle porte donc une influence particulière sur le cerveau. »

Nos expériences et l'étude des phénomènes que provoque le cuivre sur les ouvriers qui le travaillent, nous portent à émettre les conclusions suivantes :

1° Le sulfate de cuivre a *électivité* primitivement sur le système nerveux cérébro-spinal, secondairement sur les plexus du grand sympathique.

2° Le sulfate de cuivre, à très-petites doses rarement répétées, est *hypersthénisant;* à petites doses, longtemps continuées, il devient *hyposthénisant.*

3° Le sulfate de cuivre a deux actions *spécifiques :* à petites doses, il est coagulant; à hautes doses, il est fluidifiant.

Ces propositions demandent à être corroborées par l'expérimentation clinique.

Le sulfate de cuivre, et surtout le sulfate de cuivre ammoniacal, ont été administrés dans l'épilepsie par Hawkins, Koch, Stisser, Weissmann; dans la chorée par Walker, Willan, Urvins, Niemann.

Ces affections dépendent évidemment de l'axe cérébro-spinal, et dans ces cas, quoique l'action intime du sulfate de cuivre nous soit restée cachée, il n'en est pas moins vrai qu'il a modifié le mal à sa source, qu'il a eu *élection* sur le système nerveux; d'ailleurs nous rappellerons de nouveau nos autopsies et l'état constant du cerveau chez les chiens empoisonnés par cette substance, et la céphalalgie des ouvriers en cuivre.

Nous avons dit qu'il est hypersthénisant à petites doses rarement répétées, et hyposthénisant à doses souvent renouvelées et tolérées. Il est hypersthénisant, il est tonique, il excite l'action des organes digestifs. Cette manière de voir est conforme à celle de Schwilgué, de Mérat et de Lens, de M. Barbier (d'Amiens).

Cette substance, lorsqu'elle est continuée, abaisse la température, devient *altérante*, fluidifiante, par conséquent hyposthénisante.

Le sulfate de cuivre, très-employé contre le croup par Hoffmann, Frelitz, Koerking, Zimmermann, Dûrr, Hufeland, Fürst, Hanckel, l'est encore très-peu en France; il commence cependant à paraître dans nos prescriptions vomitives, et nous sommes étonnés, après l'avoir vu prescrire à doses assez élevées à M. Throusseau, de ne le trouver mentionné ni dans son TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE, ni dans son formulaire publié en commun avec M. Reveil. A quoi faut-il attribuer cette abstention?

M. Béringuier, dans un travail important que M. Bouchardat a inséré dans son précieux ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE (1847), a mis en relief les avantages du sulfate de cuivre comme substance vomitive contre le croup.

Pour nous, le sulfate de cuivre remplit deux indications pressantes dans cette maladie : il désobstrue les conduits aériens, les débarrasse des concrétions diphthériques, et modifie *spécifiquement* la membrane muqueuse du pharynx et, par continuité, celle du larynx.

Nous ne nous dissimulons pas les dangers d'une substance telle que le sulfate de cuivre, mais dans une affection aussi grave que le croup, il faut des moyens énergiques et surtout d'une action si constante que la modalité pathologique ne puisse l'atténuer; or, pour remplir les deux actions précitées, est-il un agent moins équivoque, plus sûr que le sulfate de cuivre?

L'emploi externe du sulfate de cuivre comme astringent est si commun, que nous n'avons pas besoin d'insister sur ce point : en collyre, en injections, en applications sur les ulcères, même en lavement dans certaines diarrhées, il est d'un usage journalier.

Dans cet emploi externe, il existe cependant certaines règles à observer et qui découlent de son action *spécifique* sur les éléments protéiques des tissus; il est coagulant à petites doses et peut devenir fluidifiant à doses continuées ou élevées. Ainsi nous avons vu des injections très-faibles diminuer et même tarir des écoulements de l'urètre que des solutions plus fortes ne feraient qu'augmenter.

L'état des organes digestifs et du système nerveux des sujets qui succombent à l'intoxication cuprique révèlent les dangers de l'emploi des préparations à base de cuivre; mais est-ce une raison pour rejeter ces agents de nos formulaires? Nous ne le pensons pas. Comme pour toutes les substances énergiques dont dispose le thérapeutiste, il faudra savoir utiliser les modifications pathogéniques sans altérer les actes vitaux.

Nous rappellerons en terminant nos propositions précédentes :

1° Le sulfate de cuivre a *électivité* primitivement sur le système nerveux cérébro-spinal, secondairement sur les plexus du grand sympathique.

2° A très-petites doses rarement répétées, il est *hypersthénisant;* à petites doses longtemps continuées, il devient *hyposthénisant.*

3° Il a deux actions *spécifiques :* à petite dose il est coagulant, à haute dose il est fluidifiant.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros du second semestre de 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Considérations pathologiques, physiologiques et thérapeutiques sur le foie et ses dépendances;* par M. Fauconneau-Dufresne. 2° *Cas d'hydrophobie;* par M. Monchet. 3° *Des éléments physiologiques du pouls;* par M. Robert-Latour. 4° *Mémoire sur l'existence du manganèse dans le sang humain, sur son rôle dans l'économie animale, et sur la préparation de quelques nouveaux produits pharmaceutiques de fer et de manganèse;* par M. Burin du Buisson. 5° *Mémoire sur l'inégalité congénitale ou acquise des deux moitiés de la face;* par M. Bouvier. 6° *Traitement de la folie par les bains prolongés;* par M. Turck. 7° *Observations d'un cas de grippe;* par M. Vergier. 8° *Considérations pratiques sur la force vitale;* par M. Auber. 9° *Considérations générales sur l'hydrothérapie, sa propagation, sa doctrine, ses limites;* par M. Ley. 10° *Résumé des leçons sur l'albuminurie;* faites par M. Brachet. 11° *De l'hydrothérapie contre le choléra;* par M. Moncbet. 12° *Accouchement difficile;* par M. Mordret. 13° *Echtyma simple, compliqué de gale, etc.;* par M. Costbilhes. 14° *Angine couenneuse d'un seul côté, débutant sous la forme aiguë, passant ensuite à l'état chronique, et opérée par un traitement spécifique;* par M. Renouard. 15° *Mémoire sur les tumeurs éburnées du sein,* par M. Lesauvage. 16° *De la curabilité de certains cancers par l'emploi de l'acide sulfurique monohydraté uni au safran;* par M. Vignolo. 17° *Cas douteux de suette miliaire rémittente;* par M. Delasiauve. 18° *Morsure de la vipère, guérison prompte par la succion suivie de cautérisation;* par M. Blanchet.

MÉMOIRE SUR LES TUMEURS ÉBURNÉES DU SEIN; par M. LESAUVAGE.

Cette affection, que le professeur Alibert avait désignée sous le nom de *cancer éburné*, ne mérite d'être ni confondue ni même rapprochée du véritable cancer. M. Lesauvage, qui en a observé plusieurs exemples, s'attache à tracer les caractères qui la différencient du squirrhe, celles des formes du cancer avec laquelle ses ressemblances seraient les plus grandes. D'abord la dégénérescence éburnée ne produit par elle-même aucune souffrance; la tumeur qu'elle constitue demeure longtemps indolente, sans causer aux malades ni inquiétude ni presque d'incommodité. Ce n'est que plus tard qu'elle réveille des douleurs, alors que la transformation spéciale du tissu cellulaire qui la constitue se propage de la mamelle à l'aisselle et au cou, et produit la compression des plexus brachial ou cervical.

Cette tumeur ne s'ulcère pas non plus. Si M. Lesauvage, qui en rapporte cinq observations, y a vu deux fois cette complication, elle fut due une fois à une inflammation accidentelle terminée par gangrène. Dans le second cas, l'ulcère résulta de l'application d'un caustique; il devint évidemment cancéreux, mais s'étendit au sein gauche tandis que l'éburnation occupait le sein droit (1) et respecta, comme s'il en avait été repoussé par une bar-

(1) Malgré cette circonstance, si habilement mise en relief par l'honorable et

rière infranchissable, les parties précédemment envahies par l'éburnation.

Comparativement bénigne quant à sa nature intrinsèque, cette dégénérescence n'amène pas la mort moins promptement que le cancer, mais elle l'amène par un procédé différent. Ledran avait déjà soupçonné que la transformation du tissu cellulaire du sein et de l'aisselle se continue au tissu cellulaire de l'intérieur de la poitrine. Ce trait de lumière, émis au hasard et sans preuve, est confirmé par les observations de M. Lesauvage. Dans deux autopsies, il a effectivement pu suivre cette extension fatale de la maladie. Le tissu cellulaire intermédiaire à la tumeur et aux parois pectorales se déchirait, dit-il, en lames sèches, d'un blanc mat, comme feutrées. Les muscles pectoraux et intercostaux amincis s'étaient confondus dans ce tissu cellulaire ainsi altéré. Dans la poitrine, le tissu cellulaire qui double les plèvres en avant était induré, blanchâtre; il offrait, dans un cas, depuis 2 jusqu'à 5 millimètres d'épaisseur. C'était surtout à la portion correspondante au diaphragme que l'induration était plus exprimée. Les séreuses ne présentaient aucune apparence de lésion. Le tissu cellulaire sous-pleural qui répondait au sein était aussi altéré, ainsi que celui qui double la partie antérieure du péricarde. Enfin la même altération se remarquait sur une grande partie de la voûte du diaphragme, au-dessus de la séreuse péritonéale.

Avec des lésions aussi étendues, on comprend les désordres de la respiration qui doivent en être la conséquence. Aussi les observations de M. Lesauvage nous apprennent-elles que toutes ses malades ont succombé à une oppression qui se produisait à une époque avancée de la maladie, a augmenté rapidement d'intensité, et a déterminé la mort par une véritable asphyxie.

— Le silence absolu que gardent beaucoup d'auteurs classiques sur cette espèce de tumeur mammaire doit faire accueillir avec le plus vif intérêt les renseignements tout pratiques que l'expérience de M. Lesauvage l'a mis à même de réunir sur leur pathologie. Si la thérapeutique est moins avancée à leur égard que le diagnostic, ce n'est qu'un motif de plus pour s'attacher à l'étude de ce dernier, pour apprendre à le porter de bonne heure alors que l'affection à peine commencée serait peut-être plus accessible à l'influence des moyens généraux ou locaux, parmi lesquels la compression nous paraîtrait, *à priori*, devoir offrir le plus de chances de succès.

DE LA CURABILITÉ DE CERTAINS CANCERS PAR L'EMPLOI DE L'ACIDE SULFURIQUE MONO-HYDRATÉ, UNI AU SAFRAN; par M. le docteur VIGNOLO.

Le caustique *sulfo-safrané* est formé d'un mélange de safran et d'acide sulfurique très-concentré, triturés ensemble, sans autre règle, pour la proportion respective des deux substances, que d'employer une quantité d'acide suffisante pour former avec le safran une pâte molle, mais non diffluente. Aux faits déjà connus qui tendent à attribuer une certaine prééminence à ce caustique sur les caustiques usités, il convient d'ajouter une observation communiquée par M. Pétrequin. Dans ce cas, il s'agissait d'une tumeur cancéreuse ou réputée telle, siégeant sur l'emplacement de la glande thyroïde, et détruite au moyen de trois applications du caustique. Ce qui, suivant M. Vignolo, semble caractériser l'efficacité particulière du caustique sulfo-safrané, c'est sa combinaison plus intime avec les tissus malades, attestée par la dureté ligneuse qui résulte de la carbonisation des parties cautérisées, la dessiccation de sa surface, l'absence de toute hémorrhagie et de toute réaction inflammatoire. Si, en effet, ces propriétés sont inhérentes à la nature du caustique, si on peut les reproduire toujours et à coup sûr, c'est bien à elles qu'il faut attribuer la supériorité du caustique. Nous sommes d'autant plus porté à le croire que, dans quelques cas exceptionnels, l'application du caustique de Vienne, quoique d'une énergie moindre, produit quelquefois la même carbonisation, la même dessiccation, la même absence de réaction inflammatoire, et c'est dans ces cas que la destruction de la tumeur est plus rapide et plus complète.

ABCÈS PAR CONGESTION COMMUNIQUANT AVEC UNE CAVERNE DU POUMON; VOMIQUE; MORT; par M. le docteur COSTILLY.

Nous ne voulons considérer, dans un cas très-compliqué rapporté par l'auteur, que la circonstance d'un abcès par congestion se faisant jour par le poumon. A l'autopsie, on trouva une caverne organisée, communiquant d'un côté avec un tuyau bronchique, et de l'autre à travers une éraillure du diaphragme, avec un foyer purulent descendant des articulations vertébrales des trois dernières côtes, rugueuses et dénudées. Au niveau de la douzième côte, le trajet fistuleux s'élargissait, formant un vaste clapier, qui contenait deux verres de pus séreux. Autour de la caverne pulmonaire, on remarquait une infiltration tuberculeuse considérable. A part une petite caverne du diamètre d'une noisette, remplie de tubercules crus, le reste du *poumon était sain.*

En présence de ce double siége de l'affection, l'auteur se demande par lequel des deux points, des articulations costo-vertébrales ou du poumon, la maladie avait débuté: il est disposé à croire qu'elle a débuté par le poumon. Il convient de noter que jusqu'aux trois derniers jours de la maladie, l'abcès par congestion avait seul été reconnu et la carie des côtes soupçonnée; la vomique tuberculeuse s'est révélée spontanément. Au point de vue des symptômes extérieurs, il n'y avait donc aucune raison de croire que le mal eût débuté par le poumon. L'auteur se fonde sur l'ancienneté de la caverne pulmonaire, dont la cavité intérieure était revêtue d'une fausse membrane. Mais les articulations des côtes étaient détruites. Laquelle de ces deux circonstances, toutes choses égales d'ailleurs, offre le caractère le plus probant de la spontanéité et de l'antériorité? La réponse ne nous paraît pas douteuse : toutes les poches d'abcès par congestion, quel que soit leur siége, offrent la même disposition intérieure. On remarquera en outre que la communication bronchique de la poche pulmonaire ne s'est faite que peu de jours avant la mort, sans qu'aucun symptôme jusque-là eût laissé soupçonner l'existence d'une lésion du poumon. Nous sommes donc porté à croire qu'il s'est agi, dans ce cas, d'un abcès par congestion dont la colonne de liquide a progressé de bas en haut à travers le diaphragme, est venue s'accumuler dans une poche du poumon, et finalement s'est fait jour à l'extérieur. Nous avons eu récemment l'occasion, M. Ricord et moi, d'observer un cas tout semblable : la maladie costo-vertébrale avait précédé l'abcès pulmonaire de plus d'une année, et la maladie a présenté, dans sa terminaison, exactement la marche et les incidents du cas que nous venons de rapporter. Or, dans cette migration du pus d'une partie déclive vers une partie plus élevée, à travers des obstacles matériels jusqu'au poumon, il y a un fait de physiologie pathologique des plus intéressants à examiner : par quelle cause et sous quelle influence cette migration contre la pesanteur a-t-elle lieu? C'est ce qui se présentera plus loin à examiner, à propos d'autres faits du même genre.

III. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

(Deuxième semestre de 1852.)

SUR LES ABCÈS ET LES HYDATIDES DU FOIE QUI COMMUNIQUENT AVEC LE POUMON ET SONT REJETÉS PAR L'EXPECTORATION; par M. BRICHETEAU.

OBSERVATION D'ACÉPHALOCYSTE DU FOIE OUVERTE DANS LA PLÈVRE; par M. MONNERET.

Dans le premier de ces deux articles, l'auteur passe en revue les cas assez nombreux de collections purulentes ou d'hydatides du foie qui se sont fait jour par le poumon après avoir traversé le diaphragme. Il cite les cas rapportés par Sabatier, Morgagni, Stalpart-Vanderwiel, Raynaud (de Marseille), Hébréard, MM. Monneret et Fleury, et il y ajoute deux observations qui lui sont propres. Mais il se borne à constater le fait sans se préoccuper des causes qui le produisent et du mécanisme suivant lequel il se produit.

Dans le fait très-intéressant rapporté par M. Monneret, il s'agit d'un kyste hydatifère qui siégeait primitivement entre le foie et le diaphragme, et qui s'est ouvert dans la plèvre, à travers les fibres de ce dernier. Pourquoi, dans les cas rapportés par M. Bricheteau, aussi bien que dans l'observation de M. Monneret, aussi bien que dans le cas d'abcès par congestion reproduit plus haut, voit-on le liquide s'élever contre les lois de la pesanteur et franchir l'épaisse cloison du diaphragme, au lieu de suivre une route ouverte et facile dans le sens contraire? Pourquoi? C'est ce que ces auteurs n'ont pas même songé à examiner; c'est ce que personne jusqu'ici n'a essayé de résoudre. Voici comment ce phénomène nous paraîtrait pouvoir s'expliquer.

On sait que, sous l'influence de chaque mouvement respiratoire, l'amplitude de la cavité thoracique augmente instantanément, que cette ampliation thoracique ne peut s'effectuer sans qu'il y ait simultanément tendance au vide ou au moins diminution de tension du milieu confiné. On sait que c'est là une des causes de la pénétration de l'air dans les anfractuosités pulmonaires, et de la circulation veineuse thoracique. Or cette ampliation et cette raréfaction du milieu thoracique ne peuvent exister sans exercer une certaine aspiration sur toutes les parties environnantes, et par conséquent sur les collections de liquides siégeant au voisinage. De là cette migration ascensionnelle des abcès et des collections enkystées du foie.

savant professeur, nous ne dissimulerons point que la coexistence d'un ulcère cancéreux et d'une tumeur éburnée, apparus à la même époque chez la même femme, nous laisse quelques doutes sur la légitimité de la séparation profonde qu'il veut établir entre ces deux affections. (NOTE DU RÉDACTEUR.)

Cette explication n'est qu'une conséquence fort simple de la théorie physiologique de l'acte respiratoire dans ses rapports avec la circulation.

DES DÉFORMATIONS DE LA PUPILLE; par M. FOUCHER.

Dans ce travail, caractérisé par une grande précision, l'auteur fait connaître toutes les déformations morbides dont la pupille peut être affectée : déformations qui portent exclusivement sur la régularité de la forme et non sur les variations de diamètre. Il étudie successivement le rapport de ces différentes déformations avec les maladies oculaires qui les présentent, le mécanisme suivant lequel elles se produisent et la valeur séméiotique de chacune d'elles.

Les conclusions sont :

1° Que la pupille, à l'état normal, a le plus souvent une forme circulaire, et occupe le centre de l'iris; mais que fréquemment elle présente un grand diamètre oblique en bas et en dehors, et est reportée en haut et en dedans;

2° Que les déformations de la pupille peuvent tenir, tantôt à une congestion du tissu de l'iris, comme dans l'iritis aiguë, et alors la déformation n'indique nullement une cause spécifique à la maladie; tantôt à des produits plastiques des végétations du bord pupillaire, comme dans certaines iritis syphilitiques en particulier; tantôt à des pseudo-membranes, des adhérences, comme dans l'iritis chronique et spécialement celle qui succède aux opérations de la cataracte; tantôt à un déplacement de l'iris, à une solution de continuité de l'iris, à une influence nerveuse, enfin, à une pression du globe oculaire de dehors en dedans ou de dedans en dehors.

M. Foucher a institué quelques expériences assez intéressantes dans le but de déterminer quelle déformation particulière de la pupille est due à l'abolition de telle ou telle influence nerveuse. Il voulait savoir la nature d'effet produit par la section du grand sympathique, et choisit pour l'étudier le lapin chez qui le grand sympathique et le nerf vague, distincts à la région cervicale, peuvent y être coupés isolément. Ayant d'abord sectionné ces deux nerfs, la pupille correspondante se resserra et devint oblongue, avec le grand diamètre dirigé en bas et en dedans. Sur un second lapin, il coupa seulement le nerf vague et ses rameaux, et vit la pupille se resserrer, se déformer et devenir encore oblongue dans le même sens; mais la partie supérieure de son bord était pointue et la partie inférieure arrondie.

Sur un troisième lapin, il retrancha le ganglion cervical supérieur et remarqua que la pupille, resserrée comme précédemment, acquérait une forme elliptique, mais en sens contraire, de façon que la partie inférieure du bord était pointue et la partie supérieure arrondie.

Ces expériences pourront trouver une application utile dans la séméiologie des maladies du globe oculaire. En attendant, elles semblent prouver que les filets du nerf vague et ceux du grand sympathique ne se répartissent pas également, que les premiers se distribuent à la partie supérieure de l'iris et les seconds à sa partie inférieure.

Le travail de M. Foucher nous a paru offrir deux lacunes : une étude des déformations congénitales de l'iris, et des déformations consécutives au strabisme et autres anomalies musculaires de l'œil. Sans ce double préalable, il est impossible de ne pas confondre ce qui est acquis avec ce qui préexistait; or il existe un grand nombre de déformations de la pupille reconnaissant cette double origine; ce n'est pas le lieu de les détailler : il suffira d'en signaler l'existence d'une manière générale pour que chacun, et l'auteur lui-même, puisse en faire son profit.

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR L'EXTRACTION DES CALCULS DE LA PORTION MEMBRANEUSE; par M. DEMARQUAY.

Lorsqu'on a affaire à un calcul de la portion membraneuse, on se trouve souvent en butte à de grandes difficultés. La profondeur, l'enchatonnement de la concrétion la rendent ordinairement fixe. Il serait donc à désirer qu'une large ouverture permît alors de les atteindre. Mais les procédés actuellement connus ne donnent point cette facilité.

En effet, si l'on incise, comme l'idée s'en présente de prime abord, sur le calcul même dans la direction longitudinale et selon la ligne médiane, on n'aura pas de jour suffisant pour extraire le calcul, dans le cas où il se prolongerait du côté de la vessie, ou bien où il se serait creusé une loge dans l'urètre lui-même. Car n'étant accessible, dans ce procédé, que par sa face antérieure, il faudrait de violents efforts, des dilacérations étendues pour parvenir à l'amener au dehors.

M. Leroy-d'Étiolles, dans un cas semblable, a imaginé d'arriver au corps étranger par le rectum. On peut, il est vrai, faire une incision sur la partie médiane et inférieure de cet intestin, et déloger ainsi les concrétions; mais les suites de cette opération ont quelquefois une gravité très-sérieuse. La communication que le chirurgien vient d'établir entre le rectum et l'urètre amènera inévitablement des accidents menaçants, non-seulement du côté de l'urètre, des bourses, mais encore du côté du gros intestin. Le passage réciproque des matières fécales dans l'urètre et des urines dans le rectum doit fatalement produire des fistules incurables.

Ces deux procédés, malgré les avantages particuliers inhérents à chacun d'eux, doivent donc être remplacés. Voici celui que M. Demarquay propose de leur substituer. Il pratique une incision courbe, au devant de l'anus, à deux centimètres et demi au devant de cet orifice. Il coupe successivement la peau, le tissu cellulaire et les fibres antérieures du sphincter anal qui vont se jeter sur le bulbe; il détache de l'urètre la face antérieure du rectum, la repousse en arrière et arrive aisément à découvrir la portion membraneuse et la face inférieure de la prostate. Ceci fait, il ouvre l'endroit du canal où existe le calcul, en prolongeant ensuite l'incision des parois du canal du côté où le corps étranger s'étend.

L'avantage de ce procédé est de permettre au chirurgien d'atteindre la partie inférieure de la prostrate et d'agir sur elle, suivant les circonstances, dans le cas où le calcul occupe cette portion du canal. Après avoir séparé la paroi antérieure du rectum de l'urètre, il est extrêmement facile d'agir ou sur la paroi antérieure du rectum, ou sur la portion membraneuse du canal de l'urètre. On opère ainsi, en quelque sorte, à ciel ouvert.

L'évacuation des abcès de la prostrate, l'extraction des calculs prostatiques peuvent également être obtenues chirurgicalement grâce à ce procédé.

Sans doute, il porte en lui des causes réelles de dangers sérieux : l'hémorrhagie est à craindre par suite de la lésion du bulbe; l'inflammation est aussi extrêmement probable; une fistule peut enfin s'établir entre l'urètre et le rectum. Mais de ces chances, il n'en est aucune qui ne soit bien plus vraisemblable si l'on a recours à l'un des deux procédés qui ont été indiqués en premier lieu.

DE L'EMPLOI DE LA GUTTA PERCHA DANS LES LUXATIONS, ET LES FRACTURES DE LA CLAVICULE; par M. LESUEUR.

M. Lesueur ayant à traiter une luxation de l'extrémité sternale de la clavicule en avant, chercha à la maintenir réduite au moyen du bandage de Desault, appliqué par-dessus un épais coussin. Mais le déplacement se reproduisit bientôt après.

L'idée lui vint alors de se servir d'un véritable plastron en gutta percha de plusieurs centimètres d'épaisseur, qui, se moulant sur la partie supérieure de la poitrine et sur les épaules, devait offrir, en se solidifiant, un puissant moyen de contention. Cet expédient réussit admirablement. La gutta percha ramollie et appliquée sur la peau y adhère : première condition de fixité. Cette propriété adhésive rendit encore un autre service. Après avoir moulé son plastron de gutta percha sur les parties indiquées, M. Lesueur réappliqua le bandage de Desault. Les tours de bande passant sur la gutta percha y prirent une fixité remarquable qui acheva de consolider l'appareil au point que, pendant sa durée, pas un tour de bande ne se dérangea. La plus grande immobilité avait été recommandée au malade le premier jour, afin d'assurer la consolidation du moule dans les même conditions de forme où il avait été appliqué.

Le vingtième jour on enleva l'appareil; la tête de la clavicule avait repris sa position normale et elle l'a conservée depuis lors.

M. Lesueur a utilisé les propriétés de la gutta percha pour le traitement des fractures transversales de la rotule. Deux gâteaux de cette substance, en forme de croissant, sont appliqués l'un sur le bord supérieur du fragment supérieur, l'autre sur le bord inférieur du fragment inférieur. Il les rapproche ensuite à l'aide de courroies obliquement dirigées, et engagées dans les ouvertures des bords d'une gouttière en bois placée sous le membre. — Les avantages de cette simple addition à l'appareil de Boyer se sont signalés de la façon la plus heureuse entre les mains de M. Lesueur, dans deux cas de fracture de la rotule.

J. GUÉRIN et P. DIDAY.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 31 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

HYDROCÈLE SPERMATIQUE.

M. SÉDILLOT (de Strasbourg) communique une note sur l'hydrocèle spermatique.

M. Sédillot a eu l'occasion de rencontrer deux fois, chez des hommes adultes jouissant de toutes leurs facultés viriles, des hydrocèles volumineuses, pyri-

formes, tentement développées, dont le contenu lactescent était formé de sérosité dans laquelle nageaient d'innombrables zoospermes.

Il resume les considérations contenues dans cette note en ces termes :

1° L'existence d'hydrocèles spermatiques ne saurait plus être mise en doute, et cette variété nouvelle doit prendre rang dans l'histoire pathologique des tumeurs des bourses.

2° La dénomination d'hydrocèle spermatique est celle qui convient le mieux en raison de la nature de l'affection (tumeur liquide des bourses) et de l'impossibilité de la distinguer nettement aujourd'hui des hydrocèles ordinaires.

3° La cause de ces hydrocèles paraît devoir être attribuée à une rupture d'un des canaux efférents du testicule.

4° La présence d'un kyste primitivement développé autour du produit épanché explique la difficulté du traitement.

5° Toutes les fois que le liquide des hydrocèles sera lactescent, on devra l'examiner au microscope et en noter avec le plus grand soin tous les caractères particuliers pour arriver à quelques symptômes nouveaux et pathognomoniques de cette espèce d'hydrocèle qu'une ponction exploratrice peut seule faire constater aujourd'hui.

6° Le pronostic devra rester très-réservé dans tous les cas d'hydrocèles spermatiques, en raison de la fréquence des récidives et de la persistance de la tumeur.

7° Le traitement aura pour principale indication de provoquer une inflammation suppurative dans l'intérieur du kyste spermatique pour en déterminer l'oblitération.

PRÉSENCE DU SUCRE DANS L'URINE DES ÉPILEPTIQUES.

MM. MICHÉA et ALVARO-REYNOSO adressent la note suivante sur ce sujet.

L'urine des épileptiques, après leurs attaques, contient du sucre : c'est un fait positif qui résulte d'un assez grand nombre d'expériences qui nous sont propres. Seulement tous les procédés ne sont pas aptes à deceler la présence du sucre dans ce liquide. La solution de potasse, qui suffit ordinairement à révéler cette présence dans l'urine des diabétiques, ne produit aucune réaction dans celle des épileptiques.

Le saccharimètre n'est pas d'une utilité plus grande : ce moyen n'est ni assez sensible ni assez commode.

Les meilleurs procédés, les procédés les plus décisifs, sont la fermentation et la liqueur de M. Bareswil.

Pour que le liquide de M. Bareswil fournisse des résultats nets et incontestables, il faut prendre certaines précautions. On doit traiter préalablement l'urine, d'abord par l'acétate de plomb ; après quoi on concentre l'urine, on ajoute la liqueur de M. Bareswil, et on fait bouillir.

Sans ces précautions indispensables pour priver l'urine de ses matières organiques, la présence du sucre ne se trouve pas assez nettement accusée, ou même il se produit des réactions capables de faire soupçonner l'existence de ce principe quand il n'y en a pas un atome dans l'urine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Une lettre ministérielle relative à une épidémie d'angines couenneuses et gangréneuses observée par M. le docteur Dubourg, dans l'arrondissement de Marmande (Lot-et-Garonne). (Comm. des épidémies.)

— Le même ministre transmet des échantillons, avec certificat de puisement, d'une source minérale sise à Dammartin-sur-Tigeaux (Seine-et-Marne.) (Comm. des eaux minérales.)

— M. CH. DUMARS (de Montpellier) adresse un état détaillé des vaccinations qu'il a pratiquées dans les postes de douane des environs de Montpellier.

— M. BLOARVILLAIN (d'Angers), médecin aide-major de première classe, adresse un mémoire sur les dilatations pathologiques du système vasculaire sanguin et sur leur traitement par l'électro-puncture. (Comm. : MM. J. Cloquet et Robert.)

CORSETS SANS COUTURE ET BUSCS MÉCANIQUES.

M. BOUVIER lit la deuxième partie du rapport officiel sur les corsets sans couture et les buscs mécaniques, dont la première partie consacrée à l'historique des corsets a été lue dans la dernière séance. Dans cette deuxième partie qui constitue le rapport proprement dit, M. Bouvier apprécie la valeur du corset et du busc qui ont été soumis à l'examen de l'Académie.

Après avoir rappelé les propositions générales qui terminent la première partie de son rapport (voir le numéro précédent) et dans laquelle il a formulé son opinion sur les questions d'utilité et d'opportunité de ce genre de vêtement, M. le rapporteur expose le but que se sont proposé les inventeurs du corset sans couture et les moyens d'exécution qu'ils ont mis en œuvre. Il signale ensuite les difficultés particulières qu'il y avait à substituer une mécanique aveugle aux doigts et à l'intelligence des ouvrières et indique de quelle manière ces difficultés ont été levées; puis il fait remarquer que malgré ces obstacles les inventeurs sont parvenus à modeler parfaitement ces corsets sur les formes du corps. Ces corsets ont, suivant M. le rapporteur, l'avantage sur les corsets cousus d'une transition moins brusque de la partie étroite aux parties évasées, ce qui adoucit les angles et rend la pression plus uniforme.

Cependant, malgré cette perfection dans le mode de fabrication, la difficulté la plus sérieuse subsisterait encore. Il s'agissait de mettre chaque corset dans un rapport exact avec tous les détails de proportion et de conformation de la personne à laquelle il était destiné, et il fallait y réussir du premier coup, puisqu'on n'a pas ici la ressource, comme pour les corsets cousus, de retrancher son œuvre.

MM. les inventeurs, pour atteindre ce but, font prendre les mesures, la largeur de la poitrine d'une épaule à l'autre, le tour de la ceinture au-dessus des hanches, le tour du corps au niveau de ces dernières, la distance du dessous du bras à la ceinture, et soit que le corset se fabrique sur ces mesures, soit qu'on le choisisse parmi des pièces de diverses dimensions fabriquées d'avance, les autres proportions en sont réglées comme une conséquence des premières.

Enfin cette méthode pouvant suffire dans beaucoup de cas, mais n'ayant pas peut-être toute la précision désirable, l'un des inventeurs, M. Fontaine, a tenté de résoudre le problème en modifiant la forme du corset, en réduisant sa longueur de taille à une ceinture de trois travers de doigt.

M. Fontaine s'est surtout efforcé, par une étude persévérante, de déterminer les nombreuses variétés de formes et de dimensions du torse de la femme ; et il est arrivé à les rattacher toutes à huit types principaux représentés dans un tableau annexé à son mémoire. Il a ensuite établi, dans chaque type, dix-huit modèles de grandeur différente, pris dans la nature comme les types eux-mêmes, et il a fabriqué cent quarante-quatre variétés de corsets sur ces torses reproduits par le moulage. On devine maintenant qu'un individu donné trouvera aisément sa place dans un cadre aussi étendu.

Abordant ensuite, à cette occasion, l'examen de la question relative à la conformation normale du thorax chez la femme, M. Bouvier s'exprime en ces termes :

D'honorables confrères ont avancé que la respiration costale supérieure, que MM. Beau et Maissiat disent être l'attribut du sexe féminin, tenait à la difficulté de l'ampliation de la partie inférieure du thorax, par suite de la constriction exercée par le corset. En cela, ils vont plus loin que MM. Beau et Maissiat eux-mêmes, qui ont dû renoncer à cette explication, après avoir reconnu l'existence du même mode de respiration chez les petites filles et chez des femmes de la campagne qui n'avaient jamais porté de corset. Ces physiologistes admettent seulement que ce vêtement fait exagérer les mouvements de cette respiration costo supérieure, et empêchent ceux qui pourraient se faire à la base de la poitrine; ce qu'ils ne regardent que comme un léger inconvénient.

Pour mon compte, je serais disposé à restreindre encore davantage cette influence des corsets. D'abord, je n'ai pu voir, comme MM. Beau et Maissiat, le partage du thorax en deux parties entre les sixième et septième côtes, la supérieure presque immobile dans l'inspiration chez l'homme, l'inférieure presque immobile chez la femme.

Je n'ai pu voir le sternum se mouvoir presque exclusivement vers son extrémité inférieure, dans le sexe masculin, et vers la supérieure dans le sexe féminin.

Dans toutes mes recherches, les diverses parties du thorax se sont montrées, en quelque sorte, solidaires dans l'état physiologique, et n'ont exécuté que des mouvements de totalité; le sternum s'est constamment soulevé en avant dans toute sa longueur, et dans la même étendue en haut et en bas. Assurément je puis m'être trompé, et je n'ai pas la prétention de trancher une question délicate d'ailleurs, où je me trouve en opposition avec des observateurs aussi distingués; des travaux ultérieurs ne manqueront pas de les décider dans un sens ou dans l'autre. Mais en second lieu, je n'ai pas non plus observé, comme je l'ai dit dans ma première partie, de différence notable dans les mouvements du thorax, alternativement laissé libre, et entouré d'un corset plus serré. Les constrictions trop fortes, d'après mes remarques, mettraient seules obstacle à ces mouvements, qui sont alors gênés dans la région supérieure de la poitrine comme dans l'inférieure, en raison des connexions étroites de toutes les parties de la cage thoracique. M. Fontaine aurait, dans tous les cas, été au devant de l'inconvénient attribué ici aux corsets.

M. Bouvier termine son rapport par la proposition de répondre au ministre :

1° Que les corsets sans couture de MM. . . . . . peuvent, dans certain cas, remplacer avantageusement les corsets cousus; qu'ils réunissent les conditions les plus capables d'en faciliter l'emploi, et qu'ils présentent un mode de construction propre à en assurer l'innocuité;

2° En ce qui concerne le busc mécanique de M. . . . . . , que ce busc, quoique d'un mécanisme ingénieux, est rarement applicable et n'est pas, en général, préférable aux moyens déjà employés pour produire un effet analogue.

M. MALGAIGNE, tout en donnant des éloges au travail de M. le rapporteur, trouve que ce sont là des détails qui ne sont pas à leur place dans une académie. Quant à l'objet du rapport en lui-même, il aurait voulu qu'on se bornât à répondre au ministre que ce n'est point de la compétence de l'Académie. Il regretterait que l'on pût voir l'approbation de ce corps savant attachée à un produit qui n'a rien de scientifique.

M. BOUVIER déclare s'abriter du reproche de M. Malgaigne derrière le ministre qui a consulté l'Académie, l'Académie qui a chargé une commission de lui faire un rapport, et enfin la commission elle-même qui partage avec lui la responsabilité du rapport. M. Bouvier s'attache, en outre, à démontrer que le bon ou le mauvais usage des corsets a une influence trop directe sur la santé pour que les médecins ne doivent pas s'en préoccuper. Enfin quant à l'abus qu'on pourrait faire de l'approbation de l'Académie, il y aurait quelques moyens de l'éviter.

M. Michel Lévy est d'avis que l'Académie peut et doit s'occuper de cette affaire, d'une part parce que tout ce qui concerne les corsets intéresse l'hygiène, et rentre par conséquent dans les attributions de l'Académie; d'autre part parce qu'elle est consultée à ce sujet par le ministre, et qu'elle ne peut, dans cette circonstance, se récuser. Mais il voudrait qu'on bornât l'appréciation de cet objet aux seules conditions générales que doit remplir un corset au point de vue hygiénique, sans entrer dans les détails qu'a cru devoir comprendre M. le rapporteur, et qu'on répondît tout simplement au ministre que les conditions du corset en question ne sont pas contraires aux prescriptions de l'hygiène.

M. Bouvier, sauf quelques réserves sur quelques points de l'argumentation de M. Michel Lévy, est disposé à se ranger à son amendement.

M. Gerdy entre, à cette occasion, dans quelques détails anatomiques et physiologiques sur le mécanisme des mouvements du thorax.

M. Bégin partage l'opinion émise par M. Malgaigne, et allant même plus loin que lui, il déclare que, loin qu'il lui soit démontré que le corset en question soit préférable aux autres, il résulte de l'examen qu'il vient d'en faire à l'instant, qu'il leur est inférieur. Il se rallie, par conséquent, à la proposition de M. Malgaigne.

La discussion continue encore, mais elle se résout en définitive dans les deux propositions formulées, d'une part par MM. Michel Lévy et le rapporteur, et d'autre part par MM. Malgaigne et Bégin.

La proposition de MM. Malgaigne et Bégin, formulée en ces termes : « L'Académie déclare que le corset de MM. . . . . . n'offre, au point de vue médical, aucun avantage, » est mise aux voix et adoptée.

La deuxième conclusion du rapport relative au busc mécanique est adoptée sans discussion.

HYPERTROPHIE DU CŒUR.

M. Beau, candidat pour la section d'anatomie pathologique, lit un travail ayant pour titre : Quelques considérations sur l'hypertrophie du cœur.

Dans une première partie de son mémoire, l'auteur, après avoir rappelé que l'hypertrophie du cœur est généralement regardée comme une sorte de lésion providentielle qui a pour but de renforcer l'action du cœur, toutes les fois que ce viscère a un obstacle à vaincre, fait remonter à Mayow, auteur du dix-septième siècle, la première observation exacte d'hypertrophie du cœur, et expose les idées énoncées par ce physiologiste sur ce sujet; puis il s'exprime en ces termes :

Nous avons établi, avec la plupart des bons auteurs, que l'hypertrophie du cœur était tout simplement, comme son nom l'indique, une augmentation survenue dans la substance musculaire du cœur.

Donc, devrions-nous dire, cette augmentation de matière contractile doit entraîner avec elle une augmentation des fonctions cardiaques, et par conséquent le cœur frappé d'hypertrophie devrait toujours donner lieu à une grande excitation de la circulation.

Si l'on s'en rapporte à Corvisart, il en serait toujours effectivement ainsi; car on sait que son anévrisme actif est censé avoir pour symptômes tous les caractères d'une grande activité des fonctions circulatoires. Cependant cette opinion de Corvisart est journellement démentie par les faits, et l'on constate habituellement une hypertrophie souvent considérable d'une ou de plusieurs cavités du cœur chez des sujets qui pendant la vie présentaient des symptômes d'enrayement de la circulation, tels que bouffissure, congestion de la face, pouls petit, gonflement des veines, etc.

Cette coïncidence habituelle de l'enrayement des fonctions cardiaques et de l'hypertrophie du cœur a frappé de tout temps par son étonnante apparence de contradiction. C'est pour cela que certains auteurs n'ont pas voulu voir une augmentation de structure musculaire dans l'épaississement des parois du cœur. Ainsi Lancisi compare cet épaississement des parois cardiaques à l'engorgement passif qui affecte certains viscères, tels que la rate, le foie, etc.

Portal comprend aussi de la même manière l'hypertrophie du cœur.

Voilà donc des auteurs recommandables qui adoptent en principe la coïncidence de l'épaississement des parois du cœur avec la gêne de ses fonctions, et qui regardent cet épaississement comme le résultat d'une altération profonde du muscle cardiaque.

On pourrait peut-être dire que ces auteurs, bien que tenant une place glorieuse dans la science, ne sont plus à la hauteur des connaissances actuelles, et que depuis eux on a pour ainsi dire changé la pathologie du cœur. Cependant nous retrouvons des idées analogues aux leurs, même dans la science actuelle. C'est ainsi que M. Legroux a soutenu, dans un travail publié en 1837, que l'hypertrophie considérable du cœur était accompagnée de symptômes de stase sanguine, tels que dyspnée, congestion faciale, hypertrophie, etc., et que cette hypertrophie n'était pas une simple augmentation de substance musculaire, mais bien le résultat d'une altération inflammatoire de la fibre musculaire.

Certes, ajoute M. Beau, je ne pense pas qu'on puisse nier, depuis les travaux de M. Bouilland, la large part d'influence que l'inflammation exerce sur le développement des maladies du cœur; mais l'inflammation agit seulement sur la partie fibro-séreuse du cœur, pour donner lieu aux différents obstacles qui enrayent la circulation cardiaque, et ce n'est que d'une manière indirecte et médiate que se développe l'hypertrophie de la partie musculaire.

Je n'adopte donc pas que l'hypertrophie du cœur dépende d'une désorganisation de nature inflammatoire. Je n'adopte pas davantage l'opinion de Lancisi et de Portal, qui expliquent l'hypertrophie par une infiltration passive de liquide; mais j'accepte pleinement ce fait de coïncidence établi par eux, que l'épaississement des parois du cœur, c'est-à-dire l'hypertrophie, l'augmentation de la substance musculaire du cœur, s'accompagne habituellement des symptômes qui indiquent un enrayement des fonctions du cœur.

Mais alors comment concilier ce résultat d'expérience clinique avec la théorie que nous venons de restituer à Mayow? pourquoi, en un mot, n'y a-t-il pas nécessairement, comme le voulait Corvisart, augmentation d'action s'il y a augmentation de muscle? Telle est la question qu'il nous reste à éclaircir.

Nous avons dit que l'hypertrophie était une lésion providentielle qui avait pour but de renforcer l'action du cœur, toutes les fois que ce viscère a un obstacle à vaincre et qu'il est affaibli par une cause quelconque; nous ajouterons maintenant que ce renforcement d'action, dû à l'hypertrophie, s'épuise à contre-balancer l'effet de l'obstacle ou l'affaiblissement initial des fonctions cardiaques. Il y a même plus : l'affaiblissement augmente peu à peu, par suite de la persistance de sa cause; l'hypertrophie augmente aussi. Néanmoins il arrive un moment où l'hypertrophie ne peut plus croître assez pour parer à la faiblesse qui est devenue excessive. Celle-ci domine alors entièrement, et le sujet succombe à un arrêt des fonctions cardiaques, avec une hypertrophie considérable, qui pourtant a été insuffisante.

On voit donc qu'on ne meurt pas d'hypertrophie, mais malgré l'hypertrophie. On meurt parce que l'hypertrophie n'a pas suffi à renforcer l'action du cœur affaibli par une cause antécédente, telle que dilatation, rétrécissement, etc. Toutefois l'hypertrophie n'a pas été inutile. Elle a rendu ce service d'assurer pendant longtemps l'exercice des fonctions du cœur, et par conséquent de prolonger la vie.

S'il fallait une preuve de plus à l'appui de la thèse que je soutiens, je la puiserais dans un mémoire de M. Bizot sur le volume du cœur comparé dans la vieillesse et l'âge adulte. M. Bizot, après des recherches nombreuses et persévérantes, a démontré qu'à mesure que l'on avançait en âge, les cavités du cœur se dilataient, et leurs parois s'hypertrophiaient de telle sorte que, dans l'extrême vieillesse, le volume du cœur est considérable et égale à peu près celui que ce viscère nous présente à l'état d'*anévrisme* ou de maladie organique. M. Bizot, frappé de ce fait singulier, signalé déjà par Fischer, demande comment il est possible d'accorder cette hypertrophie sénile du cœur avec l'affaiblissement si notoire de la circulation chez les vieillards.

Nous répondrons, en fait, que la chose n'a rien d'extraordinaire, puisqu'à l'état pathologique, c'est-à-dire dans les cas d'anévrisme, il y a habituellement hypertrophie du cœur et enrayement des fonctions cardiaques. Quant à la théorie du fait, nous dirons que, chez le vieillard, le cœur s'affaiblissant comme tous les autres muscles, l'ondée sanguine a de la peine à franchir les orifices du cœur; elle en dilate peu à peu les cavités dont les parois aussi, peu à peu, s'hypertrophient.

Cette hypertrophie diminue la faiblesse antécédente du cœur, mais pourtant elle ne va pas jusqu'à imprimer de l'activité aux fonctions cardiaques qui, en somme, sont beaucoup moins énergiques chez le vieillard que chez l'adulte.

Pour résumer la seconde partie de cette lecture, je dirai que l'hypertrophie du cœur n'est pas une infiltration passive de liquide; ce n'est pas davantage une altération inflammatoire du muscle cardiaque; c'est une augmentation de tissu, une hypertrophie, en un mot, semblable au développement des muscles des membres, ainsi que Mayow l'a le premier établi.

Cette hypertrophie entraîne après elle une force de contraction qui s'épuise à annuler l'effet d'une faiblesse antécédente, et qui le plus souvent est insuffisante pour cela; de telle sorte que les fonctions cardiaques restent enrayées, non pas à cause de l'hypertrophie, mais bien malgré l'hypertrophie.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Précis théorique et pratique des diathèses; par M. P. Baumès, ancien chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, etc. — 1 vol. in-8°. — 1853.

Un livre qui eût paru avec ce titre il y a 25 ou 30 ans, eût soulevé de vives et interminables discussions; heureux l'auteur si ce livre n'eût attiré sur lui toutes les colères des plus ardents réformateurs. Les plus avancés se fussent peut-être contentés de passer outre avec ce dédain qui accueillait alors toutes les doctrines surannées et les réminiscences de la médecine ancienne. Il n'en sera pas de même aujourd'hui. Un accueil également favorable est assuré d'avance à toutes les études, à toutes les recherches, de quelque nature qu'elles soient et quelle que soit leur objet, qu'elles aient en vue d'ajouter de nouveaux faits d'observation aux faits déjà acquis ou de scruter à nouveau quelques-uns des problèmes pathologiques ou des points de doctrine que nos devanciers nous ont transmis pour les soumettre à de plus rigoureux moyens de démonstration. La doctrine des diathèses n'est d'ailleurs plus aujourd'hui en question. Il n'est pas un traité moderne de pathologie générale ou de pathologie spéciale où il n'en soit tenu compte et dont les auteurs ne se soient attachés à définir de leur mieux la diathèse. Mais comme les esprits obéissent généralement, de nos jours, à une impulsion qui les porte vers un autre ordre de faits, il en est résulté que peu de recherches sérieuses ont été entreprises sur ce sujet depuis longtemps. Sauf quelques thèses de concours et un très-bon mémoire publié dans la Gazette Médicale par l'honorable M. Gaillard (de Poitiers)

on chercherait en vain quelques travaux récents de quelque importance sur ce point de pathologie, digne cependant de toute la méditation des médecins, autant par le rôle important qu'il joue dans l'histoire de la plupart des maladies chroniques que par les lumières qu'il peut jeter sur les obscurités de leur étiologie et sur les difficultés de leur traitement.

Tel est le sujet qu'a traité M. Baumès dans l'ouvrage qui va un instant nous occuper.

Diathèse, constitution, tempérament, prédisposition, sont autant de termes qui, bien qu'ayant entre eux de nombreux points de connexité, expriment en réalité des modes d'être différents de l'économie, qu'il importait de bien définir, avant d'assigner à la diathèse la signification réelle qu'elle doit avoir en pathologie. C'est par là qu'a commencé M. Baumès, dont nous allons essayer de reproduire les idées sur ce point de pathologie générale.

Comme la constitution, comme le tempérament, comme la prédisposition avec laquelle elle semblerait plutôt pouvoir être confondue par leur tendance commune à produire des manifestations morbides, sous l'influence d'une cause occasionnelle de trouble, la diathèse est quelque chose d'inhérent à l'organisme. Mais là se borne ce qu'il y a de commun entre ces termes. La diathèse n'est ni l'un ni l'autre de ces trois états, ni un mode, ni un accident d'aucun d'eux. La constitution représente la somme de force, le degré de puissance réactive, d'énergie vitale dont un individu est doué; c'est en quelque sorte le fond même de la vie, dont le tempérament ne représente que la forme. La constitution est, comme le dit très-justement M. Baumès, à la vie végétative, à la vie de nutrition, ce qu'est l'énergie à la vie morale, à la vie de relation. Le tempérament est apparent, la constitution est cachée; le premier peut se formuler à l'examen actuel d'un individu; le second ne se juge qu'à l'examen de tous ses antécédents. On ne peut, en général, rien conclure de l'un à l'autre. On ne peut davantage conclure de l'existence de certains tempéraments à certaines diathèses, bien que celles-ci puissent quelquefois être éclairées par la connaissance du tempérament. Le tempérament, comme la constitution, peut bien faciliter plus ou moins l'envahissement d'une diathèse, mais il ne saurait la constituer ni l'engendrer.

La diathèse, venons-nous de dire, pourrait plus aisément être confondue avec la prédisposition morbide. Cette confusion paraît si naturelle au premier abord, qu'elle se retrouve en réalité implicitement consacrée dans la plupart des définitions de la diathèse faites par les auteurs classiques. « La diathèse, dit M. Chomel, est une disposition en vertu de laquelle plusieurs organes ou plusieurs points de l'économie sont, à la fois, ou successivement, le siége d'affections spontanées dans leur développement et identiques dans leur nature, lors même qu'elles se présentent sous des formes diverses. » Cette définition qui a été reproduite depuis, au moins dans son sens général, dans tous les traités de pathologie, implique en effet entre la prédisposition et la diathèse une assimilation une sorte de synonymie qui n'est pas exacte. Il n'y aurait aux termes mêmes de cette définition qu'une différence du plus au moins, tandis que, ainsi que l'a très-bien démontré M. Baumès, il y a entre ces deux états de l'organisme une différence fondamentale. — Qu'est-ce, en effet, que la prédisposition? qu'est-ce que la diathèse? De la distinction de ces deux termes ressortira une définition plus précise de ce qu'il faut entendre par cette dernière dénomination.

La prédisposition est constituée par la susceptibilité particulière d'un organe, ou d'un tissu, ou d'un appareil, à être plutôt affecté qu'un autre sous l'influence d'une cause pathogénique. C'est une tendance, une manière d'être de l'organisme, favorable à l'action d'une cause occasionnelle ou déterminante. Que la prédisposition soit native ou héréditaire et dépendante de certaines conditions de tempérament, ou qu'elle soit acquise par certaines habitudes hygiéniques, par des maladies qui ont laissé après elles les organes ou les tissus sur lesquels elles ont agi relativement plus irritables ou plus faibles, en un mot plus accessibles à l'action des causes nouvelles de maladie, non-seulement elle est insuffisante à produire par elle-même la maladie, mais elle laisse à cet égard à la cause morbide toute sa puissance, qu'elle ne fait qu'accroître, et sa spécificité d'action à laquelle elle reste étrangère, ne faisant simplement qu'appeler sa manifestation sur telle partie de l'économie plutôt que sur telle autre.

La diathèse, au contraire, est un état essentiellement morbide, mais un état morbide inhérent à l'organisme, qui a son origine, ses causes profondément enracinées dans l'économie, qui y est toujours présent, soit à l'état latent soit à l'état ostensible, et dont les manifestations bien que susceptibles de varier à chacune de leur reproduction périodique, par leur forme, par leurs symptômes et par leur localisation, se rapportent toujours au même fond, au même principe originel. Il ne s'agit plus ici seulement d'un organe ou d'un tissu ou d'un appareil, plus susceptible, plus irritable, plus ébranlable qu'un autre et sur lequel porte de préférence l'action d'une cause de trouble qui vient à agir sur l'économie; ce n'est pas non plus une maladie aiguë, envahissant une portion de l'organisation et consécutivement, sympathiquement, son ensemble, ou pouvant, même dès le début, être générale ou constitutionnelle, ayant son commencement, son milieu, sa fin, ne reparaissant plus quand elle est une fois guérie, à moins de rechute ou de récidive sous l'action d'une cause appréciable qui vient ramener les mêmes effets; ce n'est pas davantage une maladie chronique, à proprement parler, qui présente également les mêmes phases, qui peut durer toute la vie, ou, quand elle est guérie, ne revient aussi que sous l'influence de la reproduction de la même cause qui l'a engendrée une première fois. Ce n'est, en un mot, ni la prédisposition, ni la maladie aiguë, ni la maladie chronique, telle qu'on doit les comprendre et qu'on les comprend généralement; c'est un vice intérieur, une manière d'être anormale de la vie nutritive, dont un des caractères les plus essentiels est une sorte de besoin de décharge ou d'élimination qui se manifeste le plus souvent par des mouvements fluxionnaires ou des dépôts et des formations de produits morbides divers; manifestations qui paraissent, puis disparaissent dans un point pour reparaître sur le même point ou ailleurs et à des époques variables, revêtant tantôt une forme identique, tantôt des formes diverses, mais dérivant toujours d'un même principe.

Telle est, dans son sens général du moins, sinon exactement dans ses termes mêmes, la définition que M. Baumès donne de la diathèse, définition qui a sur la plupart de celles qu'on en a données jusqu'ici, l'avantage d'exprimer en même temps ce qu'est la diathèse et ce qu'elle n'est pas, d'exclure ce qui pourrait être confondu avec elle et d'embrasser à la fois sa nature, son origine et ses caractères, au moins dans ce qu'ils ont de plus saisissable et de plus compréhensible.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans une dissertation, très-intéressante d'ailleurs, sur la nature probable des diathèses, mais d'un caractère un peu trop spéculatif pour que nous n'ayons cru devoir reculer devant le danger d'une discussion stérile. Jetons plutôt un coup d'œil sur l'étiologie.

L'étiologie des diathèses soulève des questions pleines d'intérêt; et d'abord elle comprend presque tout entière la grande question de l'hérédité pathologique. La plupart des diathèses, en effet, sont héréditaires et de ce nombre plus particulièrement les diathèses les plus graves, c'est-à-dire celles dont les manifestations se traduisent par des dégénérescences de tissus ou par la production de matières hétérogènes. Aussi n'est-ce ni dans les influences extérieures, ni dans les conditions particulières de constitution ou de tempérament, ni dans le mode suivant lequel s'exercent, sous des influences excitatrices spéciales, certains actes de l'organisme, qu'il faut chercher la cause de ces sortes de diathèses, mais en dehors de l'individu qui en est affecté ou plutôt antérieurement à lui, en un mot, chez ses ascendants, desquels il a reçu de toutes pièces cette diathèse devenue à son tour une cause d'évolutions morbides successives, presque fatales, indépendantes de toute autre cause apparente, et qu'à raison de cela on appellera spontanées.

Certaines diathèses sont innées, sans être héréditaires. Ici c'est un ordre de faits différent, mais non moins intéressant qui va surgir. Dans le cas précédent, la cause première de la diathèse constatée sur un sujet donné se perd dans les générations ascendantes; rarement peut-on en saisir le point de départ.

Dans le cas d'innéité, la cause de la diathèse est encore antérieure au sujet, mais elle lui est immédiatement antérieure, c'est-à-dire que c'est chez ses ascendants directs, exempts eux-mêmes de cette diathèse, qu'on en peut découvrir la cause. Certaines diathèses, ce sont plus spécialement les diathèses inflammatoires ou les diathèses névrosiques, se manifestent dès la naissance ou peu de temps après, chez des enfants dont les parents ont vécu dans de mauvaises conditions hygiéniques ou ont été en proie soit à des maladies, soit à des affections morales débilitantes ou à de violentes passions. On assiste donc en quelque sorte ici au développement de la diathèse, on en peut saisir le principe originel, on a entre les mains les éléments nécessaires pour la solution d'un des problèmes étiologiques les plus dignes d'intérêt.

Certaines diathèses, enfin, mais c'est le cas le plus rare, peuvent être acquises; elles sont dues ordinairement à des conditions mauvaises d'aération ou d'alimentation, ou, en d'autres termes, à des influences de milieu capables d'altérer plus ou moins profondément les fonctions nutritives ou de produire un ébranlement du système nerveux. Du rapprochement des caractères spéciaux de ces sortes de diathèses avec les caractères des diathèses héréditaires, on peut déduire jusqu'à un certain point la nature probable des causes originelles, éloignées, qui ont produit ou préparé de longue main ces dernières.

Nous venons de voir soulever par l'auteur un coin du voile qui couvre cette mystérieuse génération d'affections spontanées auxquelles on a si souvent et si gratuitement assigné des causes insignifiantes ou imaginaires. Mais ce n'est là, encore, qu'une faible partie des inconnues de cet important problème incessamment proposé à la sagacité du physiologiste. Comment se rendre compte, dans l'hypothèse si bien fondée d'ailleurs de la transmission héréditaire des diathèses, de ces faits si bizarres et si inexpli-

cables au premier abord, tels que la cessation brusque, dans une génération nouvelle, d'une diathèse dont étaient atteints les ascendants depuis plusieurs générations sans discontinuité, on bien ces diathèses qui franchissent une génération, pour se manifester de nouveau après cette interruption, sur une génération subséquente. C'est ici qu'il faut faire intervenir l'accession des causes secondaires, des influences environnantes et de toutes les causes occasionnelles auxquelles on fait jouer habituellement un rôle beaucoup trop important dans la production des affections internes. Ces causes, que nous avons volontairement négligées jusqu'ici pour mieux faire saisir le fait dominant de la diathèse, sa spontanéité et sa puissance d'initiative comme cause pathogénique, M. Baumès en a parfaitement tenu compte, en leur assignant leur part d'influence, sinon sur le fond même et sur le caractère de la diathèse, du moins sur leurs manifestations et sur les formes qu'elles affectent. On comprend que si certaines influences hygiéniques délétères peuvent suffire dans quelques cas à produire des diathèses de toutes pièces, elles suffiront à plus forte raison à accroître des dispositions diathésiques de même nature déjà acquises. Par une raison analogue, on comprendra encore que des influences hygiéniques favorables agissant sur un organisme diathésique dans un sens contraire, tendent non-seulement à affaiblir les manifestations morbides de la diathèse, mais à les annihiler même, à les neutraliser, à rendre en un mot la diathèse latente, jusqu'à ce que, soit sur la même génération, soit sur une génération subséquente qui aura hérité de celle-ci cette disposition diathésique latente, le retour des mêmes influences délétères provoque de nouveau les mêmes manifestations morbides.

Enfin, si l'on tient compte de l'étude des rapports des diathèses entre elles, des effets résultant du croisement, de la complication de plusieurs diathèses chez les engendrants, de leur neutralisation réciproque peut-être chez l'engendré, des rapports des diathèses avec les maladies aiguës ou chroniques incidentes, etc., on aura une idée de ce qu'une semblable analyse peut faire surgir de points de vue et de résultats imprévus.

Dans tout ce qui précède, la diathèse n'a été envisagée que dans son acception générale, abstraite, ce qui donne à l'exposition de cette partie du livre de M. Baumès une apparence doctrinale et spéculative d'après laquelle on jugerait faussement de son véritable caractère. L'ouvrage de M. Baumès est surtout une œuvre pratique, où toutes les données de l'observation et les considérations théoriques à l'aide desquelles il a cherché à les interpréter, convergent vers la thérapeutique. Soit dans les exemples cités à l'appui de ces considérations théoriques, soit dans l'application qu'il en fait à l'histoire particulière des diathèses, partout se montre le clinicien placé sur un vaste théâtre d'observation et le praticien expérimenté, jaloux, comme il le dit lui-même quelque part dans sa préface, d'épargner aux jeunes médecins les incertitudes par lesquelles a dû passer son esprit et d'aplanir quelques-unes des difficultés qui l'ont souvent arrêté lui-même en face de cette question encore si obscure des diathèses. C'est surtout dans la partie de son livre où il s'occupe spécialement du traitement que l'on trouvera toutes les données pratiques qui peuvent se déduire de la connaissance des diathèses; données qu'il a groupées sous trois chefs principaux, où sont successivement pesées et formulées les indications des moyens de traitement spécifiques, c'est-à-d re qui s'adressent à la cause morbide elle-même, à la diathèse, celle des moyens thérapeutiques ou hygiéniques à opposer à ses manifestations, et en troisième lieu les méthodes empiriques ou perturbatrices auxquelles on ne doit recourir qu'à défaut d'indication ou d'application possible de ces deux premières méthodes. Sous le second chef, M. Baumès décrit avec des détails qui prouvent l'importance qu'il y attache, trois méthodes thérapeutiques qui constitueraient, suivant lui, les plus puissantes ressources que possède la médecine contre un certain nombre de diathèses : ce sont le traitement hydrothermal, dont les principales variétés s'adaptent de la manière la plus heureuse à certaines des diathèses les plus communes, la méthode hydrothérapique qui a aussi à la fois ses indications générales et ses indications spéciales, et le bain d'air comprimé.

Il ne nous est pas possible d'entrer ici dans des détails sur l'histoire particulière des diathèses. Nous voulions, par ce court résumé du livre de M. Baumès, appeler l'attention de quelques-uns de nos lecteurs, des jeunes praticiens en particulier à qui s'adresse plus particulièrement cet ouvrage, sur un ordre de faits et de vérités cliniques sur lequel ils n'ont peut-être pas été suffisamment fixés par l'enseignement qu'ils ont reçu et qui est en réalité, dans la pratique, de la plus haute importance. Ils puiseront à cet égard, dans le livre de M. Baumès, un supplément d'enseignement dont l'avenir leur révélera toute l'utilité.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

— Le décret sur la suppression de concours pour la nomination des professeurs, en le conservant pour la nomination des agrégés, avait laissé dans l'incertitude sur le mode qu'on suivrait touchant la nomination du chef des travaux anatomiques. M. le ministre a décidé que cette place continuerait à être donnée au concours.

— M. le ministre a signé la nomination de M. Wurtz comme professeur de chimie organique à la Faculté de médecine de Paris. On sait que M. Wurtz avait été présenté le premier sur les deux listes de la Faculté et du conseil académique.

— A la suite d'un brillant concours, M. Dupuy, chef interne, a été nommé chirurgien adjoint à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

— Par décret en date du 17 janvier 1853, M. Ladgry (Pierre-Antoine), chirurgien-major en retraite, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La Faculté de médecine de Paris a décerné une médaille d'or à M. Amette, secrétaire de la Faculté, à titre de remerciments pour la publication qu'il vient de faire de l'ouvrage intitulé: Code médical.

— Le médecin anglais Pereira, auteur d'un ouvrage de matière médicale estimé, est mort subitement dans la nuit de jeudi d'une attaque d'apoplexie. Il était médecin et professeur de l'hôpital de Londres.

— On lit dans la Gazette médicale de Toulouse qu'une commission analogue à celle de Paris a été nommée pour provoquer une manifestation en l'honneur de M. Orfila. Les membres de cette commission sont :

MM. Massabiau, député au corps législatif;
Dassier, directeur de l'École de médecine;
Ganssail, président de l'Association médicale;
Perpère, président de la Société de médecine;
Magnes, président de l'Association des pharmaciens;
H. Combes, professeur à l'École de médecine;
Filhol, idem;
Teilhier, conseiller municipal;
Laforgue, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu;
Lacassin, secrétaire de l'Association des pharmaciens;
Parant, rédacteur du Journal de médecine de Toulouse;
Giscaro, rédacteur gérant de la Gazette médicale;
Guitard, idem;
Augé, interne lauréat de l'École;
Videt, idem;
Ticier, étudiant, membre de la Société médicale d'émulation.

Cette commission s'est constituée de la manière suivante :
Président, M. Dassier.
Secrétaire, M. Giscaro.

Elle a décidé qu'une lettre de félicitations et de remerciments serait adressée à l'illustre professeur. Cette lettre est dès aujourd'hui déposée au secrétariat de l'École de médecine pour recevoir les adhésions des médecins, pharmaciens et étudiants de Toulouse et de la Haute-Garonne.

— L'École de pharmacie, voulant s'associer à la manifestation du corps médical envers M. Orfila, vient de décider qu'un portrait de l'ancien doyen de la Faculté serait placé dans la salle de ses actes. L'École a souscrit pour la moitié de la dépense que nécessitera cette décision. L'autre moitié est souscrite d'avance par la Société de pharmacie de Paris.

— Produit de la souscription ouverte en faveur de M. Orfila dans les bureaux des journaux de médecine et la Faculté . . . . 2,934 fr.
M. Durand-Fardel. 10
M. Michel Lévy. 20

Total. 2,964

— L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine qui devait avoir lieu dimanche 30 janvier, a été remise au dimanche suivant 6 février, à deux heures, à l'École de médecine.

— Conseil d'État. — Patente de médecin. — Le prix de la formule de la patente fait partie de la contribution des patentes, et doit être acquitté en même temps que le premier douzième de cette contribution (art. 26 de la loi du 25 avril 1844). Les docteurs en médecine qui ont été assujettis à la contribution des patentes par la loi du 15 mai 1850, sont donc tenus d'acquitter le prix de la formule de la patente (décret du 25 décembre 1852. — Boileau de Castelnau).

— La Société de médecine et de chirurgie pratique de Montpellier vient d'instituer un prix de 300 fr., qui sera décerné, dans le courant du mois de janvier 1854, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

Déterminer par l'analyse des faits et par des recherches expérimentales, l'étiologie du rachitisme.

Tous les mémoires doivent être adressés franco, avant le 1er décembre 1853, à M. le docteur Girbal, secrétaire particulier de la Société.

— M. Book, professeur de clinique chirurgicale, à Christiana (Norwège), a institué dans son service des traitements par syphilisation.

— On écrit de Saint-Pétersbourg :

« Dans la matinée du 20 janvier, il y avait 571 malades en traitement. On a compté, pendant la journée, 55 nouveaux cas, 28 guérisons et 21 décès; restaient 577 malades. »

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ALCALISATION DE L'URINE ET SATURATION DE L'ÉCONOMIE PAR LES EAUX DE VICHY. — FALSIFICATIONS DU LAIT.

Les questions sont ce que les esprits les font. M. Durand-Fardel, qui remplit les fonctions d'inspecteur des thermes d'Hauterive à Vichy, vient d'envisager sous un point de vue tout à fait nouveau la manière dont se comportent les eaux alcalines et en particulier les eaux de Vichy par rapport à l'économie. Les médecins qui se sont occupés de l'action thérapeutique de ces eaux ont en principalement en vue de montrer comment les principes alcalins qu'elles renferment neutralisent, rendent solubles et éliminent les produits acides de nos sécrétions. De là cette médecine chimique qui de tout temps a eu ses partisans, mais qui a repris un développement surtout avec le dernier progrès de la chimie moderne. L'alcalisation des humeurs était en quelque façon la méthode antidotique des maladies dont l'un des caractères est de donner lieu à des formations acides : tels sont la gravelle, la goutte, le rhumatisme, etc. M. Durand-Fardel, que nous sommes heureux de compter parmi les antagonistes les plus éclairés de cette médecine de laboratoire, s'est attaqué avec un grand succès au fait qui lui sert de base. L'alcalisation des urines par l'eau de Vichy était considérée comme une preuve, comme un symptôme de saturation alcaline de l'économie. Il s'est attaché à montrer que cette alcalisation est tout simplement un phénomène d'*élimination*. Se fondant sur la loi établie par M. Orfila, à savoir que les substances toxiques ou antipathiques introduites dans l'économie tendent immédiatement à en sortir par la voie rénale, il considère l'alcalisation des urines comme un fait d'excrétion excrémentitielle du même ordre. C'est fort heureux, car si l'économie gardait les 2 à 300 grammes de bicarbonate de soude qui sont journellement ingérés par chaque malade, l'intoxication ne tarderait pas à arriver. L'alcalisation des urines ne serait donc pas une preuve de saturation alcaline de l'économie. Telle est la doctrine de M. Durand-Fardel. Quelque séduisante qu'elle paraisse et quelque sympathie qu'elle nous inspire à cause surtout de son point de départ, elle nous paraît commander deux sortes de réserves : premièrement, elle manque de preuves rigoureuses; secondement, elle présente une lacune importante à combler. Commençons par les preuves.

M. Durand-Fardel a bien dit que quinze à vingt minutes après l'immersion du corps dans l'eau de Vichy, les urines et les autres humeurs s'alcalisent. Ce fait est curieux et intéressant; mais que prouve-t-il d'abord? Que l'absorption de l'eau de Vichy est des plus promptes; que la pénétration de ses principes dans les divers replis de l'organisme est des plus subtiles, que leur combinaison chimique avec nos humeurs est des plus faciles. Mais pour qu'il fût permis de réduire à un fait d'élimination la prompte et complète alcalisation des urines, il faudrait qu'on eût au préalable dosé la quantité de sel alcalin introduite dans l'économie dans un temps donné, et recherché la quantité qu'il en sort, dans un temps donné, par les urines. Faute de cette détermination, dont nous sommes les premiers à reconnaître l'extrême difficulté, sinon l'impossibilité, on ne saurait être admis à contester qu'une certaine quantité de sel alcalin n'ait pas été retenue pour produire la saturation physiologique des uns et la saturation chimique des autres. La preuve du fait exclusif de l'élimination manque donc, et la seule circonstance de la prompte et complète alcalisation des urines peut très-bien se concilier avec l'emploi au sein de l'économie, à titre de saturation ou autrement, d'une certaine quantité de sel non éliminé.

Cette doctrine a reçu un nouveau degré de probabilité des réflexions et des expériences communiquées par M. Orfila. L'éminent toxicologue voulant savoir la dose précise de poison qu'il faut pour tuer un chien, a constaté que, quelle que fût la quantité employée, une même dose (10 centigrammes pour l'acide arsénieux) est toujours comme affectée à l'action toxique, s'infiltrant dans les tissus, s'y logeant tandis que le reste est incessamment éliminé par les urines. M. Orfila a appelé ce départ une saturation physiologique ou vitale; il ne peut être ici question de saturation chimique. Or, si l'on applique ce fait curieux à ce qui se passe après l'ingestion des eaux alcalines, ne peut-on pas croire qu'une portion des sels est employée à saturer physiologiquement l'économie, et l'excédant rejeté immédiatement? Cette sorte de partage est plus commun et plus certain qu'on ne pense. Qu'arrive-t-il chez les grands buveurs de bière de la Belgique et de la Hollande? Ils incorporent, dans une soirée, 30 à 40 litres de bière; la sécrétion urinaire semble rejeter au dehors la boisson à mesure qu'ils la prennent. Dira-t-on, parce que cette balance entre le liquide incorporé et le liquide excrété s'établit presque immédiatement, qu'elle n'atteste qu'un fait d'élimination? Mais ces buveurs mangent peu et ils engraissent beaucoup. Cette balance, pour n'être pas chimique, n'en est pas moins probante; on peut en conclure, sans crainte de se tromper, qu'une partie de la bière incorporée sert à la nutrition, quoique l'excédant soit éliminé par les urines.

Ce qui précède montre donc que la théorie de M. Durand-Fardel aurait eu besoin de plus de précision; ce qui va suivre montrera peut-être qu'elle eût pu être plus complète.

L'efficacité des eaux de Vichy contre une foule de maladies est incontestable, et les propriétés dont elles jouissent sont peut-être tout opposées à celles qu'on leur attribue. Elles neutralisent, dit-on, les produits acides de nos sécrétions. Elles ne s'adressent donc qu'à un effet de la maladie, à un symptôme. A ce point de vue, le fait de l'élimination, tel que l'a établi M. Durand-Fardel, peut se concilier avec l'emploi d'une certaine quantité de l'alcali à la saturation des produits acides. Mais s'il avait commencé à établir que cette neutralisation chimique, quelque exacte et complète qu'on la suppose, ne saurait avoir d'action, du moins au point de vue où on se place, sur le principe générateur de la sur-sécrétion acide, sur le principe initial de la maladie, il aurait montré en même temps que cette médication purement symptomatique ne possède qu'une action temporaire entièrement subordonnée à la durée de son emploi. Qu'en résulte-t-il? Évidemment que si la guérison des malades est complète, si elle persiste après la cessation du remède, si les sécrétions suracides rentrent dans les limites et conditions normales, c'est que les eaux de Vichy n'ont point agi en tant qu'alcalines, en tant que neutralisant les produits acides excrétés, mais en modifiant la condition pathologique de l'organisme en vertu de laquelle il exagérait la qualité acide de ses excrétions, pour le ramener à la condition physiologique en vertu de laquelle ces excrétions redeviendront alcalines ou neutres, ou moins acides. Dès lors il est presque indifférent que l'économie retienne plus ou moins des sels alcalins renfermés dans l'eau de Vi-

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES ET CRITIQUES SUR LES CORSETS.

L'usage des corsets est une invention de l'Europe moderne. Attaqué avec véhémence par de grands écrivains, par la plupart des médecins, loin de succomber, il n'a fait que s'étendre et s'est presque généralisé de nos jours. Comment expliquer cette opiniâtreté du beau sexe? Doit-on l'attribuer uniquement à l'empire de la mode ou à une coquetterie dépravée, amenée par l'excès de la civilisation? On bien serait-ce que le bon sens public aurait fait justice cette fois encore, comme en mainte occasion, des injustes préventions des savants? Et ceux-ci ne se seraient-ils pas surtout donné tort, en enveloppant dans la même proscription l'abus condamnable et le sage emploi que les femmes ont pu faire de cette partie de leurs vêtements?

Si les corsets proprement dits étaient inconnus aux anciens, ils y suppléaient, comme on sait, par quelque chose d'équivalent, par les bandes ou ceintures, *fasciæ* des Latins, dont les femmes s'enveloppaient. Il faut remonter aux temps les plus reculés pour perdre la trace de cet usage, et l'on conçoit qu'à l'origine des peuples les mœurs étaient trop simples, les hommes trop grossiers, pour que les femmes missent beaucoup de recherche dans leur parure. « Si les filles » d'autrefois, dit Ovide, prenaient moins de soin de leur personne, c'est que les » hommes étaient aussi négligés qu'elles. »

> Corpora si veteres non sic coluere puellæ,
> Nec veteres cultos sic habuere viros.
> (ART D'AIMER, ch. III.)

Mais déjà au siècle d'Homère on voit apparaître ces ceintures multiples entourant le trone. Le chantre de l'ILIADE, en décrivant la toilette de Junon au moment où elle va charmer le maître des dieux, nous la représente revêtue d'une première ceinture, sorte d'écharpe, à cent franges d'or, et empruntant, en outre, à Vénus son *ceste* ou sa fameuse ceinture, ornée par le poëte de toutes les grâces de son imagination, et qui consistait en une bande de peau piquée ou brodée, placée sans doute sur les hanches pour relever la tunique, qui la cachait en retombant sur elle. (Dugas-Montbel, OBSERV. SUR L'ILIADE.)

Comme les corsets de nos jours, les ceintures des dames grecques et romaines servirent à soutenir les seins, à en augmenter ou à en diminuer au besoin la saillie, à contenir l'abdomen, à effacer les épaules, à dessiner la taille et à la serrer, pour l'amincir et la rendre plus fine. On en distinguait de plusieurs espèces, selon qu'elles se plaçaient autour de la poitrine ou des hanches, sur la peau nue ou sur les vêtements. Les principales étaient le *strophium*, la *tænia*, nommés aussi *stethodiesmon mastotenion*, qui appartenaient aux *fasciæ mamillares*, et le *zona*, qui entourait les hanches. La *castula*, dont il n'est fait mention que sous les empereurs, était placée sur la peau ou la tunique la plus intérieure et sont

chy ; celle-ci agit par contact, dynamiquement si l'on veut, et même en vertu des éléments chimiques qu'elle possède ; dès lors l'élimination par les urines de tous les sels alcalins qui la minéralisent devient un fait aussi absolu qu'on le veut, car il s'accorde parfaitement et intégralement avec la véritable doctrine de l'action thérapeutique des eaux de Vichy, et peut en même temps être invoqué, dans son caractère absolu, comme une conséquence presque nécessaire de l'insuffisance démontrée de la doctrine chémiatrique qui le repousse ; du moins jusqu'à ce que cette dernière ait démontré rigoureusement à son tour qu'une certaine partie des sels alcalins de l'eau a été retenue dans l'économie.

— La précision des procédés chimiques pour découvrir les falsifications des substances alimentaires, et du lait en particulier, suit pas à pas les progrès toujours croissants de cet art de l'industrie parisienne. C'est beaucoup dire, sans doute, mais ce n'est pas trop dire. Aux infatigables et heureux efforts de M. Chevallier, on peut ajouter ceux de M. Poggiale, pharmacien en chef du Val-de-Grâce. Dans une note adressée à l'Académie de médecine, et insérée à notre compte rendu, l'habile chimiste a démontré qu'on peut, à l'aide du polarimètre perfectionné de M. Soleil, fixer les moindres quantités de sucre de lait et de crème qui manquent au lait, et à l'aide de la liqueur cuivrique, on peut déterminer la présence et la proportion de la dextrine contenue dans le lait. C'est ce que les deux auteurs du travail le plus récent sur le lait, MM. Becquerel et Vernois, paraîtraient n'avoir pu préciser.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LES SALIVES ; par M. CLAUDE BERNARD.

Les fluides salivaires et les glandes qui les sécrètent ont été le sujet d'un grand nombre de travaux, de la part des anatomistes, des physiologistes et des chimistes.

Les anciens ne reconnurent qu'une seule espèce de salive, la *salive mixte ou buccale* qui résulte de la sécrétion de toutes les glandes salivaires réunies, et qui s'obtient directement chez l'homme par l'action de cracher. Toutefois, les anatomistes attribuaient à cette salive mixte deux origines distinctes : 1° les *glandes salivaires proprement dites* ; 2° les *glandes mucipares*. Haller allait plus loin et admettait en outre une humeur exhalée par la terminaison des vaisseaux artériels de la membrane muqueuse buccale. (ELEMENTA PHYSIOLOGIÆ, L VI, p. 41.)

C'est pour la première fois, en 1780, qu'un expérimentateur nommé Hapel de la Chenaie (1) obtint la *salive parotidienne* isolément, par la section du canal de Sténon sur un cheval. Depuis lors, on connut deux fluides salivaires : la salive mixte et la salive parotidienne.

Dans leur traité sur la digestion publié en 1827, MM. Tiedemann et Gmelin (2) firent cette même distinction en donnant le nom de *salive pure* à la salive parotidienne, et celui de *salive impure* à la salive mixte ou buccale.

Plus récemment, en 1846, les expériences de MM. Magendie et Rayer (1) ont appris que la salive buccale du cheval se différencie de la salive parotidienne du même animal par sa propriété de transformer l'amidon en glucose.

Dans tous les travaux précédemment cités, la comparaison des fluides salivaires, ainsi qu'on le voit, était toujours restée limitée entre la salive buccale et la salive parotidienne à laquelle on assimilait par analogie les autres salives non encore isolées que fournissaient les diverses glandes salivaires.

Il paraîtra sans doute surprenant qu'avant 1847, personne n'ait jamais songé à recueillir isolément et à l'état de pureté les liquides sécrétés par les glandes sous-maxillaires et sub-linguale. Je crois en effet avoir le premier, à cette époque (2), obtenu les salives sous-maxillaires et sub-linguale chez le chien, et avoir montré qu'elles différaient de la salive parotidienne du même animal par plusieurs caractères tirés de leurs propriétés physiques et chimiques. Après moi, ces expériences ont été répétées, avec des résultats analogues, par MM. Jacubowitsch (3), Bidder et Schmidt (4), à Dorpat, par M. Colin (5), en France, etc., tant sur le chien que sur d'autres animaux.

En démontrant cette variété de propriétés dans les différentes salives d'un même animal, mes observations ne concordaient point avec les idées généralement reçues sur la nature des glandes salivaires. En effet, les anatomistes et les physiologistes, pour ainsi dire de tout temps, ont admis dans la bouche deux sortes de glandes salivaires, ayant des usages distincts, savoir : 1° les *glandes salivaires mucipares*, destinées à sécréter le mucus, et qui ne sont autre chose que les glandules bucco-labiales et linguales ; 2° les *glandes salivaires proprement dites*, destinées à sécréter la vraie salive, et comprenant les glandes parotide, sous-maxillaire, sub-linguale et la glande de Nuck, qui est spéciale aux carnassiers et à quelques animaux ruminants.

Depuis 1847, j'ai poursuivi mes recherches, et à l'aide d'expériences anatomo-physiologiques très-nombreuses, qui se trouveront relatées dans ce mémoire, j'espère être parvenu à une détermination plus rigoureuse du rôle fonctionnel des différents organes salivaires. J'ai surtout acquis la conviction qu'il faut renoncer complétement à cette distinction des glandes en mucipares et en salivaires, distinction très-ancienne que le temps semble avoir consacrée, mais que la science ne peut reconnaître d'aucune façon. En effet, s'adresse-t-on à l'anatomie et s'appuie-t-on exclusivement sur la structure intime des glandes, on arrive, dans l'état actuel de la science, à la négation absolue de tout caractère distinctif, et comme conséquence à l'impossibilité d'une classification quelconque des glandes salivaires. S'appuie-t-on, au contraire, sur la physiologie, c'est-à-dire sur les propriétés et les usages des liquides sécrétés, on y trouve alors les bases de distinctions réelles et fondamentales, mais qui, loin de justifier cet ancien rapprochement des glandes parotide, sub-linguale et sous-maxil-

(1) OBSERVATIONS ET EXPÉRIENCES SUR L'ANALYSE DE LA SALIVE DU CHEVAL, dans les MÉM. DE LA SOC. ROYALE DE MÉD., ann. 1780 et 1781, p. 325.

(2) RECHERCHES EXPÉRIMENTALES, PHYSIOLOGIQUES ET CHIMIQUES SUR LA DIGESTION, ETC., traduit par Jourdao, t. I, p. 4.

(1) RECUEIL DE MÉMOIRES ET OBSERVATIONS SUR L'HYGIÈNE ET LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE MILITAIRES, ETC., t. III, p. 385.

(2) ARCH. GÉN. DE MÉD. Janvier 1847, 4e série, t. XIII, p. 1.

(3) DE SALIVA. Dissertatio inauguralis. Dorpat, octobre 1848.

(4) VERDAUUNGSSAEFTE UND STOFFWECHSEL, 1852 Leipzig, und Mitau.

(5) COMPTES RENDUS DE L'ACAD. DES SC., 1852, p. 327-681.

---

les seins ; mais elle était peut-être moins analogue aux corsets qu'aux jupons des femmes d'aujourd'hui.

Tout ce qu'on reproche à la coquetterie moderne à l'endroit des corsets, on peut le dire de la coquetterie ancienne à l'endroit des *fasciæ*. Les Grecs, ces amateurs du beau par excellence, les Romains, leurs imitateurs, prisaient au plus haut degré les formes régulières, les belles proportions du corps ; ils préféraient, chez les femmes, une taille élancée, svelte, à une petite stature, à un embonpoint trop prononcé. Des seins volumineux, une taille épaisse, étaient presque une difformité à leurs yeux. Martial flétrit du nom de *mammosæ* les personnes ainsi conformées, et Ovide, en énumérant, dans son livre des REMÈDES DE L'AMOUR, les défauts corporels du sexe, n'a pas manqué d'indiquer les *papillæ tumidæ*. Cette circonstance était tellement prise au sérieux, que Serenus Sammonicus, dans une suite de préceptes en vers sur la médecine, conseille l'emploi de divers topiques pour se procurer des seins bien proportionnés, ou ce que les Latins appelaient *castigatæ mamillæ seu papillæ, castigatum pectus*.

Doit-on s'étonner, d'après cela, que les femmes de ce temps aient porté jusqu'à l'abus la compression des mamelles, la constriction circulaire du tronc par les bandes ou *fasciæ*? Le même Ovide, que je citais tout à l'heure, leur conseille, dans son ART D'AIMER, de réprimer avec une bande leur excès d'embonpoint :

Inflatum circa fascia pectus eat.
(ART D'AIMER, ch. III.)

Et ici l'application avait probablement devancé le précepte.

Le vers qui précède celui-ci nous apprend qu'en outre on se servait de petits coussins dits *analectides* ou *analeotrides* pour corriger l'inégalité des épaules :

Conveniunt tenues scapulis analectrides altis.

Catulle, dans son admirable description du désespoir d'Ariane, abandonnée par Thésée, peignant le désordre de ses vêtements, qu'elle laisse tomber à ses pieds, n'oublie pas le *strophium*, dont l'usage est bien indiqué par ce vers :

Non tereti strophio luctantes (1) vincta papillas.
(EPITHAL. DE THÉTIS ET PÉLÉE.)

Martial exprime la même idée dans une de ses épigrammes qui commence ainsi :

Fascia, crescentes (1) dominæ compesce papillas.
(MART., liv. XIV, épig. 134.)

Lucien, dans le dialogue DES AMOURS, fait encore connaître l'emploi des bandes mamillaires, lorsqu'il dit, à l'occasion des tuniques un peu trop transparentes de ses contemporaines : « Sous ce vêtement, tout se voit mieux que le visage, » excepté les seins, qui tomberaient en avant d'une manière difforme, s'ils n'é» taient constamment retenus prisonniers. »

On connaît ce passage de l'EUNUQUE de Térence, dans lequel un jeune homme, Chæréa, vantant à son esclave, son confident, la beauté inconnue dont il est épris, lui dit : « Cette fille ne ressemble pas aux nôtres, que leurs mères s'efforcent de

(1) D'autres lisent *luctantes*.

laire, sous le nom de *glandes salivaires vraies*, démontrent justement l'inverse et prouvent qu'au lieu d'être réunies, ces trois glandes doivent être bien soigneusement distinguées sous le rapport des propriétés et des usages de leurs produits de sécrétions.

Mais il est nécessaire à ce propos, et pour prouver la vérité de ce qui a été dit précédemment, d'entrer dans quelques considérations anatomiques.

CONSIDÉRATIONS SUR LA STRUCTURE COMPARÉE DES GLANDES SALIVAIRES CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX.

Chez l'homme et les *mammifères*, la structure des glandes mucipares et des glandes salivaires proprement dites n'offre aucune différence réelle. Ramenées à leur texture microscopique, les glandes parotides, sous-maxillaires, sub-linguales, les glandules bucco-labiales et la glande de Nuck rentrent sans exception dans la catégorie des *glandes en grappe*, et sont toutes constituées en définitive par des vésicules glandulaires ou culs-de-sac dans lesquels se voient des cellules épithéliales contenant des granulations élémentaires et un ou quelquefois plusieurs noyaux.

Le diamètre des vésicules glandulaires et celui des cellules épithéliales peut varier de 0,03 à 0,04 de millimètre pour les premières, et de 0,01 à 0,02 de millimètre pour les secondes; mais ces variations peuvent avoir lieu dans les glandes parotides sous-maxillaires et sub-linguales, aussi bien que dans les glandes dites mucipares.

Le plus ou moins de transparence des cellules, la plus ou moins grande facilité de leur isolement (1), le nombre des noyaux, ne sauraient non plus servir de caractères distinctifs, parce que ces particularités anatomiques peuvent se rencontrer pour les mêmes glandes dans des animaux différents et dans les mêmes animaux pour des glandes différentes. C'est ce dont on peut se convaincre en comparant les figures placées à la fin de ce mémoire. J'ai examiné la structure des glandes et glandules salivaires chez l'homme, le chien, le cheval, le porc, le bœuf, le mouton, le surmulot, le lapin.

De cette similitude de structure dans les organes salivaires résulte l'impossibilité de distinguer les diverses glandes les unes des autres par l'inspection microscopique. Avec M. le docteur Davaine, nous avons essayé bien souvent, mais toujours sans succès, d'arriver à ce diagnostic micrographique. Il est important d'ajouter que les anatomistes les plus versés dans les études microscopiques n'ont pas été plus heureux. Ainsi M. Koelliker, en parlant de la structure des glandes salivaires chez l'homme, s'exprime ainsi :

« Les glandes salivaires, parotides, sous-maxillaires, sub-linguales et les glandules mucipares ont une texture tellement semblable que, lorsqu'on en a décrit une, on peut parfaitement se dispenser de décrire les autres. » (P. 49, t. II, MICROSCOPISCHE ANATOMIE.)

Les différences que M. Ch. Robin a observées dans le volume des épithéliums glandulaires n'ont pas pour but la distinction des glandes entre elles, mais se rapportent bien plutôt à la spécialité de l'épithélium des conduits excréteurs de glandes qui doivent en effet être considérés comme des organes distincts de la partie sécrétante proprement dite. Sous ce rapport, la physiologie est d'accord avec l'anatomie. J'ai plusieurs fois apporté à la Société de biologie des pancréas que j'avais détruits par des injections de graisse dans les conduits; et on a pu voir qu'après la destruction et la résorption de la partie glandulaire, les conduits restaient intacts et isolés comme un arbre dépouillé de ses feuilles.

Chez les *oiseaux*, les glandes salivaires offrent un tout autre type de structure que chez les mammifères et on ne peut pas les faire rentrer dans la catégorie des glandes dites en grappe. En effet, au lieu de présenter, comme chez les mammifères, un conduit excréteur principal qui se divise en branches de plus en plus grêles, portant çà et là des globules glandulaires fixés, soit latéralement sur ces conduits, soit tout à fait à leur extrémité terminale, les glandes salivaires des oiseaux offrent, au contraire, l'aspect d'une petite masse comme spongieuse, adhérant à la face externe de la membrane muqueuse et s'ouvrant habituellement dans la cavité de la bouche par plusieurs orifices ponctiformes visibles à l'œil nu. Chacun de ces orifices conduit dans une espèce de réservoir ou de petit sac dont la cavité intérieure, très-anfractueuse, est divisée par des saillies membraneuses en un nombre considérable de cellules incomplètes, communiquant les unes avec les autres. Quand on a débarrassé les cellules glandulaires du mucus épais qui les remplit, on reconnaît, à l'inspection microscopique, qu'elles sont tapissées intérieurement par des cellules épithéliales offrant par leur arrangement l'apparence de lignes onduleuses, quand on les suit sur le bord lisse des saillies membraneuses des vacuoles les plus déliées de la glande. Ces différents aspects de structure se trouvent figurés dans la planche qui accompagne ce mémoire. J'ai constamment rencontré cette même disposition anatomique dans les glandes salivaires des différents oiseaux que j'ai examinés : le coq, le dindon, le canard, la mouette et le freux.

Au milieu de cette texture en apparence si différente dans les organes salivaires des oiseaux et des mammifères, on doit cependant remarquer que les cellules épithéliales qui constituent un des éléments anatomiques fondamentaux de la glande restent à peu près les mêmes. Par leur diamètre, qui est de 0,15 à 0,020 de millimètre, et l'apparence de leur contenu, ces cellules se rapprochent complétement de celles des mammifères, et il serait certainement impossible de les en distinguer par aucun caractère absolu et rigoureux. Seulement, au lieu d'être disposées en cul-de-sac sur un conduit glandulaire rameux accompagné de vaisseaux et de nerfs, comme cela a lieu chez les mammifères, ces cellules, chez les oiseaux, sont étalées sur les parois d'une utricule qui reçoit également des vaisseaux et des nerfs, et dont la surface intérieure est accrue par la présence d'une multitude d'anfractuosités. Au fond, les mêmes éléments anatomiques existeraient, seulement ils seraient autrement disposés.

Mais l'espèce de rapport qui doit, pour l'accomplissement de l'acte sécrétoire, exister entre les cellules épithéliales, les vaisseaux sanguins ou lymphatiques et les nerfs, est jusqu'à présent complétement ignorée des anatomistes et des physiologistes, aussi bien chez les oiseaux que chez les animaux mammifères. Toutefois il m'a paru que la communication des cavités glandulaires était plus facile avec les vaisseaux lymphatiques, parce qu'il m'est souvent arrivé, en injectant les conduits salivaires, de voir passer l'injection dans les vaisseaux lymphatiques voisins.

(1) En général, cependant, les cellules de la glande parotide s'altèrent plus facilement et sont plus difficiles à isoler que celles des autres glandes; toutefois, on y parvient au moyen de l'eau sucrée ou d'une solution modérément concentrée de sulfate de soude.

L'immersion dans l'eau sucrée est également un bon moyen pour conserver ensuite sans altération les glandes desséchées; elles reprennent très-bien leurs caractères quand on les remet pendant quelques instants dans l'eau.

» tenir les épaules basses et la poitrine serrée, pour les amincir. Prennent-elles » un peu d'embonpoint : c'est un athlète, dit-on aussitôt, et l'on réduit leur » nourriture; si bien que, quelque bonne que soit leur complexion, on les rend, » à force de soins, droites et grêles comme un jonc. Aussi, comme on les » aime (1)! »

Ne dirait-on pas que cette critique est de notre époque, et se serait-on exprimé autrement en parlant des femmes des temps modernes? L'analogie est telle que c'est à peu près dans les mêmes termes qu'au commencement du dix-septième siècle, Ad. Spigel (DE HUMANI CORPORIS FABRICA) reprochait aux jeunes filles de se serrer outre mesure, afin d'avoir la taille comme un jonc, *ut junceæ videantur*, expression qu'il empruntait, probablement sans s'en douter, au comique latin.

Un poëte comique plus ancien, Alexis d'Athènes, oncle de Ménandre, dont on ne connaît que des fragments, dépeint à peu près de la manière suivante l'art employé par les courtisanes de la Grèce pour corriger ou voiler les défauts du corps.

« Les courtisanes, dit-il, prennent à leur charge des jeunes filles qui con- » naissent à peine les éléments du métier et déguisent aussitôt leurs formes au » point de les rendre méconnaissables. Une jeune fille est-elle petite, sa stature » est aussitôt exhaussée au moyen d'une semelle de liége. Est-elle trop grande, » elle porte des sandales minces et marche la tête inclinée sur une épaule...... » A-t-elle trop peu de hanches, on lui en met de fausses, qui la font passer aux » yeux de tous pour Callipyge. *Son ventre est-il trop gros, au sein postiche » qu'elle se met, comme les acteurs de la comédie, on adapte des supports » droits, qui le resserrent et le repoussent en arrière.* A-t-elle les sourcils roux, » on les lui teint avec du noir de fumée, etc. »

On voit par ce morceau que les buses même ne sont pas une invention moderne. Les hommes en portaient aussi dans quelques circonstances. Aristophane, dans une scène de sa comédie des OISEAUX, fait allusion par l'épithète de φιλύρινος, *l'homme au tilleul*, d'après l'explication du grammairien Athénée, à une planchette en bois de tilleul, que Cinesias, poëte dithyrambique d'Athènes, très-grand et mince, mettait sous sa ceinture pour se soutenir le tronc et l'empêcher de se fléchir en avant. L'empereur Antonin, courbé par l'âge et par sa haute stature, avait recours au même moyen, au rapport de son biographe Capitolinus : « Cum esset longus et senex, dit cet historien, incurvareturque, tilia- » ceis tabulis in pectore positis fasciabatur, ut rectus incederet. »

Un passage curieux de Galien (livre DES CAUSES DES MALADIES) montre de la manière la plus évidente l'identité de but et d'application des antiques *fasciæ* et des corsets de nos jours. En traitant (chap. VII) des changements de figure des parties, il dit : « Les parties constituantes du thorax sont souvent aussi défor- » mées par les nourrices, qui les bandent mal dans la première enfance. Mais » c'est surtout chez les jeunes filles qu'il nous est donné de voir sans cesse se

(1) Haud similis virgo est virginum nostrarum, quas matres student demissis humeris esse, vincto pectore, ut graciles sint. Si qua est habitior paulo, pugilem esse aiunt; deducunt cibum. Tamen, etsi bona natura est, reddunt curatura junceas : Itaque ergo amantur! (Tér., EUNUCH., act. II, sc. IV.)

Chez les *reptiles* vivant dans l'air qui sont pourvus de glandes salivaires, tels que la tortue terrestre, j'ai retrouvé le même type de structure que chez les oiseaux, avec cette légère variante que les vacuoles de l'utricule glandulaire sont plus ténus, et que les cellules épithéliales, au lieu d'être simplement étalées sur des parois, sont disposées en sorte de mamelons festonnés proéminents dans la cavité glandulaire générale.

Chez les reptiles qui vivent dans l'eau, il y a, comme chez les poissons, absence complète de glandes conglomérées; mais une particularité singulière, et qui, je crois, n'a pas été signalée, c'est que, dans ces cas, la membrane muqueuse de la bouche, à peu près complètement privée de ces larges cellules épithéliales caractéristiques qu'on rencontre chez l'homme et chez les animaux qui vivent dans l'air, est seulement revêtue par des cellules qui, à raison de leur diamètre, de leur contenu et de leur apparence, sont analogues aux cellules des glandes conglomérées; de sorte que, chez tous les animaux, on pourrait retrouver les cellules des glandes salivaires, seulement disposées en cul-de-sac chez les mammifères, tapissant des cavités anfractueuses chez les oiseaux et étalées à la surface de la muqueuse de la bouche chez les poissons et chez certains reptiles.

Dans tous les cas, d'après ce qui existe, on pourrait dire que tous les animaux qui vivent dans l'air, quelle que soit la classe à laquelle ils appartiennent, se distinguent par la présence des larges cellules épithéliales de la bouche, tandis que les animaux vivant dans l'eau en seraient dépourvus, et de plus les animaux qui peuvent vivre à la fois dans l'air et dans l'eau présenteraient les deux espèces de cellules. J'ai figuré ces diverses espèces de cellules épithéliales de la bouche chez la carpe, le brochet, la tortue, le crapaud, etc., de même aussi que certaines papilles baignées d'une humeur gluante et visqueuse que j'ai rencontrées dans la bouche de quelques poissons, tels que la raie, mais plus spécialement dans la paroi inférieure de la cavité buccale des tortues terrestres et aquatiques.

En résumé, on constate deux types de structure qui permettent de distinguer facilement les glandes salivaires des mammifères de celles des oiseaux et des reptiles; mais l'anatomie ne peut fournir aucun caractère certain capable de faire discerner les glandes et glandules salivaires entre elles chez le même animal; de sorte que, chez un mammifère, par exemple, toutes les glandes et glandules salivaires se ressemblent. Il est absolument impossible par la texture anatomique de distinguer nettement une glande parotide d'une sublinguale.

Ce préambule anatomique était nécessaire pour justifier le point de vue tout physiologique auquel nous nous placerons, dans le cours de ce mémoire, pour déterminer les fonctions et les usages des différents appareils salivaires.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA CHUTE DE L'UTÉRUS PAR LE PINCEMENT DU VAGIN (présenté à la Société de biologie en 1852); par M. le docteur A. DESGRANGES, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite. — Voir le n° 5.)

II. — MÉTHODE CURATIVE NOUVELLE.

Pincement du vagin.

Le nom que je donne à la méthode que je préconise a le grand avantage, à raison même de sa simplicité, d'être parfaitement intelligible, et surtout de bien rendre suivant quel mode le vagin est attaqué par les instruments qu'on y applique : ce sont des pinces qui soumettent un pli de cet organe à une pression continue, jusqu'à ce qu'il soit mortifié. Elles deviennent la cause physique d'une inflammation lente, circonscrite au conduit vulvo-utérin, au tissu cellulaire ambiant, et dont le résultat final est pour le vagin un rétrécissement plus ou moins fort, une augmentation de tonicité, et pour l'utérus un retour de la fixité qui lui manquait.

Le pincement du vagin, en tant que méthode curative, n'a point encore été exécuté, si je m'en rapporte aux auteurs classiques, à M. le professeur Velpeau, entre autres, dont le TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE est si riche d'érudition. J'invoque de plus, à l'appui de ce que j'avance, l'opinion de M. le professeur Nélaton, dont le savoir n'est égalé que par la bienveillance à accueillir les tentatives nouvelles. Voici comment s'est exprimé M. Nélaton dans une leçon clinique sur la chute de l'utérus, après avoir décrit les procédés connus : « Arrive maintenant une méthode toute nouvelle, et que je vais employer devant vous; on la doit à M. Desgranges (de Lyon). M. Desgranges a eu l'excellente idée, suivant moi, d'employer une foule de petites pinces qu'il place dans le vagin; il les laisse ensuite tomber d'elles-mêmes. Inventé il y a un an, ce procédé compte déjà des succès. » (GAZETTE DES HÔPITAUX, 21 fév. 1852, n° 22, p. 85.) J'ajouterai enfin que la méthode a été acceptée comme nouvelle par M. le professeur Laugier, par MM. Hardy et Vigla, agrégés de la Faculté de Paris, lorsque, sous la présidence de M. Nélaton, ils eurent à examiner la thèse de M. le docteur Damiron, interne distingué des hôpitaux de Lyon, thèse fort bien faite, sous ce titre : DU PROLAPSUS UTÉRIN; DE SA CURE RADICALE. (Paris, 16 juin 1852.)

A l'époque où je fis mes premiers essais, je ne suivais aucune idée préconçue; je cédais uniquement aux vives instances d'une malade pressée du désir de guérir. Le cas était embarrassant. D'un côté, si je trouvais une constitution forte et bonne; de l'autre, je voyais un prolapsus des plus graves : le col descendait à *douze* centimètres au-dessous du méat urinaire. La cautérisation, appliquée à diverses reprises, n'aboutit pas au résultat cherché; force fut donc de recourir à quelque moyen plus énergique. Dire tous les tâtonnements des premières épreuves, toutes les précautions que je pris, ce serait aussi long qu'inutile. Quelque pénible que fût la maladie que je me proposais de guérir, puisqu'elle n'était pas incompa-

---

» produire cet effet. Dans le but d'augmenter le volume des parties voisines des » hanches et des flancs, par rapport au thorax, les nourrices leur mettent des » bandes, qu'elles serrent fortement sur les omoplates et tout autour de la poitrine, et comme la pression qui en résulte est souvent inégale, le thorax de- » vient proéminent en avant, ou la région opposée, celle du rachis, devient gib- » beuse. Il arrive encore quelquefois que le dos est pour ainsi dire brisé et en- » traîné de côté, de sorte qu'une épaule est soulevée, saillante et en tout plus » volumineuse, tandis que l'autre est affaissée et aplatie. Tous ces vices de con- » formation du thorax sont dus à la négligence et à l'ignorance des nourrices, » qui ne savent pas appliquer un bandage exerçant une pression uniforme. »

Il ne faudrait pas que l'expression de *nourrice* employée par Galien donnât lieu de croire qu'il soit ici question d'enfants à la mamelle; car on sait que les Romains donnaient aussi ce nom à une espèce de gouvernante ou de camériste, à laquelle leurs filles étaient confiées au sortir de l'enfance, et le texte ne laisse pas d'ailleurs le moindre doute sur l'époque de la vie à laquelle il s'applique. Il s'agit donc bien réellement dans ce passage, des bandes ou *fasciæ*, ταινίαι, dans le langage de Galien, qui servaient de corset aux filles et aux femmes de l'antiquité. Ce témoignage, ainsi que tous ceux que j'ai précédemment rapportés, fait voir dans quelle erreur est tombé J. J. Rousseau, lorsqu'il a dit, en parlant des peuples anciens, que « de toutes ces entraves gothiques, de ces multitudes » de ligatures qui tiennent de toute part nos membres en presse, ils n'en avaient » pas une seule. »

Si l'on en croit l'abbé Nadal, auteur d'une dissertation sur l'habillement des dames romaines, insérée, en 1723, dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES INSCRIPTIONS, il aurait existé chez les anciens, outre les bandelettes ou *fasciæ*, de véritables corsets, qui étaient aux dames romaines, dit-il, le plus brillant de tous les ajustements. Mais cette opinion est uniquement fondée sur la description que fait Virgile de l'Égide ou cuirasse de Minerve et sur une fausse interprétation donnée par Nadal à ce mot *Égide* dans un vers d'Ovide, et ces raisons sont tellement futiles que je n'aurais pas parlé de cette erreur, si elle n'avait été reproduite et amplifiée, sans qu'on en ait indiqué la source, dans les articles CORSETS de l'ENCYCLOPÉDIE MÉTHODIQUE, du DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES et du DICTIONNAIRE DES ORIGINES de Noël. La vérité est qu'aucun monument connu de l'antiquité, aucune œuvre artistique, aucun texte des anciens, n'établissent la moindre apparence de l'emploi du corset dans l'habillement des femmes grecques et romaines. Aussi M. de Clarac, qui a fait connaître avec soin, dans son MUSÉE DES ANTIQUES, toutes les espèces de vêtements en usage chez les anciens, n'a-t-il rien décrit de semblable au corps ou corset des temps modernes.

Au milieu des calamités qui, du troisième au cinquième siècle, replongèrent l'Europe dans la barbarie, en faisant disparaître l'empire d'Occident, envahi par les hordes innombrables des peuples du Nord, la coquetterie ne perdit pas tout à fait ses droits. Les femmes des rois franks sont, à la vérité, représentées pour la plupart au portail de nos églises, dans les caveaux de Saint-Denis, avec des robes d'une coupe fort simple, semblables aux blouses ou peignoirs de nos dames, ou, si on l'aime mieux, aux longues tuniques des femmes romaines, et fixée uniquement par une ceinture étroite, sans que rien indique d'autres pièces de vêtement destinées à marquer ou à contenir les formes, souvent cachées, en outre, par une guimpe pareille à celle de nos religieuses. Mais quelques rares monuments,

tible avec la santé, je ne voulais et ne devais rien faire qui pût compromettre la vie, rien qui pût, en cas de non-réussite, aggraver l'état local; car on l'a dit : *Primo non nocere*.

C'est vers la fin de 1850 que je traitai ma première malade (celle de l'obs. II) : le succès dépassa mon attente. J'en traitai une seconde, une troisième, et de nouveau j'eus le bonheur de réussir. Tout en me réservant de juger plus tard définitivement la méthode, je crus devoir garantir mes droits à la priorité par une communication à l'Académie de médecine. J'envoyai donc à cette savante compagnie, le 3 juin 1851, mes trois premières observations, des planches où étaient figurés les instruments, la description du manuel opératoire, plus une lettre où je faisais un exposé sommaire du pincement du vagin et de ses heureux effets. — Depuis lors j'ai apporté quelques modifications aux instruments, et partant au manuel opératoire, à l'occasion de certaines difficultés que j'ai rencontrées, et dont il sera fait mention plus tard.

D'où il suit que le pincement du vagin comprend *deux procédés :*

Le *premier*, plus expérimenté, que je décrirai d'abord ;

Le *second* mis une seule fois en usage, mais que je soumettrai à de nouvelles épreuves, car je le crois bon aussi.

§ I. — Premier procédé.

Je n'en finirais pas si je voulais faire l'histoire complète de ce procédé, présenter tous les instruments qui m'ont servi et discuter la valeur de chacun en particulier. Je me contenterai de faire connaître ceux qui les résument tous et dont j'ai fait le plus fréquent usage ; c'est aussi d'après ceux-là seulement que je parlerai du manuel opératoire.

A. Instruments.

1° Pinces vaginales. — J'appelle de ce nom, à cause de l'organe qui les reçoit, de petites pinces à branches croisées, dont les mors, légèrement incurvés sur les bords, pressent l'un contre l'autre par l'élasticité des ressorts.

Fig. 1.

A. Dents en saillie.
B. Mors taillés en demi rond.
C. Tige d'entre-croisement.
D. Portion taillée en lime.
E. Ressort.
F. Anse de fil passée dans les ressorts.

La pince vaginale, de moyenne grandeur, mesure d'une extrémité à l'autre 70 à 75 millim. Les ressorts, jusqu'à la portion taillée en lime, ont environ 32 millim. de long sur 5 millim. de large. La portion taillée en lime n'a pas plus de 5 millim. d'étendue; elle est, en outre, en saillie sur la branche gauche, quand on regarde la pince par sa convexité, et simplement de niveau sur la branche droite. Les mors taillés en demi-rond sont incurvés suivant les arêtes; ils n'ont pas plus de 23 millim. de long et se touchent réciproquement par une surface plane hérissée d'inégalités. L'extrémité libre de chaque mors est armée d'une dent saillante en avant. Ces dents en saillie, longues de 3 millim. et entre-croisées obliquement, quand la pince est fermée, font avec l'axe de l'instrument un angle d'environ 140°, disposition qui leur permet de pénétrer assez loin dans les tissus, de les ramasser en un repli qui reste soumis à la pression des mors. La tige d'entre-croisement n'a guère que 10 millim.; son obliquité varie suivant l'écartement que l'on veut donner à la pince. L'écartement d'une pince bien faite, si on le mesure de la racine d'une dent à l'autre, doit être de 25 mill.; de plus la force des ressorts sera telle qu'en écartant les mors par leur extrémité, il faille seulement pour les disjoindre une puissance égale au poids de 200 grammes. Des pinces plus petites auraient une action trop faible, trop limitée; car, même dans les proportions que j'indique, il est malaisé d'avoir un bon ressort. On pourrait augmenter les dimensions des pinces, les rendre plus fortes et susceptibles de plus d'écartement. De nombreuses tentatives en ce genre, des modifications variées, m'ont effectivement démontré que la constriction sur une large échelle n'a pas plus de dangers que resserrée dans d'étroites limites: mais je ne le conseille pas; j'y verrais même l'inconvénient pour un faible avantage de compliquer l'appareil instrumental. Le chirurgien aura une dizaine de pinces à sa disposition; il passera entre les branches de celles qui doivent lui servir un fil qu'il nouera sur le bandage en T; sans cela les pinces se perdraient.

Fig. 2.

2° Tenette a gouttière (fig. 2). — Destinée à mettre en place la pince vaginale, la tenette à gouttière ressemble à une longue pince à pansement, dont les mors auraient été modifiés. Sa longueur totale doit être de 21 à 22 centim., et la force de ses branches assez grande pour permettre une vigoureuse pression sur les anneaux. L'extrémité de la tenette mérite seule une description détaillée.

A. Gouttière.
B. Arête transversale.
C. Échancrure.
D. Branche à gouttière.
E. Branche plane.

A ce niveau, les deux branches cessent d'être symétriques: l'une est *plane*, l'autre munie d'une *gouttière*. La gouttière, qui termine la branche de ce nom, est formée de deux valves parallèles, longues de 30 millim., larges de 8 et écartées de 7. L'espace qu'elles limitent ainsi donne l'idée d'un prisme rec-

certains documents historiques, font retrouver, même à cette époque, les traces d'une mise plus élégante, de ces robes justes au corps, dessinant la taille depuis le cou jusqu'aux hanches, qui, suivant Herbé (1), peuvent être nommées à juste titre les robes françaises, comme ayant appartenu dès l'origine à la nation franque. Toutefois les femmes de ce temps ne connaissaient pas les corsets, et l'on n'est point fondé, sous ce rapport, à regarder ceux-ci comme une invention gothique, ainsi que l'ont fait quelques auteurs. Ce que l'on sait du costume des femmes d'alors ne permet pas non plus d'admettre avec le savant Hallé (article Hygiène de l'Encyclopédie méthodique) que les femmes barbares des peuples septentrionaux aient eu leur habillement divisé en deux parties, et que ce soit le contraste de l'épaisseur des jupes avec le vêtement supérieur appliqué plus juste au corps, qui ait donné l'idée de l'agrément d'une taille fine et élancée, d'où serait venu l'usage des diverses espèces de corps à baleines. Tout ce qu'il peut y avoir de vrai dans cette hypothèse, c'est que la température basse de nos climats ayant conduit à substituer à la tunique flottante des anciens des vêtements collants et superposés en plus grand nombre, a dû contribuer à faire inventer les corsets, plus appropriés à ce costume que les bandes antiques qu'ils ont remplacées.

Après la chute de l'empire romain, il se passa une longue suite de siècles avant qu'une civilisation nouvelle eût poli les mœurs des États barbares élevés sur ses débris. Le costume des femmes conserva longtemps une grande simplicité dans la classe roturière, opprimée et misérable, dépouillée à la fois, sous le régime féodal, par les princes et par une foule de tyrans subalternes. Ce n'est guère qu'après le dixième siècle que les bourgeois riches rivalisèrent de luxe avec la noblesse. L'habillement des princesses et des dames nobles suivit le caprice de la mode, les mœurs et les vicissitudes des temps; riche et coquet à la cour brillante de Charlemagne, simple et plus couvert dans l'entourage du dévot Louis le Débonnaire, bientôt après de nouveau plus découvert et juste au corps, il fut plus élégant encore sous Philippe-Auguste et même sous Louis IX, ou plutôt sous la régence de la belle Blanche de Castille, sa mère, malgré la modestie affectée avec laquelle hommes et femmes s'enveloppèrent alors de la tête aux pieds par-dessus les premiers vêtements.

Vers l'époque de la Renaissance, les femmes, de plus en plus admises dans la société des hommes, se parèrent avec recherche dans presque toutes les parties de l'Europe. Les robes montantes, larges du haut, les guimpes, devinrent de plus en plus le partage des personnes âgées et des veuves. C'est surtout du treizième au quinzième siècle, que les dernières traces du costume romain disparaissant peu à peu, on voit les femmes adopter presque généralement les robes à corsage serré, laissant ordinairement à découvert le cou et le haut de la poitrine, *scopato gutture et collo*, comme disait, en 1340, le frère Galvani de la Flamma, et quelquefois ouvertes dans une telle étendue, *quod ostendunt mamillas, et videtur quod dictæ mamillæ velint exire de sinu earum*, suivant le langage de Jean de Mussi, autre écrivain lombard de 1388, qui ajoute naïvement : *Qui habitus esset pulcher, si non ostenderent mamillas, et gulæ essent sic decenter strictæ, quod ad minus mamillæ ab aliquibus non possent videri.* La

(1) Costumes français depuis les Gaulois jusqu'en 1834.



Fig. 3.

tangulaire. Le fond de la gouttière est une surface plane, pointillée, en rapport avec la branche opposée. La branche *plane*, plus courte que l'autre de 4 millim., dépourvue de rebords latéraux, présente vers son extrémité une *arête transversale*, saillante en dedans, qui doit s'enchevêtrer avec les inégalités de la portion taillée en lime des pinces vaginales. Les bords latéraux de la branche plane sont légèrement échancrés pour recevoir le fil qui tient la pince. La diminution de longueur de la branche plane a pour effet d'appliquer la pince au fond de la gouttière et de l'y maintenir solidement fixée. Les branches arrivent au contact suivant une surface plane, mais pointillée, pour augmenter le frottement et garantir la solidité de l'instrument monté. Cette tenette à gouttière se manœuvre comme une pince à pansement, ou encore comme une tenette à calcul vésical.

Ainsi combinés, ces deux instruments (fig. 3), de petit volume, peuvent être portés dans le vagin à toutes les profondeurs. Ce n'est que vers la fin de la médication, lorsque le vagin est déjà fortement rétréci, sans l'être cependant au point voulu, que l'on pourrait éprouver quelques difficultés. La pince vaginale se place très-aisément dans la gouttière ; seulement on aura soin de mettre en rapport avec la branche plane la partie taillée en lime saillante, de rameuer l'anse de fil au niveau des échancrures pour éviter tout frottement, et d'enfoncer la pince dans la gouttière jusqu'à l'angle saillant des branches.

3° Instruments accessoires.— Ceux dont j'ai reconnu l'utilité sont le spéculum *matricis* des anciens et un gorgeret.

Ce spéculum trivalve, déjà figuré dans A. Paré, est commode par la simplicité de son mécanisme, par le grand écartement auquel il se prête, par la facilité qu'il donne de voir à nu le vagin en trois sens. Ordinairement les parois vaginales, quand le conduit est d'une grande laxité, font hernie entre les valves et remplissent en partie ce calibre de l'instrument, sous forme de trois replis longitudinaux. Ces bourrelets servent admirablement la méthode par pincement, en se plaçant d'eux-mêmes entre les mors qui viennent les saisir.

Le gorgeret dont je me sers est celui de la lithotomie. Je le choisis toujours sous forme de gouttière débarrassée de crête médiane. J'avais pensé qu'il serait avantageux d'y faire mettre une arête longitudinale que l'on saisirait entre les dents de la pince pour éviter toute chance de déviation ; mais il est si facile de suivre l'instrument dans toute sa longueur qu'une telle précaution me paraît superflue.

On fera bien aussi, la première fois au moins, de soutenir l'utérus au moyen d'un *embout*. Il suffit pour cela d'une tige de bois légèrement incurvée, suivant la direction normale du vagin, et pourvue à l'une de ses extrémités d'un renflement olivaire, à l'autre, d'un orifice capable de recevoir un fil. Ajoutons, pour terminer, un bandage en T double qui servira à fixer l'embout, et sur lequel on nouera les fils passés dans les branches des pinces.

(La suite au numéro prochain.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

III. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

(Second semestre de 1852.)

CALCUL DANS LES FOSSES NASALES, EXTRACTION, GUÉRISON ; par M. Mascarel.

La rareté de semblables lésions est une excuse bien suffisante pour l'erreur de diagnostic dont celle-ci a été l'objet. Sous ces deux rapports, sa relation abrégée mérite d'être reproduite pour avertir les praticiens de la possibilité d'éventualités de ce genre.

Obs. — Madame Delar reçut, il y a sept ans, sur le côté droit du nez, un coup de corne d'un taureau ; au bout d'un mois elle y ressentait toujours une légère douleur. Huit ou dix mois après il s'établit, par la fosse nasale de ce côté, un écoulement abondant et fétide. Elle crut y sentir un petit corps étranger qu'elle chercha plusieurs fois, mais inutilement, à saisir.

Peu à peu l'inflammation s'empara de cette partie et s'étendit jusqu'à la joue et à la paupière inférieure. L'abondance de la suppuration amena progressivement l'amaigrissement et le marasme.

Plusieurs médecins consultés successivement n'avaient conseillé que des moyens palliatifs et des soins de propreté. M. Mascarel, appelé à son tour, fut frappé, en approchant de la malade, de l'odeur infecte qu'elle exhalait. La joue et le côté droit du nez étaient tuméfiés, surtout au niveau de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Deux fistules s'y présentaient, l'une près du grand angle de l'œil, l'autre au milieu du sillon intermédiaire au nez et à la joue. Un stylet d'argent, introduit par l'une et l'autre fistule ou par la narine, était immédiatement noirci par une couche de sulfure d'argent, résultant du contact de la sanie ichoreuse qui coulait par ces ouvertures. Le stylet parvenait sur un corps étranger mobile : ce qui donna l'idée de remédier par une opération à cette grave collection de symptômes qui menaçaient prochainement l'existence.

Elle fut pratiquée le 16 juillet 1850. Après un léger débridement de la narine, M. Mascarel introduisit une pince à pansements dans la direction du corps étranger, le saisit, non sans quelques tâtonnements, et l'amena enfin au dehors. — Il ressemblait à un séquestre ayant séjourné longtemps dans un foyer de suppuration. Il pesait 7 grammes ; son plus grand diamètre avait plus de trois centimètres. Il était hérissé d'aspérités stalactiformes. L'analyse chimique n'a pas été faite.

---

même exagération dans l'ouverture des robes par le haut a été souvent reprochée à nos Parisiennes. Vers le commencement du quatorzième siècle, Robert de Blois, dans son Chatiment des dames, les admonestait déjà sur ce point, en disant :

De ce se fiet dame blasmer,
Qui seult (a coutume de) sa blanche char monstrer
A ceux de qui n'est pas privee.
Aucune lesse deffermée
Sa poitrine, pour ce c'on voie
Comme fétement sa char blanchoie, etc.

Du temps de Charles VI, Isabeau de Bavière, sa femme, mérita le reproche d'avoir donné encore plus d'extension à cette mode des robes décolletées, et cent ans plus tard, à la fin du quinzième siècle, le prédicateur Menot tonnait en chaire contre les robes trop ouvertes par devant, montrant la poitrine nue jusqu'à la naissance du ventre, *pectus discopertum usque ad ventrem ;* vêtement qui sans doute, il faut le croire pour l'honneur du temps, n'était pas d'un usage aussi général que l'indignation de l'orateur pourrait le faire supposer. On sait que, dans les derniers siècles, le beau sexe de la capitale est retombé, à plusieurs reprises, dans des excès de ce genre, toujours néanmoins partiels et de courte durée.

Malgré quelques excentricités passagères et de grandes bizarreries, surtout dans la coiffure, le costume des femmes de la Renaissance était généralement un modèle de goût, et notre siècle lui a plus d'une fois emprunté ses modes les plus gracieuses. Les corps à baleine, les corsets d'aujourd'hui, n'existaient pas encore à cette époque. On appelait *corset, corsetus* ou *cursetus, corsotus, corsellus,* un vêtement commun aux deux sexes, espèce de pourpoint ou de justaucorps pour les hommes, de camisole ou même de robe pour les femmes, qui se mettait le plus souvent sur la chemise. Le surcot, que les femmes ont porté pendant deux siècles, devint, quand on supprima la jupe, une sorte de corset de dessus, assez semblable aux basquines de nos dames, et l'on mentionne encore d'autres vêtements de dessus, consistant en de simples corsages, et rappelant la forme des corsets proprement dits. Mais c'étaient surtout les robes elles-mêmes, presque toujours au nombre de deux superposées, qui remplissaient l'office des corsets modernes, par la manière dont elles s'adaptaient exactement à la taille et dont elles en dessinaient les moindres contours. Déjà, s'il faut en croire Herbé, sous le règne si pudique de Louis IX, on les cousait pour ainsi dire sur le corps, tant elles étaient ajustées avec art. On y retrouve souvent, soit par devant, soit en arrière, le lacet qui serre les corsets, et plus tard même vinrent s'y joindre les buscs. Vecellio, de la famille du Titien, comparant les modes de Venise aux quinzième et seizième siècles, regrette les corsages courts de la première époque, et raconte avoir vu, dans sa jeunesse, une telle fureur pour les corsages longs qui étaient garnis, dit-il, *de lames de fer* pour tenir la taille droite, que les femmes enceintes en étaient fort incommodées, et qu'il fallut interdire ce costume par une loi somptuaire (1).

Olivier de la Marche, gentilhomme de la cour des ducs de Bourgogne et chro-

(1) Vecellio, Degli abiti antichi e moderni.

L'opérée sortit très-rapidement de l'état inquiétant où cette affection, quoique simplement locale, l'avait plongée. — Aujourd'hui, plus de quinze mois se sont écoulés, et sa santé se maintient intacte, sans la moindre imminence de récidive.

—Bien que la natnre du corps étranger nons paraisse, en effet, telle qne l'affirme M. Mascarel, nous aurions désiré quelqnes détails de plus sur sa composition intime, afin d'être en mesnre de jnger s'il consistait réellement en nn séquestre, ou si ce n'était point un dacryolithe.

NOTE SDR DNE DIFFORMITÉ NON DÉCRITE DE L'ÉPADLE ET SUR SON TRAITEMENT; par M. DEBODT.

Celle note nons a paru mériter de fixer l'attention sons denx points de vne : sons le point de vue des principes qui servent de base an diagnostic, et sous le point de vue de l'application de ces priucipes au cas particulier rapporté par l'auteur.

Relativement aux principes, M. Debont, adoptant une théorie bien connue, qui fait dériver nne foule de difformités des différents modes de combinaison et de siége de la contracture et de la rétraction musculaire, expose, avec une parfaite connaissance, les idées dont il s'agit, le mécanisme et le diagnostic différentiel des difformités par rétraction ; il ne laisse qu'une chose à désirer, c'est de rapporter ces notions, encore assez peu vulgarisées, à leur origine.

Relativement au cas particulier de difformité donnée par l'anteur comme non encore décrite, et dont M. Brochin lui a déclaré avoir recueilli plusieurs exemples daus le service de M. J. Guérin à l'hôpital des Enfants, c'est un des cas au contraire sur lesquels nons avons particulièrement insisté. Et si, continuant la préoccupation qne nons avons cru devoir relever à l'occasion des priucipes, M. Debout s'était montré plns soucieux de laisser à chacun ce qui lui appartient, il aurait trouvé dans beaucoup d'endroits de nos écrits, et notamment dans le rapport de la commission des hôpitaux, pages 66-77, deux exemples remarquables, appartenant à deux périodes différentes de la contracture des muscles de l'épaule, de la difformité qu'il a présentée comme nouvelle et non décrite jusqu'ici. Il aurait pu rappeler en outre qne dans ce chapitre se trouve très-explicitement formnlée la théorie des difformités essentielles de l'épaule, telle qu'il a bien voulu la reproduire pour son propre compte. Mais c'est sans doute par pure inadvertance que ces deux omissions ont été commises. Passons au fond de la question.

Dans le cas observé par M. Debout, il s'agit d'une difformité de l'épanle caractérisée par un mouvement de bascnle en avant et en debors de la partie supérieure du scapulum avec saillie très-prononcée en arrière et en dedans de son angle inférieur. Il a été plusieurs fois question dans les journaux depuis quelques années de cette difformité que, contrairement à nos déterminations, on avait voulu attribuer à une paralysie du grand deutelé. Mais, ainsi que nous l'avons fait remarquer chaqne fois, on peut s'assurer directement de la persistance de la contractilité parfaite du muscle qu'on prétend paralysé et de la contracturé, non-seulement, comme le dit M. Debout, du rhomboïde et de l'angulaire de l'omoplate, mais encore des sus et sous-épineux tantôt seuls, tantôt associés aux deux précédents.

Mais ce qu'il importe snrtout de savoir, c'est qne cette difformité n'était pas, comme l'imprime encore M. Debout, regardée comme *incurable.* Pnisqne M. Brochin lui avait dit en avoir observé plnsieurs exemples dans le service de M. J. Guérin, il aurait pu ajouter que tous les cas avaient été guéris. Il en a été de même de celni qui se trouve consigné dans le rapport de la commission des hôpitaux; assez récemment encore nons avons eu l'occasion de guérir la même difformité, et par la méthode qui nous a constamment réussi, chez un parent de notre honorable confrère M. Mac'Carthy. Notre méthode, spécialement pour les cas dont il s'agit (contracture), se résout dans deux moyens principaux : la *pustulation stibiée* dans la premiere période; la *cautérisation pointillée* dans la seconde. Voir pour les détails pratiqnes le rapport cité.

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

(Deuxième semestre de 1852.)

DIFFÉRENCE, AU POINT DE VUE PRATIQUE, ENTRE LE CANCER ET LE CANCROÏDE; par M. VELPEAU.

Il y a peu de jonrs, la GAZETTE MÉDICALE examinait, dans ses fondements, la doctrine des tumeurs fibro-plastiqnes, considerées comme différentes des tumeurs cancéreuses Voici le résumé d'une dissertation clinique dans laquelle M. Velpeau recherche, au point de vue pratique, si la distinction établie par l'inspection micrographique entre le cancroïde et le cancer est bien légitime. Le savant professeur ne se préoccupe ni de l'étiologie ni de la nature différentielle des deux ordres de tumeurs : il se borne à établir que le cancroïde et le cancer, considérés comme essentiellement différents, parce que le premier s'offre au microscope comme composé de cellules épithéliales, et le second comme caractérisé surtout par la présence de la cellule cancéreuse, se comportent, sous le réactif qu'on nomme bistouri, à peu près de la même manière ; tous les deux récidivent à peu près également; avec cette réserve toutefois qoe le cancroïde récidiverait plus souvent sur place, contrairement à la récidive du cancer, qui s'effectue surtout par infection. Les faits que M. Velpeau cite à l'appui de sa manière de voir établisseut non-seulement la fréqueoce des récidives des cancroïdes, mais que ces récidives sont remarquables daus le plus grand nombre des cas par les vives douleurs qni les accompagnent.

N'est-ce pas le cas de reproduire, à l'occasion de cette différentiation des micrographes, quelques-unes des remarques que nous avons soumises à nos lecteurs à propos des tumeurs fibro-plastiques? Les cellules épithéliales qui composent la trame des cancroïdes n'exprimeraient-elles pas simplement une différence de siége anatomique primitive et une différence de matériaux sécrétés provenant de la différence du siége de la sécrétion : les cellules épithéliales dans l'une, et les cellules fibro-plastiques dans l'autre ; les unes et les autres servant d'enveloppes et de véhicules au principe cancéreux, dont l'activité serait ainsi atténuée et dissimulée, mais non absente? Ainsi qu'on l'a dit, les différences de structure ou au moins d'apparence de structure sont d'utiles renseignements, mais il convient, pour n'en pas exagérer la valeur, de n'en tenir compte que comme de renseignements, et non comme d'indices certains d'une différence de nature entre les deux ordres de tumeurs. Nous le répétons, le bistouri, c'est-à-dire le traitement, est un bon réactif à consulter.

---

niqueur du quinzième siècle, a décrit, dans un petit poëme sur le PAREMENT DES DAMES, toutes les parties de leur habillement d'alors, qui sont représentées par des figures enluminées dans un des manuscrits de cet ouvrage, remontant au temps de Charles VIII. On y trouve, entre la chemise et la robe de dessus en drap d'or, une robe de dessous à corsage largement ouvert et suppléé, au devant de la poitrine, par une pièce d'estomac sur laquelle passe le lacet qui unit ses deux bords. Cette robe lacée n'est désignée, dans le manuscrit, que sous le nom de *cotte*; elle est appelée *cotte* ou *corset* dans l'exemplaire imprimé, à la date de 1510. Ce document, précieux pour la précision des détails et l'exactitude qu'on doit leur supposer, établit donc que les corps de baleine n'étaient pas en usage avant le règne de François Ier, et il faut même en reporter l'origine jusqu'au temps de Henri II; car les écrivains antérieurs n'en font pas mention. Rabelais, décrivant l'habillement des dames d'après la cour de François Ier, ne nomme pas les corps, qu'il n'eût pas manqué d'indiquer, si l'on en avait porté à cette époque. La vasquine ou basquine, comprise dans son énumération, et regardée par Le Duchat comme une espèce de corset, était un vêtement d'un autre genre.

On attribue généralement, et je crois avec raison, à Catherine de Médicis, le premier usage des corps à baleines juxtaposées, dont les modes italiennes lui auront fourni le modèle ou l'idée. Ce fut une idée malheureuse, au moins par le mode d'exécution. Au lieu de s'adapter au corps, d'en suivre les formes, de se plier à ses mouvements, comme les corsages souples qui l'avaient précédé, ce nouveau vêtement devint un moule inflexible, qui, forçant les contours naturels, leur imposait une forme de convention, quelle que fût leur configuration propre, et s'opposait, comme un étui rigide, aux moindres variations de volume et de situation des organes; d'où des pressions exagérées au dehors, des refoulements au dedans, incompatibles avec l'intégrité des parties et le jeu régulier des fonctions. Aussi les corps à baleines soulevèrent-ils, dès leur apparition, le blâme des hommes les plus éclairés. Leur carcasse solide, terminée, au-dessus des crêtes iliaques, en forme de cône tronqué, resserrait les flancs avec d'autant plus de force, que les femmes exerçaient plus de constriction dans ce point, afin de faire ressortir davantage les hanches, et Montaigne nous apprend qu'il en résultait souvent de profondes excoriations. « Pour faire un corps bien espagnolé » (mince comme une Espagnole), dit l'illustre écrivain, quelle gehenne (torture) » ne souffrent-elles (les femmes), guindées et cenglées, à tout (avec) de grosses » coches sur les costés, jusques à la chair vifve? Oui, quelquefois à en mourir. » Coste, dans son édition des ESSAIS, donne à ce mot *coche* le sens d'éclisses de bois, qui auraient été placées sur les côtés des corps. C'est une erreur; il signifie *entaille*, ici comme dans tout autre cas, et il m'a paru d'autant plus nécessaire de relever cette inexactitude, qu'elle donnerait une fausse idée de la construction des corps de baleines, et qu'elle a été reproduite sans contrôle, dans les éditions suivantes de Montaigne et dans plusieurs autres ouvrages, parmi lesquels il me suffira de citer le DICTIONNAIRE de Trévoux, et un mémoire du savant Maret (de Dijon), le même qui eut un fils créé duc de Bassano sous l'Empire.

A la même époque, notre Paré montrait, dans plusieurs passages de ses œuvres, les effets désastreux des corps serrés. Il racontait la mort d'une dame de la cour, tombée dans le marasme à la suite de vomissements répétés des aliments, dus à la pression de l'estomac par un corps à baleines appuyant tellement sur les

V. ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Les nnméros de janvier, avril, juillet et octobre 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Remarques sur l'entendement humain, à l'occasion du mémoire de M. le docteur Félix Voisin, médecin de l'hospice de Bicêtre;* par M. Ed. Carrière. 2° *Étude sur la reconstruction projetée de l'asile public des aliénés de l'Isère, situé à Saint-Robert, près de Grenoble;* par M. Evrat. 3° *Recherches sur quelques déformations du crâne observées dans le département des Deux-Sèvres;* par M. L. Lunier. 4° *Observations d'hallucinations développées dans le cours de la fièvre typhoïde;* par M. Thore fils. 5° *Observation d'hypocondrie;* par M. Max. Durand-Fardel. 6° *Mémoire sur les phénomènes et le principe de la vie;* par M. Lélut. 7° *Mémoire sur les prodromes de la folie;* par M. J. Moreau (de Tours). 8° *Mémoire sur le sommeil, les songes et le somnambulisme;* par M. Lélut. 9° *Des intervalles dits lucides chez les aliénés;* par M. E. Billod. 10° *De quelques nouvelles observations sur la folie des ivrognes;* par M. A. Brierre de Boismont. 11° *D'une forme mal décrite de délire consécutif à l'épilepsie;* par M. Delasiauve. 12° *Quelques mots de philosophie à propos d'aliénation mentale;* par M. Buchez. 13° *Une visite à la colonie de Gheel, en 1846, à l'occasion de la brochure de M. le docteur Parigot, intitulée : L'air libre et la vie de famille dans la commune de Gheel;* par M. A. Brierre de Boismont. 14° *Essai d'une théorie du délire religieux;* par M. Morel.

RECHERCHES SUR QUELQUES DÉFORMATIONS DU CRANE OBSERVÉES DANS LE DÉPARTEMENT DES DEUX-SÈVRES; par M. le docteur LUNIER.

Il est d'usage, dans le département des Deux-Sèvres, d'entourer la tête des nouveau-nés d'un bandeau qui, de la partie supérieure du front ou de la fontanelle antérieure, se dirige en bas et en arrière, en passant par-dessous le pavillon de l'oreille et au-dessous de la protubérance occipitale externe; puis les deux chefs ramenés en avant sont fixés par un nœud sur le sommet de la tête. Plus tard, vers le deuxième, le troisième ou le quatrième mois, le bandeau est remplacé par une espèce de calotte en carton qui remplit à peu près les mêmes usages. A un âge plus avancé, pour donner plus de consistance à cette coiffure, on y joint un fil de fer, un *cercelet*, dont les deux extrémités viennent prendre un point d'appui sur l'oreille, au devant des tempes. Ce genre de coiffure détermine sur la tête une constriction circulaire ou transversale, qui a pour effet, chez le nouveau-né, de rapprocher l'angle supérieur du coronal de la partie inférieure de la protubérance occipitale. Le front se trouve ainsi déjeté en arrière; la courbure des pariétaux est augmentée, et il en résulte à la fois une dépression de la partie antéro-supérieure du crâne, une saillie de la partie postéro-supérieure, et souvent en même temps un aplatissement apparent de la face postérieure de la tête.

Indépendemment de cette déformation principale, l'auteur en mentionne quelques autres moins caractérisées, mais auxquelles il attribue la même origine.

Sur 48 malades qui lui ont offert ces déformations, 23 appartenaient à l'arrondissement de Niort, 10 à l'arrondissement de Bressuire, 10 celui de Melle, et 4 seulement à l'arrondissement de Parthenay, cette proportion s'est trouvée en rapport avec celle du nombre d'aliénés fournis par les différentes parties du département.

L'auteur a recherché si ces déformations crâniennes s'observaient également dans la partie saine de la population. Sur 27 enfants du sexe masculin examinés dans ce but, 7 les présentaient. Sur 20 jeunes filles, 3 seulement lui ont offert une dépression légère au niveau de la fontanelle antérieure. Tous ces enfants, à une exception près, étaient très-peu intelligents, plusieurs même étaient imbéciles ou idiots.

L'examen des malades civils et militaires de l'hospice lui a offert les résultats suivants. Sur 12 malades civils, 4 étrangers au département ne lui ont offert aucune déformation du crâne; sur les 8 autres appartenant à la population de Niort et de ses environs, 2 ont présenté une dépression transversale, dont l'une à un degré extrêmement prononcé. L'examen de 14 femmes a produit un résultat analogue : 5 étrangères au département ne présentaient aucune déformation; 2 Niortaises, au contraire, ont offert, l'une une légère dépression transversale, l'autre un aplatissement du front assez notable. Toutefois, chez 14 femmes fort âgées, et toutes de la ville, il n'a rencontré aucune déformation. Il se demande si la vieillesse n'aurait pas pour effet de faire disparaître ces irrégularités.

A ces déformations du crâne correspondent, suivant l'auteur, des anomalies du cerveau complétement identiques, et des affections propres à la première enfance : l'idiotie, l'imbécillité et l'épilepsie. Sur 38 femmes malades atteintes des déformations caractérisées, il y avait : 13 idiotes, 5 imbéciles, 7 épileptiques, 1 hystérique peu intelligente, 2 paralytiques, 8 démentes, 1 lypémaniaque et 3 érotomanes.

Ces faits, fort intéressants, ne sont pas sans analogues. L'auteur en rapporte plusieurs exemples. M. Foville, dans un mémoire fort remarquable, publié en 1834, avait signalé chez certains habitants de la Normandie des déformations crâniennes presque identiques à celles observées par M. Lunier. Il en est de même de M. le docteur Delaye (de Toulouse). Ces deux médecins sont d'accord avec M. Lunier pour attribuer ces déformations crâniennes à l'action dépressive de la coiffure des nouveau-nés.

SUR LES PRODROMES DE LA FOLIE; par M. MOREAU (de Tours).

Beaucoup d'auteurs ont soutenu que le passage de la raison à la folie est instantané, ou du moins qu'aucun symptôme physique ne signale l'invasion de la folie. L'auteur regarde cette opinion comme une erreur capitale, et il maintient que, dans aucun cas, le délire, sous quelque forme que ce soit, alors même que la cause est exclusivement morale, ne fait irruption dans l'intelligence sans que des symptômes spéciaux ne révèlent un état de souffrance du système nerveux central. Ce qui a pu induire en erreur à cet égard, c'est que des symptômes qui annoncent l'incubation de la folie, les uns *externes*, sont facilement aperçus, et ils ont été très-bien décrits par les auteurs; les autres sont *intérieurs*, et les malades seuls en ont conscience. Pour les découvrir, il faut les interroger, les mettre en quelque façon sur la voie; or les livres étaient restés jusqu'à présent complétement muets à l'égard de cet ordre de symptômes, par la raison qu'ils sont antérieurs à la folie, et ne semblent pas s'y rattacher directement d'abord. Tels sont, d'après leur ordre de fréquence :

1° Certaines modifications de la sensibilité, désignées par l'auteur sous le nom de *névrose à forme congestive;*

2° Certains accidents nerveux analogues aux phénomènes connus sous le nom d'*auras;*

---

fausses côtes, qu'il les trouva, à l'ouverture du cadavre, « chevauchant les unes » par-dessus les autres. » Il ajoutait que : « par trop serrer et comprimer les » vertèbres du dos, on les jette hors de leur place, ce qui fait que les filles sont » bossues et grandement émaciées par faute d'aliment, ce qu'on voit souvent. » Revenant ailleurs sur ce sujet, il répétait que « plusieurs filles sont bossues et » contrefaites pour avoir en leur jeunesse par trop serré le corps, » prétendant que « de mille filles villageoises, on n'en trouve pas une bossue, à raison qu'elles » n'ont eu le corps astreint ni trop serré, » et il engageait les mères et nourrices « à y prendre exemple. » A. Paré rangeait encore la pression du ventre chez les femmes grosses, celle que produit le *buste* ou busc, en particulier, parmi les causes d'avortement, de difformité chez l'enfant, de mort pour lui et la mère. Enfin il allait jusqu'à attribuer à la seule constriction des vêtements, la mort subite d'une jeune mariée au milieu de la cérémonie nuptiale, arrivée à Paris peu avant la publication de son livre.

Roderic à Castro, qui pratiquait à Hambourg vers l'an 1600, fit ressortir, comme A. Paré, les inconvénients des corps et des buses de bois, d'ivoire ou de fer, pour le développement du fœtus, et ne négligea pas de mentionner cette cause d'avortement dans son TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES, publié en 1603.

C'est à peu de distance de là que Spigel faisait entendre, de son côté, les reproches dont j'ai déjà parlé, et qu'il signalait, comme effets de la pression circulaire de la poitrine par les corps, chez les jeunes filles, la disposition au crachement de sang, aux inflammations des viscères thoraciques, et par suite, le développement de maladies de langueur mortelles.

Le public tint peu de compte de ces sages avertissements; la mode des corps n'en dura pas moins au delà de deux siècles. Elle gagna même les hommes dès le seizième. A la cour de Henri III, hommes et femmes, au rapport des historiens, portaient des corps de baleine. D'après le témoignage de Voltaire (ESSAI SUR LES MOEURS), des corps semblables auraient fait partie, dès la fin du treizième siècle, du costume des chevaliers français qui passèrent en Italie avec Charles de Valois, frère de Philippe-le-Bel. Mais ce renseignement, dont la source n'est point indiquée, est certainement inexact; il n'est point fait mention de ce fait dans les chroniques italiennes, où Voltaire paraît avoir puisé cette partie de son récit.

Quoi qu'il en soit, l'usage des corps chez les hommes ne fut jamais que passager, et pour ainsi dire individuel. Celui des buscs, que l'on plaçait sur le devant des pourpoints, paraît avoir été plus général, à en juger par les plaintes de Montaigne sur la versatilité de la mode, qui, après avoir fait porter, dit-il, le busc du pourpoint « entre les mamelles, » l'a fait descendre, quelques années après, « jusques entre les cuisses. » (ESSAIS DE MONTAIGNE, c. 49.)

Mais ce qu'il y eut de déplorable, ce fut de voir étendre l'usage des corps jusqu'aux enfants des deux sexes, à peine au sortir du maillot. Et ici je n'exagère rien, comme on pourrait le croire; car les petits garçons portaient une première espèce de corps, tant qu'ils étaient en robe, et on leur en faisait d'une seconde sorte à leur première culotte. Ce n'était là d'ailleurs qu'une conséquence naturelle de la prétendue nécessité de mouler le corps humain sur de nouvelles formes, pour obtenir de belles proportions, réformer la nature et prévenir ses écarts; on ne pouvait s'y prendre trop tôt pour atteindre un tel but, et les mères

3° Des accidents convulsifs en général très-peu intenses, de ceux surtout que les malades comparent à des secousses électriques ;

4° Un état d'excitation nerveuse exagérée : des vertiges, des étourdissements, des syncopes, etc.

Tous ces symptômes attestent un commencement de lésion dynamique nerveuse, dont le développement prend par degrés le caractère de la maladie dont ils sont le précurseur. L'auteur développe cette thèse avec le plus grand soin, et cite à l'appui une série d'observations des plus intéressantes, dans lesquelles on trouve la confirmation pratique du principe qu'il émet. La conclusion finale à laquelle il est conduit est celle-ci : « que le médecin *seul* est apte *à juger des dé-ordres » de l'intelligence*, et que, pour les combattre et les guérir, il n'a pas à » chercher ailleurs que dans la médecine ordinaire les armes dont il a be- » soin. » — Ces paroles, d'une grande justesse au fond, ont besoin cependant d'être renfermées dans de justes limites, sinon elles pourraient conduire aux plus graves conséquences. De ce que les symptômes dont parle M. Moreau se *rattachent* à la folie en tant que premier degré de la maladie cérébrale, on ne peut pas en inférer qu'ils sont déjà la folie, ni conclure que la folie a commencé avec eux, ce serait enlacher arbitrairement de son caractère des actes intellectuels contemporains d'une autre période? Par la même raison, il n'est pas sans danger d'attribuer exclusivement aux médecins la constatation du début de la maladie. Celle-ci est organique et fonctionnelle ; or la préoccupation médicale ne peut-elle pas tendre à faire coïncider dans le même temps ces deux termes si souvent successifs et si fréquemment séparés d'un assez long intervalle ?

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La dernière séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

Trois lettres du ministre du commerce, relatives à des remèdes ou appareils.

— M. DUJARDIN (de Lille) présente à l'Académie le modèle d'un instrument destiné à faciliter la cautérisation du col de l'utérus. (Comm. : MM. Laugier, Velpeau et Amussat.)

— M. LETELLIER (de Saint-Leu) adresse une lettre relative aux inhumations précipitées.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de l'un de ses plus vénérés membres, M. Andral père, mort après une courte maladie.

L'Académie a été représentée par une députation à ses obsèques. Aucun discours n'a été prononcé, pour se conformer à la volonté du défunt.

— M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il y a actuellement à pourvoir à quatre places vacantes d'associés libres. Une commission spéciale a été nommée dans le temps pour la présentation des membres associés. Cette commission étant devenue incomplète par suite du décès de M. Richard, il y a lieu de procéder au scrutin pour la nomination d'un autre membre.

Le scrutin donne la majorité à M. Caventou, qui fera désormais partie de la commission des associés étrangers.

MOYEN DE RECONNAÎTRE LES FALSIFICATIONS DU LAIT.

M. POGGIALE adresse la note suivante sur le dosage du sucre de lait et sur les moyens de reconnaître les falsifications du lait :

MM. Becquerel et Vernois viennent de présenter aux Académies des sciences et de médecine un travail dans lequel ils ont examiné la valeur de quelques procédés chimiques et des instruments de physique à l'aide desquels on a cherché à reconnaître les fraudes dont le lait est si souvent l'objet. Le lactoscope de M. Donné, le crémomètre, le galactomètre, etc., ne fournissent, suivant eux, que des résultats inexacts et quelquefois trompeurs. Le procédé que j'ai employé, et qui consiste à doser le sucre de lait par le saccharimètre de M. Soleil, serait, au contraire, le meilleur de tous, si l'instrument de cet habile constructeur pouvait être manié plus facilement, s'il permettait d'examiner les liquides colorés, et si j'avais prévu et précisé la présence de la dextrine.

Cela étant admis par eux, ils ont cherché un moyen plus sûr et plus commode; mais c'est encore à un appareil du même genre qu'ils se sont adressés. Comme moi, ils ont dosé le sucre de lait au moyen d'un appareil saccharimétrique basé sur les propriétés optiques du sérum du lait. Je tiens donc à constater, avec toute la convenance que l'on doit aux hommes qui cultivent les sciences, que le procédé proposé par MM. Becquerel et Vernois m'appartient, et que le polarimètre qu'ils ont fait construire est de beaucoup inférieur à celui que j'ai employé. Il me sera facile de le démontrer.

On sait que je me suis servi de l'ingénieux appareil de polarisation de M. Soleil. Au lieu d'employer cet instrument, MM. Becquerel et Vernois ont fait usage d'un petit polarimètre fabriqué par M. Dubosc, qui, comme celui de M. Soleil, est destiné à faire connaître, dans un liquide, la proportion de sucre. Mais le saccharimètre avec lequel j'ai fait mes expériences est, de l'aveu même de M. Dubosc, infiniment plus sensible que l'appareil de polarisation par déviation angulaire employé par MM. Becquerel et Vernois. Il ne peut y avoir aucun doute à cet égard. Ce fait, reconnu par le constructeur lui-même, a été confirmé par plusieurs expériences comparatives que j'ai exécutées avec les deux polarimètres. Ainsi j'ai examiné des liqueurs titrées contenant du sucre de lait, de la dextrine, du sucre de canne, et dans toutes mes observations j'ai retrouvé très-exactement, avec l'appareil de M. Soleil, la quantité de sucre que j'avais employée, tandis que celui de MM. Becquerel et Vernois a donné, au contraire, des résultats tellement incertains que j'ai eu des erreurs s'élevant à plus de 10 pour 100. Il importe d'ajouter qu'une lumière, observée avec ce polarimètre, ne s'éteint pas complètement; elle prend diverses colorations qui trompent l'observateur.

Il est donc aisé de comprendre que, sous le rapport de la précision, le polarimètre qu'on a fait construire par M. Dubosc n'est pas comparable à celui de M. Soleil. Il est sans doute d'un plus petit volume; mais si les résultats qu'il fournit sont inexacts, cet avantage devient illusoire. MM. Vernois et Becquerel n'ignorent pas d'ailleurs que M. Soleil a construit, d'après le désir exprimé par un grand nombre de chimistes, un *petit polarimètre* portatif, sans pied, peu coûteux, mais qui, comme celui qu'ils emploient, *manque de précision*.

Je sais que la déviation produite par la dextrine est plus considérable que celle du sucre de lait; j'avais même prévu et précisé son addition au lait, dans mon procédé, par la liqueur cuivrique, ainsi qu'on peut s'en convaincre par les lignes suivantes extraites de mon travail : « Si le lait est falsifié par les sub-

---

se seraient crues coupables d'indifférence pour leurs enfants, si elles avaient négligé ces premiers soins, réputés indispensables à toute formation régulière du corps. Quelques médecins, il faut le dire, adoptèrent ces vues; leurs préceptes en réglèrent du moins l'application, et atténuèrent quelque peu le mal.

Au reste, l'art du tailleur de corps s'était singulièrement perfectionné au dix-huitième siècle. On avait corrigé les grossiers défauts des premiers corps de baleine ; on les avait modifiés pour les femmes grosses, de manière à moins entraver le développement du fœtus; il y en avait d'autres qu'on portait après les couches ; on en faisait de particuliers pour monter à cheval; enfin on imagina les corsets sans baleines, afin de laisser aux femmes la faculté de se débarrasser de temps en temps de leur dure cuirasse.

Aussi, lorsque les Platner, les Winslow, les Van Swieten, les Sœmmering, les Buffon, les J.-J. Rousseau, dirigèrent contre l'usage des corps, les uns la force de leur dialectique, soutenue par l'observation et les déductions de la science, les autres les foudres de leur éloquence, appuyée sur les lois de la nature et du plus simple bon sens, tous les efforts ne purent-ils déraciner l'antique préjugé; la mode, forte de l'habileté de ses adeptes, resta triomphante dans cette lutte, où il semblait qu'elle dût inévitablement succomber. Un artisan obscur, un simple tailleur de Lyon, nommé Reisser, estimé de Pouteau, qui mettait souvent son talent à contribution, osa se mesurer avec Winslow et J.-J. Rousseau, et le fit parfois avec succès. Il montra que, parmi les inconvénients reprochés aux corps, il en était que l'on évitait aisément en apportant plus de soin à leur construction, que d'autres dépendaient de la manière défectueuse dont on en faisait l'application, enfin qu'on leur attribuait à tort certains effets à la production desquels ils étaient complétement étrangers.

Sans doute, à la longue, savants et artistes, s'éclairant mutuellement, fussent parvenus, par de raisonnables concessions, à s'entendre pour une sage réforme de l'habillement du beau sexe. Un épouvantable cataclysme ne leur en laissa pas le temps. La révolution française renversant, bouleversant tout, balaya aussi les usages, les mœurs, l'élégance, de ce qu'on appelait *l'ancien régime*, et emporta du même coup les corps à baleines, avec les paniers, l'habit français, la poudre et les perruques.

Cependant l'ancien corps ne périt pas tout entier. Son dérivé, et en quelque sorte son diminutif, le corset, lui fut substitué, et avec quelques minces baleines et le busc de devant, forma le vêtement encore en usage. Par un singulier anachronisme, la plupart des médecins, paraissant méconnaître cette transformation, continuèrent à fulminer, dans leurs écrits, à l'occasion des corsets, l'anathème classique qui avait frappé les corps baleinés du dernier siècle. N'est-il pas manifeste qu'une distinction est ici indispensable, et que la critique ne saurait confondre justement dans la même réprobation, et l'antique cuirasse de Catherine de Médicis, et le léger corsage des femmes de nos jours ?

BOUVIER.

(*La fin au prochain numéro.*)

stances albumineuses, la gomme arabique, la dextrine, la fécule, les émulsions de graines oléagineuses, etc., la fraude sera reconnue en dosant le sucre, puisqu'elle ne peut avoir lieu qu'en ajoutant de l'eau au lait. »

D'après mes expériences faites avec le polarimètre de M. Soleil, la déviation produite par la dextrine est à celle du sucre de lait comme 13 1/2 est à 5; elle n'est donc pas trois fois plus élevée. Il n'est pas aisé de saisir, dans ce qui a été publié, comment MM. Vernois et Becquerel peuvent non-seulement déterminer, mais même reconnaître la présence de la dextrine dans le lait. Si, par exemple, on ajoute de l'eau au lait dans la proportion d'un volume d'eau pour trois volumes de lait, ce qui est très-ordinaire, et 4 grammes de dextrine pour 1,000 grammes de ce melange, la déviation est égale à celle que produit le lait normal. *Comment pourrait-on dans ce cas constater la fraude?* Cela me semble impossible. Ce moyen n'a donc pas la netteté et la précision que doivent présenter les méthodes de ce genre. Les deux procédés, que j'ai proposés et qui, dans le cas douteux, doivent être employés simultanément, me mettent, au contraire, à l'abri de ce reproche, puisque dans le dosage du sucre de lait par la methode des volumes on sépare avec une *exactitude rigoureuse* le sucre de la dextrine.

Lorsque le lait est écrémé ou bien qu'il est altéré soit par le sucre de lait, soit par le sucre qui exerce le même pouvoir rotatoire sur la lumière polarisée, je détermine par un moyen simple et suffisamment exact, que j'ai publié, la quantité de matière grasse. Avec le procédé de MM. Vernois et Becquerel, il est *absolument impossible* de savoir si on a enlevé la crème du lait ou bien si on y a ajouté du sucre. C'est un inconvénient extrêmement grave auquel ils ne paraissent pas avoir songé.

Je ne parlerai pas d'un reproche adressé au polarimètre de M. Soleil qui ne permet pas d'examiner les liqueurs colorées, puisque dans le cas dont il s'agit, on n'a pas à étudier des liquides de cette nature. Mais je prendrai la liberté de demander à MM. Becquerel et Vernois pourquoi ils admettent que la loi ne doit permettre qu'une déviation de 3 degrés et demi au petit polarimètre, qui ne donne que 38 gr. 50 centigr. de sucre sur 1,000 gr. de lait. D'après les analyses de MM. Boussingault et Regnault, ce liquide contient 50 gr. de sucre pour 1,000, et j'ai toujours trouvé par le polarimètre de M. Soleil, de 50 à 55 gr. de sucre dans le sérum provenant du lait pur. Aussi, au Val-de-Grâce, je refuse le lait qui ne renferme que 38 gr. 50 c. de sucre.

« M. Poggiale, disent MM. Vernois et Becquerel, a proposé de doser le sucre de lait; c'est là évidemment un essai très-heureux; mais le procédé proposé est d'un emploi difficile et délicat. » Pour répondre à cette appréciation, il me suffira de rappeler sommairement la méthode que j'emploie, et à l'aide de laquelle les élèves les moins expérimentés du Val-de-Grâce déterminent en quelques minutes et très-exactement la quantité de sucre de lait.

On prend, avec une pipette, 20 centimètres cubes de la liqueur d'épreuve, dont j'ai indiqué la composition et qu'il n'est pas nécessaire de titrer. On l'introduit dans un petit ballon, on y ajoute quelques fragments de potasse caustique, et on élève la température du liquide jusqu'à l'ébullition. D'un autre côté, on remplit une burette graduée de petit-lait, que l'on verse goutte à goutte dans la liqueur d'épreuve, en agitant et en chauffant après chaque addition de petit-lait. On continue ainsi jusqu'à ce que le liquide soit complétement décoloré. On lit alors sur la burette la quantité de petit-lait qui a été employée, et on a ainsi la proportion de sucre contenue dans 1,000 grammes de petit-lait.

Il suffit pour cela de se rappeler que 20 centimètres cubes de la solution cuivrique que j'emploie sont décolorés par 0,185 milligrammes de sucre de lait.

Il est quelquefois utile, comme vérification, de répéter cette opération. Toutes les dispositions étant prises et le titre étant à peu près connu, une ou deux minutes suffisent pour cette seconde opération.

En résumé, il résulte des considérations précédentes :

1° Que le procédé indiqué par MM. Vernois et Becquerel, pour le dosage du sucre de lait, m'appartient;

2° Que leur appareil est basé, comme celui que j'ai employé, sur les propriétés optiques du sérum, mais qu'il n'est pas comparable, sous le rapport de la précision, à celui que j'ai proposé;

3° Que si le lait est écrémé ou falsifié par la dextrine et le sucre, il est impossible de reconnaître la fraude avec leur polarimètre;

4° Que je détermine facilement, à l'aide de la liqueur cuivrique, la présence et la proportion de la dextrine contenue dans le lait;

5° Que, pour constater l'addition du sucre, je sépare la matière grasse par un procédé simple et suffisamment exact;

6° Enfin que MM. Vernois et Becquerel ayant employé un polarimètre sans contredit moins exact que ceux de MM. Biot et Soleil, il est permis de concevoir quelques craintes sur la valeur des résultats analytiques qu'ils ont obtenus. (Comm.: MM. Bouchardat, Chevallier, Depaul.)

EAUX MINÉRALES.

M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur une source d'eau minérale sulfureuse découverte à Belleville (Seine).

La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'ajourner la demande d'exploitation jusqu'à ce que les travaux d'aménagement aient permis d'avoir la source sulfureuse tout à fait pure, en considérant surtout les importantes applications qu'on espère en retirer. (Adopté.)

—Le même rapporteur lit, au nom de la même commission, un deuxième rapport sur deux sources sulfureuses découvertes à Vernet-les Bains (Pyrénées-Orientales).

La commission propose de répondre que rien ne s'oppose à ce que l'autorisation d'exploiter soit accordée. (Adopté.)

— Le même rapporteur lit un troisième rapport sur l'eau minérale de Gazost (Hautes-Pyrénées.)

Il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation demandée avant que l'Académie de médecine ne soit parfaitement édifiée sur la véritable composition chimique et sur les propriétés médicales de cette eau minérale. (Adopté.)

— Le même rapporteur fait un quatrième rapport sur un appareil servant de burette portative pour l'eau sulfureuse de la source de Labassère (Hautes-Pyrénées).

Conclusions : Faire connaître et publier, dans le Bulletin de l'Académie, la description de cet appareil, avec la note des auteurs (MM. François, Filhol et Chambert), et leur adresser des remerciments pour leur communication. (Adopté.)

DE L'ALCALISATION DE L'URINE PAR LES EAUX DE VICHY.

M. Durand-Fardel, membre correspondant de l'Académie, médecin inspecteur des sources minérales d'Hauterive à Vichy, lit une note intitulée : De l'alcalisation de l'urine considérée comme phénomène d'élimination, chez les malades soumis au traitement thermal de Vichy.

On sait, dit l'auteur, que l'urine des personnes qui font usage des boissons alcalines en certaine quantité, perd de ses qualités acides et devient elle-même alcaline; c'est ce que l'on observe principalement à Vichy, sous l'influence du traitement thermal.

Ce phénomène n'a guère encore été considéré que sous un point de vue qui nous paraît manquer d'exactitude. On a supposé que, sous l'influence des principes alcalins introduits dans l'économie, les qualités de nos humeurs, du sang en particulier, se trouvaient modifiées, et que par suite de cet état auquel on a donné le nom de *saturation alcaline* de l'économie, les acides qui font la base de nos sécrétions les plus importantes, les sécrétions excrémentitielles en particulier, neutralisés par ce changement de milieu, disparaissaient et se trouvaient remplacés par des produits alcalins.

Une autre interprétation du phénomène qui nous occupe, plus conforme, suivant nous, aux notions de la physiologie, comme aux faits pathologiques auxquels il s'applique, nous a paru mériter d'être exposée devant l'Académie. Tel sera l'objet de cette courte note.

Il est une loi de l'organisme, d'après laquelle les principes non assimilables, c'est-à-dire non susceptibles d'être convertis en notre propre substance par le fait de la nutrition, tendent à être rejetés au dehors; les organes de cette élimination sont les organes des sécrétions excrémentitielles, et en particulier les reins. C'est une idée aussi ancienne que la médecine que celle de cette tendance de l'organisme à expulser les substances nuisibles ou inutiles, qui peuvent exister dans son sein; manifestation palpable de la nature bienfaisante et médicatrice, il était réservé à la médecine moderne de la mettre en lumière par une démonstration qui emprunte à la chimie ses procédés et son évidence.

C'est à la toxicologie et au savant éminent qui en est pour ainsi dire le créateur, que revient l'honneur de cette démonstration, assurément un des faits les plus intéressants de la science contemporaine. C'est en poursuivant la recherche des poisons chez l'homme vivant, comme sur le cadavre, que M. Orfila a retrouvé dans l'urine, et peu de temps après leur introduction, la trace de toutes les substances toxiques minérales introduites dans nos organes par quelque voie que ce soit, et c'est le même ordre d'idées et d'expérimentations, qui a fait retrouver dans l'urine la trace des substances médicamenteuses prises dans un but tout différent.

Ce n'est pas tout : revenant par un cercle d'idées dont l'histoire de la science nous fournit tant d'exemples, aux plus anciennes croyances de la médecine, vous avez vu, dans une circonstance récente et destinée à laisser de si profonds souvenirs, notre illustre collègue supposer que les maladies épidémiques, les maladies contagieuses, les maladies sporadiques même d'un certain caractère, n'étaient que le résultat d'une cause matérielle et palpable infectant nos organes et dont la nature, empressée de nous débarrasser, laisserait saisir, à de savantes analyses, des traces reconnaissables dans les résidus de l'économie.

C'est donc un fait acquis à la science, messieurs, sans invoquer davantage ces dernières hypothèses, dignes cependant de toutes nos méditations, que toute substance non assimilable, introduite dans l'organisme, tend à en être éliminée, par la voie de certaines sécrétions, dont les reins et la peau sont les organes essentiels.

Pourquoi les alcalins échapperaient-ils à cette loi? Vous allez voir qu'il n'en est rien et qu'ils obéissent, comme tant d'autres principes, à cette règle conservatrice de l'organisme.

L'usage des eaux de Vichy pendant la durée ordinaire d'un traitement thermal, sujet dans lequel je renfermerai cette étude, a pour effet d'introduire dans l'économie des quantités considérables de bicarbonate de soude, les autres principes minéralisateurs pouvant être négligés.

C'est ainsi qu'en supposant la dose modérée de cinq verres d'eau minérale par jour, nous trouvons qu'au bout de vingt-cinq jours, durée moyenne d'un traitement, 150 grammes de bicarbonate de soude auront été introduits dans nos organes (1); si l'on suppose la dose plus considérable de douze verres par jour, 375 grammes; enfin si l'on admet la dose de vingt verres, que nous voyons prescrire, malgré ce qu'elle peut avoir d'excessif, nous trouvons que 600 gr. ou 25 gr. par jour auront été absorbés, et cela sans compter la proportion considérable encore qui en doit pénétrer, pendant le séjour d'une heure au moins par jour, dans un bain minéral.

(1) On peut évaluer à 250 grammes en moyenne la contenance des verres dont se servent les malades à Vichy.

Supposer que ces centaines de grammes de bicarbonate de soude, introduits pendant une durée de temps très-limitée, sont demeurés dans l'organisme, pour y imprégner nos organes de principes alcalins et les saturer, comme on dit, est sans doute inacceptable. Il a bien fallu que ce sel, corps étranger pour l'économie, en disparût sous une forme quelconque; mais il y a dans ce sel une partie fixe, la soude, qui n'a pu se décomposer, elle a dû être éliminée. En effet, l'urine, sous l'influence de ce traitement, devient neutre, puis alcaline, la sueur elle-même s'alcalinise, nous saisissons en quelque sorte au passage l'élément minéralisateur de l'eau de Vichy.

Mais ce phénomène d'élimination, quelle en est la signification et dans quelles circonstances se produit-il? Voici ce que nous avons surtout à examiner, car pour le fait lui-même, il est patent et vulgaire.

On a supposé que l'alcalisation de l'urine n'avait lieu qu'alors que l'économie, se trouvant *saturée* de sels alcalins, ne rencontrait plus d'acides à éliminer, et rejetait au dehors des sécrétions alcalines, au lieu des sécrétions acides qui appartiennent à l'état physiologique.

Ce mot de *saturation*, dont on abuse assez généralement au sujet des traitements thermaux, se comprend dans le sens physiologique : il signifie alors qu'il est une certaine limite dans laquelle l'économie accepte les substances qu'on y introduit, limite variant sans doute suivant les conditions individuelles, et qui se mesure par ce qu'on appelle la tolérance. Mais la cessation de la tolérance ne s'annonce pas ordinairement par des phénomènes paisibles et indéfiniment continus d'élimination : elle se traduit au dehors par des phénomènes pathologiques.

Prendrons-nous le nom de saturation dans le sens chimique? Comprenez-vous, messieurs, nos organes baignés de toutes parts dans des liquides alcalins, le sang *fluidifié*, nos tissus *délayés*, le bicarbonate de soude imprégnant tout notre être, enfin la saturation réalisant pour l'organisme une dissolution générale, et lui faisant regretter sans doute l'injection, conservatrice au moins, dont il si facile aujourd'hui de protéger nos restes.

Telle est, en effet, messieurs, la traduction littérale du mot *saturation*, pris dans le sens chimique, c'est-à-dire dans l'acception qui l'a fait indiquer, comme l'œuvre à poursuivre dans le traitement par les eaux de Vichy.

Nous ne supposerons donc pas que l'alcalisation de l'urine puisse être considérée comme le symptôme d'un état de saturation chimique de l'économie, car cette saturation serait plus qu'un état toxique, elle serait incompatible avec la vie. Mais est-elle l'indice d'un état de saturation physiologique, c'est-à-dire de cet état que l'on peut supposer exister lorsque vient à cesser la tolérance de l'économie pour un médicament?

Non sans doute, car voici ce qui s'observe.

Aussitôt que l'on absorbe de l'eau de Vichy, l'urine prend, ou du moins peut prendre des caractères alcalins.

C'est à dire qu'avant une heure passée dans un bain d'eau de Vichy, et sans avoir bu un seul verre d'eau minérale, l'urine est devenue neutre ou même alcaline.

Il n'y a sans doute encore aucune espèce de saturation de l'économie, au bout d'un temps très-court, que M. Chevalier a vu ne pas dépasser dix-neuf minutes, et nous-même trente minutes. Que signifie donc ce phénomène? Il signifie que le bicarbonate de soude est, pour nos organes, un corps étranger dont ils ont hâte de se débarrasser, par les voies ordinaires d'élimination.

Il arrive ici ce que l'on observe après une seule injection d'iode, qui suffit pour que la présence de ce corps se retrouve dans l'urine, bien qu'assurément l'économie ne soit pas encore saturée de préparations iodées.

A mesure que le traitement se poursuit, cette élimination devient plus active, l'urine, de neutre, devient franchement alcaline, et, d'après d'Arcet, cité par M. Chevalier, dans son travail si complet et si intéressant sur la dissolution de la gravelle, un litre peut saturer jusqu'à 2 grammes 4 décigrammes d'acide sulfurique (1); la sueur, la salive, toutes les sécrétions enfin, empruntent le même caractère aux principes qu'elles contribuent à éliminer.

L'activité de cette élimination n'est pas la même chez tout le monde. En effet, lorsque, pendant le cours du traitement thermal, on examine l'urine du matin, on trouve que, chez un certain nombre d'individus, elle est encore bien alcaline, chez d'autres, elle n'est plus que neutre, chez d'autres enfin, elle a repris un certain degré d'acidité. Il est remarquable que ces différents résultats ne présentent de rapports certains ni avec la quantité d'eau minérale absorbée, ni avec la durée du traitement, ni avec la nature de la maladie. Il est au contraire un instant de la journée où tout le monde a l'urine franchement alcaline, c'est l'heure où l'on boit. C'est en général à jeun, le matin, et aussi avant le dîner, que les malades boivent les verres d'eau minérale qui leur ont été prescrits; alors l'urine est alcaline. Ceci prouve, comme l'avait prouvé l'effet si remarquable d'un bain sur l'urine, que l'élimination des alcalins se fait avec une grande rapidité; mais que, suivant qu'elle est plus ou moins active, elle s'achève alors ou se continue pendant les heures qui suivent, ce que l'on reconnaît au degré d'alcalinité que conserve l'urine, où à l'acidité qui y reparaît. M. Orfila neveu, dans les intéressantes recherches communiquées l'année dernière à l'Académie des sciences, avait également reconnu que l'activité éliminatrice d'une même substance variait individuellement chez les animaux d'une même espèce.

Il s'établit donc, chez les individus qui suivent le traitement thermal, un double courant, l'un introduisant des principes minéralisateurs dans l'économie, l'autre les rejetant; et c'est cette circonstance qui seule permet de porter à des doses énormes, de 10 à 30 grammes, la proportion des matériaux solides absorbés en un jour.

Maintenant, il est vraisemblable que tout n'est pas éliminé. Quelle proportion en conserve l'économie? Quel rôle y joue cette proportion retenue? Ceci ne nous paraît pas plus aisé à définir que s'il s'agissait de principes salins, de principes sulfureux, que s'il s'agissait de préparations iodurées, mercurielles, etc. Il est vrai que l'on ne s'est pas toujours exprimé avec la même réserve. On a cru que, par l'entremise de nos humeurs changées en de véritables menstrues chimiques, toutes sortes de choses se dissolvaient en nous, et réalisant en imagination cette idée de dissolution de l'économie, que nous présentions tout à l'heure comme un fantôme vain, on a écrit que l'eau de Vichy dissolvait les muscles et la graisse des personnes qui en font usage, ce qui fait que, s'il en était ainsi, on s'en irait de Vichy dans un fort triste état.

Qu'avait-on vu de tout cela? On avait vu des graviers d'acide urique se dissoudre dans l'eau de Vichy. En fait d'expériences et d'observations sur ce sujet, on n'a pas encore été plus loin. Mais la vraie raison de ces théories que l'on n'a pas craint de développer à l'instar de choses observées et expérimentées surabondamment, c'est que l'on ne concevait pas comment tant de bicarbonate de soude pouvait se trouver dans l'économie, sans dissoudre quelque chose, dût-il nous dissoudre nous-mêmes. Mais si l'on reconnaît que les principes minéralisateurs de l'eau de Vichy sont éliminés au moins en partie, non pas quand il existe une saturation imaginaire, mais à mesure qu'ils sont introduits, alors on renoncera sans doute à dire que la médication par les eaux de Vichy est une médication *fluidifiante* ou *dissolvante*, parce que de tels mots deviennent un contre-sens absolu, du moment qu'on en fait l'application aux malades qui s'y soumettent.

Tout ceci ne veut pas dire, bien entendu, que l'action médicamenteuse de l'eau de Vichy soit une action purement dynamique, qu'aucun phénomène de réaction chimique n'y prenne part, et qu'enfin les qualités alcalines de ce médicament ne trouvent aucune occasion de s'exercer une fois introduites dans nos organes! Les phénomènes de sécrétion, de nutrition, dont l'organisme est, dans sa révolution constante, le siége incessant, ne sont autres, en définitive, que des actions chimiques, qui dirige la vie. Mais si nous devons attendre encore avant d'accepter la merveilleuse traduction que Berzélius, Liebig et Dumas nous ont donnée de cette chimie vivante, à plus forte raison nous abstiendrons-nous de formuler l'action encore ignorée des eaux minérales sur nos organes sains ou malades.

Quoi qu'il en soit de ces questions, que nous n'avons dû toucher qu'incidemment, l'élimination des principes minéralisateurs introduits par l'eau de Vichy est, comme nous avons dit, la conséquence d'une loi physiologique, et en même temps une garantie contre le danger d'introduire dans l'économie un excès de principes étrangers. C'est là ce qui permet sans doute à la tolérance de s'entretenir pendant un temps souvent prolongé. Cependant nous voyons cesser la tolérance elle-même.

On peut observer, pendant la durée des traitements thermaux, plusieurs séries d'accidents dont il importe de connaître la signification.

Il y a d'abord une période, ou d'excitation, ou même de *fièvre thermale*, qui s'observe peu après le début du traitement, et qui du reste manque souvent. C'est le résultat du défaut d'habitude de nos organes, lesquels réagissent d'abord contre une médication stimulante; mais ils s'habituent, et la tolérance s'établit.

Puis vient une époque où la tolérance disparaît. Cela veut-il dire que nos organes sont saturés? Saturés physiologiquement, si vous le voulez, et ce mot alors n'a pas grand sens, à vrai dire, mais pour chimiquement; non sans doute. Car, dans ce dernier cas, on observerait autre chose que du dégoût, de la pesanteur, de l'anorexie, de la peine à digérer les eaux.

Cependant on peut observer aussi la saturation chimique, non pas sans doute dans un sens absolu, ce qui ne pourrait guère se concevoir, mais à un certain degré. C'est alors que par un abus prolongé des alcalins, il se développe ce qu'on a appelé *cachexie alcaline*, que Cullen avait parfaitement décrite, et que M. Trousseau et M. Magendie ont observée. C'est bien alors que l'on a réalisé la médication dissolvante; seulement ce n'est plus une médication, c'est un empoisonnement.

Mais, messieurs, nous ne voyons pas à Vichy de ces saturations, ni de ces cachexies, ou de ces empoisonnements, car c'est tout un. Et ce qui nous préserve de voir cela, malgré tous les excès journaliers faits avec l'eau de Vichy, c'est l'élimination d'une grande partie des principes absorbés d'abord, et ensuite c'est la cessation de la tolérance, circonstance dont les symptômes, non pas chimiques, mais purement physiologiques, forcent nécessairement d'interrompre un traitement contre lequel l'organisme se révolte.

Messieurs, ces divers points de vue sous lesquels je viens de vous présenter l'élimination des principes minéralisateurs des eaux de Vichy n'ont rien de neuf, dans ce sens qu'ils sont absolument conformes à ce qui s'observe journellement au sujet des poisons ou des médicaments, introduits par expérience ou autrement dans l'économie. Mais ces mêmes observations n'avaient pas encore, à ma connaissance, été appliquées aux eaux minérales, et en particulier aux eaux de Vichy. C'est là ce qui m'a décidé à les exposer devant vous. Elles ont d'ailleurs, ces observations, une portée plus étendue que le simple fait qu'elles concernent, car elles peuvent aider à rectifier des idées, trop facilement acceptées, malgré leur peu de fondement, sur la partie physiologique comme sur la partie thérapeutique de la médication thermale.

M. Gibert : Je m'associe aux considérations intéressantes émises par notre collègue M. Durand-Fardel, à propos de l'élimination par l'urine du principe alcalin des eaux de Vichy. Comme toutes les vérités, celle qu'il vient d'énoncer paraît si claire et si simple qu'il semble que tout le monde la connaissait déjà, tandis

(1) Chevallier, Essai sur la dissolution de la gravelle et des calculs de la vessie, 1837, p. 92.

que personne ne l'avait formulée jusqu'ici, et que plusieurs même raisonnaient tout à fait en sens contaire. Je rappellerai ici un rapport récent de notre savant collègue M. Guibourt sur l'*huile iodée*, rapport auquel j'ai moi-même concouru. L'auteur du mémoire sur l'*huile iodée* présentait, comme un grand avantage de ce médicament sur l'huile de foie de morue, la possibilité d'administrer sans danger à la fois de hautes doses d'iode, et citait, à l'appui de cet avantage et en preuve de la supériorité d'action thérapeutique de l'huile iodée, la rapidité avec laquelle l'iode administré passait dans les liquides excrétés et pouvait être reconnu par les réactifs dans la salive, l'urine, etc. Cette élimination rapide serait plutôt, au contraire, un inconvénient, puisqu'elle n'atteste qu'une chose, l'expulsion probablement trop prompte, pour une action médicamenteuse durable, de la substance repoussée par l'économie comme un corps étranger nuisible. Aussi je crois qu'en général il y a avantage, dans la médication *altérante* par les substances assimilables ou peu assimilables et pouvant agir comme toxiques, d'employer les très-petites doses plutôt que les doses élevées qui traversent l'économie presque sans agir comme médicaments. Cette remarque est applicable à l'iode, au mercure, à l'arsenic, dont nous faisons un si grand usage à l'hôpital Saint-Louis. Pour l'arsenic en particulier, en employant, comme je le fais, de préférence l'acide arsénieux dissous, et qui presque insoluble ne peut ainsi être administré à la fois qu'à doses presque infinitésimales, on peut en attendre une action thérapeutique tout à la fois plus permanente et moins dangereuse.

M. Guibourt conteste qu'on puisse constater chimiquement la saturation de l'économie par un agent chimique quelconque. La seule chose qu'on puisse constater, c'est la transformation qui s'opère dans le degré d'acidité ou d'alcalinité des humeurs de l'économie sous l'influence de ces agents; mais aucun chimiste n'a pu prétendre démontrer la saturation.

M. Michel Lévy ne pense pas qu'on puisse considérer la rapidité de l'élimination comme une preuve de l'inefficacité d'un médicament : le sulfate de quinine, par exemple, est éliminé avec une grande rapidité, et cependant son action est incontestable. Il est tels autres médicaments, au contraire, qui séjournent longtemps dans l'économie, sans que pour cela leur action en soit plus persistante.

M. Orfila : Il y a une distinction importante à faire en fait de saturation. Il y a en réalité deux sortes de saturations : une saturation chimique et une saturation d'une autre nature, que j'appellerai vitale. Voici ce que j'entends par saturation vitale. Une substance vénéneuse étant appliquée sur une surface absorbante, cette substance est absorbée et portée par le torrent circulatoire dans tous les points de l'économie. Lorsque tous les organes en sont saturés, et seulement alors, tout le superflu de matière absorbée à dater de ce moment est éliminé. Voici des expériences qui démontrent ce fait : 100 grains d'acide arsénieux, enfermés dans un sachet, ont été appliqués sur une plaie préalablement pratiquée à la cuisse d'un chien. L'animal est mort au bout d'une vingtaine d'heures. Le sachet pesé après la mort de l'animal, j'ai reconnu qu'il avait perdu 10 centigrammes de son poids. C'étaient donc 2 grains seulement qui avaient été absorbés, et qui avaient suffi pour tuer l'animal.

J'ai recommencé l'expérience sur un autre animal avec 50 grains au lieu de 100. J'ai vu qu'après la mort de l'animal il manquait exactement la même quantité (2 grains). Dans une troisième expérience, j'ai mis 2 grains seulement; l'animal est mort comme dans les expériences précédentes, il restait à peine quelques parcelles d'arsenic dans le sachet. Enfin, dans une quatrième expérience, j'ai mis un grain seulement : l'animal n'a point péri; j'ai répété plusieurs fois cette expérience sur plusieurs chiens, afin de voir si je pourrais les faire périr avec cette quantité d'arsenic; je n'ai jamais pu y parvenir. J'ai dû conclure de ces expériences qu'il y avait une limite au delà de laquelle l'absorption ne s'opère plus, où il y a saturation.

J'ai institué une autre série d'expériences dans lesquelles, à mesure que l'élimination avait lieu par les urines, une nouvelle absorption s'opérait, mais toujours jusqu'à concurrence de la même dose, sans que jamais elle pût être dépassée.

Il doit en être de même pour le bicarbonate de soude. De ce qu'une partie de cette substance passe par les urines, ce n'est donc pas une raison pour en conclure qu'elle est restée sans effet sur l'économie.

Ceci vient à l'appui des considérations très-habilement développées dans le mémoire de M. Durand-Fardel.

M. Durand-Fardel : Je puis assurer à M. Guibourt que je n'ai nullement entendu attribuer à des chimistes les idées relatives à la saturation chimique de l'économie que je viens de reproduire. Je sais parfaitement qu'aucun chimiste n'a pu dire de semblables choses. Ce sont des médecins qui ont écrit sur l'alcalisation de l'économie ce que vous venez d'entendre. Et à vrai dire, car les mots influent singulièrement sur les idées, il semble que ce soit le mot de *saturation* qu'il faille surtout accuser de toutes ces hypothèses qui vous semblent insoutenables. M. Orfila vous a dit ce que l'on pouvait entendre par le mot de saturation appliqué à l'organisme, et ce qu'il nomme *saturation vitale*, c'est ce que j'avais appelé *saturation physiologique*. Mais ce que les médecins qui ont écrit sur les eaux de Vichy ont désigné sous le nom de saturation, c'est bien cette saturation chimique contre laquelle M. Guibourt proteste au nom de tous les chimistes. Ainsi on ne s'est pas contenté de supposer que, par une sorte d'élection dont la thérapeutique offre de nombreux exemples, les principes alcalins introduits dans l'économie iraient dissoudre des produits morbides, engorgements ou autres; on ne s'est pas contenté de supposer que l'hypertrophie du cœur, que les indurations valvulaires, pouvaient se dissoudre par l'entremise du sang chargé de principes alcalins, ou a dit que l'on maigrissait pendant l'usage des eaux de Vichy par dissolution de la graisse; que l'on s'affaiblissait pendant le traitement thermal (ce qui est inexact; c'est le contraire qui arrive) par dissolution de la fibre musculaire. Je ne vous fais pas ces citations, messieurs, dans une pensée de critique, mais seulement parce qu'il est utile de montrer jusqu'où l'on peut se laisser entraîner, lorsqu'une fois on obéit à des hypothèses qui ne reposent sur aucun fait d'observation, comme sur aucune donnée scientifique.

— M. Depaul commence la lecture d'un long rapport qui sera continué dans la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

FRACTURE DU CRANE PAR EXPLOSION D'UNE ARME A FEU.

M. le docteur de Barbe, médecin à Chaunes, communique une observation de fracture du crâne par explosion d'une arme à feu, avec plaie pénétrante du cerveau, lésion et perte de substance du lobe antérieur gauche, coïncidant avec l'intégrité de l'intelligence, de la sensibilité, du mouvement et de la parole.

Voici les principaux détails de cette observation :

Un jeune homme, âgé de 25 ans, était le 5 octobre à la chasse, quand son fusil faisant tout à coup explosion, il fut violemment atteint par les éclats de son arme. L'agrafe de la bascule, supportant encore sa vis, brisa les parois du crâne à 2 centimètres au-dessus du sourcil gauche et à égale distance des angles interne et externe de l'œil, pénétra dans la substance cérébrale elle-même à une profondeur de 5 centimètres. C'est dans cet état que le malade fut présenté à l'hôpital de Chaunes (Seine-et-Marne) une heure après l'accident. Cet homme avait fait à pied un trajet de 2 kilomètres.

Il me fit lui-même l'histoire de sa blessure et insista sur les soins qu'il avait pris à chercher et à ramasser toutes les parties de son fusil, que l'explosion avait disséminées au loin; il répondait clairement et sans hésitation à toutes les questions que je lui adressais. Rien dans le son de la voix n'était changé; l'intelligence, la sensibilité et le mouvement étaient dans un parfait état d'intégrité. Seulement le malade se plaignait d'un violent mal de tête, surtout dans la région frontale. Il y accusait une pesanteur qui lui faisait porter les mains vers cette partie, comme pour la soutenir.

Aucune hémorrhagie ne s'était produite ni extérieurement ni intérieurement; au dehors elle paraissait impossible, tant la tige de fer bouchait hermétiquement l'ouverture qu'elle avait faite à la boîte crânienne. A l'intérieur, rien ne la faisait pressentir, ni la pâleur de la face, ni la dépression du pouls, ni aucun de ces symptômes qui indiquent la compression du cerveau ou un épanchement dans la masse cérébrale.

Quoi qu'il en fût, il fallait avant toute chose obéir à l'indication la plus puissante et la plus formelle, c'est-à-dire il fallait extraire le corps étranger. Comment y parvenir? Serait-ce par l'extraction directe? Serait-ce par le trépan? Je ne pouvais hésiter : il fallait d'abord tenter l'extraction directe et ne recourir au second moyen qu'en cas d'insuccès. Je ne me faisais pas illusion sur la résistance que je pouvais rencontrer et sur l'ébranlement que je pouvais communiquer à la masse cérébrale; mais une fois mon attention éveillée sur ces deux circonstances, j'opérai avec les plus grandes précautions.

Tout mouvement du malade ayant été rendu impossible par les soins d'un aide, qui tenait appuyée contre sa poitrine la tête du patient, je m'armai de fortes tenailles, qui me permirent de saisir la partie de tige de fer qui faisait saillie au dehors, et j'exerçai peu à peu graduellement, sans saccades, des mouvements, des tractions directes; la tige paraissait céder et venir à moi, quand j'éprouvai tout à coup une résistance assez vive pour m'obliger à doubler mes efforts; je ne savais à quoi l'attribuer, ne pouvant en accuser le corps étranger dont j'apercevais la forme; quand, après de nouveaux efforts de traction directe, un éclat d'os se détachant, je devins possesseur de ce morceau de fer, dans lequel se trouvait une vis qui formait avec lui un double angle droit qui par conséquent était la cause de la résistance et de la difficulté que j'avais éprouvées à l'extraction de l'agrafe de bascule.

La vis, ainsi que la portion de la tige de fer qui avait pénétré dans le crâne, présentaient des traces de pulpe cérébrale parfaitement caractérisée et qui ne laissaient aucun doute sur la lésion du cerveau; bien plus, après l'opération et après la sortie par la plaie d'une palette et demie de sang artériel, le malade, en secouant la tête, fit tomber un flocon de masse cérébrale, qui eût rempli une forte cuillerée à café. Pendant l'inspiration et l'expiration, il y avait entre les bords de la plaie une sorte de flux et de reflux; le cerveau venait former hernie et un lambeau de la dure-mère pendait dans cette solution de continuité. L'hémorrhagie dont j'ai parlé tout à l'heure dura six minutes environ. Pendant ce temps, le pouls était petit, filiforme et tombéau-dessous de l'état normal; le malade, quoique calme, se plaignait toujours d'une violente douleur de tête; il localisait cette douleur au-dessus de l'arcade sourcillière, dans la région frontale et des deux côtés. Aucune fonction n'était profondément altérée; la vue qui paraissait devoir être atteinte était dans un tel état d'intégrité, que le malade distinguait l'heure que marquait le cadran de ma montre. Le pansement de cette plaie fut très-simple; je n'y employai qu'un plumasseau de charpie cératé, deux bandelettes de sparadrap et deux compresses graduées, que je maintins par quelques tours de bande en capeline.

L'appareil établi, le malade se déshabilla et alla seul jusqu'à son lit. Je l'examinai quand il fut couché: le pouls continuait à être petit, serré et fréquent (96 pulsations par minute); quelques mouvements convulsifs se montraient à la face, mais rien d'anormal ne se dénotait du côté de la sensibilité et du mouvement. La parole était libre, l'intelligence parfaitement intacte; le malade rendait complètement compte de son état et réclamait ce dont il avait besoin. Deux heures après, des vomissements répétés se déclarèrent; je prescrivis une po-

tion antispasmodique et des compresses d'eau froide sur la tête; les vomissements persistèrent toute la nuit sans qu'il fût possible au blessé de goûter un peu de sommeil.

Au bout de douze jours, sans qu'il se soit manifesté d'autres accidents notables que de légères hémorrhagies nasales, la plaie était entièrement cicatrisée et le malade quittait l'hôpital.

Cette observation offre un double enseignement sous le rapport pathologico-chirurgical, aussi bien que sous le rapport physiologique. D'une part, en effet, malgré la force d'explosion et le peu d'espace qu'a parcouru le projectile, il n'y a eu aucun symptôme de compression ni de commotion cérébrale. Sous le point de vue psycho-physiologique, cette observation conduit à cette conclusion, que, dans l'état actuel de la science, les questions qu'elle soulève, relativement aux facultés intellectuelles et au siége de la parole notamment, ne paraissent pas être résolues en faveur de la localisation des facultés intellectuelles. (Comm.: MM. Laugier, Larrey et Gerdy.)

NOUVEAU FORCEPS.

M. le docteur SAUVÉ (de La Rochelle) présente à l'Académie un forceps qui a l'avantage de s'articuler dessus et dessous à volonté, afin d'éviter le décroisement des branches que quelques accoucheurs ont déjà cherché à perfectionner.

M. Sauvé fait remarquer qu'avec son agencement d'articulation de pivot, celui-ci a l'avantage de conserver aux deux cuillers la même longueur dans l'une et l'autre position.

Cet instrument a été fabriqué dans les ateliers de M. Charrière.

NOUVELLE PINCE A SUTURE.

M. le docteur BONNEFIN présente à l'Académie une pince destinée à faciliter l'application des sutures faites au moyen d'épingles, d'aiguilles, de fils ou serrefines.

Cette pince est composée de trois branches, dont une centrale E F servant de point d'appui aux deux latérales A B C D. Au milieu de celle centrale est fixée une petite tige I terminée par un bouton quadrillé G qui sert de point d'appui lorsqu'on veut saisir une des lèvres d'une plaie; avec la branche restée libre, on va saisir la seconde lèvre qui se trouve ainsi réunie à la première, et permet de faire la suture sans le secours d'aucun aide.

Cet instrument a été fabriqué par M. Charrière fils.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE. — T. XLV et XLVI. — Année 1851.

Pour obéir aux précédents établis autant qu'à l'ordre naturel des matières adopté dans le recueil qui va faire l'objet de ce compte rendu, nous passerons en revue d'abord les mémoires relatifs à l'hygiène, renvoyant pour un second article tout ce qui a trait à la médecine légale. Parmi les travaux et mémoires d'hygiène qui nous ont paru plus particulièrement mériter l'attention de nos lecteurs, nous signalerons : un mémoire de M. le docteur Joire sur *les logements du pauvre et de l'ouvrier considérés sous le rapport de l'hygiène publique et privée dans les villes industrielles;* un travail de M. William Acton, traduit par M. Guérard, sur la *prostitution considérée au point de vue de l'hygiène publique;* une note sur le même sujet et qui complète en quelque sorte le travail précédent, par M. Sandouville, intitulée : *Des mesures administratives à prendre dans le but d'empêcher la propagation des maladies vénériennes;* un travail de M. Boudin, intitulé : *Études de l'homme physique et moral dans ses rapports avec le double mouvement de la terre*, et enfin un mémoire très-étendu et très-intéressant de M. Tréhuchet sur la *statistique des décès dans la ville de Paris* de 1829 à 1848. C'est par ce dernier travail, le plus important sans contredit de tous ceux que renferment les quatre fascicules de l'année 1851, que nous allons commencer cette analyse.

STATISTIQUE DES DÉCÈS DANS LA VILLE DE PARIS DE 1829 A 1848.

Ce nouveau travail de M. Tréhuchet qui fait suite à de précédentes recherches publiées en 1849 et 1850, sur la mortalité de Paris à dater de l'année 1809, époque d'où date le relevé régulier et non interrompu des décès dans la ville de Paris, porte sur une période de vingt années, de 1829 à 1848, qu'il a subdivisées en deux périodes décennales, pour faciliter les recherches et les termes de comparaison, l'une qui comprend les années de 1829 à 1838 et la seconde de 1839 à 1848.

Imitant la réserve de l'auteur, qui a cru devoir se borner à donner les chiffres résultant de ses calculs, sans en tirer de conclusions autres que celles qui ressortaient naturellement de leur examen, nous nous bornerons aussi à notre tour à consigner ici les résultats généraux de ces recherches; résultats dont la signification, pour quelques-unes des questions qui intéressent plus particulièrement la médecine, ne pourrait ressortir pleine et entière que de la comparaison d'un grand nombre de séries basées sur une nomenclature nosologique uniforme, qui a malheureusement manqué jusqu'ici à ce genre de recherches. Il est bon d'ajouter, d'ailleurs, que ces documents, quelque intérêt qu'ils présentent, n'ont, au point de vue de la grande question de la loi générale de la mortalité, qu'une valeur relative et subordonnée aux conditions spéciales de la population sur laquelle ils ont été recueillis.

Les décès classés par mois, de 1831 à 1838 — défalcation faite des décès occasionnés par le choléra et par les événements politiques de 1830, 1832 et 1834, afin qu'on pût les ramener à l'état normal de la mortalité — donnent un résultat qu'il peut être intéressant d'étudier au point de vue de l'influence des saisons. Les mois de ces huit années se classent ainsi, en commençant par le plus chargé de décès et terminant par le moins chargé : avril, mai, mars, janvier, février, juin, décembre, août, juillet, septembre, octobre, novembre. La différence entre les deux mois extrêmes, avril et novembre, est de près d'un cinquième; elle est assez régulièrement décroissante de mois en mois dans l'ordre indiqué. La plus grande mortalité correspond, comme on le voit, à l'époque où deviennent plus manifestes les effets morbigènes de la saison la plus rigoureuse de l'année. La plus faible mortalité se trouve correspondre à la fin de la saison la plus douce.

Les maladies qui ont occasionné le plus de décès dans la période décennale de 1829 à 1838, sont dans l'ordre de leur plus grande fréquence : la phthisie pulmonaire, l'entérite, la pneumonie, le catarrhe pulmonaire, la fièvre cérébrale, l'apoplexie, les fièvres putrides, malignes, etc., les convulsions, la péritonite, la petite vérole, la rougeole, etc. Après ces maladies, qui figurent dans tous les tableaux annuels ensemble pour plus de la moitié du chiffre général des décès et quelquefois les deux tiers, viennent ensuite dans le même ordre de fréquence les fièvres typhoïdes et hectiques, la diarrhée catarrhale, la pleurésie, la céphalite, l'hépatite, la coqueluche, les squirrhes et cancers, la phthisie mésentérique, les scrofules, l'anévrisme, etc.

On conçoit avec quelle réserve il faut accueillir ces résultats, avec la mobilité et la diversité des opinions en matière de nomenclature, notamment dans les années auxquelles correspond ce relevé.

L'auteur a cherché ensuite, pour chaque année, quels sont les âges qui ont été plus particulièrement atteints par ces maladies. Voici les conclusions que l'on peut tirer des renseignements fournis par les tableaux des maladies suivies de mort et classées d'après l'âge.

La fièvre cérébrale attaque l'enfance et l'extrême jeunesse; elle est rare chez les vieillards. La petite vérole, la rougeole et le croup atteignent l'enfance; mais ils sont rares dans les premiers mois de la naissance. Le catarrhe pulmonaire atteint l'enfance et la vieillesse, et surtout les femmes; la gastrite l'enfance, l'âge mûr et rarement l'extrême vieillesse; elle est plus fréquente chez les femmes. L'entérite atteint l'enfance et surtout les femmes. La péritonite atteint les femmes de 20 à 40 ans; elle est rare avant 15 ans. La péripneumonie atteint l'enfance, l'âge mûr et la vieillesse. L'apoplexie sévit dans l'âge mûr et la vieillesse, plus particulièrement chez les hommes. Les convulsions se montrent dans l'enfance, et surtout pendant les deux premières années. La phthisie pulmonaire sévit sur les personnes âgées de 20 à 50 ans, et surtout sur les femmes; elle est rare dans l'enfance et l'extrême vieillesse.

Un tableau spécial pour la phthisie montre que les décès par cette maladie représentent environ la onzième partie de la mortalité générale, et comme toujours elle atteint les femmes dans des proportions considérables. A quoi faut-il attribuer cette disposition plus grande à la phthisie chez les femmes que chez les hommes? C'est là l'objet de recherches intéressantes à faire, et sur lesquelles quelques-unes des conditions organiques spéciales à la femme, telles que l'accouchement et l'allaitement, ou les circonstances inhérentes à leurs habitudes plus sédentaires et leur manière de vivre et de se vêtir, peuvent jeter quelque lumière.

Le tableau des décès par âge et par sexe démontre qu'à l'exception d'une seule année (1830), où une mortalité considérable a atteint les filles, les enfants du sexe masculin comptent, dans les trois premiers mois de la naissance, beaucoup plus de décès que les enfants du sexe féminin. Il en est de même à partir de 3 mois jusqu'à l'âge de 10 ans; mais à partir de 10 ans, notamment de 20 à 35 et de 55 à 80 ans, la mortalité des femmes est plus considérable que celle des hommes.

Ce dernier relevé constate une proportion de décès des premiers âges

qui semble mettre, sous ce rapport, Paris hors ligne. De la naissance à trois mois, période qui comprend, il est vrai, les enfants morts-nés, ces décès forment, pour les hôpitaux et les domiciles réunis, le huitième des décès, et pour les domiciles seulement, plus du sixième. De 3 mois à 6 ans, pour les domiciles, c'est près du quart des décès, ce qui, avec les décès de la naissance à 3 mois, donne plus du tiers de la mortalité générale. Cette mortalité dans les enfants de Paris dépasse de beaucoup la moyenne de la mortalité constatée dans le bas âge pour la France en général. Cette circonstance, du reste, ne paraît pas propre à Paris seulement : elle serait commune aux grandes villes en général, d'après la comparaison établie dans le travail le plus important qui ait été fait encore jusqu'ici sur ce sujet, les ÉLÉMENTS DE STATISTIQUE de M. Moreau de Jonnès. Ce savant statisticien a constaté, en effet, une énorme disproportion entre le nombre des morts-nés dans les villes et dans la France considérée en général. Dans les 360 chefs-lieux de départements et d'arrondissements, de 1836 à 1844, en neuf ans, on a compté, sur 1,472,640 naissances, 77,626 enfants morts-nés, ou 1 pour 19, tandis que, dans tout le royaume, de 1839 à 1844, en six ans, il n'y a eu pour 5,820,129 naissances que 177,741 morts-nés, ou 1 pour 33 : d'où il résulterait que les causes qui influent sur la production des morts-nés sont de moitié plus fréquentes à Paris que dans tous les départements ensemble, et qu'elles sont un peu moins communes dans les autres villes que dans la capitale.

Les documents relatifs à la période de 1839 à 1848 étant plus complets et plus précis, ont fourni à M. Tréhuchet des résultats plus intéressants. Il y a peu de différences à signaler entre cette période et la période précédente, sous le rapport des affections qui concourent, pour la plus grande proportion, à la mortalité annuelle. Ainsi c'est toujours à peu près dans les mêmes proportions et suivant les mêmes rapports d'âge que les fièvres, les affections éruptives, les affections cérébrales, les catarrhes pulmonaires, les pneumonies, les entérites, l'apoplexie, etc., fournissent leur contingent de mortalité. Mais une différence notable a été constatée, qui mérite d'être signalée ici : c'est une augmentation considérable, sur les années précédentes, de la mortalité causée par la phthisie pulmonaire : ainsi, pour les domiciles, la moyenne des dix années de 1839 à 1848 est de 2,172 par année, tandis que, pour les huit années de 1831 à 1838, elle n'était que de 1,679.

Dans les hôpitaux et hospices, l'augmentation est plus considérable encore. La moyenne de ces établissements, pour chacune des dix années 1839 à 1848, est de 2,090, tandis que, pour les huit années de 1831 à 1838, elle n'est que de 1,167. Enfin, en réunissant les domiciles aux hôpitaux, on a, pour chaque année de la dernière période décennale, une moyenne générale de 4,261 décès par phthisie pulmonaire, et pour chacune des huit années comprises dans la période précédente, 2,846.

Passant de la mortalité d'ensemble à l'étude de la mortalité par quartier, M. Tréhuchet a été conduit à reconnaître que les causes morbides dépendent beaucoup plus de l'habitation, des mœurs, du genre de vie, que de l'étendue des quartiers et de l'agglomération des populations. Il résulte, en effet, de la comparaison de la mortalité par quartiers, des anomalies très-singulières, eu égard à leur étendue et à leurs conditions topographiques, qui sont tout à fait en dehors des prévisions fondées sur les apparences des conditions d'aération et de salubrité générale, et qui seraient inexplicables si l'on n'avait recours à d'autres influences qui se révèlent mieux par le fait même de ces irrégularités. Ainsi la Cité, qui, par sa superficie, a le n° 49 dans la classification des quartiers, a le n° 1 dans l'ordre des décès. Le quartier Feydeau, au contraire, qui est le 17e pour l'étendue, est le 48e pour les décès. Les quartiers Popincourt, des Quinze-Vingts, du faubourg Saint-Antoine et des Invalides, qui, eu égard à leur étendue, à leur percement et aux vastes étendues de promenades et de jardins qu'ils renferment, semblent être topographiquement les plus favorisés de Paris, figurent au premier rang pour la mortalité. Le Luxembourg et les Champs-Élysées, qui, au premier abord, paraissent les plus salubres de la capitale, ont les nos 19 et 20 dans l'ordre des décès, et sont traités moins favorablement que les quartiers des Arcis, des Lombards, Sainte-Avoie, du Mail, etc., qui figurent, en ce qui concerne leur superficie, parmi les quartiers où la population est le plus serrée.

Ce ne serait donc pas dans la position topographique d'un quartier, dans son étendue et dans sa population, qu'il faudrait chercher les éléments nécessaires pour l'étude de la mortalité ; mais, ainsi que le fait remarquer M. Tréhuchet, il faut surtout tenir compte de l'habitation, et surtout de l'encombrement des logements, des mœurs et du genre de vie des habitants. En suivant ainsi la marche de la mortalité en quelque sorte par maison, on voit que là où règnent l'ordre, la propreté, la bonne conduite, la santé se maintient, même dans les classes les plus pauvres, et que le contraire arrive lorsqu'il y a désordre, intempérance, mauvaise conduite. C'est là un résultat qu'il importe de signaler également aux moralistes et aux agents préposés à la surveillance de tout ce qui a trait à l'hygiène et à la salubrité publiques.

Enfin, un dernier résultat, et c'est le plus général et en même temps le plus satisfaisant qui ressorte de ce vaste travail, c'est que l'état sanitaire de Paris tend sans cesse à s'améliorer d'année en année. Personne, à coup sûr, ne se refusera à reconnaître, avec le savant et consciencieux auteur de ces belles recherches, que c'est aux habitudes hygiéniques plus salutaires d'une grande partie des populations, aux travaux d'assainissement exécutés depuis 1832, et dont on commence à éprouver les heureux effets, enfin, aux nombreuses et importantes mesures que l'administration n'a cessé de prendre dans l'intérêt de l'hygiène et de la salubrité, qu'il faut attribuer ce consolant résultat.

H. BROCHIN.

(La suite au prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

— La commission nommée à Toulouse pour s'associer à la manifestation du corps médical envers M. Orfila, a adressé à notre éminent confrère la lettre suivante, comme témoignage de sa haute estime :

A M. LE PROFESSEUR ORFILA.

« Monsieur et illustre professeur,

» L'acte de libéralité que vous venez d'accomplir en faveur des institutions médicales, scientifiques et professionnelles, a été accueilli avec un profond et unanime sentiment de reconnaissance.

» Les médecins et les pharmaciens de Toulouse et du département de la Haute-Garonne, auxquels ont désiré se joindre, dans cette circonstance solennelle, les étudiants de l'École de médecine, s'empressent de vous adresser l'expression de leurs sentiments de gratitude et d'admiration pour les services que vous rendez à la science, dont vous êtes une des gloires, et pour le bien que vous faites à la profession médicale, dont vous êtes le bienfaiteur.

» Puissent, au milieu des éclatants témoignages de sympathie que vous recevez de toutes parts, puissent ces quelques mots, partis du cœur, simples comme il convient pour glorifier tout ce qui est grand, tout ce qui est beau, arriver jusqu'à vous pour vous répéter, monsieur et illustre professeur : la science et la profession reconnaissantes vous admirent et vous bénissent.

» Vos très-humbles et très-obéissants serviteurs,

» Signé : MASSABIAU, membre du corps législatif ; DASSIER, directeur de l'École ; et 169 professeurs, médecins, pharmaciens ou élèves de la Haute-Garonne.

» Toulouse, 3 février 1853. »

— La liste des candidats au concours pour l'agrégation en chirurgie en accouchements a été close le 6 février. Les candidats inscrits sont :

Pour la chirurgie : MM. Richard, Jamain, Désormeaux, Verneuil, Morel-Lavallée, Demarquay, Cusco, Houël, Broca, Follin.

Pour les accouchements : MM. Moreau (Alexis), Pajot, Salmon, Blot, Cahen.

Le nombre des places à donner étant de trois en chirurgie et d'une en accouchements, il y aura lieu à une élimination parmi les candidats de la première catégorie, et à deux parmi ceux de la deuxième.

— PASTILLES NUTRITIVES MODIFIÉES DE M. CADET DE GASSICOURT. — Nous avons inséré, il y a quelque temps (v. n° 2), une note de M. Cadet de Gassicourt, relative à des pastilles nutritives. Notre habile confrère a, sur la demande de plusieurs malades et de leurs médecins, fait une nouvelle addition à sa formule primitive, celle d'une certaine quantité d'essence ou d'extrait de cerfeuil, qui rend ses pastilles aussi agréables qu'elles sont bienfaisantes. Voici la formule définitive et perfectionnée de M. Cadet de Gassicourt.

A.	Cuisse de bœuf dégraissée.	6 kilos.
	Pieds de veau . . . . n°	6
B.	Carottes, une forte botte, soit.	2k,500
	Navets, id., soit.	2k
	Poireaux, 1/2 botte.	1k,500
	Panais, id.	» ,750
	Céleri, id.	» ,750
	Cerfeuil, une forte poignée, soit.	» ,100
C.	Gomme arabique, n° 2.	» ,800
	Eau	» ,800

Préparer ainsi que nous avons précédemment indiqué.

Nous pouvons ajouter que, dans un assez grand nombre de cas déjà, nous avons conseillé l'usage des pastilles de M. Cadet, surtout chez les sujets dont le tube digestif avait contracté une très-grande susceptibilité pour les aliments solides et volumineux : les bons résultats que nous en avons obtenus nous engagent à en recommander l'emploi à nos confrères.

— Par décret du 2 février, M. Liard, médecin aide-major de première classe au premier bataillon d'infanterie légère d'Afrique, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — NATURE ET TRAITEMENT DU FAVUS.

La recherche des formes intimes, microscopiques des maladies, que l'observation moderne a poussée si loin, ne saurait être trop encouragée, surtout lorsqu'elle a pour but de différencier la nature et le traitement d'une affection peu connue et difficile à guérir. Tel est le caractère d'une discussion qui a eu lieu récemment au sein de l'Académie de médecine de Belgique sur les formes, le siége et le traitement du favus.

Le favus est-il une pustule ou un champignon ? MM. Lombard et Didot, d'accord en cela avec M. Cazenave, penchent pour la première opinion. La conséquence de cette manière de voir est qu'il n'y a pas de guérison possible sans épilation, et que la clef de toute guérison du favus repose sur un procédé d'épilation simple, facile et non douloureux. M. Hairion regarde, au contraire, le favus comme un champignon; il partage l'avis de beaucoup de dermatologues, et en particulier de MM. Devergie et Lebert, à savoir que l'épilation n'est pas toujours indispensable, et qu'une substance qui tue le végétal sans altérer la peau suffit, dans certaines circonstances, pour guérir la maladie.

On le voit, pour n'être pas posé directement au point de vue étiologique, le problème n'en est pas moins intéressant, puisqu'il se résout à la fois dans une donnée de pathogénie et de thérapeutique.

Que le favus soit une pustule ou un champignon, là n'est pas l'important: on pourrait même supposer, ce qui n'est peut-être pas impossible, qu'il est à la fois l'un et l'autre, à différentes périodes, à différents degrés de son développement. Pour être certain du contraire, il faudrait avoir constaté et établi que la forme pustuleuse et la forme cryptogamique sont incompatibles et sont essentiellement liées à deux causes de nature différente. Mais si ces deux formes n'exprimaient, comme nous sommes très-porté à le croire, d'autre différence que celle d'une condition accessoire de siége ou de degré, ne conviendrait-il pas de se demander d'abord à quoi tient cette différence et de rechercher ensuite jusqu'où elle doit influer sur le choix des moyens thérapeutiques. Tel n'est pas le point de vue où on s'est placé à l'Académie de médecine de Belgique. La question a été envisagée d'une façon plus absolue, et nous oserions dire moins scientifique. Ce n'est donc pas sans de fortes réserves en faveur d'un ordre d'idées différentes, que nous allons suivre les orateurs de l'Académie belge sur le terrain où ils se sont placés.

Les partisans des deux opinions opposées se fondent les uns et les autres sur les considérations de forme, de siége et de traitement, et l'on peut dire qu'ils se combattent mutuellement par la négation réciproque de leurs assertions. N'en résulte-t-il pas immédiatement, à ne considérer le débat que sous son point de vue le plus avantageux, une présomption favorable à la vérité des faits que chacun d'eux invoque; mais n'en résulte-t-il pas aussi une présomption défavorable à la conséquence trop générale que chacun d'eux en tire? Qu'on suppose un instant, en effet, que le favus se présente tantôt sous la forme d'une pustule, tantôt sous celle d'un champignon; que tantôt il siége directement sur un follicule pileux, tantôt indistinctement et primitivement sur tous les points de la surface du derme; qu'il guérisse tantôt au moyen de l'épilation seulement, tantôt avec le secours des spécifiques; qu'on suppose enfin que ces diverses assertions soient également vraies en fait; n'est-on pas forcé de reconnaître que les deux doctrines mises en présence se renversent réciproquement en tant que doctrines, mais préparent l'une et l'autre des faits et des remarques utiles à l'édification d'une doctrine qui trouvera le point qui les sépare et le lien qui les unit.

La forme pustuleuse et ombiliquée du favus lui vient de son siége et de la réaction des éléments matériels qui l'environnent. Il y a, dit M. Lombard, dans le favus une inflammation franche ou spécifique (laquelle?) du derme qui forme le follicule et de la papille qui est la matrice du cheveu. L'inflammation produit une exsudation qui, par sa situation entre le derme et la papille d'une part, l'épiderme replié et le cheveu de l'autre, s'insinue entre ses couches tégumentaires en décollant la plus superficielle, et arrive, en soulevant cette dernière, au goulot du derme; là le produit morbide se moule sur le goulot, qui lui imprime sa forme circulaire, et circonscrit ainsi le cheveu en s'élevant autour de lui, comme d'un centre : de là la pustule ombiliquée, c'est-à-dire à centre déprimé. M. Didot, qui admet en partie cette pathogénie du favus, la modifie en ce point, qu'il place l'inflammation ulcérative à l'orifice du follicule pileux; le produit plastique, au lieu de venir du fond à la surface, serait déversé dans le goulot du follicule, s'accumulerait autour du poil et y adhérerait. A l'appui de cette théorie, MM. Lombard et Didot présentent les remarques suivantes :

1° Là où il n'y a pas de follicule pileux, on ne remarque jamais le favus;

2° Une fois le bulbe détruit, la réapparition du favus sur ce point est impossible;

3° Le favus est toujours traversé à son centre par un poil.

4° Il n'y a pas de guérison complète sans alopécie.

M. Hairion, qui croit à la nature végétale du favus, a combattu avec force l'opinion de MM. Lombard et Didot. Tour à tour critique et dogmatique, il a su mettre à profit, à ces deux points de vue, les observations des micrographes modernes. Nous citerons avec plaisir plusieurs passages de son argumentation :

« Pour démontrer, dit-il, que le favus n'est point une pustule, il suffira de mettre en parallèle les caractères propres à ces deux productions morbides.

» La pustule se présente sous l'aspect d'une petite éminence s'élevant au-dessus du niveau de la peau, convexe et semi-sphérique au début, et laissant apercevoir à travers ses parois la matière qu'elle renferme. Dès le principe, le favus a la forme d'une petite croûte jaunâtre, enchâssée dans l'épaisseur du derme, non saillante et sans transparence. « On peut, dit M. Lebert, énucléer le favus sans qu'aucune adhérence directe le lie au creux du derme, dans lequel il est comme enclavé... Jamais, au contraire, on n'énucléerait intacte une pustule : on en peut vider l'intérieur, mais la base fait partie intégrante de la peau... »

» Si l'on incise la pustule à une certaine période de son développement, ses parois s'affaissent et une matière fluide, blanchâtre, s'en écoule. Incise-t-on le godet faveux, la forme n'en est nullement altérée; aucun liquide ne s'en échappe, et l'incision reste béante. Mais, après quelque temps, la matière faveuse se dessèchant au contact de l'air, se disgrége et se répand sous la forme d'une poudre fine, sèche et d'un blanc jaunâtre.

» Le liquide pustuleux, examiné au microscope, présente des corpus-

---

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES ET CRITIQUES SUR LES CORSETS.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

En résumant les phases diverses de l'habillement des femmes, au point de vue qui nous occupe, on arrive à distinguer cinq époques relativement à l'usage des corsets ou des vêtements qui en ont tenu lieu.

La première époque est celle de l'antiquité, des bandes ou *fasciæ* des dames grecques et romaines.

La deuxième comprend les premiers siècles de la monarchie française ou une grande partie du moyen âge, pendant laquelle le costume des femmes ne présente rien de comparable aux corsets, période de transition, qui participe de la précédente et de la suivante par l'abandon d'abord incomplet des bandelettes romaines, et par l'usage plus tard commençant des corsages justes au corps.

La troisième époque, qui embrasse la fin du moyen âge et le commencement de la renaissance, est marquée par l'adoption générale des robes à corsage serré, tenant lieu de corsets.

La quatrième est celle des corps baleinés; elle s'étend du milieu du seizième siècle à la fin du dix-huitième.

Enfin la cinquième époque est celle des corsets modernes.

Il existe évidemment une grande analogie entre cette dernière époque et la troisième. Le corset actuel n'est presque que le corsage de dessous du quinzième siècle, détaché de sa jupe, et la période des corps baleinés n'est qu'un écart passager de la mode, revenue plus tard au principe dont elle n'aurait pas dû s'éloigner. Ce principe n'est autre que celui qui était adopté par les femmes de l'antiquité elles-mêmes lorsqu'elles savaient se défendre de toute exagération. Il consiste à allier à la fois, dans la traduction extérieure des formes, la régularité possible du dessin, les exigences du sentiment moral et une entière liberté d'action des organes.

Blâmera-t-on les femmes de ne pas se borner à satisfaire à ces deux dernières conditions et de rechercher aussi ce qui peut ajouter à leurs agréments extérieurs? Faut-il regretter la rusticité des mœurs primitives et les voiles grossiers qui couvraient à demi, dans leurs forêts, les femmes de nos ancêtres les Gaulois et les Francs? Qui ne répondrait à cette question que par ces vers d'Ovide, si bien paraphrasés par Voltaire dans sa jolie pièce du MONDAIN?

Prisca juvent alios : ego me nunc denique natum
Gratulor : hæc ætas moribus apta meis.

cules organisés, caractéristiques, appelés globules du pus; ils sont sphériques, framboisés, d'une légère teinte jaunâtre, et renferment des noyaux que rend évidents surtout l'action de l'acide acétique ou d'une solution saline. Au contraire, la substance faveuse est composée, ainsi que nous le verrons bientôt, des trois éléments caractéristiques des végétaux appartenant à la classe des champignons.

» Le pus ne diffère pas moins de la matière faveuse sous le rapport chimique. D'après une analyse faite par Thénard, cette dernière substance contient sur 100 parties : albumine, 70; gélatine, 17; phosphate de chaux, 5; eau et pertes, 8; tandis que du pus de variole, analysé par Lassaigne, aurait fourni : eau, 902; fibrine et albumine, 69; sels, 13; graisse, 25. Dans ces derniers temps, on a trouvé dans ce liquide de très-minimes quantités de fer et de manganèse.

» Le favus est constitué par un parasite végétal appartenant à la classe des champignons et au groupe de stromatosporées de Léveillé, c'est-à-dire au groupe des champignons qui se rattachent à un corps commun auquel on est convenu de donner le nom de *stroma* (στρωμα, lit, matelas), ou encore à la famille des angiocarpes de Persoone, qui comprend les champignons fermés et dont la fructification est placée à l'intérieur.

« Le cryptogame du favus offre les trois parties distinctes et essentielles du champignon, savoir : le mycélium, ou partie végétative de la plante, composé de tubes vides; les sporanges, ou organes de reproduction, représentés par des tubes dont les uns sont granulés et les autres cloisonnés; les sporules, ou semences, formés de corpuscules ronds ou ovoïdes, ayant de 0mm,003 à 0mm,005 de longueur sur 0mm,003 à 0mm,004 de largeur. Ces différentes parties sont renfermées et implantées dans un stroma composé d'une couche épaisse de matière finement granuleuse disposée en capsule. Ce dernier organe intermédiaire au derme et au cryptogame, n'est point seulement pour ces derniers un organe de protection et un support, mais il est probable encore qu'il joue un rôle important dans leur nutrition. Enfin ce stroma lui-même est tapissé d'une couche épidermique qui tantôt est complète et tantôt n'en recouvre que la surface libre et concave. Tels sont les caractères constants que présente la matière faveuse lorsqu'on la puise dans l'intérieur du stroma avant qu'elle n'ait subi les influences du contact de l'air et de son mélange avec divers fluides, ainsi qu'il arrive après la rupture de cette enveloppe. »

M. Hairion aborde ensuite un à un les différents arguments de MM. Lombard et Didot :

« *Là où il n'y a pas de follicule pileux, on ne remarque jamais le favus.* Je n'opposerai pas à cette assertion les observations de favus étendu à toute la surface de la peau, dont il est fait mention dans les auteurs : je me bornerai à citer le fait rapporté par M. Lebert, qui dit avoir observé le favus sur le gland. Il est vrai que, pour expliquer ce fait, Cazenave ne serait pas très-éloigné d'admettre l'existence de follicules pileux sur cette partie; je ne sais jusqu'à quel point l'honorable M. Lombard serait disposé à partager à cet égard l'explication de l'illustre médecin de l'hôpital Saint-Louis; quant à moi, elle ne saurait me satisfaire.

» *Une fois le bulbe détruit, la réapparition du favus sur ce point est impossible.* En admettant le fait comme démontré, l'interprétation de mon honorable contradicteur n'est pas la seule qu'on en puisse donner; car ne puis-je pas dire avec autant de vraisemblance que si le favus ne se développe pas sur ces points, c'est que le cryptogame ne trouve pas dans le tissu de cicatrice qui succède à la destruction des bulbes, les conditions de chaleur, d'humidité, de vitalité nécessaires à sa germination?

» *Le favus est toujours traversé à son centre par un poil.* Il suffit d'examiner attentivement et sans prévention quelques individus affectés de cette maladie pour s'assurer du contraire : on trouve, en effet, beaucoup de godets faveux sans poils, et l'on en trouve qui sont traversés dans tous les sens par quatre, six cheveux et davantage. M. Cazenave, qui partage à cet égard l'opinion de l'honorable M. Lombard, a publié, il y a deux ans, un traité des plus remarquables sur les maladies du cuir chevelu. Cet ouvrage renferme des planches fort bien faites, entre autres celle qui représente le favus disséminé ou vulgaire : la voici, et vous pourrez vous assurer par vous-mêmes qu'un certain nombre de favus ne sont point traversés de poils. Faut-il accuser l'artiste d'infidélité, ou doit-on penser que, n'ayant pas les mêmes prétentions que le médecin de l'hôpital Saint-Louis, il s'est borné simplement à copier la nature? Toujours est-il que cette espèce de contradiction entre la description du favus donnée par l'auteur de ce traité et le dessin de la maladie exécuté par un habile dessinateur, est fort remarquable.

» *La présence du cheveu au centre du favus rend compte de sa forme ombiliquée.* L'explication donnée par MM Lombard et Didot de la forme en godet de la croûte faveuse peut être fort ingénieuse; mais certainement elle n'a et ne saurait avoir que la valeur d'une hypothèse. Cette explication n'est, d'ailleurs, pas applicable aux cas où le favus est traversé par plusieurs poils.

» *Il n'y a pas, de guérison complète sans alopécie.* Voici un fait tiré de ma pratique qui prouve combien cette assertion est peu fondée : un jeune homme âgé de 20 ans se présente à ma consultation gratuite, au commencement de l'année dernière, pour s'y faire traiter d'une teigne faveuse qu'il portait, dit-il, depuis plusieurs années et contre laquelle il n'avait rien fait jusque-là, comptant s'en prévaloir pour se faire réformer, s'il était appelé au service. Lorsque je vis ce malade pour la première fois, il avait la tête recouverte de croûtes d'un gris jaunâtre dont je reconnus la nature cryptogamique à l'aide du microscope. Ce malade ayant déclaré que depuis quelques semaines une grande quantité de croûtes étaient tombées sans se reproduire, je l'engageai à ne rien faire pour le moment et à se présenter chez moi tous les huit jours. Trois semaines à peine s'étaient écoulées que toutes les croûtes étaient tombées; deux mois plus tard, le cuir chevelu qui ne présentait plus la moindre trace de cette maladie, était recouvert d'une abondante chevelure. Deux mois et demi après je revis ce jeune homme, et sa guérison ne s'était pas démentie.

» Rayer et Alibert rapportent des cas de guérison obtenus par l'usage des émollients ou par les seuls soins de propreté. Ce dernier auteur se plaisait à rappeler dans ses leçons l'observation d'un petit savoyard dont tout le corps était recouvert de favus et dont il obtint rapidement la guérison complète par l'usage de bains gélatineux et le régime. Les faits de cette nature peuvent, me semble-t-il, être considérés comme des cas de guérison spontanée.

» Au surplus, voici comment s'expriment à ce sujet les auteurs du COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE : « Quelquefois la guérison du favus est spontanée. La maladie disparaîtrait sans laisser aucune trace après elle. La thérapeutique peut arriver au même point quand elle intervient au début. »

» *Sans épilation*, dit l'honorable M. Lombard, *point de guérison*. A cette proposition formulée d'une manière si absolue, j'opposerai l'opinion d'un

---

. . . .
.....Quia cultus adest; nec nostros mansit in annos
Rusticitas, priscis illa superstes avis (1).
(ART D'AIMER, ch. III.)

L'austère Rousseau lui-même ne pose-t-il pas comme une loi de la nature : « que la femme est faite spécialement pour plaire à l'homme; qu'elle doit vouloir lui plaire, comme elle le veut en effet? » Aussi lorsqu'il s'élève contre l'usage des corps à baleine, ne s'en prend-il point à la coquetterie, louable, suivant lui, dans une certaine mesure. C'est en donnant à ses lectrices des leçons de bon goût, généralement justes quand elles ne sont empreintes d'aucune exagération, qu'il prétend leur persuader de quitter les corps. Malheureusement, entre autres arguments, il emploie celui-ci : « Un sein qui tombe, dit-il, un » ventre qui grossit, etc., cela déplaît fort, j'en conviens, dans une personne de » vingt ans, mais cela ne choque plus à trente. » Il était difficile de penser que les femmes trouveraient ici Jean-Jacques bon juge en matière de goût, ou qu'elles accepteraient la limite d'âge qu'il semble imposer à l'art de plaire; on comprend qu'il n'en ait converti aucune.

Platner, dans son excellente dissertation DE THORACIBUS, qui parut en 1735, plusieurs années avant le mémoire de Winslow et longtemps avant l'ÉMILE de Rousseau, a exprimé avec beaucoup de sagesse le jugement qu'il convient de porter sur la nécessité ou l'utilité des corsets dans la toilette des dames, en même temps qu'il insistait sur les modifications à faire subir aux corps en usage, dont il démontre avec force tous les inconvénients.

« Il faut en effet, dit cet auteur, se pénétrer de cette vérité, que si les corps » sont tout à fait rigides et inflexibles, comme lorsqu'on les construit avec des » lames de fer, s'ils ne s'adaptent pas parfaitement aux formes du corps, s'ils » sont trop serrés, de même que s'ils présentent trop de mollesse et de laxité, ils » sont constamment des plus nuisibles. Mais dans les conditions contraires, non- » seulement ils n'ont pas d'inconvénient, mais encore ils fournissent aux enfants » un excellent soutien et les préservent des dérangements du squelette, si fa- » ciles à cet âge tendre. Il n'est pas moins certain qu'ils procurent une finesse » de taille agréable et une poitrine bien placée. Aussi suis-je loin de vouloir » interdire aux femmes cette parure, pourvu qu'elles en usent avec modération. » Car les plus belles même, sans un soin convenable de leur personne, ne plai- » raient pas plus aux hommes dans ce siècle de goût et d'élégance, que les » glands, dont se nourrissaient nos pères, ne conviendraient aujourd'hui à nos

(1) Regrettera qui veut le bon vieux temps,
. . . .
Moi je rends grâce à la nature sage,
Qui pour mon bien m'a fait naître en cet âge
Tant décrié par nos tristes frondeurs :
Ce temps profane est tout fait pour mes mœurs.
J'aime le luxe et même la mollesse,
Tous les plaisirs, les arts de toute espèce,
La propreté, le goût, les ornements, etc.
(Voltaire, LE MONDAIN.)

homme dont on ne récusera pas l'autorité, celle de M. Devergie, médecin à l'hôpital Saint Louis, qui déclare que *l'épilation n'est pas une condition essentielle et nécessaire du traitement de la teigne.* Au surplus, les faits contraires à l'opinion de l'honorable M. Lombard ne manquent pas, en voici quelques-uns : Murray et Lespines guérissaient la teigne par la ciguë à l'intérieur et à l'extérieur ; Boyer avec une pommade formée d'une partie de charbon et de deux parties de soufre ; Alibert n'employait guère que des moyens simples : certains cas de teigne faveuse, dit-il, n'exigent que des soins de propreté ; Biet, Cazenave et Schédel citent des guérisons complètes obtenues par la pommade d'iodure de soufre, des lotions sulfureuses, acides ou alcalines ; la pommade à la suie a réussi à MM. Marinus et Denobele, et l'huile de cade à Sully ; un jeune médecin fort instruit de notre armée, qui a longtemps suivi la clinique de M. le professeur Hébra, à Vienne, m'a assuré que ce célèbre dermatologue n'employait dans le traitement de la teigne faveuse que de simples lotions savonneuses ; je tiens de M. le professeur Schrœder Van der Kolk, que depuis plusieurs années il traite le favus avec le plus grand succès par une légère solution de sublimé corrosif. Enfin, j'ai moi-même obtenu, ainsi que je l'ai déjà dit dans cette enceinte, un certain nombre de guérisons rapides et complètes avec la pommade au tanin. Ces citations, que j'aurais pu encore beaucoup multiplier, suffisent pour prouver qu'on peut guérir le favus sans épilation. Au surplus, je pense que les épilatoires ne guérissent pas seulement par leurs propriétés épilatoires, mais qu'ils guérissent surtout les uns, et c'est le plus grand nombre, parce qu'ils détruisent l'épiderme, siége réel du favus ; tels sont : les acides concentrés, les caustiques, les pâtes à la chaux, les cautérisations, les vésicatoires, la pommade de Gondret ; les autres, par les soins de propreté qui en accompagnent l'application, par exemple, la méthode des frères Mahon et l'épilation à la pince. »

Toutefois M. Hairion ne proscrit pas d'une manière absolue l'épilation : il se borne à la renfermer dans les limites de son utilité :

« Malgré les reproches adressés à la méthode épilatoire, dit-il, je suis cependant de l'avis que l'épilation partielle et successive, appliquée d'après les règles posées par Bannès (de Lyon) dans sa nouvelle dermatologie, aidée au besoin d'un traitement général subordonné à l'état du malade, est une méthode de traitement qui donne des résultats satisfaisants. Est-ce à dire pour cela qu'il faille s'en tenir à la méthode épilatoire, et que nos efforts doivent tendre seulement à en restreindre les inconvénients ? Devons-nous, en un mot, souscrire à cette opinion de Cazenave : *que la clef de la guérison du favus repose sur un procédé d'épilation simple, facile et non douloureux?* Non, sans doute ; et l'on trouvera les raisons de mon opinion à cet égard, dans ce que j'ai dit précédemment et aujourd'hui, sur les inconvénients d'une méthode qui ne repose en définitive que sur une erreur de diagnostic.

» Je terminerai par les conclusions suivantes :

» 1° Le favus est un parasite végétal, appartenant à la famille des champignons et à l'ordre des stromatosporées de Léveillé.

» 2° Il siége primitivement sous l'épiderme, à la surface du derme.

» 3° Traité au début, il guérit complétement sans alopécie et sans cicatrices. Il est même susceptible de guérison spontanée.

» 4° L'épilation est une méthode empirique, qui a les inconvénients d'être longue, douloureuse, et de favoriser l'alopécie.

» 5° La nature et le siége bien connu de cette maladie doivent engager le praticien à faire des essais pour arriver à une méthode de traitement local, rationnelle, efficace, et qui n'a pas les dangers de l'épilation.

» 6° Le but serait atteint dans la solution du problème suivant posé par Lebert : *Trouver une substance qui tue le végétal sans altérer la peau.*

» 7° Les préparations au tanin n'exerçant aucune action chimique sur la peau, semblent, à cause de la grande affinité de cette substance pour l'albumine dont est presque entièrement composé le cryptogame du favus, répondre entièrement à cette indication.

» Déjà plusieurs guérisons rapides obtenues par cet agent thérapeutique viennent appuyer cette opinion. »

Cette argumentation ne manque ni de force ni de conviction ; mais, en fin de compte, que prouve-t-elle? Que le favus n'est pas une pustule ; que l'épilation n'est pas indispensable. Oui sans doute ; mais prouve-t-elle que le favus est un champignon, et n'est que cela ? Nous ne saurions l'admettre. Ce n'est pas sur quelques analogies de forme, ou plutôt d'apparence de forme, qu'une semblable doctrine pourrait être établie. Sans vouloir atténuer le mérite des considérations de l'honorable rapporteur belge, nous nous bornerons à lui poser ces deux questions : Sous quelle influence spécifique et en vertu de quelle modification organique le derme humain sécrète-t-il le champignon du favus ? La maladie ne préexiste-t-elle pas au développement du cryptogame, et celui-ci existe-t-il à toutes ses périodes ?

Jules Guérin.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES-UNES DES MALADIES GASTRO-INTESTINALES DE LA PREMIÈRE ENFANCE ; par M. le docteur Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de Genève.

(Suite. — Voir les numéros 5 et 6.)

SYMPTÔMES.

Dans cet article nous étudierons d'une manière détaillée la symptomatologie de la forme cholérique. L'analyse des symptômes des formes légère et cérébrales n'offrirait qu'un médiocre intérêt ; le tableau de la maladie et les observations dont nous l'avons fait suivre sont suffisants pour donner de ces différents types une idée complète.

Fonctions digestives. — Les vomissements ne sont pas un symptôme constant, mais un symptôme fréquent.

Quand ils existent, ils se manifestent le premier jour des symptômes graves ; le plus ordinairement ils ont été précédés par la diarrhée qui toujours les accompagne. Ces vomissements sont séreux, aqueux ou muqueux, presque jamais bilieux. La sécrétion de la bile paraît, en effet, supprimée ; non-seulement elle ne reflue pas dans l'estomac, mais elle ne coule pas dans l'intestin, comme l'indique la décoloration des évacuations. La durée des vomissements est beaucoup plus courte que celle de la diarrhée. On ne les observe guère que pendant la période de danger. Leur nombre est en rapport avec la gravité de la maladie.

Diarrhée. — La diarrhée est un symptôme constant. Elle précède sou-

---

» organes plus délicats (1). » Platner ajoute que ce soin de sa personne, quand il est contenu dans de justes bornes, est généralement, chez les femmes, l'indice des bonnes qualités du cœur et de l'esprit, et il conclut à ce qu'il soit permis aux filles et aux femmes de porter des corps pourvu que ce ne soit pas au détriment de leur santé.

Sous ce dernier rapport, nul doute que des accidents nombreux ne puissent être la suite de l'emploi mal dirigé des corsets modernes eux-mêmes, lorsqu'ils présentent quelque vice de construction, lorsqu'ils sont serrés outre mesure, ou que les parties rigides qu'ils contiennent exercent des pressions exagérées. Excoriations au voisinage des aisselles, gêne de la circulation veineuse des membres supérieurs, accidents résultant de la compression du plexus brachial, aplatissement, froissement des seins et maladies diverses des ganglions lymphatiques ou des glandes mammaires, affaissement, déformations ou excoriations des mamelons, difficulté extrême de certains mouvements, affaiblissement et atrophie des muscles comprimés ou inactifs, abaissement et rapprochement permanent des côtes inférieures, rétrécissement de la base du thorax, réduction des cavités de la poitrine et de l'abdomen, refoulement du diaphragme, compression des poumons, du cœur, de l'estomac, du foie et des autres viscères abdominaux, surtout après les repas, d'où gêne plus ou moins grande de la respiration et de la parole, aggravation des moindres affections pulmonaires, disposition à l'hémoptysie, palpitations de cœur, syncopes, difficulté du retour du sang veineux au cœur, embarras dans la circulation de la tête et du cou, congestions fréquentes aux parties supérieures, efforts musculaires difficiles ou dangereux, lésions des fonctions digestives, gastralgie, nausées, vomissements, lenteur et interruption facile du cours des matières dans l'intestin rétréci, déformation, déplacement du foie, augmenté dans son diamètre vertical et repoussé vers la fosse iliaque, réduit dans les autres sens, et déprimé, en outre, à sa surface par les côtes, qui s'impriment en quelque sorte dans sa substance, gêne de la circulation abdominale, abaissement de l'utérus, troubles de la menstruation, et, dans l'état de grossesse, disposition à l'avortement, au développement imparfait du fœtus, aux déplacements de la matrice, aux hémorrhagies utérines, etc. ; tel est le tableau incomplet des effets nuisibles que peuvent produire même les corsets d'aujourd'hui, mal construits ou mal appliqués.

Tous ces inconvénients seront évités, si ce vêtement possède les qualités re-

(1) « Hoc enim semper tenendum est eos (*thoraces*), si prorsus rigidi sunt, nec » quicquam cedont, quales sunt qui ex ferreis laminis struuntur, si corpori cui » superaccommodandi sunt, non respondent, si nimium constringuntur, ut et » si justo molliores laxioresque sont, nocentissimos esse omnibus. Si vero cor- » poribus beneaptantur, non solum sine noxa sunt, sed iis egregium tutamentum » præstatur infantibus, avertiturque, ne ossa teneriora tam facile ex sedibus » suis moveantur. Nec dubium est gratam proceritatem castigatumque pectus » iisdem obtineri, quare etiam certe animus haud est, fœminis hunc corporis » cultum eripere, si modo eo moderate utantur. Formosissimæ enim, si dignus » corporis cultus abest ... hac cultiori ætate haud magis placere possunt elegan- » tioribus hominibus, quam glandes nobis bene sapere, quibus olim homines » vescebantur. »

vent le début aigu, l'accompagne toujours, et persiste jusqu'à la terminaison de la maladie.

Les évacuations avant le début offrent des caractères variés ; elles sont toujours liquides, souvent lientériques, jaunâtres et verdâtres, avec des fragments de caséum indigérés. Au début des symptômes aigus et dans le cours de la maladie, elles sont essentiellement séreuses. Les couches de l'enfant sont baignées comme elles le seraient par de l'urine, et au centre de cette auréole aqueuse on voit une autre tache d'un jaune clair. C'est surtout pendant la période de danger que les selles présentent au plus haut degré le caractère séreux et à la fin de la maladie ; si l'issue doit être favorable, elles sont jaunâtres, mais toujours liquides ; elles deviennent quelquefois verdâtres et noirâtres ou rougeâtres sous l'influence de la médication (calomel, bismuth, bois de campêche). Leur grande fréquence et leur abondance sont des caractères constants ; cinq à six selles dans les vingt-quatre heures est le plus petit nombre ; le plus ordinairement il y en a douze, dix-huit, vingt-quatre et plus.

La *soif* est un des symptômes les plus fréquents et les plus importants ; nous ne connaissons aucune maladie de l'enfance, y compris les affections pulmonaires fébriles, où la soif soit comme dans cette maladie véritablement inextinguible. La description qu'en donne Nagel n'a rien d'exagéré : « C'est pitié, dit ce médecin, de voir les efforts que font les enfants pour chercher des yeux le verre qui contient leur boisson : lorsqu'ils l'ont aperçu, leur regard brille d'un nouvel éclat, et ils emploient le peu de forces qui restent à leurs bras débiles pour l'approcher de leurs lèvres ; si l'on accède à leur désir, ils saisissent le verre et le vident jusqu'à la dernière goutte. » Les boissons sont d'ordinaire aussitôt rejetées que prises. C'est peut-être à la soif que l'on doit rapporter ce symptôme sur lequel Pommer a insisté, la sortie de la langue hors de la bouche, symptôme que nous n'avons pas, du reste, constaté nous même.

La langue n'offre rien de particulier ; la bouche n'est pas sèche ; la succion n'est difficile qu'à l'époque où la maladie s'approche d'une terminaison fatale.

Il est exceptionnel, cependant nous l'avons noté deux fois sur dix-sept, de constater quelques points de muguet sur le palais ; ce symptôme partiel secondaire, ultime, n'a aucune importance.

ÉTAT DU VENTRE. — L'état du ventre n'offre rien de constant, il est au début médiocrement ou non peu développé, le plus souvent indolent, à une période plus avancée d'ordinaire, il est mou, flasque, il se laisse pincer comme un chiffon. Ce caractère de flaccidité des parois abdominales a été spécialement noté par Romberg dans cette période à laquelle les auteurs allemands ont donné le nom de période de paralysie.

CIRCULATION. — Les symptômes du côté de la circulation offrent une haute importance. Au début des symptômes aigus, le pouls s'accélère, mais le plus souvent la peau n'est que médiocrement chaude. Cependant nous avons observé chez quelques enfants un véritable mouvement fébrile, très-intense même. Que la fièvre ait existé ou manqué, tôt ou tard au bout de vingt-quatre heures à cinq ou six jours, survient le refroidissement très-appréciable aux extrémités et au nez, quelquefois général. En même temps, le pouls change, il devient filiforme, insensible même. Le refroidissement est un très-fâcheux symptôme ; cependant il n'annonce pas une mort certaine ; il peut disparaître en même temps que le pouls se relève (voir obs. 9) ; mais s'il persiste et augmente, il faut conserver peu d'espoir.

FACIES, SYSTÈME NERVEUX, FORCES, EMBONPOINT. — L'altération des traits est caractéristique, profonde, rapide ; la face est pâle, le nez s'effile, les pommettes sont saillantes, les orbites se creusent, l'œil est terne, incertain, voilé ; le globe oscille sous la paupière entr'ouverte. Le facies est d'une grande importance pour le diagnostic. L'altération du visage se prononce avec une grande rapidité au moment où les symptômes deviennent alarmants. Il nous est arrivé plus d'une fois de quitter notre malade sans trop d'inquiétude, et au bout de quelques heures de le retrouver méconnaissable (voir obs. 9).

Au début les enfants sont agités, anxieux, irritables, ils crient sans cesse ou bien ils ont des alternatives de cris et de somnolence. Dans le dernier ou les derniers jours, la somnolence prédomine et l'inertie remplace l'agitation. Le petit malade dans son ensemble est dans le même état que l'abdomen : il est flasque, mou, inerte, donne à peine des signes de sensibilité.

L'*amaigrissement* est un symptôme constant et caractéristique. Il est surtout apparent au visage ; mais on l'observe bientôt en d'autres points du corps. L'amaigrissement marque le début des symptômes graves ; il va en augmentant jusqu'à la mort ; on peut dire sans exagération que les enfants fondent à vue d'œil. L'émaciation continue encore pendant la convalescence. Un de mes malades perdit 14 onces pendant les sept jours que dura la maladie ; il maigrit encore de 13 onces dans les dix premiers jours de la convalescence, puis il regagna une once chaque jour.

RESPIRATION. — La respiration dans les premiers jours est inégale, anxieuse, elle s'accélère à la fin et s'accompagne quelquefois d'un petit stertor trachéal très-inquiétant.

CAUSES.

Les causes des trois variétés d'entérite sont les mêmes ; mais nous insisterons d'une manière plus spéciale sur celles de l'entérite cholériforme.

Cette maladie est surtout fréquente pendant le travail de la dentition, c'est-à-dire de quatre à vingt mois. C'est l'opinion de presque tous les auteurs qui ont écrit sur le ramollissement de l'estomac ; les faits que nous avons recueillis en sont une nouvelle preuve. Nos malades étaient tous âgés de trois semaines à deux ans (1). Mais le plus grand nombre avaient de trois à seize mois. — A l'hôpital des enfants malades de Paris où nous avons recueilli avec M. Barthez un si grand nombre d'observations d'affections abdominales, c'est à peine si nous avons observé un cas de choléra infantum, parce que nous n'avions affaire qu'à des enfants âgés de

(1)

Trois semaines	1
Six semaines	2
Deux mois	1
Trois mois	2
Cinq mois	1
Sept mois	1
Huit mois	2
Dix mois	1
Onze mois	1
Treize mois	1
Quatorze mois	1
Seize mois	1
Vingt-deux mois	2
Deux ans	1
	18

---

guises, s'il est convenablement lacé, si sa pression, partout modérée, est surtout affaiblie vis-à-vis des organes les plus sensibles ou les moins résistants, si sa laxité ou son extensibilité sont telles qu'il ne mette obstacle ni au mouvement des côtes et de l'abdomen dans la respiration, ni à l'ampliation de l'estomac et de l'intestin dans la digestion, s'il est assez évasé du haut pour soutenir les seins sans les comprimer, si les épaulettes en sont assez lâches et d'une substance douce et élastique, ou si même on les supprime entièrement, si les entournures sont assez largement échancrées, si les baleines ou les ressorts d'acier, fixés entre les doubles de l'étoffe et destinés à lui conserver sa forme, à l'empêcher de remonter, de se plisser et de *faire corde*, sont assez peu nombreux, assez minces, assez flexibles, assez bien placés, pour ne faire sentir leur pression nulle part et pour ne point entraver les mouvements, si le busc est souple, léger, d'une courbure convenable, et mieux encore, s'il est remplacé par deux baleines étroites, séparées par un tissu élastique, enfin si le corset tout entier, embrassant la circonférence du bassin, trouve autour des hanches un point d'appui solide, suit la concavité naturelle des flancs, sans être trop pincé à leur niveau, et marque la taille sans la *contrefaire*, selon l'expression de J. J. Rousseau.

Ces conditions sont assez généralement remplies dans la confection et dans l'application des corsets employés depuis un certain nombre d'années. Si quelques femmes se serrent encore outre mesure pour s'amincir la taille, c'est là, suivant la juste remarque de M. le docteur Menière, un travers d'esprit qui est indépendant du corset lui même, et il n'est pas de vêtement pour ainsi dire dont on ne puisse abuser de la même façon. On ne met plus depuis longtemps de corsets aux enfants des deux sexes, et les jeunes filles elles-mêmes ne commencent, en général, à en porter de fort légers qu'au moment où les seins se développent. Ils sont habituellement supprimés pendant la grossesse, ou tellement modifiés qu'ils ne peuvent nuire au développement de l'utérus, et en toute circonstance on a égard dans leur emploi aux moindres manifestations de la sensibilité individuelle, guide le plus fidèle pour assurer l'innocuité de leur application.

Aussi ne voit-on que bien rarement aujourd'hui tous ces maux attribués au corps baleinés, dès le temps d'Ambroise Paré, et dépeints avec de si sombres couleurs par les auteurs du siècle dernier. Déjà cette vérité a été bien sentie par plusieurs de nos contemporains, par nos honorables collègues : M. le professeur Gerdy (TRAITÉ DES BANDAGES), M. Michel Lévy (TRAITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE, t. II, p. 358), et MM. les docteurs Ratier (article CORSET de l'ENCYCLOPÉDIE DES GENS DU MONDE), Menière (THÈSE SUR LES COSMÉTIQUES ET LES VÊTEMENTS) et Becquerel (TRAITÉ D'HYGIÈNE), dont les vues sur ce sujet diffèrent peu de celles que j'exprime ici.

Cependant les anciennes préventions subsistent dans beaucoup d'esprits, et il semble qu'elles aient eu quelque part dans la manière dont les anatomistes modernes ont apprécié l'influence des corsets sur la conformation du tronc, et dans la facilité avec laquelle ils les ont accusés d'altérer la forme du thorax. Il est dit, en effet, dans nos traités classiques d'anatomie, que les corsets donnent à la poitrine la figure d'un ovale, d'un petit tonneau ou d'un baril, que cette cavité présente chez la plupart des femmes, au lieu de la forme conique qui lui est propre. Or cette assertion, ainsi généralisée, repose évidemment sur une erreur. Le thorax n'est point naturellement conique, en ce sens que sa par-

douze mois à quinze ans. Nouvelle preuve de la rareté de cette maladie dans cette période de la vie.

Les garçons, d'après les faits que nous avons recueillis, y seraient plus sujets que les filles (1).

Les auteurs sont unanimes pour reconnaître l'influence puissante d'une mauvaise alimentation sur la production de la maladie. Nos observations coïncident entièrement avec les leurs. C'est à peine si un seul de nos malades suivait les règles d'une bonne hygiène alimentaire. La plupart étaient des enfants nourris au biberon, ou prématurément sevrés, ou nourris d'aliments indigestes.

C'est aussi une remarque assez générale et vraie que les enfants sujets à cette maladie sont chétifs, délicats, sujets au dérangement d'entrailles. Le fait est facile à concevoir puisque indépendamment d'une prédisposition originelle, les circonstances antihygiéniques au milieu desquelles ils vivent contribuent à la débilitation générale de l'économie : telles sont la mauvaise nourriture, comme nous le disions tout à l'heure, la négligence des soins de propreté, une habitation malsaine, etc. Il ne faut pas croire cependant que les enfants du peuple soient les seuls atteints de cette maladie; on peut dire d'elle ce que Franck disait de la rougeole :

Parcet nec divitis nec pauperibus.

Voici comment nos malades étaient répartis sous le rapport de la position sociale : les deux tiers étaient nés de parents appartenant aux classes supérieure et moyenne de la société ; les autres devaient le jour à des parents pauvres, mais dont aucun cependant n'était dans une extrême misère. Nous ne voulons pas tirer d'autre conclusion de ces chiffres que celle que nous indiquions tout à l'heure, notre clientèle étant beaucoup plus considérable dans la classe aisée que dans la classe pauvre. Nous sommes d'accord avec les auteurs sur l'influence de la saison; c'est en été et au commencement de l'automne que cette maladie est la plus commune : la plus grande partie de nos observations ont été recueillies dans les mois d'août et de septembre, puis dans les mois de juillet, d'octobre, de novembre. Nous n'en avons pas observé un seul cas en hiver et un seul au printemps. Le docteur Cruveilhier avait déjà observé que le ramollissement de l'estomac régnait quelquefois épidémiquement. Les auteurs allemands ont fait sur ce point la même remarque. Ils ont particulièrement insisté sur l'influence des variations de la température. M. Bourgeois place en premier lieu l'élévation plus ou moins grande de la température et de la disposition atmosphérique aux orages; il admet aussi la forme épidémique, sur laquelle le docteur Adrien de Commercy a publié des remarques intéressantes (2). L'influence épidémique, en effet, n'est pas douteuse. Ainsi, nos observations ont été recueillies non-seulement dans les mêmes mois, mais dans les mêmes années. C'est surtout dans le cours de l'été 1846 que nous avons observé le plus grand nombre d'affections intestinales graves sur des enfants et dans la même saison en 1849. — Gairdner a fait la remarque que les enfants d'une même famille étaient souvent successivement atteints de cette maladie; cette observation a été répétée par le docteur Bourgeois. Le fait n'a rien d'étonnant, mais nous ne l'avons pas observé.

D'après les faits que nous avons recueillis, la maladie est plus souvent primitive que secondaire; si les auteurs n'ont pas tous été de cet avis, c'est qu'ils ont fait une confusion entre la maladie et la lésion. Nous nous expliquons. — Les auteurs sont partis de ce principe que le ramollissement de l'estomac était le caractère anatomique exclusif de la maladie. Ainsi ils ont compté comme autant d'unités tous les cas de ramollissement de l'estomac trouvés à la suite des fièvres exanthématiques de la méningite simple ou tuberculeuse, etc.; détestable statistique que celle qui réunit des unités dissemblables. Ce qui démontre l'absurdité de cette manière de faire, c'est que les maladies énumérées par les auteurs se manifestent précisément à l'époque de la vie où la maladie que nous venons de décrire ne se présente jamais ou presque jamais à l'observation. En outre, dans les cas où l'on a observé le ramollissement secondaire de l'estomac, à la suite des fièvres exanthématiques ou des méningites, les symptômes ont été complétement différents de ceux que nous venons de décrire.

Toutes les causes que nous avons énumérées sont des causes prédisposantes, mais quelques-unes peuvent agir comme causes occasionnelles : telles [illegible] nistration de remèdes irritants. Nous possédons des exemples évidents de ces différentes causes, mais à côté d'elles nous avons toujours trouvé le cortége nombreux des causes prédisposantes que nous avons énumérées.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Garçons 12
Filles 6

(2) JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'EMPLOI DE L'OPIUM DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE; par M. le docteur MICHÉA.

(Suite. — Voir le n° 4.)

OBS. VII. — Madame Dorothée G..., 30 ans, constitution assez forte, tempérament sanguin. Réglée à 15 ans, elle n'a jamais cessé d'avoir une menstruation normale. On ignore s'il y a eu des aliénés dans sa famille.

Cette dame n'avait jamais présenté aucun signe précurseur de l'aliénation mentale; toutefois elle était excessivement jalouse et l'avait toujours été. A la fin de mars 1851, elle s'imagine que son mari cherche à l'empoisonner. Afin d'en avoir la certitude, elle va chez plusieurs pharmaciens de son voisinage et les prie d'analyser plusieurs liquides qu'elle leur remet, notamment du vin et du bouillon, qu'elle soupçonne devoir contenir des substances toxiques. Elle fait plus, elle porte plainte au commissaire de police de son quartier.

Conduite en maison de santé le 4 avril, la malade est toujours dominée par la même idée fixe. Elle récrimine sans cesse contre son mari, auquel elle attribue les actions les plus noires et les plus invraisemblables. Insomnie, appétit, apyrexie.

Du 6 au 11, le chlorhydrate de morphine est administré en commençant par 1 centigr. et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

12. Délire général accompagné d'hallucinations de la vue et d'une extrême agitation. Pleurs, cris, propos incohérents. L'excitation maniaque est si considérable et si voisine de l'état de fureur qu'il faut employer la camisole de force. Suspension du sel de morphine.

16. L'excitation maniaque a disparu. La malade en a un souvenir très-net. Elle raconte que le délire était en grande partie entretenu par des hallucinations

---

tie inférieure ou sa base n'est pas le point où il offre le plus d'étendue, parce que sa circonférence va en diminuant à partir des fausses côtes. Il est donc, en réalité, dans les deux sexes, en forme de baril ou *doliforme*. « *Figura thoracis*, dit Haller, *dolium aut corpus elliptoides æmulatur, quod et superne angustior sit, et inferne, medius latescat.* » Mais ce n'est pas tout; d'après les recherches de Sœmmering, qu'on ne soupçonnera pas d'être trop favorable aux corsets, cette disposition serait naturellement plus marquée chez la femme bien conformée que chez l'homme, indépendamment de toute influence extérieure. Cette forme du thorax est-elle encore exagérée par l'usage des corsets, comme elle l'était par les corps au rapport de Winslow, et abstraction faite des abus partiels dont j'ai rappelé plus haut les suites? C'est là une question que nos traités modernes d'anatomie ne peuvent résoudre, puisqu'on n'y a pas tenu compte du resserrement normal de la partie inférieure de la poitrine. A la vérité, notre honorable collègue M. le professeur Cruveilhier, dans son TRAITÉ D'ANATOMIE, notre bien regrettable confrère Hourman et M. Dechambre, dans un travail qui leur est commun (1), ont décrit, comme résultant de l'usage des corsets, des déformations trop prononcées pour pouvoir être rapportées à l'état normal; mais leur origine est loin d'être toujours évidente. D'abord toutes ces observations ont été faites à l'hospice de la Salpêtrière, de sorte que l'état sénile complique tous les faits, et qu'il n'est pas facile de distinguer son influence de celle des vêtements eux-mêmes. MM. Hourman et Dechambre attribuent à la première cause l'aplatissement latéral du haut du thorax, qu'ils ont rencontré sur beaucoup de sujets. Pourquoi la même circonstance ne produirait-elle pas également le rétrécissement de sa partie inférieure, qu'ils rapportent à l'usage du corset? L'inclinaison du rachis en avant exerce ici une influence qui me semble avoir été en partie méconnue. Cette inclinaison abaisse les côtes, change leur forme, les déprime latéralement, les allonge en avant, et par la direction nouvelle qu'elle donne à l'axe de la poitrine, applique plus fortement sa base sur la face convexe du foie. On n'a voulu voir dans les sillons tracés accidentellement par les côtes à la surface de ce viscère, que l'empreinte laissée par les corsets. Mais on aurait dû commencer par s'assurer que de semblables sillons ne se rencontrent pas sur les vieillards de Bicêtre, comme chez les vieilles femmes de la Salpêtrière. C'est à cette condition, mais à cette condition seulement, que Morgagni s'était déjà montré disposé à attribuer aux corps baleinés les impressions dont il s'agit. « *Cujusmodi sulci*, dit ce fonda-
» teur de l'anatomie pathologique, *si in mulieribus tantummodo occurrerent,*
» *suspicioni posset esse locus, an arctioribus, dum juniores, sunt imi rigi-*
» *dique, quo uti solent, thoracis constrictionibus deberentur.* » Je tiens d'un savant confrère, M. le docteur Nat. Guillot, qui a été successivement médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, que les impressions des côtes sur la surface convexe du foie se voient dans le premier de ces établissements, comme dans le second, et ce renseignement, quelque incomplet qu'il puisse paraître, est bien suffisant pour justifier mes doutes sur la valeur de l'explication reçue.

Les observateurs que j'ai cités n'ont d'ailleurs rien dit du genre de vêtements des femmes soumises à leur examen. Cela est d'autant plus regrettable qu'il est à présumer qu'un certain nombre d'entre elles n'avaient jamais porté

(1) ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 1835.

de la vue; elle voyait des fantômes et des animaux féroces qui lui causaient beaucoup d'épouvante. Mais elle persiste toujours à croire que son mari a cherché à l'empoisonner.

Du 17 au 24, le chlorhydrate de morphine est administré de nouveau toujours aux mêmes doses croissantes.

25. La malade, qui en a ingéré hier 8 centigr., n'accuse plus son mari du crime d'empoisonnement; seulement elle persiste à lui reprocher des actes d'infidélité conjugale et de brutalité. Le sel de morphine est suspendu.

31. L'amélioration va en progressant.

4 mai. La malade, qui ne voulait plus vivre avec son mari, consent à revenir auprès de lui.

10. Elle sort de l'établissement tout à fait rétablie. Depuis lors la guérison s'est parfaitement maintenue.

Ici le sujet se trouvait encore dans des conditions très-favorables. Il n'y avait pas eu d'accès antérieurs, et quand le traitement fut commencé, le début de l'aliénation était tout récent. Un fait très-important à signaler, c'est la transformation du délire partiel en délire général à la suite de l'ingestion de 10 décigr. de chlorhydrate de morphine. Cette transformation médicament? Ce qui porte à croire qu'elle était due au sel de morphine, c'est que le délire général disparut trois jours après la suspension de l'usage de ce médicament.

Obs. VIII. — Mademoiselle Amélie C..., modiste, 25 ans, constitution assez frêle, tempérament lymphatico-nerveux, fille d'une mère très-emportée et dont la conduite fut assez extravagante.

Toute enfant elle eut une chute du rectum, qui a résisté à une foule de moyens internes et externes employés pour la combattre. Elle fut réglée à 11 ans et demi, et depuis lors l'écoulement sanguin est fort abondant chaque mois.

A l'âge de 13 ans, elle eut un abcès froid à l'angle de l'os maxillaire inférieur du côté droit, abcès qui fut ouvert à l'aide du bistouri.

Durant l'année 1849, elle consulta plusieurs fois M. Moissenet pour diverses maladies, d'abord pour une surdité bornée à l'oreille droite, ensuite pour une gastralgie symptomatique d'un commencement de chlorose. Malgré les préparations ferrugineuses, des emplâtres et des vésicatoires appliqués derrière l'oreille malade, la surdité et la gastralgie ne diminuèrent pas. La névrose de l'estomac empira même, et il survint bientôt un état d'hyperesthésie générale.

Le 8 janvier 1850, mademoiselle Amélie C... se plaint d'une douleur atroce à l'épigastre. M. Moissenet conseille l'application d'une pommade au chloroforme; mais la chaleur que cette pommade détermine à la peau est si cuisante que la malade ne veut pas en continuer l'usage.

Le 12, à la suite de plusieurs nuits sans sommeil, un délire général très-intense éclate.

Conduite en maison de santé le 15, mademoiselle Amélie C... est dans l'état suivant : elle articule des paroles qui n'ont aucune suite et aucun sens; elle rit, chante, danse, déclame ou vocifère sans cesse. Elle a perdu tout sentiment de pudeur; elle se déshabille au milieu des cours en montrant les parties les plus secrètes de son corps. Elle ne reconnaît pas les membres de sa famille : elle les prend pour des personnes étrangères. Les cris qu'elle pousse font sortir à tout moment le rectum, qui rentre du reste avec une grande facilité à la moindre pression.

Du 20 au 28, le chlorhydrate de morphine est administré dans du café au lait, en commençant par 1 centigr. et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

29. L'insomnie est moindre; le délire est aussi intense. Vomissements. Le sel de morphine est suspendu.

Du 4 au 13 février, le médicament est administré de nouveau aux mêmes doses croissantes.

14. La malade, qui a ingéré hier 1 décigr. de chlorhydrate de morphine, a vomi une fois. L'excitation maniaque est moins intense; il y a moins de loquacité, mais les discours sont toujours incohérents. La malade, qui avait cessé d'être sourde quand elle se trouvait au plus haut degré de son délire, commence à le redevenir. Le sel de morphine est discontinué.

Du 2 au 9 mars, il est administré de nouveau en commençant toujours par un centigramme et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

10. L'excitation maniaque est plus intense que jamais. Insomnie. La malade a parlé et chanté toute la nuit; elle perçoit plus distinctement les sons. Le sel de morphine est suspendu. L'amertume qu'il déterminait faisait croire à mademoiselle C... qu'on cherchait à l'empoisonner.

25. Le délire est aussi général, mais un peu moins bruyant. Aucun intervalle lucide. Absence de surdité.

Du 3 au 8 avril, l'extrait gommeux d'opium est administré. On commence par en donner 5 centigr. et on élève chaque jour la dose de la même quantité.

Du 9 au 13, il est administré à doses décroissantes; on diminue chaque jour de 5 centigr.

14. Même désordre intellectuel. On cesse l'emploi du médicament.

Du 9 au 16 mai, le chlorhydrate de morphine est repris, en commençant par et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

17. La malade, qui en a ingéré hier 8 centigr., a eu quelques nausées. Il est survenu un intervalle lucide dans la journée, qui a duré environ deux heures. Pendant cet intervalle lucide, la malade était très sourde; elle était obligée de tendre l'oreille pour entendre les paroles qu'on lui adressait. La médication est suspendue.

Du 25 au 29 juin, elle est reprise.

30. Mademoiselle C..., qui a ingéré hier 5 centigr. de chlorhydrate de morphine, a eu un intervalle lucide qui a duré environ cinq heures. Elle a demandé à voir plusieurs personnes de sa famille; elle a travaillé à l'aiguille. Elle a raconté avec beaucoup de calme et de clarté que dans ses paroxysmes elle s'était crue transportée en enfer, qu'elle a vu des fantasmagories hideuses et entendu des cris épouvantables, et qu'elle prenait tout cela pour autant de figures et autant de vociférations de damnés. La surdité continue. Le sel de morphine est suspendu.

15 août. L'excitation maniaque a complétement disparu; elle est remplacée par de l'abattement physique et une extrême tristesse. La malade se souvient de presque toutes ses extravagances, et elle en a honte. Elle parle très-peu, mais elle écoute la musique avec plaisir, elle danse même à l'occasion. Elle travaille à l'aiguille avec beaucoup d'assiduité et de goût. Elle demande elle-même à rester dans l'établissement. La surdité est de plus en plus prononcée.

15 mars 1851. Retour de l'excitation maniaque. La surdité a complétement disparu.

Du 17 au 29, l'extrait gommeux d'opium est administré, en commençant par 5 centigr.; on élève chaque jour la dose de la même quantité jusqu'au 24, et on la diminue chaque jour à partir du 25.

31. Amélioration très-notable. La surdité est revenue. Constipation combattue par 6 décigr. de poudre de jalap. L'opium est suspendu.

15 avril. Absence de délire. Surdité de plus en plus prononcée. La malade se plaint de douleurs épigastriques qui n'augmentent point à la pression. (Sous-nitrate de bismuth, 1 gr.)

15 mai. Convalescence complète; toutefois mademoiselle C... est en proie à la même hypéresthésie qui avait précédé le début de l'excitation maniaque. Elle se plaint d'éprouver une foule de sensations anormales qui lui font craindre une rechute.

Aujourd'hui (15 mai 1852) la guérison du désordre intellectuel ne s'est pas démentie.

Dans ce cas le chlorhydrate de morphine et l'extrait gommeux d'opium sont alternativement mis en usage. D'abord la malade ingère du chlorhy-

---

de corsets, que la plupart devaient les avoir quittés depuis longtemps, et que les plus âgées pouvaient s'être servies de corps de baleine dans leur jeunesse.

MM. Hourman et Dechambre ont rencontré *dans beaucoup de cas*, peut-être dans le plus grand nombre, au lieu d'un resserrement des dernières côtes donnant au thorax la forme d'un baril, un rétrécissement circulaire situé à peu près au niveau de la partie antérieure de la huitième côte, et au-dessous duquel la base du thorax était, au contraire, évasée, déjetée en dehors, saillante même à son rebord cartilagineux. Cette déformation paraît, en effet, la plus commune d'après les observations de la plupart des médecins de la Salpêtrière, parmi lesquels je citerai notre honorable collègue M. Ferrus, et d'après celles que j'ai eu occasion de faire moi-même pendant que j'ai été attaché à cet hospice. L'espèce d'empreinte circonscrite qui la caractérise semble bien dénoter l'action d'une pression extérieure. Mais il est évident que la pression d'un corset, tel du moins qu'en portent nos dames, ne se fût pas ainsi bornée à la ceinture, et l'on doit chercher ailleurs la cause de ce phénomène, alors surtout qu'il faut presque toujours remonter plus ou moins haut dans l'existence de ces femmes, pour retrouver l'époque où elles ont employé ce vêtement. Cet effet ne serait-il pas plutôt produit par d'autres parties de leur habillement, qu'elles conservent toute leur vie, par cette multitude de cordons qui les étreignent précisément dans le point indiqué, au-dessous du sein, par ces corsages ou camisoles serrés à la ceinture, dont le nombre, loin de diminuer avec les années, semble s'accroître en raison directe de l'âge? La même chose arrive chez les hommes par des causes analogues, et M. Woillez, dans ses recherches si consciencieuses sur la mensuration de la poitrine dans le sexe masculin, a noté sur un sujet deux dépressions transversales à la hauteur de la partie antérieure des hypocondres, produites, dit-il, évidemment par l'usage prolongé de vêtements trop serrés au niveau de la ceinture.

Au surplus, je suis heureux de lire dans la dernière édition de l'ANATOMIE de M. le professeur Cruveilhier (t. Ier, art. THORAX), qu'il y a des corsets simples *qui se moulent sur la taille sans l'altérer*. Je ne prétends pas autre chose, et je me suis empressé de reconnaître tout d'abord les effets funestes de cette *constriction circulaire, forte et permanente, exercée sur la partie inférieure du thorax*, dont parle notre savant collègue.

Afin de suppléer, autant qu'il était en mon pouvoir, au silence des anatomistes sur la largeur comparative de la portion abdominale du thorax, j'ai mesuré, à différentes hauteurs, le diamètre transversal de cette cage osseuse sur 150 sujets des deux sexes, de différents âges, placés dans des conditions sociales diverses. Ce diamètre a été constamment moindre au niveau de la onzième côte que dans l'espace, compris entre la quatrième et la huitième, où se rencontrait, tantôt plus haut, tantôt plus bas, la plus grande étendue transversale du thorax. Il existait, terme moyen, entre ce grand diamètre et le diamètre inférieur pris à la onzième côte, une différence de 2 à 4 centim. Déjà Hourman et M. Dechambre, mesurant la poitrine dans un autre but, avaient trouvé chez la femme adulte, et dans leur seconde catégorie de vieilles femmes, près de 3 centim. de moins au niveau de la huitième côte qu'à la hauteur des seins.

Voici, d'après l'analyse de mes observations particulières, les conditions principales des différences que présente l'écartement des côtes abdominales d'un côté à l'autre.

drate de morphine administré à trois reprises séparées par quelques jours d'intervalle. Au bout de huit jours de traitement, l'insomnie, antérieure à la manifestation du délire et qui depuis lors n'avait point cessé de coexister avec lui, éprouve une diminution très-notable. A la seconde reprise, l'excitation maniaque perd une grande partie de son intensité; mais à la troisième elle offre un redoublement considérable, qu'il faut attribuer à l'influence du sel de morphine. Enfin, après quelques jours, le redoublement cesse, l'excitation maniaque revient à son degré primitif. Ce fut alors que 1 gr. 8 décigr. d'extrait gommeux d'opium furent ingérés en onze jours. Cette dose n'exerce encore aucune influence sensible et immédiate sur l'état de l'intelligence. Mais après environ un mois le malade est soumise pour la quatrième fois à l'usage du chlorhydrate de morphine. Une amélioration se manifeste au bout de ce temps. L'usage du même médicament est continué, et le délire disparaît entièrement environ six mois et demi à dater du début du traitement.

Au second accès d'excitation maniaque, qui se déclare sept mois après la fin du premier, l'extrait gommeux d'opium est seul mis en usage. La malade en ingère 2 gr. 2 décigr. en treize jours. Cette fois la guérison est plus rapide. Il survient une amélioration très-notable au bout de douze jours de traitement, et toute trace de délire a disparu au bout d'un peu moins d'un mois.

Obs. IX. — M. M..., conducteur de diligence, 38 ans, forte constitution, tempérament sanguin. Il a toujours été d'une grande sensibilité morale.

A l'âge de 15 ans, il eut quelques attaques d'épilepsie qui disparurent après l'établissement complet de la puberté.

Assailli depuis quelques années par des chagrins domestiques, obligé sans cesse de se prononcer pour ou contre sa mère et sa femme, qu'il aimait d'une égale affection, et qui vivaient en très-mauvaise intelligence, il perdit peu à peu sa gaieté habituelle.

Il y avait quelques mois que sa femme s'était aperçue de ce changement dans son caractère, quand le 29 décembre 1850, il sort de chez lui, prie un de ses fils de l'accompagner, et en traversant le pont des Arts se précipite dans la Seine du haut du parapet.

Atteint aussitôt par un marinier, il est ramené tout grelottant à son domicile. Interrogé sur le motif qui l'a poussé à attenter à son existence, il répond que depuis huit jours il est poursuivi dans son sommeil par une vieille femme de sa connaissance qui l'accuse d'infidélité de gestion, et qui menace de dénoncer sa conduite à l'administration des messageries nationales.

3 janvier 1851. Le malade se plaint encore d'avoir le sommeil troublé par des rêves désagréables. L'idée fixe de se croire en butte aux calomnies et aux délations de la personne qu'il a vue en songe est plus enracinée que jamais dans son imagination. Il a une telle antipathie contre sa femme qu'il ne veut plus la voir, qu'il lui adresse des injures et cherche à la frapper. Un peu de céphalalgie; constipation. Pas d'autres symptômes physiques. (Compresses d'eau froide sur la tête, poudre de jalap, 1 gr., pour vaincre la constipation.)

Le 8, même état, sauf la constipation et le mal de tête. (5 centigr. d'extrait gommeux d'opium.) La dose du médicament est élevée chaque jour de la même quantité jusqu'au 14.

15. Constipation contre laquelle je prescris un lavement à la décoction de follicules de séné avec addition de 60 grammes de miel mercurial. L'usage de l'opium est suspendu. Aucune amélioration.

1er février. Le médicament est administré de nouveau, en commençant par 5 centigr.

Le 10, la dose s'élève à 5 décigr. par jour.

Le 11, le délire tend à se généraliser; il devient plus bruyant et même furieux. Le malade a des hallucinations de la vue au milieu desquelles il aperçoit sa femme se livrant à des scènes d'orgie et de prostitution. Il profère des injures et des menaces contre elle et ses prétendus complices. Ses cris, ses chants et son attitude menaçante contraignent à le faire passer à la division des agités et parfois à lui mettre la camisole. Cessation de l'emploi de l'opium.

Le 20, l'agitation a tout à fait disparu. Le malade est ramené à la division des aliénés tranquilles. Les hallucinations de la vue ont fait place à des hallucinations de l'ouïe; M. M... entend la voix de sa femme et celle de ses enfants qui lui adressent des reproches. Insomnie.

Le 28, même état. J'administre le chlorhydrate de morphine à la dose d'un centigramme.

Le 6 mars, le malade en prend 7 centigr.

Le 7, il survient des nausées. Continuation de l'emploi du médicament, mais à doses décroissantes jusqu'au 10.

Le 14, amélioration considérable. Retour du sommeil, disparition des hallucinations de l'ouïe. M. M... commence à s'apercevoir de la fausseté de son idée fixe. Il demande à voir sa femme afin de lui demander pardon des outrages qu'il lui a prodigués dans son délire.

Le 21, retour complet à la raison.

Le 29, M. M... se disposait à sortir de l'établissement, lorsqu'il fut pris d'une attaque épileptiforme qui dura quelques minutes. (Saignée de 120 grammes et selon à la nuque.)

Le 6 avril, retour des attaques épileptiformes. Elles se succèdent sans interruption de quart d'heure en quart d'heure, à partir de dix heures du matin. (Lavements purgatifs; sinapismes aux mollets; administration du sulfate de quinine.)

Le 7, mort. L'autopsie n'a pas été permise par la famille.

Ici, comme dans le cas précédent, nous voyons le délire partiel passer à l'état de délire général, sous l'influence de la médication employée. L'excitation maniaque n'a qu'une courte durée; elle cesse peu de temps après l'interruption de l'usage de l'opium, puis le délire revêt son type primitif. L'amélioration ne tarde pas à se faire attendre. Elle commence par le retour au sommeil, la cessation des hallucinations de l'ouïe, et enfin par une intensité moindre dans la croyance aux conceptions erronées. La manifestation des attaques épileptiformes ne doit pas être attribuée à l'action du médicament, car ces attaques surviennent quand depuis assez longtemps le malade n'est plus soumis à son usage. Il y a ce qu'on observe assez souvent en pathologie nerveuse, substitution d'une névrose à une autre. La folie disparaît, mais elle est remplacée par des attaques d'épilepsie, auxquelles le malade avait été en proie dans sa jeunesse.

Obs. X. — M. E..., marchand fruitier, 48 ans, constitution forte, tempérament bilieux. Il n'y a pas eu d'aliénés dans sa famille. Il avait autrefois des hémorrhoïdes dont l'écoulement s'est supprimé depuis quelques années.

Au commencement du mois de septembre 1850, sa femme s'apercevant qu'il déraisonnait sur quelques points, fit appeler son médecin, le docteur Moreau. Cet honorable membre de la Société médico-pratique de Paris eut un moment la pensée qu'il avait affaire à un délire ébrieux, et nous adressa ce malade le 28 du même mois.

M. E... affirme qu'il n'a jamais abusé des liqueurs alcooliques, et rien n'autorise à mettre en doute son témoignage. Il est triste et absorbé par l'idée fixe que sa femme veut se débarrasser de lui, et qu'elle l'a conduit en maison de santé avec l'intention de le faire mourir. Il a des hallucinations de l'ouïe : il assure entendre au milieu de la nuit la voix de sa femme; il s'imagine que celle-ci quitte tous les soirs sa boutique, qu'elle se tient cachée dans une chambre voisine de la sienne, et qu'elle vient ainsi épier le moment qui doit la rendre veuve. Rien ne peut le dissuader de cette conception délirante. Aucun autre ordre de dérangement intellectuel. Absence de fièvre, appétit normal. Insomnie.

1° Sexe. — Les fausses côtes sont un peu plus rapprochées dans le sexe féminin, comme l'avait vu Sœmmering. La différence moyenne des deux diamètres transverses, indiqués plus haut, s'est trouvée plus forte de près d'un demi-centimètre chez les femmes que chez les hommes.

2° Age. — La conformation propre à la jeunesse augmente la différence des deux diamètres et contre-balance l'influence du sexe, de sorte que le jeune homme aux formes élancées a souvent le bas de la poitrine aussi resserré que la jeune fille à la taille svelte. La vieillesse rapproche également les deux sexes, mais par une raison opposée, parce que, dans l'un et dans l'autre, la différence des deux diamètres s'efface en partie.

3° Constitution physique. — Le degré d'écartement des fausses côtes étant lié au plus ou moins de développement de l'abdomen, le rapport de cette cavité au thorax détermine le rapport du diamètre bicostal inférieur au supérieur. Ainsi une poitrine large et bien développée, réunie à un abdomen peu volumineux, augmente la différence de ces deux diamètres, qui diminue au contraire si la poitrine est étroite et la cavité abdominale spacieuse. Il suit de là que la proportion du tissu graisseux contenu dans l'abdomen influe d'une manière marquée sur le rapport des deux diamètres.

4° Grossesse. — Les femmes qui ont eu une et surtout plusieurs couches présentent plus d'étendue du diamètre bicostal inférieur, par rapport au supérieur, que celles qui n'ont pas eu d'enfant. C'est une conséquence des changements que l'abdomen éprouve après une ou plusieurs grossesses.

5° Corsets. — L'influence de ce vêtement n'a pas été sensible chez la plupart des femmes. Cependant, chez quelques-unes, une grande disproportion des diamètres supérieur et inférieur du thorax a coïncidé avec une forte constriction habituelle du tronc, et chez d'autres, également en petit nombre, le peu de différence de ces diamètres a paru lié à l'habitude de ne pas porter de corsets. Aucune n'a présenté la dépression circulaire observée sur les femmes de la Salpêtrière.

Ces faits tendent donc à établir que la poitrine n'est pas, en général, sensiblement déformée par les corsets modernes, et que ses variétés d'ampleur dépendent le plus ordinairement d'autres causes. Néanmoins, j'ai constaté plusieurs fois, dans le cours de ces recherches, que les dernières fausses côtes sont manifestement rapprochées de l'axe du corps par l'action immédiate d'un corset, même médiocrement serré, de sorte que si cet état de rapprochement ne devient pas permanent, il faut l'attribuer à la grande mobilité de ces côtes, ramenées chaque jour à leur position naturelle par la réaction des muscles et l'élasticité des ligaments, aussitôt que le corset est enlevé. Je n'ai pas vu de modification notable dans le rhythme de la respiration, ni dans aucune autre fonction, par suite de cette situation momentanée des dernières côtes. On comprend toutefois combien il importe, surtout dans la jeunesse, de surveiller, sous ce point de vue, l'action des corsets, qui, comme on le dit, arrondissent la taille, c'est-à-dire tendent à rendre circulaire la circonférence transversalement elliptique de la portion abdominale du tronc, sur laquelle leur forme de sablier fait porter particulièrement leur pression.

Non-seulement les corsets, convenablement appliqués, peuvent, d'après tout ce qui précède, être tolérés, comme le veut Platner, mais ils doivent encore, à certains égards, être conseillés et prescrits dans un but tout à fait hygiénique ou médical.

Du 1er au 8 octobre, l'extrait gommeux d'opium est administré en commençant par 5 centigrammes, et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

9. Aucun amendement, à l'exception des hallucinations de l'ouïe qui sont moins fréquentes et moins intenses. Le malade dort maintenant pendant une grande partie de la nuit. (Suspension du médicament.)

18. Même état.

Du 19 au 26, l'opium est repris aux mêmes doses croissantes.

27. Le malade, qui en a ingéré hier 4 décigrammes, n'a plus d'hallucinations; mais il persiste à en admettre la réalité objective. On ne peut pas le dissuader de la conviction fausse que sa femme habitait la nuit une chambre voisine de la sienne. Sommeil presque normal; constipation; quelques nausées. L'usage de l'opium est suspendu. (Lavement avec 30 grammes de sulfate de soude.)

8 novembre. Même état mental.

Du 9 au 15, l'opium est prescrit de nouveau, et aux mêmes doses.

16. Le malade, qui en a ingéré hier 35 centigrammes, paraît à peu près convaincu que ses hallucinations étaient des sensations purement subjectives. Seulement il se plaint toujours de sa femme, il l'accuse encore de négligence, d'indifférence à son égard. Il survient de la pesanteur et de la douleur à l'épigastre. La douleur n'augmente pas à la pression. Anorexie, inappetence; point de fièvre. Suspension de l'opium. (Limonade chlorhydrique pour boisson.)

22. Les symptômes de l'affection gastrique se sont considérablement amendés. Les idées fausses du malade à l'endroit de sa femme sont à peine appréciables.

Du 1er au 13 décembre, reprise de l'usage de l'opium, à la dose de 5 centigr. par jour.

14. Aucun vestige de désordre intellectuel. Cessation de l'emploi du médicament. Six évacuations alvines de consistance semi-liquide et contenant beaucoup de sang. Elles occasionnent à leur passage une cuisson très-vive. Épreintes continuelles, borborygmes et douleur à la pression de l'abdomen, à la région du cœcum. Frissons, inappetence, langue saburrale; point de fièvre. (Un quart de lavement à la décoction de racine de guimauve, avec addition de 6 gouttes de laudanum de Sydenham trois fois par jour.)

20. L'affection du gros intestin augmente d'intensité. Dix garde-robes liquides fortement chargées de sang, et causant des douleurs très-vives à leur passage. (Quarts de lavement à la décoction de feuilles de grande consoude, avec addition d'un gramme d'extrait de ratanhia, trois fois par jour.)

1er janvier 1851. Le flux intestinal sanguinolent est beaucoup moins considérable. Continuation des lavements astringents.

10. Le malade n'a plus que deux déjections alvines par jour. Elles sont encore liquides et colorées en rouge. La douleur abdominale est moins vive. Encore quelques épreintes et un peu de cuisson au passage. Retour de l'appétit.

20. L'amélioration va toujours en progressant.

27. Le malade sort de l'établissement tout à fait rétabli de son désordre intellectuel, et à peu près convalescent de son affection intestinale.

Notre honorable confrère, le docteur Moreau, nous a donné plusieurs fois des nouvelles de M. E..., dont la guérison jusqu'à présent ne s'est pas démentie.

Chez ce malade, 5 grammes 65 centigrammes d'extrait gommeux d'opium sont administrés en quatre reprises séparées par des intervalles variant entre huit et dix jours. L'amélioration est déjà évidente au bout de huit jours de traitement. Elle commence par l'affaiblissement des hallucinations auditives et de l'insomnie. A la seconde reprise, il dort très-bien, il n'a plus aucune trace d'hallucinations; enfin les conceptions délirantes disparaissent en dernier lieu, presque en même temps que se manifeste un flux dyssentérique. A la rigueur, on peut regarder cette maladie incidente comme une crise toute spontanée. Mais si son influence sur la cessation de la conception délirante peut le disputer à l'influence de la médication employée, on ne peut contester que c'est l'action seule de l'opium qui parvint à triompher du délire sensorial.

Obs. XI. — Madame L.., 32 ans, constitution assez forte et tempérament nervoso-sanguin. Fille d'un père qui mourut aliéné. Elle a toujours été bien réglée. Elle a eu deux couches très-heureuses.

Elle eut, en 1845, un premier accès de manie, qui fut traité par l'emploi des bains tièdes prolongés. Cet accès se dissipa au bout de cinq mois de traitement.

Au mois d'avril 1847, la malade en eut un second, qui fut traité de la même manière, et qui cessa à peu près au bout du même temps.

Aujourd'hui (10 mars 1849), madame L... en est à son troisième, et elle offre les phénomènes qui suivent :

Rougeur de la face, chaleur à la peau, accélération du pouls. Les globes oculaires sont mobiles et brillants. L'agitation est très-grande, le corps est toujours en mouvement. On est obligé de fixer la malade sur son lit, au moyen de la camisole de force. Le délire est général. Il règne la plus grande incohérence dans les discours, qui sont continuels et mêlés de cris, d'imprécations, d'injures. On ne parvient nullement à fixer l'attention de madame L... et à provoquer quelques réponses justes. Je prescris une boisson délayante, et trois potages pour aliments.

La nuit se passe dans une grande agitation.

11. L'excitation maniaque est la même.

12. Prescription : 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

Du 13 au 18, la dose d'opium est augmentée chaque jour de la même quantité.

19. La malade, qui en a ingéré hier 35 centigrammes, repose un peu depuis quelques jours. L'agitation est moindre; il est survenu de la constipation; les conjonctives sont un peu injectées, l'appétit est notablement diminué. Cessation de l'emploi de l'opium; 1 gramme de poudre de scammonée dans le but de vaincre la constipation.

26. La tendance à la fureur a diminué, la malade pousse moins de cris et profère moins d'injures aux personnes qui l'approchent, mais le désordre des discours est tout aussi général et tout aussi intense. Apyrexie, appétit excellent.

Du 28 mars au 4 avril, 17 décigrammes d'extrait gommeux d'opium sont administrés.

5. Aucune amélioration bien notable dans l'état intellectuel. Constipation. L'opium est suspendu.

Du 15 au 20, 4 décigrammes 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, à doses croissantes, en commençant par 2 centigr. par jour.

Du 20 au 25, même quantité administrée à doses décroissantes.

26. M. L... a eu dans l'après-midi un intervalle lucide qui a duré deux heures. Suspension du chlorhydrate de morphine.

Du 30 avril au 6 mai, 5 décigrammes du même médicament administré à doses croissantes.

Du 7 au 14, même quantité administré à doses décroissantes.

19. L'amélioration ne se soutient plus; il survient un délire général plus intense qu'il n'a jamais été. La malade, qui ne cesse de crier, a la voix brisée; on l'entend à peine. Les amygdales sont rouges et très-gonflées; la tuméfaction est sensible à l'extérieur; la pression du cou est douloureuse; difficulté extrême pour avaler. Soif vive, 140 pulsations par minute, inappetence. (Eau d'orge, deux pots; cessation de l'usage de la morphine.)

27. L'état fébrile a cessé; encore un peu de rougeur et de gonflement des amygdales, déglutition facile. Il n'y a plus d'agitation ni de tendance à la fureur, mais il y a toujours de l'incohérence dans les discours. Depuis trois jours, on a ôté à la malade la camisole de force.

2 mai. Le délire général a cessé. La physionomie de la malade présente un caractère de bonté et d'étonnement. Sans avoir un souvenir clair et net de tous

---

Nous avons entendu naguère notre vénérable maître, M. le professeur Roux, s'écrier avec l'accent d'une conviction profonde, que *tous* les hommes devraient porter un suspensoir. Ne peut-on pas dire à aussi juste titre que toutes les femmes adultes, pour peu qu'elles aient un embonpoint normal, devraient porter un corset, vrai suspensoir des glandes mammaires, non moins sensibles que les glandes spermatiques, non moins exposées à des secousses et à des tiraillements dangereux ?

La saillie de l'abdomen, chargé de tissu adipeux, ou relâché à la suite des couches, ne réclame pas moins impérieusement l'emploi du corset, faisant l'office de ceinture abdominale, pour soutenir les viscères, prévenir leur tiraillement, conserver ou rétablir le ressort de la paroi abdominale, et mettre du moins obstacle aux progrès de l'obésité ou de l'élongation des tissus fibreux et musculaires affaiblis.

L'usage des corsets n'est pas moins clairement indiqué dans les courbures de la colonne vertébrale, ou même lorsqu'il n'existe encore qu'une prédisposition très-marquée à ce genre de déformation.

On a répété bien des fois, depuis Galien et A. Paré, que la constriction circulaire du tronc, telle que celle qu'exerçaient les corps ou corsets modernes, était une cause fréquente de difformité. J'ignore si les corps d'autrefois produisaient des courbures de l'épine, l'irrégularité des épaules, et de véritables gibbosités ou bosses, comme l'ont affirmé beaucoup d'auteurs. Je n'ai trouvé dans leurs écrits que des assertions et des raisonnements, sans preuves certaines de ce fait; car on ne regardera pas comme telle cette remarque si souvent citée de l'anatomiste Riolan, premier médecin de Marie de Médicis, qu'en France, surtout parmi les nobles, sur cent filles, on en eût trouvé, de son temps, à peine dix qui n'eussent pas l'épaule droite plus élevée et plus grosse que la gauche. Riolan lui-même était loin d'avoir reconnu que cette conformation fût l'effet des corps; il propose plusieurs autres explications du fait, en même temps que celle-ci, et ne se décide pour aucune. Ceux qui depuis, à l'exemple de Winslow, n'ont point imité cette réserve, n'ont pas produit de raisons plus convaincantes à l'appui de leur opinion. Je ne nie pas que la gêne causée par les corps n'ait pu donner lieu à des attitudes vicieuses, suivies de courbure latérale de l'épine, que leur emploi dans l'enfance n'ait pu entraîner une débilité favorable à la formation d'une semblable courbure; mais les observations manquent pour établir ce que ces suppositions peuvent avoir de fondé.

Quant aux corsets d'aujourd'hui, on n'a fait, sous ce rapport, que redire à leur égard ce que l'on avait dit des corps. C'est ainsi que l'on prétend, comme autrefois, déduire l'influence de ce vêtement sur les déformations du rachis, de leur plus grande fréquence chez les femmes que chez les hommes, chez les habitants des villes que dans les campagnes, dans la classe riche que dans les familles pauvres, parmi les peuples de la vieille Europe que dans beaucoup de colonies européennes, comme si les individus ainsi mis en regard ne différaient que par cette seule condition, savoir, le plus ou moins d'usage qu'ils font des corsets; comme si leurs différences de constitution, de force physique, de genre de vie, de disposition héréditaire, de maladies, de race, etc., ne fournissaient pas autant de causes bien capables de rendre raison de leur dissemblance au point de vue de la régularité de développement du rachis. Aujourd'hui, d'ailleurs, qu'on ne met généralement de corsets aux filles que vers l'âge de la puberté, il

les propos extravagants qu'elle a tenus dans son dernier accès de manie, madame L... en a conservé une certaine conscience; elle s'en rappelle comme on se souvient d'un rêve. C'est le souvenir de cet état qui semble la rendre honteuse. Elle répond d'une manière fort raisonnable aux questions qu'on lui adresse, mais elle le fait brièvement, par monosyllabe, la tête inclinée et avec quelque répugnance. Il existe un grand affaissement physique et moral. Le sommeil est bon, l'appétit médiocre.

15. La malade témoigne le désir de voir sa famille; elle cause plus volontiers et demande à s'occuper de travaux d'aiguille; sommeil et appétit excellents.

1er juin. Madame L... a repris toutes ses habitudes de femme du monde; elle désire elle même rester encore quinze jours en maison de santé, afin de laisser à son intelligence le temps de se bien raffermir.

15. Elle sort de l'établissement tout à fait guérie.

Aujourd'hui (31 decembre 1851), il y a deux ans et demi qu'elle est rentrée dans sa famille, et jamais, durant tout cet intervalle, elle n'a offert le moindre symptôme d'aliénation.

Ici, nous avons affaire à une manie se manifestant dans son troisième accès. Huit jours de traitement suffisent à rendre du sommeil et à diminuer notablement l'intensité du désordre maniaque. Au bout d'un mois et demi, il était survenu une amélioration très-considérable, quand, sous l'influence de la quatrième reprise de la médication opiacée, un paroxysme très-violent de manie éclate. Ce paroxysme cesse quelques jours après l'interruption dans l'emploi du chlorhydrate de morphine pour faire place à une guérison complète. Cette observation est surtout intéressante en ce que la manie était périodique et que de trois accès survenus chacun à deux ans d'intervalle, les deux premiers avaient été combattus par l'usage des bains tièdes prolongés, ce qui permet de comparer l'influence de cette méthode avec la méthode stupéfiante. Or cette dernière a évidemment ici un avantage sur l'autre, car elle amène la guérison en deux mois et demi, tandis que l'autre met environ cinq mois à la produire.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros du premier semestre de 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Recherches sur l'action des eaux minérales d'Aix en Savoie*; par M. Pétrequin. (Nous consacrerons prochainement un article détaillé à l'analyse de cet intéressant travail.) 2° *Fragments ophthalmologiques*; par M. d'Ammon. 3° *Compte rendu des maladies de l'œil et de ses annexes, traitées en 1850 dans le service de M. Barrier, à Lyon*; par M. Philipeaux. 4° *Note sur le miroir oculaire inventé par M. Helmholtz pour l'exploration de la rétine dans l'œil vivant*; par M. Donders. 5° *Mémoire pour servir à l'histoire des abnormités congénitales des yeux et de leurs annexes*; par M. Cornaz. 6° *Mémoire sur l'ophthalmie moyenne*; par M. Langenbeck. (Il appelle ainsi l'ophthalmie à laquelle les auteurs donnent le nom d'uvéite ou de choroïdite, suivant que les signes d'inflammation sont plus ou moins apparents dans l'une ou l'autre de ces deux membranes.) 7° *Du traitement de l'ophthalmie, notamment par l'occlusion des paupières*; par M. Forget. 8° *Note de M. Sichel sur la pince-tube pour l'extraction scléroticale des cataractes capsulaires et des fausses membranes.* 9° *Nouvelle invention d'un instrument pour l'opération de la cataracte et de la pupille artificielle*; par M. Furnari. 10° *Des effets physiologiques et thérapeutiques du tannin, envisagé surtout au point de vue de ses applications en thérapeutique*; par M. Hairion. 11° *Compte rendu pour 1851 de l'Institut ophthalmique de la province de Hainaut*; par M. Stiévenart. 12° *Troisième rapport annuel adressé à M. le gouverneur de la province de Brabant, par la commission administrative de l'Institut ophthalmique provincial.* 13° *Rapport sur le service des maladies des yeux à l'hôpital civil de Strasbourg pendant l'année 1851*; par M. Stœber.

NOTE SUR LE MIROIR INVENTÉ PAR M. HELMHOLTZ POUR L'EXPLORATION DE LA RÉTINE DANS L'OEIL VIVANT; par M. DONDERS.

Les données de ce problème physiologique nous semblent bien posées et heureusement résolues dans la note d'où nous extrayons les passages suivants :

Pourquoi le fond de l'œil paraît-il complétement noir, bien que les vaisseaux de la rétine, le lieu d'insertion du nerf optique, et la rétine ellemême réfléchissent la lumière? C'est que les rayons lumineux qui frappent un point donné de la rétine, lorsqu'ils sont réfléchis, se réunissent en dehors de l'œil, précisément dans le point même d'où ils sont partis, et que, par conséquent, dans chaque position, ce ne sont que les rayons de sa propre pupille noire qui reviennent dans la pupille de l'œil qui observe. Ainsi donc, pour examiner la rétine, il faut que le regard puisse plonger dans l'œil selon la direction suivie par la lumière qui y entre.

On peut réaliser cette condition d'une manière fort simple; en dirigeant le regard dans l'œil à travers le verre même qui sert de miroir réflecteur. On place, dans une chambre obscure, une plaque en verre ayant ses deux faces parallèles, obliquement entre l'œil observateur et l'œil à observer. A l'aide d'une bougie mise à côté, la rétine apparaît alors éclairée; et il est très-facile de voir successivement les diverses parties de la membrane en faisant tourner l'œil que l'on explore dans des directions différentes.

Mais obtient-on, par ce seul moyen, des images bien nettes de la rétine? Non; il faut pour cela que les rayons lumineux qui partent d'un point de la rétine à observer se réunissent dans un même point de la rétine observatrice. L'œil que l'on veut examiner est accommodé pour la vision d'objets plus ou moins rapprochés; il s'ensuit que les rayons qui se réunissent exactement sur la rétine ont atteint la cornée en divergeant légèrement; les rayons réfléchis de la rétine suivent nécessairement le même parcours; c'est donc en convergeant qu'ils tombent sur la cornée de l'œil observateur. Ces rayons convergents se réunissent avant d'arriver à la rétine. Il s'agit par conséquent de les rendre parallèles ou légèrement divergents avant qu'ils frappent l'œil observateur. M. Dunders a même la précaution de noter que si l'expérimentateur est myope, les rayons doivent être rendus assez divergents. Cela s'obtient à l'aide d'un verre concave du n° 6 à 12 de l'échelle ordinaire, que l'on place immédiatement au devant de l'œil de l'observateur.

L'instrument, construit par M. Helmholtz d'après ces principes, permet de distinguer aisément les diverses parties constituantes de la rétine. L'as-

est impossible d'attribuer à leur influence des déformations qui commencent presque toujours avant cette époque. J'ai vu quelquefois les courbures latérales se développer avec plus de rapidité, parce qu'on n'avait pas employé de corsets en temps utile; je n'ai jamais observé, au contraire, que leur usage fût pour rien dans la production de cette difformité. Au reste, il est à remarquer que, par une contradiction assez singulière, ceux-là mêmes qui ont mis sur le compte des corps ou des corsets les déformations du tronc si communes dans le sexe féminin, tels que Paré, Platner, Winslow, etc., reconnaissent, pour la plupart, l'utilité de ces mêmes corps pour remédier à la déviation des vertèbres, une fois qu'elle s'est produite.

C'est principalement dans la voussure postérieure et dans les courbures latérales du rachis, qu'on emploie les corsets avec le plus d'avantage. Sans doute, dans le premier cas, il faut s'attacher, avant tout, à mettre les muscles du dos en état de redresser la colonne vertébrale et de s'opposer à l'inclinaison du tronc en avant. Mais, tant que ce résultat n'est point obtenu, un soutien artificiel prévient l'aggravation du mal, la fatigue et l'élongation des muscles, ainsi que l'affaissement de la partie antérieure des disques intervertébraux et des vertèbres elles-mêmes. Ce support ne doit être d'ailleurs que temporaire; on le supprime peu à peu, à mesure que l'action musculaire acquiert l'énergie qui lui manquait. L'usage du corset ne conduit pas alors, comme on l'a dit, à l'inertie des muscles, lorsqu'il n'exerce sur eux qu'une pression modérée, favorable au contraire à leur contraction, et quand des exercices convenables alternent avec l'application de ce vêtement.

Dans les courbures latérales, même commençantes, les muscles sont le plus souvent incapables de rétablir la direction normale de l'épine, et bien qu'on ne doive pas négliger certains mouvements ou efforts musculaires tendant à produire ce résultat, il faut surtout compter sur les moyens mécaniques appliqués au tronc, pour obtenir dans ce cas un développement plus régulier du rachis. Les corsets, modifiés selon les indications, figurent au premier rang parmi les appareils orthopédiques auxquels on a recours pour atteindre ce but.

Les faits et les considérations contenus dans ce travail me paraissent résoudre la question que je m'étais posée en commençant; je les résumerai comme il suit :

1° L'histoire de l'habillement des principaux peuples de l'antiquité fait voir que le besoin d'une pièce de vêtement contentive, plus ou moins serrée autour du tronc, chez les femmes, s'est fait sentir dans les temps anciens comme dans l'Europe moderne.

2° Autrefois, comme de nos jours, les femmes ont été disposées à outrer cette constriction circulaire, au détriment de leur santé.

3° Dans l'histoire de la civilisation moderne, on voit tour à tour, après l'abandon de la tunique ample des dames romaines, la taille simplement marquée par des corsages justes au corps, puis renfermée et comme étreinte dans des espèces de cuirasses appelées *corps à baleines*, et enfin de nouveau dessinée et contenue par les corsets, dernière forme de ce vêtement spécial.

4° Bien que l'emploi inconsidéré des corsets puisse déterminer à peu près les mêmes accidents que l'usage des corps, ils n'ont pas d'effet nuisible, quand leur construction et leur application se font d'une manière convenable.

5° C'est à tort que l'on a attribué uniquement à l'influence des corsets le res-

pect des vaisseaux rouges nettement dessinés sur le fond blanc de celte membrane est, dit-il, magnifique à voir. On l'utilisera fructueusement en pathologie pour apprécier la congestion vasculaire, les distensions variqueuses, les exsudations de la rétine, les opacités de l'humeur vitrée, etc.

NOUVELLE INVENTION D'UN INSTRUMENT POUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE ET DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE; par M. FERRARI.

Le but principal que l'auteur s'est proposé a été de pouvoir détacher aisément, pendant la manœuvre de l'abaissement, les lambeaux capsulaires qui, restés adhérents, donnent si souvent ensuite lieu à des cataractes secondaires.

L'*aiguille-pince* qu'il a fait confectionner n'a pas plus de volume que celle de Scarpa. Elle est formée d'une tige se terminant par deux branches parfaitement égales dont les extrémités réunies constituent une lance légèrement courbe. Au bord interne des branches, il y a des aspérités ou dents destinées à saisir les parcelles opaques. Une gaîne partant de l'intérieur du manche accompagne l'aiguille jusqu'à la base de la lance.

L'instrument fonctionne à l'aide d'un mécanisme renfermé dans le manche. Il se compose d'une boîte dans laquelle sont logées la bascule à engrenage, la canule ou le ressort. En appuyant sur la bascule, on fait rentrer la gaîne dans le manche. Alors l'aiguille, abandonnée à elle-même, se sépare en deux, saisit et déplace les corps opaques qui obstruent le champ de la pupille; et lorsque le pouce abandonne la bascule, le tube remonte par la force du ressort logé à l'intérieur et fait rapprocher les branches de l'aiguille qui forment une véritable pince. On voit que, ici, conformément au mécanisme employé et vulgarisé par M. Charrière pour les pinces à dissection, on ouvre la pince en appuyant sur la bascule. Cette condition est un précieux avantage, car au lieu d'être obligé d'appuyer constamment du bout du doigt pour tenir l'instrument fermé, le chirurgien peut l'abandonner à lui-même et le faire cheminer dans l'œil sans se préoccuper de maintenir ses branches rapprochées. Ce n'est qu'au moment où il le veut qu'elles s'écartent, broient des fragments cristalliniens ou saisissent quelques lambeaux capsulaires, et les portent au fond de l'œil ou les retirent en même temps qu'on extrait l'instrument. On comprend aisément toute la supériorité de cette disposition instrumentale, dans le cas particulier dont il s'agit.

DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU TANIN ENVISAGÉ SURTOUT AU POINT DE VUE DE SES APPLICATIONS EN OPHTHALMOLOGIE, par M. HAIRION.

Nous n'empruntons à ce travail que ce qui a trait à une nouvelle préparation tannique, dont l'auteur vante les avantages. La poudre de tanin doit, selon lui, être abandonnée, parce que, quelque soin qu'on apporte à sa préparation, il est difficile de l'obtenir à l'état impalpable. Aussi les parcelles dures qu'elle renferme, mises en contact avec la conjonctive, y déterminent-elles parfois des irritations très-vives.

La solution de tanin ne fait que glisser sur l'œil; de plus, elle s'altère très-facilement au contact de l'air, surtout si l'on n'a pas employé à sa preparation des produits parfaitement purs.

Au contraire, le *mucilage tannique* que M. Hairion emploie de préférence jouit de la propriété de déterminer sur les tissus avec lequels on le met en contact, une action plus durable, plus continue. Aussi peut-on le rendre très-concentré, son effet local ne s'exerçant que peu à peu, sans avoir à craindre qu'il n'en résulte d'irritation locale, comme cela arrive par suite des autres modes de préparation.

Voici la formule pharmaceutique de ce mucilage:

Tanin pur . . . . . . 5 grammes.
Eau distillée . . . . 20 —

Faites dissoudre dans un mortier et ajoutez:

Gomme arabique. . 10 grammes.

Mêlez exactement et passer à travers un linge.

Ainsi préparé, le mucilage tannique a un aspect grisâtre, homogène, onctueux et de consistance sirupeuse.

M. Hairion, d'après les résultats de son expérience clinique, a donné et maintient une préférence exclusive à ce mode d'administration externe du tanin.

EXTRACTION D'UN CRISTALLIN LUXÉ; par M. STOEBER.

Cette observation, rapprochée de plusieurs autres publiées dans ces derniers temps, notamment par M. Rivaud-Landran, pourra servir à diriger la conduite du praticien dans ces cas ordinairement assez embarrassants, et où il importe de prendre immédiatement un parti.

OBS. — Th. Weber, âgé de 30 ans, avait perdu la vue de l'œil gauche en 1843, probablement par amaurose.

Plus tard une tache, d'abord de la grosseur d'une épingle, se fit remarquer dans la pupille; cette tache augmenta peu à peu; elle était tantôt plus grande, tantôt plus petite, sans doute suivant que la pupille était plus ou moins dilatée. Au milieu du mois de juillet, le malade se donna un coup sur l'œil, qui provoqua une violente douleur accompagnée d'une augmentation considérable de la tache. Il alla consulter M. Stœber dix jours après l'accident. Le cristallin était tombé dans la chambre antérieure et l'œil se trouvait vivement enflammé. M. Stœber annonça au malade que, pour le débarrasser de ses douleurs et sauver la forme de l'œil, il fallait lui extraire le cristallin; il l'engagea donc à entrer immédiatement à l'hôpital. Des conseils peu éclairés lui firent ajourner cette opération, et le malade n'entra à la clinique que le 9 août. Le lendemain même, M. Stœber fit l'extraction du cristallin qui fut trouvé à l'état calcaire. Les douleurs diminuèrent immédiatement, et le malade sortit le 30 août, conservant son amaurose et une déformation de la pupille, due à l'inflammation trop prolongée de cette membrane avant l'opération.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

DES EFFETS DE L'ACÉTATE DE STRYCHNINE SUR LES ANIMAUX.

M. MARSHALL-HALL adresse une note ayant pour objet de faire connaître le résultat des expériences qu'il a faites concernant les effets de l'acétate de strychnine.

Dans les comptes rendus du 14 juin 1847, M. Marshall-Hall a décrit les effets

---

serrement de la partie inférieure du thorax, resserrement normal, jusqu'à certaines limites, dans les deux sexes, et sujet à varier par d'autres causes que par la constriction qu'exerce ce vêtement. L'examen comparatif que j'ai fait d'un grand nombre de sujets tend à démontrer que les corsets ne produisent que dans des cas exceptionnels un rétrécissement permanent de la base de la poitrine.

6° On a avancé sans preuves que l'usage des corsets était une cause fréquente de la déformation de la colonne vertébrale.

7° Non-seulement des motifs déduits de l'esthétique et de la destination sociale de la femme doivent engager le médecin à permettre l'usage des corsets, sauf les restrictions indiquées par l'observation de leurs effets immédiats; mais, en outre, il est diverses circonstances, telles que le volume des seins, le relâchement ou la distension de la paroi musculaire de l'abdomen, la voussure habituelle du tronc, la déviation latérale du rachis, qui indiquent formellement l'emploi de cette sorte de bandage, soit comme moyen hygiénique, soit même pour aider à la guérison de certaines lésions.

BOUVIER.

— Il est sérieusement question d'introduire dans les habitudes municipales de la commune de Paris une innovation qui causera une véritable satisfaction aux mères de famille. On sait que les enfants nouveau-nés sont portés aux mairies pour y être inscrits, et que deux témoins accompagnent le père et la sage-femme pour certifier l'identité des noms et le jour de la naissance. Cet usage de sortir les enfants dehors, dans les vingt-quatre heures qui suivent leur venue au monde, est très-contraire à ceux qui sont nés avec une constitution faible, surtout les jours d'hiver, où la ville est souvent enveloppée d'un épais brouillard.

Il s'agit de remédier à ces inconvénients en organisant la constatation des naissances à domicile. Cette innovation, outre les avantages qu'elle présente au point de vue de l'hygiène, aurait celui d'établir en cette matière le grand principe qui doit régir les administrations: elles sont établies pour la commodité du public, et non le public pour leur commodité.

— M. le docteur Delstanche, membre de la Société des sciences médicales de Bruxelles, vient de fonder deux prix pour 1854. Voici les questions proposées par la Société:

1° Faire l'histoire de la surdité nerveuse, et indiquer les moyens de la guérir. L'auteur devra indiquer un moyen de traitement efficace contre la surdité nerveuse, et en démontrer la valeur par des observations concluantes. Le prix sera de 1,000 fr.

2° Traiter un sujet quelconque de la pathologie des organes auditifs, de façon à y réaliser un progrès. La Société donnera la préférence aux mémoires qui auront surtout en vue la thérapeutique. Le prix sera de 300 fr.

Les mémoires seront adressés, dans les formes académiques habituelles et francs de port, à M. le docteur J. Crocq, secrétaire de la Société, rue du Bois-Sauvage, 14, avant le 1er mars 1854.

de l'acétate de strychnine sur les grenouilles. Il se propose, dans ce mémoire, de décrire les effets de ce médicament sur le chien.

Une seule expérience avait été faite en 1847 sur un autre animal que les batraciens. Une seule conclusion relative à la pratique a été tirée de cette expérience, savoir que, dans le tétanos, l'hydrophobie, les malades meurent, s'ils sont excités. L'auteur se demande s'ils pourraient survivre dans le cas où ils seraient préservés de toute excitation extérieure. C'est pour résoudre cette question qu'il a institué cette nouvelle série d'expériences.

Les effets de l'acétate de strychnine sur les chiens peuvent être divisés en deux formes : la première, ou la plus légère, présente une excitabilité très-augmentée du système spinal diastaltique avec des accès de paroxysmes légers, frayeurs, et de spasme des membres et une respiration haletante; la seconde présente une excitabilité bien plus exaltée encore et des paroxysmes de convulsions tétaniques générales prolongées, avec laryngisme ou contraction de la glotte et des efforts d'expiration des plus violents; apoplexie et asphyxie.

Si, dans le premier cas, ou celui de la forme légère, des effets de l'acétate de strychnine, l'animal est caressé doucement, la respiration devient calme, état qui dure pendant quelques minutes; si, au contraire, on l'agace par des bruits subits, par des chocs; si on lui souffle fortement soit sur la figure ou sur la peau, des paroxysmes tétanoïdes ou épileptoïdes en sont le résultat, paroxysmes dont il est impossible d'être témoin sans être convaincu que s'ils sont trop souvent répétés, ils doivent devenir mortels. Il est démontré, au contraire, par des faits que, comme dans la grenouille, si le chien est tenu à l'abri de toute excitation, il se rétablit infailliblement de ce premier degré de strychnisme.

La forme grave de ce strychnisme ne cède pas à ce moyen simple de traitement. Non-seulement chaque petite émotion, chaque petite irritation produit le paroxysme déjà décrit de laryngisme, de dyspnée, d'apoplexie, d'asphyxie, mais ces paroxysmes semblent se renouveler par des causes inévitables, telles que les mouvements de la respiration, de la déglutition, etc. Ce danger ne peut donc être évité que par un autre procédé, procédé qui prévient le laryngisme et ses effets, c'est-à-dire l'apoplexie, l'asphyxie, la mort.

Telle est la conclusion à laquelle M. Marshall-Hall a été conduit par les expériences dont il rapporte les détails. Ainsi le premier degré de strychnisme est guéri par la tranquillité absolue; le second par la trachéotomie.

Voici les détails de quelques-unes de ses expériences.

Exp. I. — On a fait avaler à un chien de moyenne taille la sixième partie d'un grain d'acétate de strychnine. Dans six minutes, il a été affecté de spasmes tétaniques généraux avec apnée, et dans six minutes il est mort d'apoplexie et d'asphyxie. Les sinus veineux cérébraux étaient gorgés de sang.

Exp. II. — On a donné la douzième partie d'un grain d'acétate de strychnine à un second chien. Il a paru un peu affecté dans dix minutes; mais après quinze minutes, il a paru parfaitement rétabli. On lui a donné une seconde dose d'une douzième partie d'un grain de ce médicament. Dans *deux* minutes il a été affecté de paroxysmes de rigidité générale tétanique, opisthotonique, avec laryngisme et des efforts d'expiration. Il semblait prêt à mourir d'apoplexie ou d'asphyxie, lorsqu'on lui a fait l'opération de la trachéotomie. Le chien a immédiatement respiré librement, mais en haletant.

En laissant fermer l'incision dans la trachée-artère, mêmes paroxysmes de laryngisme, de dyspnée, d'apoplexie, d'asphyxie, avec suffusion des conjonctives et lividité de la langue.

En renouvelant l'ouverture trachéale, libre respiration, langue vermeille, rétablissement parfait.

Ces phénomènes ont été répétés plusieurs fois de la même manière.

Enfin l'ouverture s'est laissé fermer, et par un accident, on ne l'a pas rouverte assez promptement. Mêmes phénomènes, suivis subitement d'une immobilité flasque de la langue, d'un aspect terne des yeux, et cessation des actions réflexes ou diastaltiques des paupières. L'animal est mort.

Exp. III. — On a fait avaler la douzième partie d'un grain d'acétate de strychnine à un chien plus gros que les sujets des expériences précédentes, à des intervalles de quinze minutes, jusqu'à la quatrième dose, c'est-à-dire jusqu'à un tiers de grain. Deux minutes après cette quatrième dose, l'animal a commencé à baleter, à ne toucher la table que par les ongles, et à souffrir des paroxysmes de laryngisme, de dyspnée, d'opisthotonos du cou et du dos et de spasmes des membres.

Ces paroxysmes ont augmenté de gravité et de durée. Enfin l'animal est mort de ces paroxysmes. Ils étaient toujours caractérisés par le laryngisme, l'apnée, des efforts expiratoires infructueux, l'apoplexie et l'asphyxie.

Il a été évident, dit l'auteur, pour tous les témoins de cette expérience que la trachéotomie aurait infailliblement désarmé ces paroxysmes de leur gravité et de leur danger.

Dans une cinquième expérience, la douzième partie d'un grain d'acétate de strychnine fut donnée à un chien moins fort que les autres. En moins de quinze minutes il était en proie à des spasmes des membres; les ongles seulement touchaient la table. La respiration était haletante.

La moindre émotion, un bruit subit, des chocs ou secousses même très-faibles, produisaient des paroxysmes; mêmes effets quand on lui soufflait à la face ou sur la peau. Ces paroxysmes augmentaient de violence, et l'on remarquait l'opisthotonus du cou et du dos avec le laryngisme, avec suspension de la respiration, mais avec efforts expiratoires; les conjonctives étaient rouges, la langue un peu livide.

Ces paroxysmes étaient moins forts que ceux des exp. I, II et III. L'état de ce chien était cependant bien douteux : la plupart des témoins pensaient qu'il mourrait. Tous étaient convaincus que s'il était très-agacé, il ne manquerait pas d'y succomber. On l'a mis sur un lit de filasse, et on en a éloigné toutes les causes d'excitation. Il était dix heures du soir. Le lendemain l'animal était tout à fait rétabli, sauf un peu de faiblesse et des endurcissements musculaires sur le long du dos.

Voici les conclusions que M. Marshall-Hall tire de ces expériences :

1° Les premiers effets observés suscités par la strychnine sont des spasmes tétanoïdes les membres deviennent roides; les ongles des doigts seulement touchent la table ou le plancher sur lequel le chien est posé.

2° Le second phénomène, c'est la respiration courte, vive, haletante.

3° Le troisième est l'excitabilité tellement augmentée de la peau, que la moindre excitation produit des effets outre mesure.

4° Tout cela dérive d'une excitabilité très-anormale du centre du système diastaltique ou spinal.

5° Tout cela se rapporte au premier degré de strychnisme, dont le degré plus fort se montre par des phénomènes bien autrement graves.

6° Alors surviennent des paroxysmes effroyables de laryngisme, d'efforts d'expiration, d'opisthotonos du cou et du dos, d'apoplexie, d'asphyxie et même la mort.

7° Ces phénomènes nous rappellent le tétanos, l'épilepsie, l'hydrophobie même.

8° Dépendant du laryngisme, l'apoplexie, l'asphyxie sont ses redoutables effets : ces effets sont prévenus par la trachéotomie.

9° Comme dans la grenouille, nous avons vu l'animal excité mourir, et nous l'avons vu, à l'abri de toute excitation, se rétablir.

10° Nous avons vu l'animal non opéré mourir des effets du laryngisme, et celui qui est mis à l'abri de ces effets par la trachéotomie se rétablir, évidemment sous l'influence de cette opération. Ceci est commun à tous les animaux mammifères.

11° Maintenant quelles sont les applications de ces principes aux maladies?

12° Évidemment on doit garantir le malade atteint de tétanos, d'hydrophobie, de tout choc mental ou physique, de la manière la plus absolue.

13° Évidemment on doit recourir à la trachéotomie toutes les fois que les malades affligés d'épilepsie ou de toute autre maladie éprouvent le laryngisme et des effets amenant des dangers pour la vie, pour l'intelligence, etc. Toutefois il faut un diagnostic suffisant.

14° Enfin il ne faut pas agir pour un nom : ce n'est pas pour l'épilepsie, mais bien contre les effets dangereux du laryngisme épileptique, qu'on doit songer à la trachéotomie, et en dernier lieu, ce n'est pas à la trachéotomie, mais bien à la trachéotomie efficace avec ouverture suffisante, qu'il faut confier nos malades affligés d'épilepsie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PROCÉDÉ DE DOSAGE DU SUCRE DANS L'ANALYSE DU LAIT.

MM. Becquerel et Vernois adressent sur ce sujet la réclamation suivante :

Dans la séance du 8 février dernier, M. Poggiale a adressé à l'Académie une note par laquelle il réclame en sa faveur la priorité du procédé de dosage du sucre indiqué par nous dans notre mémoire sur le lait. Il émet en même temps des craintes sur la rigueur des résultats que nous avons annoncés, parce que, dit-il, nous nous sommes servis d'un polarimètre sans contredit moins exact que ceux de MM. Biot et Soleil.

Le nom de M. Poggiale, la justice que nous avons rendue à ses travaux, l'inopportunité de ses attaques, les erreurs matérielles dans lesquelles il est tombé, et avant tout notre position actuelle vis-à-vis de l'Académie, nous font un devoir de nous défendre, et de répondre à la lettre du pharmacien en chef du Val-de-Grâce.

Quant au premier point critique de M. Poggiale, nous pourrions nous borner à dire et à rappeler que nous avons eu pour but d'imaginer quelquefois, dans notre procédé d'analyse, une marche particulière, et de perfectionner, dans d'autres cas, les moyens actuellement connus pour arriver à déterminer la composition chimique du lait, et que nulle part nous n'avons écrit que le dosage du sucre par un appareil saccharimétrique fût de notre invention.

Qu'avons-nous donc fait? Dans la série des opérations qui constituent notre procédé d'analyse, nous avons dû déterminer les quantités de *sucre* aussi bien que celles de la caséine, du beurre et des sels. Il nous a paru préférable de doser le sucre à l'aide d'un appareil saccharimétrique : c'est là un détail pour lequel nous avions toute liberté d'action, d'autant plus que nous nous sommes servis d'un appareil spécial qui n'appartient qu'à nous. Nous avons eu recours à l'idée de M. Biot, comme M. Poggiale, à une autre époque et avec un autre instrument, y avait eu recours lui-même. Où y a-t-il donc là un droit de priorité en faveur de M. Poggiale?

Et puisque M. Poggiale a oublié jusqu'ici de le dire et nous oblige à le lui rappeler publiquement (ses propres souvenirs ne nous démentiront pas), c'est à M. l'abbé Moigno que reviennent l'idée et la direction des recherches de M. Poggiale sur le dosage du sucre par le polarimètre (1).

Nous n'avons donc rien pris à M. Poggiale, et il n'avait aucune priorité à réclamer que nous n'ayons déjà nous-même consignée dans nos recherches.

Qu'y a-t-il maintenant de fondé dans cette assertion, que nous avons fait

(1) Voir le Traité d'optique de M. Moigno, et le n° du 13 février 1853 du journal Cosmos.

toutes nos expériences avec un instrument qui, au dire même du constructeur, est bien inférieur au saccharimètre de MM. Biot et Soleil?

Nous avons presque honte de le publier : autant de mots, autant d'erreurs dans ce que M. Poggiale a écrit à ce sujet. Tout repose d'abord sur l'ignorance où est M. Poggiale de notre mémoire, et en deuxième lieu, sur un malentendu entre lui et notre constructeur, M. Dubosc.

M. Poggiale trouve chez M. Dubosc un modèle de notre *petit* polarimètre, celui dont nous avons également donné la description, la valeur et les usages. Il expérimente rapidement : il trouve (ce qui est vrai) que le saccharimètre de MM. Biot et Soleil donne des résultats plus précis, et il se hâte d'imprimer que MM. Vernois et Becquerel ayant fait toutes leurs expériences avec un polarimètre imparfait, tous leurs résultats doivent être inexacts.

Voici les faits consignés dans notre travail. Toutes nos recherches ont été exécutées avec un *grand* polarimètre, que M. Dubosc lui-même a construit sur les indications de M. Edmond Becquerel. Ce polarimètre donne des résultats très-précis : leur exactitude est entre 15 et 30 minutes. Il n'existe que *deux instruments* de cette nature : ils sont *tous les deux* entre nos mains.

Le *petit* polarimètre que nous avons fait disposer dernièrement par M. Dubosc, et le seul qu'ait vu M. Poggiale, est construit d'après les mêmes principes; mais il est destiné seulement à donner des résultats suffisamment approximatifs, soit aux agents de la salubrité, soit en clinique médicale. Nous avons déterminé expérimentalement son degré d'exactitude; il n'aurait pu nous servir pour des recherches très-précises.

Tout cela est écrit dans notre mémoire. Si M. Poggiale doutait encore, nous lui rappellerions que notre travail était terminé en juillet 1852, et qu'à cette époque un extrait en a été publié dans le Traité des maladies des enfants de M. Bouchut.

Or ce n'est que le 17 décembre dernier que M. Dubosc nous a livré notre *petit* polarimètre.

Nous mettons sous les yeux de l'Académie nos deux appareils.

Il résulte de cette réponse :

1° Que M. Poggiale n'a aucun motif légitime, et surtout aucun droit à soulever contre nous une question de priorité;

2° Que M. Poggiale ne connaissant ni notre mémoire ni l'instrument dont nous nous sommes servis pour faire nos recherches, n'a pu, sans tomber dans une grave erreur, émettre des craintes sur la rigueur et la précision des résultats que nous avons annoncés.

Alcalisation de l'urine par les eaux de Vichy.

M. Ch. Petit, inspecteur adjoint des eaux de Vichy, adresse une lettre en réponse au mémoire de M. Durand-Fardel, sur l'alcalisation de l'urine par les eaux de Vichy.

Nous extrayons de cette lettre les passages suivants, qui en résument parfaitement le sens.

M. Durand-Fardel, dit M. Petit, présente ses confrères qui l'ont précédé dans l'étude de l'action des eaux de Vichy, comme n'étant guidés, dans l'application qu'ils font de ces eaux, que par une seule pensée, celle de *saturer* les malades de bicarbonate de soude.

C'est là leur prêter fort gratuitement une absurdité.

Pour mon compte, dans ma pratique médicale à Vichy, je n'ai jamais pris pour guide d'autre *saturation* que celle qui se règle sur la tolérance des malades, et cette saturation existe pour moi dès que la tolérance commence à diminuer.

Je n'ai même jamais pris pour règle la *neutralisation* de l'acidité des sécrétions. En effet, si j'ai dit que, chez certains individus et dans certaines diathèses, la tolérance permettait d'élever la dose d'eau minérale en boisson à un degré élevé, non-seulement sans inconvénient, mais même, dans quelques cas, avec un grand bénéfice pour les malades, j'ai eu soin de signaler aussi le danger qu'il y aurait, dans beaucoup d'autres cas, à dépasser dans les prescriptions des doses très-minimes.

M. Durand a surtout critiqué ce que j'ai dit de l'action chimique des eaux de Vichy dans les diverses applications qui en sont faites, comme moyen thérapeutique.

Sans contester le moins du monde l'intervention de l'influence nerveuse dans l'accomplissement des phénomènes qui se passent dans nos organes, je ne crois pas que, dans l'état actuel de la science, l'on puisse mettre en doute l'action chimique d'un grand nombre de médicaments, et ne pas voir dans toutes nos fonctions une suite de phénomènes de cette nature, soit qu'ils se produisent exactement comme ils se passent en dehors de l'économie, ou qu'ils soient plus ou moins modifiés par l'organisme vivant.

M. Durand a surtout cru trouver un excellent argument pour pouvoir nier l'action *fondante* et *résolutive* des eaux de Vichy, lorsqu'il vous a dit que « le bicarbonate de soude était, pour nos organes, un corps étranger dont ils ont hâte de se débarrasser, par les voies ordinaires d'éliminations. »

Ce médecin n'a sans doute pas cru nous apprendre quelque chose de nouveau en nous disant que le bicarbonate de soude ne séjourne pas longtemps dans l'économie.

Mais, parce que les sels alcalins ne séjournent pas longtemps dans l'économie, est-ce une raison pour qu'ils ne puissent pas y exercer une action chimique, de nature fondante et résolutive? Est-il beaucoup de médicaments qui séjournent longtemps dans l'économie, et nie-t-on pour cela leur action?

M. Durand a dit « que la soude était, pour nos organes, un corps étranger. » Qui ne sait le rôle si important que jouent précisément les sels alcalins dans l'accomplissement de toutes nos fonctions; que leur intervention, sans pourtant rien fournir par eux-mêmes, sans rien abandonner de leur propre substance, est une des premières et des plus importantes conditions de la combustion, de la production de la chaleur et de la transformation des tissus organiques; que, sans cette intervention, l'assimilation ne peut pas se faire; que, par conséquent, si le sang n'en contient pas une proportion suffisante, les fonctions languissent, se font incomplétement, et que de là résultent souvent de graves altérations dans la santé?

Maintenant, si l'on admet que le sang pendant l'usage des eaux de Vichy contient un peu plus de soude qu'à l'état normal et qu'il ait acquis par là une plus grande alcalinité, ne peut-on pas admettre aussi qu'alors il a acquis des propriétés particulières, qu'il est devenu plus fluide et plus fluidifiant; qu'il peut alors mieux pénétrer dans les tissus malades, engorgés, et agir comme agent fluidifiant sur la matière coagulée qui constitue les épaississements des tissus, ce que l'on nomme les engorgements, la ramollir, la faire passer de l'état concret où elle est à l'état liquide, et la mettre ainsi dans des conditions favorables à l'absorption?

En admettant cette théorie de la médication par les eaux de Vichy, ne voit-on pas le rôle que peut jouer cette médication dans les affections chroniques et comme moyen de combattre certaines diathèses? Cette théorie, suivant M. Petit, rend parfaitement compte des résultats thérapeutiques que l'on obtient à Vichy. La diminution de l'obésité, que l'on observe ordinairement pendant l'usage des eaux de Vichy peut elle-même s'expliquer par une plus grande activité imprimée à la combustion, et qui serait le résultat de la présence dans le sang d'une plus grande proportion de soude.

Si l'on m'objecte, ajoute M. Petit, que l'amélioration obtenue par les malades qui ont fait usage des eaux de Vichy continue à faire des progrès pendant quelque temps encore après la cessation complète du traitement, que, par exemple, la résolution des engorgements continue à se faire, je répondrai que cela prouve seulement que, par l'emploi de ces eaux, on peut modifier le sang d'une manière durable, et qu'il suffit de lui restituer certains principes qu'il ne contenait plus en suffisante quantité pour qu'il recouvre les propriétés qui lui sont nécessaires pour exercer ce qu'on a appelé *la puissance médicatrice de la nature*, et maintenir l'économie dans un état physiologique normal, c'est-à-dire de bonne santé.

— M. Gautherin fils, médecin à Aouay-Saint-Serein, près Noyers (Yonne), adresse un mémoire sur les gastroentérites. (Comm. : MM. Louis, Grisolle et Gaultier de Claubry.)

L'Académie se forme en comité secret immédiatement après la correspondance et rentre en séance un quart d'heure après.

— M. Depaul continue la lecture de son rapport sur le travail de M. Maslieurat-Lagemard, ayant pour titre : Dix ans de pratique d'accouchement dans le département de la Creuse.

Plusieurs membres demandant la parole sur ce rapport, la discussion en est renvoyée à la séance prochaine.

— M. Bouchardat, au nom de la commission des remèdes secrets, lit un rapport sur l'application du décret du 3 mai 1850 au *lactucarium* et à l'*opium indigène* de M. Aubergier.

La lecture de ce rapport donne lieu à un commencement de discussion qui, en raison de l'importance du sujet, est également renvoyée à la séance prochaine.

— M. Huguier présente un jeune malade auquel il a pratiqué l'ablation de la moitié gauche du maxillaire inférieur atteint d'exostose.

Le point sur lequel M. Huguier appelle plus particulièrement l'attention de l'Académie par cette communication, c'est le procédé opératoire qu'il a mis en usage et l'heureux résultat qu'il en a obtenu. Il s'est contenté d'une seule incision horizontale qui, partant de la commissure labiale, a été prolongée jusqu'au-dessous du lobule de l'oreille. Cette incision ainsi faite a permis de ménager le nerf facial, sans que la désarticulation en ait été rendue plus difficile. Le résultat de ce procédé est de n'avoir qu'une cicatrice linéaire sans difformité très-apparente.

— M. Souplet (de Troyes) présente une jeune personne qui offre une difformité de l'arcade dentaire qu'il se propose de corriger à l'aide d'un appareil de son invention. Une commission, composée de MM. Bouvier, Grisolle et Ondet, examinera la malade avant et après l'application du traitement.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE. — T. XLV et XLVI. — Année 1851.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Études sur l'homme physique et moral, dans ses rapports avec le double mouvement de la terre.

L'influence du mouvement diurne et du mouvement annuel de la terre a été de tout temps, de la part des météorologistes et des médecins, l'objet d'études et de supputations qui ont conduit à des résultats du plus grand intérêt. Mais, faute d'une base fixe et d'une démonstration rigoureuse, les faits révélés par ce genre de recherches sont restés le plus souvent à l'état d'aperçus ou d'assertions plus ou moins vagues, et par conséquent peu susceptibles de servir à leur tour de point de départ, soit pour des re-

cherches nouvelles, soit pour des applications hygiéniques. La statistique, en donnant à ces faits le fondement qui leur manquait, vient leur imprimer une valeur et une signification toutes nouvelles.

M. Boudin a réuni dans ce travail les principaux résultats connus de la statistique appliquée à cet ordre de faits.

Quelques-uns des résultats qui sont consignés dans ce travail paraîtront de peu de valeur sans doute, si l'on tient compte de ce qu'il y a le plus souvent de purement fortuit dans leur production. Ainsi, que les naissances soient plus communes à telle heure de la journée qu'à telle autre heure, que le maximum et le minimum des décès oscillent entre telle heure ou telle autre, il serait fort difficile de trouver, dans l'influence des diverses périodes diurnes, une raison plausible et surtout une application ou une déduction quelconque de ce fait. On aura de la peine à admettre, par exemple, qu'il y ait une raison quelconque pour attribuer au mouvement diurne de la terre le choix que font les suicidés de *six à huit* heures du matin, pour mettre leur projet à exécution; et notez qu'il n'est spécialement question dans ce relevé que des suicides par suspension. Ce sont là des jeux de statisticiens plus propres à piquer la curiosité qu'à fournir des indications utiles à la science. Mais il n'en est pas de même de l'étude des rapports que peuvent offrir les variations dans le mouvement des naissances et de la mortalité, avec les diverses phases qui se lient au mouvement annuel de la terre autour du soleil, ainsi que de l'influence que ces phases annuelles peuvent exercer sur l'état physique et moral de l'homme.

Il n'est pas sans intérêt, par exemple, de connaître le rapport qui existe entre la proportion des conceptions et les divers mois de l'année. On connaît déjà les résultats des savantes recherches de M. Villermé sur ce sujet.

Une circonstance particulière a fourni à M. Boudin l'occasion de recueillir dans une excursion qu'il fit au delà des Alpes, en 1848, un document important, et qui jette un nouveau jour sur cette question : il s'agit d'un relevé résumant par sexe et par mois les naissances constatées dans une grande cité de l'Italie (Florence), pendant une période de quatre siècles, de 1451 à 1845. Il résulte de l'analyse de ce document : 1° que la proportionnalité des naissances des deux sexes n'a point varié dans le cours de quatre siècles ; 2° que les mois de juin, avril et mai, qui étaient vers le milieu du quinzième siècle les plus féconds, sont aujourd'hui encore les plus riches en conceptions; 3° que depuis la fin du quinzième siècle, le mois de septembre n'a pas cessé d'être un des mois les plus mal partagés sous ce rapport.

En comparant, à ce point de vue, Florence avec quelques autres villes ou États de l'Italie, M. Boudin a trouvé qu'à l'exception de Naples, les minima des conceptions coïncident partout avec le mois de septembre ; les maxima, au contraire, oscillent entre les mois de février et de juin. En France, les maxima se trouvent également dans les mois d'avril, mai et juin; les minima en septembre, octobre, novembre.

L'influence des saisons sur la mortalité ne saurait un instant rester douteuse pour personne. On a vu combien la mortalité différait pour Paris dans les différents mois de l'année, d'après les relevés de M. Tréhuchet, et avec quelle constante régularité les mêmes différences se reproduisent d'année en année. Le même résultat général se présente pour la France entière. Telle est, d'après les documents réunis par M. Boudin, l'inégalité de répartition des décès en France, que le maximum mensuel (mars) excède de 30,000 le minimum (novembre). En voyant figurer, parmi les plus chargés de décès, les mois de décembre, janvier, février, mars, et parmi les moins chargés, les mois de mai, juin, juillet, août, on ne peut méconnaître, malgré la situation de la France entre les isothermes de 15 et de 10 degrés centigrades, par conséquent dans la portion la plus tempérée de l'hémisphère boréal, l'influence du froid comme cause principale du plus grand nombre des décès.

Les mêmes recherches faites pour les pays situés au nord de la France, entre les isothermes de 10 et de 5 degrés, ont donné à peu près les mêmes résultats : dans le Danemark et dans le Schleswig, comme en France, c'est aux mois les plus froids que correspond la plus grande mortalité. Mais il n'en est pas de même pour les pays situés au sud. Ainsi, pour le Piémont, on voit bien la mortalité la plus forte coïncider avec les trois premiers mois de l'année; mais un autre maximum se manifeste en août. Quelque chose d'analogue a lieu pour Milan, Turin et Gênes.

Pour mieux faire ressortir l'influence de la température dans la répartition de la mortalité, M. Boudin a emprunté à une statistique des colonies anglaises un tableau de la température mensuelle et du nombre des décès causés par maladies aiguës, dans deux îles placées à peu près à égale distance de l'équateur, dans des conditions isothermes à peu près identiques, mais dont l'une appartient à l'hémisphère sud et l'autre à l'hémisphère nord. Ce tableau montre que, dans l'hémisphère nord, le maximum des décès est au mois d'août et le minimum en avril. Dans l'hémisphère sud, le maximum correspond au mois d'avril et le minimum est en août et septembre. Mais on devra remarquer ici que ces résultats, pris, non sur la population indigène, mais sur des troupes dépaysées et non acclimatées, n'ont pas, dans l'espèce, la valeur des documents précédents : il y a encore à tenir compte aussi des causes nombreuses de perturbation de la mortalité normale, telles que celles provenant de la *malaria* et des diverses épidémies qui ôtent en grande partie à ces résultats leur signification véritable.

Enfin l'observation démontre que, dans les pays situés au delà de la ligne isotherme de 17 degrés centigrades, c'est sous l'influence des chaleurs que se manifeste le maximum de la mortalité pour les Européens. Cette loi se prononce avec d'autant plus d'intensité que le pays est plus chaud et plus exposé à l'influence de la *malaria*.

M. Boudin a recherché quelle était l'influence des races sur les perturbations constatées dans l'action pathogénique des saisons; mais les documents dont il s'est servi pour élucider ce point ne sont pas évidemment suffisants pour légitimer une conclusion de quelque valeur.

Il est enfin une influence des évolutions annuelles du globe que la statistique avait déjà démontrée, et à laquelle les nouvelles recherches de M. Boudin viennent ajouter un supplément de démonstration : nous voulons parler de l'influence des saisons sur l'état intellectuel et moral de l'homme. M. Boudin a groupé dans un tableau la répartition mensuelle des aliénés, des suicides et des crimes contre les personnes et contre les propriétés. Il résulte de ce document : 1° que de 1826 à 1833 les admissions des aliénés à Charenton ont suivi une progression parallèle à l'accroissement mensuel de la température, et que leur nombre, en juin et en juillet, a été de 50 pour 100 plus élevé qu'en janvier ; 2° que de 1835 à 1846 le nombre des suicides s'est élevé et abaissé presque parallèlement à l'élévation et à l'abaissement du thermomètre, au point d'acquérir en juin un chiffre quotidien double de celui de janvier et de décembre; 3° que les crimes contre les propriétés augmentent en France avec le froid; et les crimes contre les personnes avec la chaleur.

Ces derniers résultats sont conformes à ce qu'apprennent les statistiques criminelles faites en France depuis un certain nombre d'années ; on trouve en effet, dans ce même recueil que nous analysons en ce moment (nº de janvier 1851), une note de M. Brunet (de Bordeaux), *sur les faits relatifs à la statistique ciminelle*, de laquelle il ressort que l'influence des saisons sur les crimes est on ne peut plus évidente et qu'elle se révèle toujours à peu près dans les mêmes proportions, qui ont été formulées en ces termes par l'auteur de l'ESSAI DE STATISTIQUE MORALE DE LA FRANCE, M. Guerry : « Le plus grand nombre des attentats contre les personnes est commis en été; c'est en hiver qu'il y en a le moins. Le printemps et l'automne en présentent un nombre à peu près égal.

» Les crimes contre les propriétés se présentent à peu près en ordre inverse des crimes contre les personnes. »

DE LA PROSTITUTION CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE. — DES MESURES ADMINISTRATIVES À PRENDRE DANS LE BUT D'EMPÊCHER LA PROPAGATION DES MALADIES VÉNÉRIENNES.

L'extinction de la syphilis doit-elle être rangée au nombre de ces utopies que de généreux esprits se plaisent à donner en pâture à leur imagination, mais dont on s'efforcerait en vain de poursuivre la réalisation? Faut-il borner tout espoir à la voir perdre insensiblement de son acuité primitive, tout en continuant de prélever le même tribut sur les populations de nos villes? Quelle que soit la solution que l'avenir réserve à cette question, dussent tous les efforts combinés de l'hygiène et de la surveillance administrative n'avoir, en définitive, d'autre résultat que d'atténuer le mal, que de restreindre de jour en jour le nombre de ces affections consécutives qu'entretiennent et propagent trop souvent encore la négligence ou la fausse honte, qu'on ne saurait encore trop encourager à poursuivre et à étendre de plus en plus cette salutaire et bienfaisante surveillance. L'expérience s'est d'ailleurs assez hautement prononcée déjà entre le système de restriction et de flétrissure, qu'une morale trop sévère a vainement tenté jadis d'opposer à la propagation du mal, et les mesures à la fois plus sûres et plus philanthropiques adoptées de nos jours, pour qu'il ne puisse plus rester de doute à cet égard dans l'esprit de personne. Si un exemple était encore nécessaire, nous le trouverions dans le contraste frappant de ce qui se passe dans deux pays voisins : l'Angleterre où les traditions administratives paraissent encore empreintes sur ce point du rigorisme des derniers siècles, et la Belgique qui a pris l'initiative des réformes les plus radicales et les plus complètes. Nous trouvons, en effet, dans un Mémoire de M. Acton, sur la prostitution en Angleterre, des données qui peuvent parfaitement servir à cet égard de terme de comparaison.

D'après M. Acton la syphilis ne serait ni moins commune, ni moins intense aujourd'hui, qu'elle l'était au seizième siècle. Il résulte d'une statistique des affections vénériennes dans l'armée et dans la marine anglaise, comprenant une période de sept ans, que 1 homme sur 5 environ, ou plus exactement 181 sur 1,000 dans l'armée de terre, sont atteints de la maladie; la marine royale en fournit en moyenne 1 sur 7. Dans la marine

marchande, la proportion est d'un tiers sur le nombre des malades admis dans les hôpitaux. Dans l'hôpital Saint-Barthélemy, la moitié du service chirurgical est occupé par des vénériens. Il serait difficile, faute d'une statistique comparative, de juger par ce résultat, si, comme l'assure l'auteur, la syphilis est ou non aussi répandue aujourd'hui qu'il y a deux et trois siècles; mais ce qu'on peut affirmer d'après ces chiffres, c'est que la proportion des sujets syphilitiques dans l'armée anglaise dépasse manifestement et de beaucoup ce que l'on observe en France et surtout en Belgique. Si l'on suppute pour chacun des individus atteints de ce mal la durée de l'incapacité de service qui en résulte à un mois en moyenne (le séjour moyen à l'hôpital est évalué à six semaines dans l'armée anglaise), on a la mesure du préjudice énorme qui résulte de cet état de choses pour le service et pour le trésor public. Mais ce n'est pas tout. On peut juger déjà par ces chiffres de ce que doit être la proportion des syphilitiques dans la population civile, quelle doit être l'intensité du foyer qui alimente incessamment cette contagion et le danger pour la société tout entière de ces nombreux éléments d'infection incessamment rejetés et disséminés au sein des grands centres de population. Mais il est encore une autre cause qui tend à accroître sans cesse la propagation indéfinie du mal, et celle-ci est sans contredit la plus active, la plus irrémédiable peut-être dans l'état actuel des choses en Angleterre, c'est le renouvellement incessant qui s'opère à Londres dans la classe des prostituées qui, après trois ou quatre années d'exercice de leur triste profession, rentrent pour la plupart dans la vie commune, sans qu'aucun moyen de surveillance puisse garantir la société contre les conséquences de ce mouvement de va-et-vient de cette promiscuité de tous les jours entre les diverses classes suspectes et les classes honnêtes de la société. Or quelles sont les causes de cet état de choses en Angleterre? Ce sont, d'une part, les rigueurs excessives des administrations hospitalières de Londres qui excluent en grande partie les sujets syphilitiques des secours et des soins dus à tous les malades; c'est, d'une autre part, le défaut de surveillance suffisante à l'égard des prostituées, que le respect exagéré de la liberté individuelle abandonne au seuil de la maison de tolérance.

En faut-il davantage pour justifier la sollicitude qu'un pareil état de choses a inspiré dans d'autres pays aux administrateurs et aux médecins? Que l'on compare avec la situation sanitaire de l'armée anglaise que M. Acton vient de nous faire connaître, celle de l'armée belge, où, en 1846, d'après le rapport de M. Vleminckx, que la GAZETTE MÉDICALE a fait connaître à cette époque, il n'y avait pas plus de 130 vénériens sur un effectif de 25 à 30 mille hommes, et on trouvera en même temps dans ce parallèle la raison de cette énorme différence et le remède à apporter au mal signalé par le médecin anglais.

Quant à ce qui concerne la prostitution, sur laquelle le mémoire de M. Acton révèle des faits curieux et du plus grand intérêt, la question est également jugé. Triste nécessité, mais nécessité démontrée par les résultats de la malheureuse expérience qu'en a faite récemment l'administration de Berlin, la prostitution, loin de constituer, sous le rapport sanitaire, un danger pour la société, deviendra en quelque sorte, grâce à une sage prophylaxie, une garantie nouvelle, en donnant à l'autorité, aidée par les secours de l'art, le moyen de poursuivre le mal jusque dans ses derniers retranchements.

Nous ne saurions mieux faire, pour terminer ce sujet, que de renvoyer M. Acton à la note de M. de Sandouville, insérée dans le même fascicule, et où est exposé un système de mesures prophylactiques qu'on ne saurait trop recommander à l'attention de l'administration et de tous les hommes qui s'intéressent à cette grave question.

H. BROCHIN.

VARIÉTÉS.

— Dans le dernier comité secret de l'Académie de médecine, M. le docteur Gonnean a été nommé membre associé de la compagnie.

— Les juges du concours qui va avoir lieu à la Faculté de médecine pour l'agrégation en chirurgie et en accouchements sont, aux termes du règlement, MM. les professeurs Paul Dubois, Langier, Nélaton, Gerdy et Gloquet; suppleants, MM. Malgaigne et Moreau.

Les agrégés désignés par la Faculté pour siéger dans ce concours sont : 1° MM. Gosselin, Gazeaux et Voillemier, suppléant; 2° MM. Depaul, Jarjavay et Richet, suppléant. Les trois juges seront choisis par le ministre sur ces six noms.

Parmi les juges professeurs, MM. P. Dubois et Moreau ne pouvant siéger par suite de leur parenté avec des compétiteurs. M. Malgaigne deviendra juge, et il y aura lieu de nommer deux nouveaux suppléants.

— La place de chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Montpellier étant devenue de nouveau vacante, par suite de la démission de M. Galtier, MM. les docteurs en médecine qui désireraient être présentés comme candidats, sont invités à remettre leurs titres à la Faculté le plus promptement possible.

— La place de chef de clinique chirurgicale est également vacante dans la Faculté de Montpellier : il y sera pourvu par la voie du concours parmi les élèves.

Ce concours devra avoir lieu dans deux semaines.

— La Faculté de médecine de Montpellier va s'occuper de la formation d'une liste de candidats pour la chaire d'anatomie vacante dans son sein; les docteurs en médecine qui voudraient y etre portes sont invités à envoyer leurs demandes et leurs titres au doyen de la Faculté, avant le 7 mars prochain.

— Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Lanthonnet, chirurgien sous aide, attaché à la pharmacie centrale des hôpitaux militaires, à Paris; Lelouis, médecin-major de deuxième classe au 35e de ligne.

— M. Gremaud, chirurgien aide-major en non-activité par retrait d'emploi, a été nommé à un emploi de chirurgien aide-major de 2e classe, en remplacement de M. Delahaye, promu à la 1re classe.

— L'administration des hospices civils de Nantes a procédé vendredi à la nomination de médecins et chirurgiens suppléants. Dix-huit médecins pour trois places vacantes, et deux chirurgiens pour deux admissions, avaient répondu à l'appel publié dans les journaux.

Les médecins nommés sont : MM. les docteurs de Rostaing de Rivas, Papin de la Clergerie et Villeneuve, et les chirurgiens : MM. Le Teneur et Chenantais.

— L'Académie de médecine est autorisée à accepter la donation qui lui est faite par M. Nadan, demeurant à Tonneins, d'une somme de 3,000 fr., pour être donnée en prix, dans le cours de l'année 1853, aux médecins et professeurs qui auront fait le meilleur cours d'hygiène en vingt-cinq leçons, conformément au programme arrêté par l'Académie.

— La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles vient d'éprouver une perte cruelle : son président, M. Nollet, a succombé le 11 janvier à la suite d'une longue et pénible maladie. Nollet était professeur de physique à l'École militaire, membre et secrétaire du comité consultatif pour les affaires industrielles, et membre du conseil central de salubrité. Il avait été professeur de physique à l'Université; il avait dû quitter cette place, le gouvernement l'ayant déclaré incompatible avec celle de professeur à l'École militaire. Savant aussi distingué que modeste, sa vie s'est passée en travaux et en recherches scientifiques qui ont fini par le conduire au tombeau.

Les funérailles de Nollet ont eu lieu le 13 janvier, en présence de ses élèves et anciens élèves, et de ses nombreux amis, qui tous le regretteront longtemps.

Deux discours ont été prononcés sur sa tombe, l'un par M. le docteur Dannerie, au nom de la Société des sciences médicales et naturelles et du conseil de salubrité; l'autre par M. de Villers, professeur à l'École militaire.

— Les sciences viennent de faire une grande perte, au muséum d'histoire naturelle, par la mort subite de M. Laurillard, garde du cabinet d'anatomie comparée. Sa vie a été constamment liée de la manière la plus étroite à celle de Georges Cuvier, dont il était le dessinateur, le secrétaire et l'aide particulier. L'immense travail des recherches sur les ossements fossiles est rempli de planches dues au crayon de M. Laurillard. Un autre ouvrage de Cuvier, sa grande ANATOMIE COMPARÉE, auquel M. Laurillard a coopéré par ses dissections et par ses dessins, et dont l'illustre anatomiste lui a confié en mourant la publication, montre surabondamment combien sa vie scientifique a été liée à celle de Georges Cuvier. Laurillard était né le 21 janvier 1783, à Montbéliard, comme Georges et Frédéric Cuvier.

— M. Ch. Billardet, docteur-médecin en chef de l'hôpital de Beanne, chevalier de la Légion d'honneur, est décédé à Beanne le 29 janvier dernier, dans sa 83e année.

— On écrit de Nîmes, 15 février :

« M. Jean-François Grit, docteur en médecine, ancien chirurgien-major de la garde impériale, chevalier de la Légion d'honneur et du mérite militaire, est décédé hier à Nîmes, à l'âge de 78 ans. »

— Nous apprenons la mort du docteur Georges Grégory (de Londres), qui a succombé le 25 janvier dernier. M. Grégory s'est surtout fait connaître par un ouvrage sur la théorie et la pratique de la médecine, ouvrage très-répandu et qui était parvenu à sa 6e édition.

— On lit dans la PRESSE qu'un négociant, âgé de 23 ans, ayant voulu se faire opérer d'une loupe siégeant à la partie inférieure de la joue gauche, a été soumis à deux reprises à l'influence du chloroforme, et qu'il a succombé immédiatement à la seconde inhalation. Nous n'avons pas jusqu'ici d'autres détails sur cet événement malheureux.

— On écrit de Saint-Pétersbourg, 4 février :

« Le 2 février au matin il y avait 405 malades en traitement atteints du choléra. Dans la journée, on a compté 20 nouveaux cas, 26 guérisons et 13 décès; restaient 386 malades. »

— Le choléra et la petite vérole règnent à Breslau. 5,000 enfants sont atteints de la dernière de ces deux maladies. Quant au choléra, il fait 5 ou 6 victimes par jour sur 9 ou 10 cas.

— La fièvre typhoïde qui a sévi avec beaucoup de rigueur à Algrange (Moselle), où elle a fait un assez grand nombre de victimes, commence à se ralentir de sa violence.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CONSTITUTION MÉDICALE.

QUELQUES MOTS SUR L'ÉTUDE DES CONSTITUTIONS MÉDICALES ET SUR LA CONSTITUTION MÉDICALE RÉGNANTE.

L'idée première que les maladies trouvent leurs causes dans les saisons, dans les variations atmosphériques et climatériques et qu'elles sont en quelque sorte sous la dépendance des mêmes lois que celles qui gouvernent un grand nombre de phénomènes physiologiques, cette idée, qui a eu cours pendant si longtemps, représente la première phase de l'étude des constitutions médicales. Cette période historique arrive jusqu'à nos jours, et comme toute doctrine qui a régné longtemps, celle-ci subsiste parce qu'on n'a point de doctrine nouvelle à lui opposer. Au fond elle contient de grandes vérités, mais elle est entachée d'erreurs, d'inexactitudes, et aucun de ses partisans exclusifs n'a eu la force de l'établir sur les bases solides de la statistique. Quand le diagnostic des maladies s'est perfectionné, quand des unités morbides nouvelles se sont introduites dans la science et ont été reconnues et classées dans la pratique, quand l'étude des épidémies et des constitutions médicales a porté, non plus sur quelques caractères généraux difficilement appréciables, sur l'existence de quelques symptômes ou épiphénomènes, mais sur les lésions organiques indiquées par l'ouverture des corps et par l'étude approfondie des symptômes; alors on a entrevu la possibilité d'étudier d'une manière plus précise les maladies épidémiques et les constitutions médicales. — Ce premier pas ne suffisait point cependant, et cela pour deux motifs : dans les localités un peu considérables et dans les grandes villes surtout, les maladies observées dans un hôpital ou dans une pratique particulière ne sont pas toujours l'expression fidèle des maladies régnantes; ensuite il y a beaucoup d'états morbides légers qui, bien qu'ils ne donnent pas lieu à des décès, n'en constituent pas moins dans certaines circonstances le caractère le plus saillant de certains règnes épidémiques. Ainsi, d'une part, difficulté de faire isolément l'histoire des constitutions médicales, d'autre part, insuffisance des documents statistiques sur le genre des décès recueillis aujourd'hui dans un grand nombre de localités par les soins de l'administration municipale. L'étude des épidémies et la solution de toutes les questions qui s'y rattachent ne sera possible que lorsqu'elle sera faite en commun et simultanément par un grand nombre d'observateurs. Je ne saurais mieux comparer ces recherches, pour la manière dont elles doivent être ordonnées, qu'à celles qui ont servi à fixer les variations de la boussole, si essentielles à connaître aux navigateurs ou à déterminer la théorie des tempêtes. On ne serait jamais arrivé à cet égard à une solution précise, si on n'avait pas disposé des documents recueillis simultanément dans un grand nombre de points du globe. L'Angleterre, à qui nous avons donné l'exemple des statistiques de mortalité et qui nous a dépassé dans cette voie par ses comptes rendus hebdomadaires, ses revues trimestrielles et ses rapports annuels sur les naissances et les décès, l'Angleterre, en facilitant il y a quelques années la création d'une société épidémiologique, vient de répondre à un besoin de notre époque; et je ne doute point qu'un jour nos Académies, devenues le centre où convergeront un grand nombre de documents relatifs à l'étude des constitutions médicales, ne sentent la nécessité de former une section chargée de l'examen de toutes les questions afférentes à cet ordre de recherches. Le gouvernement, le pays et la science y gagneraient beaucoup.

Je reprendrai peut-être plus tard cette question, et j'essayerai d'en montrer toute l'importance, même au point de vue de la pathologie, en faisant voir que l'étude analytique des maladies a besoin, pour être complète, de la connaissance approfondie des épidémies. Je me hâte aujourd'hui de donner un aperçu des maladies régnantes.

La fièvre typhoïde, sous une forme qui n'est pas commune, se montre en grand nombre dans les hôpitaux et hospices civils, dans les hôpitaux militaires et dans la population civile. La mortalité de cette affection, sans être extrême, comme quelques personnes ont semblé le croire, dépasse cependant le chiffre ordinaire, et à cet égard il y a de grandes variations, suivant les hôpitaux et les provenances des malades. Dans quelques autopsies dont nous avons été témoin, les plaques gauffrées étaient très-saillantes dès le sixième ou le septième jour de la maladie, et les follicules isolés étaient aussi affectés; leur volume et leur nombre étaient considérables. Par contre, l'exanthème cutané se montrait rarement sous forme de pétéchies ou de taches lenticulaires. Nous avons vu des cas où la diarrhée dominait au début avec une intensité inquiétante; d'autres fois un ictère léger et fugace et des vomissements bilieux incessants ouvraient la scène. L'adynamie, la stupeur, le délire, étaient les trois caractères dominants dans les cas graves. La mort arrivait promptement, souvent du sixième au dixième jour.

Au début, en janvier et dans les premiers jours de février, la maladie se compliquait généralement de bronchite, quelquefois de pneumonie, et constituait ainsi ce que des auteurs ont appelé la forme pectorale, qu'il est fréquent de voir revêtir à la fièvre typhoïde de nos climats. Du reste, nulle part on n'a constaté cette absence de lésion intestinale, et cette gravité extrême qui caractérisent le typhus.

A côté de ce fait, qui a un intérêt d'actualité, et qui probablement tient à des influences locales d'habitation, d'encombrement, d'insalubrité, on peut en grouper quelques autres qui ont été observés sur une plus grande échelle, et qui, à notre sens, ont une importance bien plus considérable. Je parlerai d'abord des diarrhées et des dyssenteries qui ont régné à Paris en grand nombre, dans la dernière quinzaine de décembre et au commencement de janvier, affections bénignes qui guérissaient au bout de quelques jours de traitement. On pourrait y rattacher les quelques cas de choléra sporadique qui ont été observés à l'Hôtel-Dieu. Ensuite viennent les maladies éruptives, et en première ligne la petite vérole. Cette dernière affection, sans se montrer très-intense, a cependant envahi depuis deux ans un certain nombre de localités d'une manière épidémique, et elle est loin de disparaître complétement. En Angleterre, elle a sévi avec des caractères très-graves (confluence, hémorrhagie), au commencement de 1852, et actuellement encore dans le pays de Galles et aux environs de Bristol, elle fait de nombreuses victimes.

J'emprunte au Registrar general les chiffres suivants, qui indiquent la mortalité de l'affection à Londres en 1852. De 1840 à 1851, la moyenne des morts de variole était de 891 par an; dans le dernier trimestre de 1851, on compta 339 décès, ce qui donne une moyenne annuelle de 1,356; dans le premier trimestre de 1852, 389 morts, moyenne annuelle de 1,556; dans le second trimestre, 472, moyenne annuelle 1,888; dans le troisième trimestre, 221, moyenne, 884; dans le quatrième trimestre, 74, moyenne, 296. Ce dernier chiffre, notablement inférieur à la moyenne normale (891), indique suffisamment l'épuisement de la cause ou la cessation de l'action

---

Feuilleton.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — RÉDUCTION DU PERSONNEL ACADÉMIQUE; ÉLECTION DE NOUVEAUX ASSOCIÉS.

Il est pour les corps savants, comme pour les individus, une époque de virilité, où ils ont acquis la force, l'autorité, toute la valeur en un mot dont ils sont susceptibles; époque de lustre et de splendeur pour les uns, de fortune et de gloire pour les autres; qui devient pour tous les deux l'ère des réformes dans les relations et les habitudes; qui leur commande également la mesure, la circonspection et la dignité; qui les conduit à se régulariser; qui fait peser sur leur moindre démarche le souci d'une réputation à conserver bien plus que l'ambition d'une renommée à conquérir. C'est à ce point de sa carrière que semble être arrivée l'Académie de médecine. D'un commerce facile, accessible à tout le monde, tant qu'elle s'est sentie en marche vers le succès; plus difficile, plus réservée, à mesure qu'elle a vu de plus près le but, elle semble toucher aujourd'hui à cette période d'état, si l'on peut s'exprimer ainsi, d'où l'on peut s'arrêter et d'où l'on peut jeter un regard en arrière pour mesurer le chemin parcouru, et dominer en quelque façon tout ce qui vient à vous. C'est là sans doute le propre de toutes les fortunes accomplies; et l'Académie de médecine, pour être une agglomération d'esprits d'élite, n'en subit pas moins cette loi de transformation des individus. Ces réflexions, dont l'expérience garantit la justesse, nous ont été suggérées par l'espèce de travail intestin que médite en ce moment cette compagnie savante. Peu soucieuse jusqu'alors du nombre et nous oserions dire du choix de ses commensaux, elle songe à une régularisation générale de son système et de ses agrégations. Composée aujourd'hui de plus de 120 membres, elle ne se contente plus d'attendre que les extinctions la réduisent au chiffre autorisé de 100, elle rêve au moyen d'obtenir encore une réduction plus grande, qui ferait descendre ce chiffre à 60; comme si elle voulait assurer à chacun des siens une double part de la considération qui se répartit aujourd'hui entre un nombre presque deux fois plus grand. Ce n'est pas tout. Elle avait compté jusqu'à ce jour, sans s'en apercevoir, près de 500 correspondants nationaux et étrangers, dont l'accession s'était opérée sans trop de sévérité dans l'exhibition des titres; elle ne serait pas éloignée de réduire ce nombre de moitié ou des deux tiers, toujours par la voie des extinctions bien entendu. Enfin, il n'est pas jusqu'à la classe des associés régnicoles ou étrangers, qui sont au dehors l'équivalent des membres résidants, dont le chiffre, au moins en ce qui concerne les régnicoles, serait réduit ou maintenu à un taux inférieur au taux fixé par l'ordonnance de constitution. Toutes ces mesures attestent bien les préoccupations d'une fortune accomplie, qui cherche à se régulariser en toute chose. Mais en fin de compte, la science aussi bien que le savant en retireront leur part de bénéfice. Des récompenses plus difficiles et plus élevées ne peuvent qu'accroître l'émulation de l'un et concourir à la plus grande glorification de l'autre. C'est ce

morbifique. A propos d'épidémies varioliques, il n'est peut-être pas sans intérêt de rapporter ici que, peu de temps avant l'apparition de ces épidémies en Europe, la variole se montra de 1849 à 1850, au Bengale, sur les naturels du pays, avec une gravité telle que, sur un total de 9,530 décès, il y eut, à Calcutta, 4,467 décès par suite de variole, ce qui fait un peu moins de la moitié du chiffre des morts. C'est l'année suivante, c'est-à-dire en 1851, que les épidémies varioliques se sont montrées en Europe, la maladie se développant pour ainsi dire de l'est à l'ouest, comme le choléra.

Les autres affections éruptives, scarlatine, rougeole, se sont montrées fréquemment. La rougeole qui règne actuellement à Paris revêt le même caractère de bénignité à Londres, où elle attaque les enfants en grand nombre. La scarlatine, plus rare chez nous, a suivi à Londres une marche curieuse, si on la compare à celle de la petite vérole, dont nous avons donné les chiffres ci-dessus : la moyenne des morts par scarlatine, à Londres, étant 1,794, le premier trimestre de 1852 a donné 366 décès, moyenne annuelle 1,464 ; le deuxième trimestre 563, moyenne 2,252 ; le troisième trimestre 668, moyenne 2,672 ; le quatrième trimestre 952, moyenne 3,808. Ces nombres, que nous empruntons au journal de Cormack, prouvent que la scarlatine a suivi là une marche tout à fait inverse à celle de la petite vérole.

Enfin, à côté de cette tendance générale aux maladies éruptives, je rappellerai ces affections furonculeuses, ces panaris dont j'ai décrit dans ce journal l'épidémie régnante en France et en Angleterre l'année dernière, afin de signaler la persistance de ces maladies en 1853. Je noterai spécialement encore l'état adynamique qui les complique, les bulles assez volumineuses qui surmontent les furoncles au début, l'étendue de l'escarre, et un certain nombre de cas de charbon et de pemphygus aigu.

THOLOZAN.

PATHOGÉNIE.

DES KYSTES DERMOÏDES ET DE L'HÉTÉROTOPIE PLASTIQUE EN GÉNÉRAL ; communiqué à la Société de biologie en août 1852, par M. le docteur LEBERT.

(Suite. — Voir le nos 46, 51 et 52 de 1852.)

DEUXIÈME PARTIE.

DES KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE.

S'il est certain que les kystes dermoïdes sont plus fréquents dans la glande ovarienne que dans d'autres parties du corps, nous espérons cependant avoir démontré que cet organe est bien loin d'avoir le privilége exclusif de ces sortes de formations. Nous avons réuni un très-grand nombre de faits de kystes dermoïdes anciens, puisés dans divers auteurs, dans les catalogues des musées et dans le domaine de nos propres études. Nous nous sommes imposé la tâche d'être ainsi à même de faire à la fois l'histoire anatomique et clinique et d'établir la pathogénie de ces productions curieuses. Nous avons pu rassembler 129 faits, pour la majeure partie desquels nous avons pu consulter les sources originales, et nous avons réuni, à la fin de ce travail, une bibliographie étendue de toutes ces affections.

Le mémoire de Meckel (1) sur le développement anormal des poils et des dents, publié en 1815, nous a été utile pour remonter aux sources anciennes sur cette matière, et nous nous sommes applaudi de ne pas nous contenter de l'érudition de cet illustre anatomiste, vu que sur plusieurs points nous avons dû rectifier sa bibliographie. Le TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de Voigtel (2) nous a également fourni des indications précieuses. Parmi les travaux récents que nous avons pu nous procurer, la thèse de Stablberg (3) sur le développement des poils et des dents dans l'ovaire, publiée à Greifswalde, en Poméranie, en 1842, nous a fourni quelques bons renseignements. Il va sans dire que nous avons étendu beaucoup plus loin nos recherches bibliographiques, et les divers recueils périodiques, entre autres, nous ont fourni un riche contingent. Nous avons également consulté avec fruit divers catalogues de musées d'anatomie pathologique d'Europe, et celui de Boston, en Amérique. Le travail de M. Rayer (4) sur la pilimiction nous a été précieux pour les cas de communication de ces tumeurs ovariennes avec la vessie. J'ai pu enfin réunir moi-même 8 observations, dont 5 se rapportent à des pièces conservées au musée Dupuytren, que M. Houel a bien voulu mettre à ma disposition avec beaucoup d'obligeance.

Il n'est pas toujours facile de décider si les kystes dermoïdes de la région ovarienne appartiennent en propre à l'ovaire, ou s'ils sont constitués par des produits en tous points nouveaux, J'ai trouvé parfois ces kystes attachés à sa surface par un pédicule si peu étendu qu'il m'est resté des doutes sur leur origine, et je pense qu'il faut admettre dans l'ovaire et autour de l'ovaire aussi bien l'origine autogène de ces kystes que celle par une simple transformation d'un follicule grafien.

De bonne heure les opinions des auteurs ont été divisées sur la prédilection de l'ovaire droit pour ces sortes de tumeurs. Niée par Morgagni, elle a été admise et solidement établie par Meckel, qui a trouvé sur 33 cas 17 fois le siége dans l'ovaire droit, 7 fois dans le gauche, 3 fois dans les deux, tandis que 9 fois le côté était indéterminé ; mais dans ce relevé, Meckel n'a analysé que les kystes dentifères, ce qui ne lui donne qu'une valeur bien restreinte. Voici ce que nos analyses nous ont appris à ce sujet.

Nous laissons de côté les cas dans lesquels le siége n'a point été déterminé, et il nous reste encore 64 faits sur lesquels 39 fois l'ovaire droit en a été le siége, 19 fois l'ovaire gauche, et 6 fois les deux ovaires en même temps. Ce qui établit, en effet, une prédilection dans l'ovaire droit, dans lequel les kystes dermoïdes sont deux fois plus fréquents que dans le gauche. J'attache une grande importance aux six cas dans lesquels les deux ovaires portaient à la fois de ces tumeurs, parce que c'est un des arguments des plus forts contre l'origine de ces productions par inclusion fœtale. Sous ce dernier rapport, ainsi que pour la pathogénie de ces kystes en général, il n'est pas moins important de constater les altérations concomitantes

(1) Meckel, ARCHIV. FUR PHYSIOLOGIE. Halle, 1815, p. 519.

(2) Voigtel, HANDBUCH DER PATHOL. ANAT. Halle, t. III, p. 543. 1805,

(3) Stahlberg, DE PILORUM ET DENTIUM FORMATIONE IN OVARIIS. Gryphiæ, 1842.

(4) Rayer, MÉMOIRE SUR LE TRICHIASIS DES VOIES URINAIRES. Mémoire de la Soc. de biologie, t. II. 1850.

qu'a très-bien exprimé, par l'organe de son rapporteur, M. Bégin, la commission chargée de présenter une liste de candidats aux places d'associés actuellement vacantes. Si l'on s'inspire exclusivement du sentiment d'utilité générale qu'elle a cherché à faire prévaloir, nul doute que ces réformes, étendues à toutes les catégories de l'effectif académique, n'aient une foule de bons résultats. Mais il ne suffit pas de les indiquer, il faut pouvoir en assurer l'exécution ; c'est encore ce qu'a fait la commission en provoquant un ensemble de mesures propres à éclairer la marche de ce travail. Si par convenance académique nous croyons devoir nous abstenir de discuter ces mesures, qui n'ont encore été exposées qu'en comité secret, nous pouvons au moins nous occuper des notabilités dont le choix va être soumis aux suffrages de la compagnie. C'est notre droit, comme c'est le droit de tous. Disons deux mots d'abord des principes d'après lesquels ce choix paraît avoir été dirigé.

Des 7 noms qui ont été portés sur la liste, 5 appartiennent déjà à l'Académie à titre de correspondants ; 2 lui sont actuellement étrangers. Mais la commission « a pensé que quelques hommes d'élite, très-élevés dans l'opinion publique » de leur pays et considérables par les services qu'ils ont rendus, devaient, » quoique étrangers jusqu'à ce jour à l'Académie, être admis à franchir le » premier échelon de la hiérarchie pour arriver d'emblée à celui que leur » assignent leurs titres, leur âge, leur position. » On ne saurait trop applaudir à la sagesse de cette disposition ; et si quelque chose peut consoler de la légèreté avec laquelle certains esprits tentent d'improviser le bouleversement de ce que des hommes sages et éclairés ont profondément mûri et résolu, c'est ce sentiment de noble équité, qui sait élever les règles à la hauteur des circonstances. Cette formule d'appréciation si laconique et si juste de la commission pourrait donner lieu a d'utiles commentaires. Ce seraient autant de leçons à l'usage de ceux qui ne se font pas faute de réduire tous les genres de mérites à celui qu'ils comprennent : oubliant ce mot si juste et si profond d'un philosophe contemporain : « La gloire n'a jamais tort, il suffit d'en rechercher les titres. » —Mais il y a des gens qui ne se donnent pas tant de peine. Arrivons donc à la liste présentée par la commission.

Cette liste, aux termes du réglement, doit comprendre trois candidats pour chaque place : pour sept places à pourvoir, vingt et un candidats. Cependant la commission, voulant épargner à l'Académie des tâtonnements et des incertitudes, a d'abord placé sept noms en tête, comme ceux auxquels elle a reconnu le plus de titres et de droits, et elle a formé une liste supplémentaire de quatorze autres noms, appartenant également à des hommes célèbres par leur position et les services rendus à la science. On conçoit toute la difficulté qu'a dû éprouver la commission à se résoudre pour tel nom plutôt que pour tel autre. Quand il faut choisir parmi des gens d'élite, tous entourés du prestige de l'estime publique et de la célébrité, les motifs de préférence sont difficiles et délicats à donner. Quelque motivée, quelque juste que soit la préférence du juge, il réunira difficilement l'assentiment de tous. Celui-ci s'est distingué dans une voie que vous préférez ; celui-là a fait une découverte qui touche de plus près à vos travaux ; un autre a une plus grande notoriété. Vous connaissez mieux un dernier, et vous êtes surtout frappé, indépendamment des services rendus et des titres acquis, de la valeur, de l'élévation de l'esprit et du caractère qui le distinguent. C'est donc là un triage qui commande autant la cir-

de l'un ou des deux ovaires par rapport aux diverses formes de kystes. Nous arrivons surtout à ce résultat imprévu, non signalé jusqu'à ce jour, que, dans un bon nombre de ces cas, 15 fois en tout, une disposition générale à l'altération kystense existait dans l'ovaire, et la même glande contenait ainsi simultanément des kystes de nature bien différente, séreux, gélatineux, graisseux, pili-graisseux, pili-osseux, pili-dentaires. On peut tirer de ce fait la conclusion toute naturelle que les kystes dermoïdes, bien que formant un groupe à part, rentrent cependant dans les circonstances et les lois générales qui président aux diverses formations kysteuses de l'ovaire.

Aux 15 cas de kystes variés dans le même ovaire, nous pourrions encore en ajouter 2 autres de kystes de nature diverse trouvés dans les deux ovaires : l'un appartient à Young (1), qui a trouvé l'ovaire gauche atteint d'une hydropisie colloïde, tandis que le droit était le siége d'un kyste pili-dentaire, et moi-même j'ai observé un fait de kystes multiples dans les deux ovaires, constituant une simple hydropisie dans l'un, tandis que dans l'autre il y avait à la fois un kyste graisseux, un kyste pili-graisseux et plusieurs kystes séreux. Nous pouvons donc dès à présent formuler ce résultat de nos analyses : que les kystes dermoïdes et les kystes colloïdes des ovaires ont entre eux une grande affinité de formation, et qu'en outre des kystes primitivement dermoïdes peuvent également devenir hydropiques par la suite. Nous en avons trouvé des exemples dans les anciennes observations de Schacher (2) et de Fabrice de Hilden (3), et ce fait est aujourd'hui bien démontré par un grand nombre de cas sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Nous allons citer très en abrégé quelques exemples de la variété de ces divers kystes dans le même ovaire. Dans le cas de Kohlrausch (4), l'ovaire avait de très-grandes dimensions et renfermait de nombreux kystes, à parois minces et à contenu gélatiniforme ; plusieurs de ces kystes renfermaient de la graisse et des poils, ou ces deux substances avec des dents. L'organisation dermoïde était très-complexe dans plusieurs. Dans la célèbre observation de Autenrieth (5), qui a trouvé plus de trois cents dents dans un ovaire, cet organe pesait 20 livres, et renfermait des kystes très-nombreux qui contenaient du sérum plus ou moins mêlé de sang, ou une matière soifense, ou une substance muqueuse et gélatiniforme, et enfin, dans bon nombre de kystes, des dents d'âge et de formes différents. Dans l'observation de Cleghorn (6), l'ovaire renfermait également des poches nombreuses à contenu divers, gélatineux, graisseux ; d'autres renfermant graisse et poils ; d'autres contenant des os, et d'autres enfin des os et des dents. Dans l'observation de Meckel (7), le kyste principal d'un ovaire renfermait des poils, de la graisse, de l'os et des dents ; il y avait en outre trois autres poches, dont l'une à contenu gélatineux, et deux autres renfermaient des fragments osseux, adhérents. Un de ces kystes avait encore deux kystes collatéraux gélatineux. Kiewisch (8) rapporte le fait d'un ovaire qui renfermait des kystes très-nombreux, dont un seul était pili-graisseux et dentaire. Il nous serait facile de multiplier encore l'énumération de ces faits ; mais nous espérons avoir déjà démontré combien il est plus rationnel de rapprocher nos kystes dermoïdes des autres maladies de l'ovaire, que de vouloir y reconnaître une connexion avec l'inclusion ou avec la grossesse ovarique. Nous citerons enfin comme altération concomitante le fait de Cruveilhier (1), qui a trouvé une partie de l'ovaire occupée par un kyste dermoïde, tandis qu'une autre partie présentait l'altération aréolaire et gélatiniforme du colloïde commençant. Millmann Coley (2) enfin a trouvé une partie d'un ovaire dermoïde atteinte d'une dégénération squirrheuse.

La forme des tumeurs dermoïdes de l'ovaire est ordinairement arrondie, sphéroïde ou ovoïde, ou irrégulièrement bosselée, surtout si l'ovaire est multiloculaire. Lorsque la tumeur devient volumineuse, elle peut offrir des étranglements, des dépressions et des altérations de forme qui sont tantôt le résultat des adhérences qu'elle a contractées avec les organes voisins, tantôt celui des obstacles que des parties osseuses ont opposés à leur libre développement.

Le volume et le poids paraissent au premier abord très-variables ; toutefois les diverses phases de développement y produisent des modifications. Nous possédons des notes détaillées sur le volume pour 52 des faits observés, dont voici l'analyse.

Lorsque la tumeur suit son développement naturel, nous l'avons vue quelquefois rester stationnaire au volume d'une noix ou d'un œuf de pigeon, et le plus souvent atteindre celui d'un œuf de poule, d'oie ou de dinde, d'une orange, du poing même. 24 fois ces dimensions se sont présentées dans nos analyses. Dans tous les autres cas, ainsi dans plus de la moitié, le volume était beaucoup plus considérable. 13 fois il a varié entre celui d'une tête d'enfant nouveau-né et d'une tête d'adulte, et 15 fois il a dépassé même ces dimensions ; mais dans tous ces cas il y avait des modifications profondes dans ces kystes, soit par suite d'une exsudation hydropique simple, soit par un mélange de celle-ci avec une exsudation inflammatoire. La majeure partie de l'abdomen était alors occupée par ces tumeurs, et leur contenu était quelquefois d'un poids assez considérable. Mourray (3) y a trouvé 3 livres de liquide, Cheston-Browne (4) 2 litres de sérum et de pus, Schultze (5) 5 livres ; Kiewisch signale un ovaire dermoïde qui avait 1 pied de diamètre ; Mederer (6) a rencontré 10 livres et Cleghorn 10 à 12 litres de liquide.

La structure des kystes dermoïdes mérite de fixer tout particulièrement notre attention. Il résultera, en effet, des détails que nous allons communiquer, qu'il ne s'agit, dans tous ces cas, que d'une hétérotopie tégumentaire, et nullement de la modification d'un produit de conception.

En procédant de dehors en dedans, nous rencontrons en premier lieu

(1) Young, Edim. Essays, vol. II, p. 273.
(2) Schacher, De ovarii tumor. piloso, *programma Lipsiæ*, 1785.
(3) Fabrice de Hilden, Obs. cent, t. XLVIII. *Lugd.*, 1641.
(4) Müller, Archiv., p. 363-366.
(5) Reil u. Autenrieth, Archiv., t. VII, p. 255. 1807.
(6) Cleghorn, Transact. of the Irish Academy, t. I, p. 73.
(7) Meckel, Archiv., t. I, p. 519 et sq. Halle, 1815.
(8) Kiewisch, Klinische Vortraege Prag., t. II, p. 173 et sq. 1849.

(1) Cruveilhier, Anatomie pathologique du corps humain, 18e livraison. Paris, 1829-1835.
(2) Millmann Coley, Edimb. med. and chir. Journal, t. VI, p. 50-55. Edimb., 1814.
(3) Mourray, Progr. ad. act. inaug. Upsal, 1780.
(4) Cheston-Browne, Pathol. inq., p. 47, et Voigtel, Pathol. anat., t. III, p. 544.
(5) Schultze, Stahlberg., *op. cit.*
(6) Mederer, Blumenbach Comment. Soc. Goetting, t. VIII, p. 55 et suiv. 1787.

conspection de la part de celui qui en est chargé que de la part de celui qui le contrôle. Tous les esprits ne se ressemblent pas : il en est qui vous improvisent à la volée des préférences décidées. Un nom les frappe : c'est celui-là qu'ils adoptent, bien plus, qui a tous les titres à la préférence absolue. Ces esprits ombrageux, difficiles, quand il s'agit de juger de la valeur d'un symptôme, d'un remède, proclament avec une aisance d'oracle, que tel homme vaut mieux que tel autre, ne paraissant pas se douter le moins du monde que l'art de diagnostiquer les hommes est encore bien plus difficile et moins avancé que l'art de diagnostiquer les maladies. Nous, que l'expérience a rendu plus circonspect à cet égard, nous ne nous croyons pas en droit d'imposer nos préférences à l'Académie. La commission, composée de MM. Louis, Orfila, Civiale, Mélier et Bégin, nous inspire autant de confiance qu'elle a d'autorité ; elle a fait son choix après une longue enquête et de mûres délibérations. Ses candidats seront les nôtres ; et dans l'espoir de concourir au succès de son œuvre, nous nous plairons à présenter, sur les noms qui composent sa liste, quelques éclaircissements fournis par la notoriété, et destinés, nous l'espérons, à calmer les scrupules de quelques-uns de nos collègues.

La commission présente :

MM. Buffalini, à Florence ; Retzius, à Stockholm ; Riberi, à Turin ; Warren, à Boston ; Valentine Mott, à New-York ; Vleminckx, à Bruxelles ; Grandet, à Lisbonne.

Tous ces noms sont chers à la science ; mais tous se recommandent par des titres différents.

M. Buffalini est incontestablement, dit la commission, le médecin le plus éminent de l'Italie. Cette opinion est aussi celle des Italiens eux-mêmes. Ils citent Buffalini comme les Hollandais auraient cité Boerhaave. Cette prééminence si bien acceptée, M. Buffalini la doit plus encore à son talent de professeur qu'à ses travaux. C'est plutôt un esprit critique qu'un génie inventif ; mais esprit supérieur, qui voit l'erreur de haut, et qui, s'il n'aperçoit pas de vérités nouvelles, est doué d'un admirable instinct pour la défense de la vérité conquise. Il appartient à cette classe de médecins d'élite qui soutiennent, relèvent et perpétuent les grandes traditions de la science. Sa vie médicale a été consacrée à combattre les exagérations de Brown et des contro-stimulistes, et à défendre les principes de la médecine rationnelle. Son ouvrage, Fondamenti di patologia analitica, qui a fondé sa réputation, est un modèle de critique supérieure et un chef-d'œuvre de bon sens. Les qualités qui distinguent M. Buffalini sont surtout celles qui font l'excellent, l'éminent professeur de clinique. Son observation ne s'élève pas au delà des régions connues ; mais dans cette limite, elle saisit avec une sagacité rare, une sûreté de raison parfaite, tout ce que l'expérience et la tradition ont consacré. De près ces qualités précieuses sont encore rehaussées par l'éclat d'une parole abondante, vive, colorée. On a coutume de dire en parlant des hommes supérieurs : *Major è longinquo* ; pour M. Buffalini, c'est le contraire : il est d'autant plus grand qu'il est vu de plus près.

M. Andreas Retzius est d'un mérite tout différent. M. Buffalini a conquis sa célébrité dans l'enseignement et la polémique ; M. Retzius doit la sienne à la science positive et à la pratique. Occupant à Stockholm le rang le plus élevé parmi les praticiens, jouissant d'une très-grande réputation dans toute la péninsule du Nord, il s'est fait dans la science, et l'art des accouchements surtout,

une enveloppe fibro-celluleuse plus ou moins vasculaire; à la face interne de celle-ci, on rencontre ou un épaississement fibreux plus ou moins considérable, parcouru, dans quelques cas, de vaisseaux volumineux, ou une couche dure, ossiforme qui entoure en partie ou en totalité la cavité comme la coque d'un œuf, et qui n'est autre chose que cette même paroi fibreuse calcifiée. On peut s'en convaincre facilement en dissolvant les sels calcaires au moyen de l'acide chlorhydrique. Dans ces circonstances, on rencontre souvent à la surface des tumeurs des petits groupes de mamelons constitués par une substance blanchâtre et crayeuse dans laquelle on constate les caractères des sels calcaires et des matières grasses. Il existe une certaine analogie entre cette calcification et celle que nous observons dans les parois des artères.

C'est la membrane interne, qui offre surtout une organisation dermoïde, qui cependant, lorsque les tumeurs sont très-anciennes et lorsque les parois ont été modifiées par la calcification, peut ne pas être très-distincte. C'est pour cela qu'il est nécessaire de ne formuler pour ces sortes de tumeurs des doctrines générales que lorsqu'on a eu occasion d'en examiner un certain nombre avec un soin minutieux, et de comparer avec ce résultat de l'observation les descriptions les plus exactes données par les auteurs.

Si donc on a affaire à un kyste dont la surface interne n'est pas trop méconnaissable par l'altération grasse et calcaire, on peut reconnaître un épiderme des mieux caractérisés, ayant la plus grande analogie avec celui de la surface de la peau. Il est formé par des feuillets irréguliers ou polygonaux d'un cinquantième à un quarantième de millimètre et munis d'un petit noyau. Sous cette couche d'épiderme plus ancien, on rencontre quelquefois de jeunes cellules épithéliales encore beaucoup mieux caractérisées. J'ai vu plusieurs fois, dans des kystes déjà très-altérés, l'épiderme complétement infiltré de graisse, mais encore reconnaissable par ses plaques disposées en pavés.

Sous cette couche épidermique, j'ai pu constater l'existence d'un derme bien organisé, avec la disposition aréolaire de ses fibres; mais il faut dire que toute la surface interne n'offre pas généralement l'organisation dermatique au même degré de perfection. Dans quelques-unes de nos dissections, j'ai reconnu d'une manière distincte tout à fait l'existence de papilles, quelquefois assez longues pour être déjà bien nettement visibles à l'œil nu. Leur développement est ordinairement partiel, et peut-être tel que les endroits où elles existent ont l'air hérissé tout à fait de petites saillies et d'aspérités en forme de crête de coq.

Quant aux poils que l'on trouve si fréquemment implantés à la paroi interne, nous en parlerons tout à l'heure avec détail à l'occasion des kystes pili-graisseux.

Les glandules sébacées y existent ordinairement lorsqu'on rencontre de la matière grasse dans l'intérieur. J'ai pu assez souvent constater leur existence, et reconnaître leurs lobules et même leurs conduits excréteurs; toutefois leur préparation est loin d'être facile. J'ai été obligé de mettre en usage divers réactifs, des acides organiques et minéraux, et surtout la compression graduée dans le compresseur, qui facilite singulièrement l'étude de l'implantation des poils. Il est commun de trouver à la surface interne de ce derme de nouvelle formation une multitude de pores et de petits trous infundibuliformes, ressemblant aux pores de la peau, mais plus distinctes, et qui correspondent ordinairement à l'ouverture des glandules qui souvent entourent le passage du poil. Kohlrausch a signalé, dans un kyste de ce genre, non-seulement l'existence des éléments que nous venons de mentionner, mais même celle de glandules sudoripares. L'ovaire qu'il décrit renfermait de nombreux kystes, dont les uns contenaient un liquide gélatiniforme, d'autres de la graisse et des poils, et d'autres encore de la graisse, des poils et des dents. Il n'est pas rare de trouver une couche de tissu adipeux sous le derme, et les bulbes des poils s'implantent souvent dans celle-ci.

Dans un certain nombre de cas, des saillies verruqueuses, arrondies, pédiculées, ou des véritables prolongements dermatiques, prennent naissance à la surface interne de ces kystes. Les prolongements finissent quelquefois par tomber dans la cavité, et un est tout surpris alors de rencontrer des petites sphères libres et détachées, couvertes de toutes parts de poils implantés et d'ouvertures de follicules sébacés. Cependant, en les examinant de plus près, on reconnaît ordinairement leur ancien point d'implantation. Dans la description de l'une des préparations du collége des chirurgiens de Londres (n° 2627) (1), il est dit qu'un kyste pili-graisseux montrait toute sa surface interne recouverte d'excroissances verruqueuses pédiculées, isolées ou en groupes.

Pour compléter l'analogie de cette organisation dermatique avec celle de la surface du corps, nous mentionnerons que, dans nos recherches bibliographiques, nous avons rencontré deux cas dans lesquels une substance cornée s'était développée dans ces tumeurs. Un de ces cas a été rapporté par M. Cruveilhier, dans la XVIII° livraison de son ANATOMIE PATHOLOGIQUE, et il y est dit que deux petits étuis cornés, semblables aux ongles, existaient à la surface interne d'une des tumeurs. Nous trouvons, dans le catalogue du collége des chirurgiens (n° 2630), la description de quatre portions d'une substance cornée semblable à celle qui croît quelquefois dans l'intérieur des follicules cutanés malades, et qui s'était développée dans un kyste de l'ovaire. Ce cas avait été observé par John Heaviside.

La graisse peut constituer le contenu presque exclusif des kystes de l'ovaire, fait que j'ai observé pour ma part une fois, et que j'ai trouvé signalé dans plusieurs observations. Mais, dans ce cas, il y avait ordinairement d'autres kystes à organisation et à contenu plus complexes. Nous parlerons plus loin avec détail des os et des dents trouvés dans ces tumeurs; mais il n'est pas rare du tout de ne trouver leur contenu formé que par des poils et de la graisse. Nous possédons, dans nos analyses, 49 faits en tout, dans lesquels il y avait absence d'os et de dents. Ces kystes piligraisseux, sous tous les rapports semblables à ceux que nous avons décrits dans les parties superficielles du corps et dans les méninges, doivent être plus fréquents encore, à en juger par notre propre expérience. Nous avons cru remarquer qu'on y attachait généralement peu d'importance lorsqu'on n'y trouvait point de dents, ni d'os, tandis qu'au contraire, on ne laissait guère passer inaperçus ces derniers exemples. Si toutefois nous réunissons aux 49 cas de kystes pili-graisseux de l'ovaire les 31 que nous avons mentionnés pour d'autres parties du corps, dont 19 sous-cutanés, 5 intraméningiens et 7 profonds, mais non ovariens, nous arrivons au chiffre de 80 cas de kystes dermoïdes pili-graisseux.

Les poils sont libres ou implantés; mais parmi les poils libres, on reconnaît bien souvent encore le bulbe et la pointe. Souvent ils paraissent im-

(1) PATHOL. CATAL. OF THE MUS. OF THE COLLEGE OF SURGEONS, t. IV, p. 292. London, 1849.

---

un nom qui repose sur des observations aussi ingénieuses qu'exactes. On lui doit des recherches originales sur les rétrécissements du bassin, sur les différentes formes de cette cavité et leur influence dans l'acte de l'accouchement; sur les difformités de l'utérus, les crampes utérines, la fièvre puerpérale, le mécanisme de l'accouchement. Ses recherches sur les plans inclinés du bassin, dans leur rapport avec les plans de la tête du fœtus, caractérisent tout à la fois la nature de son esprit et la valeur de ses travaux: précision dans la recherche et netteté du résultat. On doit encore à ce célèbre médecin une bonne histoire de la vaccine, la description de l'épidémie de choléra à Stockholm en 1831, et enfin un excellent manuel d'hygiène militaire. Placé à la tête des hôpitaux et maisons d'accouchement, il n'a cessé depuis 1828 de publier, dans des rapports annuels, les résultats de sa pratique. « Son nom, a dit M. Bégin, est » européen et son autorité incontestée. »

M. Riberi (de Turin) est une des notabilités chirurgicales de l'époque; c'est un de ces hommes complets, dans le sens des qualités comprises et acceptées par tous. Il n'a pas introduit dans la science de ces vérités qui suscitent d'autant plus d'opposition qu'elles sont plus grandes et plus nouvelles; mais il a enrichi d'une foule d'observations intéressantes et de perfectionnements utiles les différentes divisions du cadre chirurgical. Parmi les mémoires qu'il a rassemblés, sous le titre d'OPERA MINORA, on distingue ceux qui traitent de l'incision du petit cercle de l'iris contracturé dans l'opération de la cataracte; des resections de la mâchoire inférieure, notamment d'un cas de resection par la méthode sous-cutanée; des luxations du cubitus seul; de divers cas d'antoplastie, de lithotritie et de la taille; du tétanos guéri par l'éthérisation. Cette seule indication caractérise le genre de mérite de M. Riberi; il appartient à cette classe d'esprits distingués qui font les savants professeurs et les praticiens supérieurs; genre et alliance de mérite dont Dupuytren fut parmi nous l'expression la plus élevée. Les hommes de cette classe sont propres à toutes les destinations, parce qu'ils ont toutes les aptitudes. Aussi M. Riberi n'est pas seulement à la tête du grand hôpital de Turin, président du conseil supérieur de santé de l'armée piémontaise, médecin du roi, mais il est encore membre du sénat et appartient à presque toutes les Académies et sociétés savantes de l'Europe. Sa réputation est immense, dit M. Bégin, et il est entouré de l'universelle considération du corps médical.

Nous connaissons tous le bon, l'excellent, l'aimable, le respectable M. Warren, de Boston; nous l'avons tous vu, entendu et lu. C'est une des lumières chirurgicales des États-Unis. Américain dans l'art comme dans le caractère, c'est l'homme de la vérité actuelle, du résultat positif et du progrès en tout genre. Aussi n'a-t-il attaché son nom à aucune grande recherche spéciale, mais a-t-il éclairé et perfectionné une foule de points particuliers. Nous sommes bien de l'avis de la commission: « C'est un de ces esprits d'élite à qui rien dans la science » ne reste absolument étranger. Il a touché, dans son infatigable activité, et toujours, sinon avec supériorité, du moins de manière à instruire, à une foule de » sujets d'anatomie, de physiologie, d'histoire naturelle, de chirurgie et de pra» tique. Son nom est inséparable de la découverte de l'éthérisation, dont il a le » premier constaté les effets anesthésiques dans une grande opération chirurgi» cale. » Nous lui devons, en qualité de journaliste, une mention particulière: il a fondé en Amérique plusieurs recueils de médecine et de chirurgie; et, durant sa

plantés lorsqu'ils ne sont qu'incrustés à la face interne. Leur implantation est tantôt répandue sur toute la surface du kyste, tantôt restreinte à quelques points seulement. Dans le premier cas, la surface interne offre un aspect velu général, tandis que c'est dans le second cas surtout, que l'on observe des poils réunis en boucles. Nous avons bien pu nous rendre compte de la raison de la chute de ces poils, ayant rencontré tous les états intermédiaires entre des poils à bulbes vigoureux, larges, entourés d'une gaine bien conformée, accompagnée souvent, dans ces cas, de glandes sébacées, et d'autres bulbes qui avaient successivement subi un tel degré d'atrophie, qu'ils constituaient à peine un renflement, et que le microscope seul pouvait faire reconnaître par la forme arrondie et la structure incomplétement conservée d'un bulbe. Rien de plus variable que les dimensions de ces poils. Nous les avons vus quelquefois très-fins et très-petits, n'étant visibles qu'à la loupe et au microscope, et c'est surtout dans ces cas que nous les avons trouvés blancs et décolorés. Ordinairement on les voit varier entre quelques millimètres et plusieurs centimètres de longueur. Les poils, réunis en boucles, sont plus longs, atteignant 1 et 2 décimètres et au delà. On en a cité qui avaient un demi et même un mètre de longueur. Pour ma part, j'en ai vu au musée Dupuytren qui, réunis, avaient un mètre de long, et qui étaient tellement enchevêtrés, que je n'ai pas pu isoler de poils sur une longueur plus grande que celle d'un demi-mètre. La largeur des poils varie en moyenne entre 1/50 et 1/20 de millimètre pour les poils fins, et entre 1/40 et 1/8 pour les poils plus épais, et j'en ai vu qui avaient à peine 1/100 de millimètre. Ce n'est que dans les poils un peu volumineux que j'ai rencontré la substance médullaire. J'ai vu plusieurs fois ces poils, privés de leur épiderme, sans régularité dans leurs contours, leur délimitation externe; les fibres ont alors l'air de se séparer dans le sens de l'axe longitudinal. Rien de variable comme leur couleur. Nous en avons rencontré de blancs, de jaunes, de rouges, de bruns et de noirs. Non-seulement on trouve plusieurs de ces couleurs dans les poils de la même tumeur, mais on a rencontré même plusieurs couleurs sur le même poil. Dans un cas observé par Blandin, ils étaient très-longs, leur extrémité était blonde, leur partie moyenne plus colorée, et leur partie adhérente blanche. Tyson a rapporté un cas dans lequel des poils très-longs étaient de couleur argentée, les exemples ne sont pas rares dans lesquels la couleur de ces poils était différente de ceux du pubis ou des cheveux de la tête. Nous y attachons d'autant moins d'importance que nous venons de voir qu'il n'était point rare de rencontrer plusieurs colorations dans un même kyste ovarien.

Avant de parler des globes pili-graisseux, si fréquents dans ces kystes, il nous faut dire deux mots de la graisse que l'on y rencontre. Déjà les anciens observateurs avaient constaté que c'était une graisse sébacée. Le mot se trouve même dans les anciennes observations de Ruysch et de Schacher; de plus, ils avaient fait une expérience chimique grossière, mais qui ne manquait pas cependant d'une certaine valeur, ils avaient vu que cette substance, allumée, brûlait comme de l'huile ou du suif, et ils avaient conclu d'après cela qu'elle devait être de la graisse. Ce point est aujourd'hui si bien déterminé par l'analyse microscopique et chimique qu'il serait inutile d'y insister. Nous dirons seulement en passant que nous avons rencontré cette espèce de sebum, soit dans l'intérieur des follicules sébacés, soit dans les kystes, sous forme d'une graisse granuleuse ou vésiculeuse, et jamais sous celle de cristaux gras. La graisse a, dans plusieurs de nos observations, constitué d'une façon absolue la matière contenue dans des kystes semblables, mais le plus souvent elle se rencontre en quantité considérable, conjointement avec des poils, ce qui se comprend d'autant plus aisément que les glandules sébacées qui la fournissent, se trouvent volontiers accolées à ceux-ci et s'ouvrent dans leur gaîne. Ajoutons que cette graisse prend souvent une odeur bien désagréable qui rappelle celle des glandules axillaires. Nous y avons rencontré aussi cette odeur mêlée avec celle des matières fécales, lorsque le kyste, bien que clos, était situé dans le voisinage du rectum.

Nous avons vu que les poils, d'abord implantés, subissaient une espèce de mue et tombaient après que leur bulbe s'était aminci et atrophié. Quelquefois ces poils forment seuls des concrétions de forme arrondie, mais le plus souvent celles-ci sont mêlées avec la graisse dont nous venons de parler. Il arrive aussi qu'il peut exister, dans ces kystes, des globes pileux et d'autres purement graisseux. C'est ainsi que Rokitansky (1) décrit un kyste qui renfermait une matière grasse glutineuse, un globe pileux du volume d'une grosse noix, et en outre 72 corps du volume de petites noix, d'un blanc jaunâtre, composés de couches concentriques, et qui par le contact offraient à leur surface des facettes légèrement concaves; il y avait en outre un grand nombre de petites sphères du volume d'un pois formées d'une espèce de suif.

Les kystes pili-graisseux peuvent s'enflammer et renfermer du pus dans leur intérieur. Nous en avons recueilli 3 faits : le premier appartient à Jean Baubin (2), qui, en 1578, trouva à Lyon, dans une autopsie médico-légale, la cause de la mort subite d'une femme, dans une grande tumeur de l'ovaire droit, qui renfermait des poils, de la graisse et du pus, et qui s'était ouverte dans le péritoine, ce qui avait excité une péritonite promptement mortelle. Le second fait de suppuration d'un de ces kystes appartient à Rénéaume (3). Le troisième est celui décrit par Haller (4), dans ses OPUSCULA PATHOLOGICA. Dans un grand kyste, une loge renfermait de la graisse et des poils, tandis que dans d'autres, il y avait en outre des masses membraneuses brunes et friables.

Parmi les kystes simplement pili-graisseux, nous possédons également deux faits de fistules abdominales. Les kystes s'étaient ouverts à travers les téguments, l'un appartient à Valleraud Delafosse, et l'autre a été tout récemment communiqué à la Société anatomique, par M. Jarjavay.

Pour démontrer que les kystes pili-graisseux ne sont nullement physiologiquement différents des kystes graisseux d'un côté, et des kystes piliosseux et pilidentaires de l'autre côté, nous allons rapporter quelques exemples de la coïncidence de ces diverses espèces de kystes. 1° Nous avons déjà vu plus haut que, dans le cas observé par M. Barth (5) et par moi, une femme portait deux kystes butyreux purement graisseux près du foie, en même temps qu'elle avait un kyste pili-graisseux dans l'ovaire. Dans un autre cas que nous avons déjà également mentionné, nous avons vu, dans une pièce conservée au musée Dupuytren, un kyste purement graisseux et bien clos à côté d'un kyste pili-graisseux qui renfermait un fragment d'os

(1) Rokitansky, HANDB. DER PATHOL. ANAT. WIEN. 1842, t. III, p. 596-97.

(2) Joh. Schenkius, OBS. MED., lib. IV, obs. 116. Frib. Brisg., 1596, t. IV, p. 212.

(3) Rénéaume, HISTOIRE DE L'ACAD. ROYALE DES SCIENCES DE PARIS. 1701, p. 37 et 38.

(4) Haller, OPUSCULA PATHOLOGICA. Lauzanne, 1768, obs. 41, p. 133.

(5) BULLET. DE LA SOC. ANAT. 1843, p. 68.

longue et active carrière, il n'a cessé d'enrichir de ses articles la plupart de ceux qui existent. Écrivain facile, précis, autant que chirurgien habile, on peut dire que sa plume a eu la souplesse et la dextérité de son bistouri. Enfin, arrivé à la fin de sa carrière, il a fait don au muséum de Cambridge d'un musée valant 50,000 fr., et il a affecté à son entretien une somme de 25,000 fr.. M. Warren a professé, à l'Université de Cambridge, l'anatomie, la chirurgie, l'anatomie comparée : il est encore chirurgien en chef de l'hôpital de Massachussets et président du comité d'histoire naturelle de Boston. M. Warren, déjà correspondant de l'Académie, ne pourra que lui rendre l'éclat de sa nouvelle distinction.

Le nom de M. Valentine Mott dit tout ce qu'il faut savoir pour justifier sa présence sur la liste. La commission ne s'est pas mise beaucoup en frais de recherches à cet égard, et elle a eu raison. Il y a de ces réputations qui ne se localisent point, parce qu'elles sont plus dans le sentiment public que dans les faits. Celle de M. Valentine Mott est de ce nombre. Mais demandez à tous les chirurgiens de l'Europe ce qu'ils pensent de M. V. Mott, et tous vous répondront que c'est un praticien éminent, hardi, entreprenant mais heureux, plus homme d'inspiration que d'idée, et qui a su imprimer sa trace dans la plupart des sentiers nouveaux de la chirurgie. M. Mott appartient à cette classe d'hommes dont le génie se révèle dans l'action; ce qui veut dire : qu'ils ont la main aussi sûre que l'esprit, le coup d'œil prompt, la ressource féconde et du sang froid.

M. Vleminckx est, pour le genre d'esprit, de talent et de réputation, tout l'opposé de M. Mott. Si l'un ne doit sa supériorité qu'à l'inspiration du moment, l'autre la doit aux qualités les plus réfléchies de l'intelligence : c'est l'homme aux méditations fécondes, aux conceptions élevées, aux organisations d'ensemble. Ce genre de supériorité ne frappe pas la foule et ne se formule pas dans un fait, mais elle entoure celui qui la présente de la haute considération et du respect de ses pairs. Tel est M. Vleminckx, président perpétué, ce qui vaut mieux que perpétuel, de l'Académie de médecine de Belgique, inspecteur et directeur général du service de santé de l'armée belge, président des jurys pour les réceptions, membre du conseil général de la province de Bruxelles, homme, dit M. Bégin, dont on remarque l'absence dans la composition d'une grande et officielle société savante. Mais ces qualités si élevées de M. Vleminckx, et si bien constatées par les postes éminents qu'il occupe en Belgique, ne sont pas restées, comme ont paru vouloir le faire penser certaines personnes, à l'état de théorie. M. Vleminckx n'est pas, comme le disait un jour le spirituel panégyriste de Sieyès, en parlant des supériorités contemplatives, *un admirable oisif*, mais un savant laborieux et un infatigable organisateur. Un des premiers, il a étudié à fond l'ophthalmie d'Égypte, qui avait pris domicile dans l'armée belge et y exerçait les plus affreux ravages. Ses études, aussi exactes que minutieuses, continuées sans interruption de 1825 à 1836, ont jeté la plus vive lumière sur les causes et le caractère contagieux de cette cruelle affection, et préparé son extinction progressive. Le succès de la pratique a justifié l'excellence de la théorie. On doit au même auteur une foule de travaux particuliers sur le scorbut des armées, sur la coqueluche, le diabète, les maladies de la peau, sur la force et la faiblesse des organisations au point de vue militaire; mais M. Vleminckx a attaché son nom à des mesures si générales, si fécondes

dans un prolongement dermatique. Dans une des observations de M. Cruveilhier, l'ovaire droit renfermait deux kystes, dont l'un pili-graisseux et l'autre pili-dentaire. Dans une des observations de Schultze (1), un ovaire renfermait trois kystes, dont un pili-graisseux. Dans une des observations de Otto (2), il y avait des kystes pili-graisseux dans les deux ovaires. Dans un cas de Winshipp (3), deux kystes dont la connexion avec les ovaires n'a du reste point été démontrée, mais qui étaient situés dans leur voisinage, renfermaient l'un et l'autre de la graisse, des poils et du pus, mais l'un d'eux seulement renfermait un fragment d'os.

Nous démontrerons plus loin que l'hétérotopie osseuse et dentaire n'a pour nous rien de plus surprenant que celle des glandes et des poils. Mais comme dans les discussions sur ce sujet, nous avons rencontré l'argument curieux que l'on voulait bien nous abandonner comme hétéropie plastique les kystes qui renfermaient des poils, mais qu'il devait y avoir débris fœtal lorsqu'on rencontrait des os et des dents, nous avons tenu à démontrer qu'au fait les kystes pili-dentaires n'étaient nullement différents sous le rapport pathogénique, des kystes piligraisseux et leur multiplicité dans le même ou les deux ovaires est un des plus forts arguments contre leur origine fœtale ; car, dans cette hypothèse, il faudrait alors admettre que non-seulement il y eut plusieurs inclusions chez le même individu, mais qu'en outre l'embryon, dans un des sacs, fut résorbé au point de ne laisser qu'une graisse que le véritable embryon ne renferme jamais, tandis que, dans un autre kyste, il aurait été résorbé au point de n'y laisser que des poils, et dans d'autres circonstances encore, un tronçon d'os et quelques dents auraient survécu dans l'un des ovaires, tandis que, dans l'autre, ces mêmes substances auraient été absorbées.

Il est impossible de ne pas sentir à quel point un pareil raisonnement est vicieux.

Nous arrivons aux kystes plus complexes, qui, outre les poils et la graisse, renferment des os ou des dents, ou le plus souvent les deux à la fois. Nous avons réuni en tout 82 faits qui appartiennent à cette catégorie, dont près d'un quart, 19 en tout, ne renfermaient que des os seuls. Nous allons voir combien peu ces fragments osseux avaient de ressemblance avec le squelette d'un fœtus. Dans aucun des 19 cas, et pour ma part j'en ai vu plusieurs, il n'est seulement pas fait mention d'une ressemblance avec un os du squelette ; de plus, à une ou deux exceptions près, il n'existait dans ces kystes qu'un seul os, qui était tantôt aplati, tantôt plus épais, mais toujours à forme tout à fait irrégulière, 12 fois même sur les 19, il est fait mention expresse du fait que ces plaques osseuses étaient incrustées dans les parois mêmes du kyste. J'ai pu non-seulement constater ce fait, mais deux fois même j'ai trouvé l'incrustation si intime, si profonde, qu'il a été de toute impossibilité d'en faire l'énucléation parfaite. Dans l'un de ces cas, il y avait une espèce de substance vitriforme à la surface, qui ressemblait un peu à l'émail des dents. Dans un seul de ces faits, il y avait deux morceaux d'os. Ces plaques, après s'être transformées dans l'épaisseur des parois, se soulèvent, font saillie dans l'intérieur du kyste, s'en séparent en partie, ne sont plus retenues par une bride et peuvent enfin se séparer. La structure véritablement osseuse, dans les pièces de ce genre, que j'ai examinées, a été on ne peut plus complète, et j'ai fait des préparations et des dessins qui la mettent hors de toute contestation.

Nous verrons tout à l'heure que, dans les kystes qui renferment des os et des dents, le nombre des os peut être plus considérable. Leur ressemblance éloignée avec un os du squelette se montre surtout lorsqu'ils renferment des dents. C'est pour cela qu'il était important de démontrer que les kystes simplement pili-osseux sont aussi bien un passage et un acheminement vers les kystes dentaires que les kystes graisseux et pili-graisseux en étaient un vers les kystes pili-osseux. Pour ma part, je n'y vois autre chose qu'une hétérotopie, plus complexe, et les intermédiaires sont trop bien établis pour qu'à ce sujet le doute soit permis.

Il nous reste donc à parler des 63 faits de kystes qui, outre les autres produits, renfermaient des dents. C'étaient ces cas qui étaient toujours la grande pierre d'achoppement pour l'admission d'une formation spontanée. Mais nous comprenons difficilement cette hésitation, lorsqu'on ne fait pas de difficultés d'admettre la formation spontanée de l'épiderme, des poils et des glandes. Les dents, en réalité, sont bien plutôt des appendices tégumentaires que des portions de squelette, et si nous jetons un coup d'œil sur le premier développement des dents dans l'embryon humain, nous pouvons en effet nous convaincre que, d'après les meilleures recherches modernes sur l'évolution dentaire, les dents commencent à se former à partir de la septième semaine, dans la gencive même, et proviennent de la membrane muqueuse buccale. On voit naître d'abord des petites saillies molles, des papilles situées dans une espèce de rigole ou de demi-canal des maxillaires ; plus tard, ce demi-canal de la gencive se ferme autour des papilles et des cloisons se forment entre les diverses dents. C'est ainsi que chaque germe dentaire finit par être situé dans un sac clos, et ce n'est qu'à l'époque où la fermeture des sacs est à peu près complète, vers le milieu de la vie fœtale, que l'ossification se fait autour d'eux.

La papille, située dans le fond d'un creux, d'abord ouvert, plus tard clos, contient beaucoup de vaisseaux et de nerfs. Il se forme d'abord à la surface le rudiment de la couronne, constitué par l'os dentaire proprement dit, par l'ivoire ; autour de cette couronne se dépose une couche, d'abord molle, et bientôt calcifiante, de cellules prismatiques, variqueuses sur leur trajet, dirigées vers l'axe de la couronne et devant constituer l'émail qui est fourni par la partie supérieure et les parois du sac, tandis que l'os dentaire provient de la papille même. L'organe qui fournit l'émail reçoit le nom d'organe adamantier ; il est séparé par la membrane préformative de la partie qui fournit l'ivoire. L'accroissement continuel de la dent du côté de la papille fait que la dent s'allonge, que la racine s'ajoute à la couronne et que peu à peu la pression exercée sur la partie supérieure du sac produit son atrophie et l'apparition de la dent au dehors. Mais auparavant une couche de véritable tissu osseux a entouré la racine dépourvue d'émail ; c'est ce tissu osseux qui est connu sous le nom de cément. Telle est la formation des dents de la première dentition ; celle de la seconde naît d'une espèce d'évagination latérale des sacs dentaires primitifs. Ce sont de véritables cavités collatérales qui, plus tard, se séparent presque de la cavité primitive, se placent en arrière et en bas et ne sont plus unies aux capsules primordiales que par un cordon fibreux, appelé d'une manière fautive le *gubernaculum dentis*.

Nous passons sous silence les détails de la formation des dernières molaires qui offrent quelques particularités ; nous ajouterons seulement deux

(1) Stahlberg, Op. cit., p. 40-42.
(2) Otto, Neues Verzeichniss d. anat. mus. z. Breslau, 2e aufl. Bresl., 1841.
(3) Winshipp, Mem. of the London med. Society, vol. II, p. 368-72.

---

et si heureuses qu'on peut aisément négliger tous ces travaux de détails, pour signaler à part les grands et beaux résultats qu'il a obtenus.

En sa qualité d'inspecteur général du service de santé, sa sollicitude s'est partagée entre le soldat et le médecin. Le système d'organisation qu'il a fait prévaloir est un modèle sous ce double rapport. Si les soins du soldat y sont assurés avec une sollicitude qui n'a été dépassée nulle part, l'autorité, la considération et le bien-être du médecin militaire y sont garantis avec une intelligence et une élévation de caractère qu'il n'a encore été possible de faire prévaloir à ce point dans aucun pays. L'organisation du service de santé belge, pour laquelle M. Vleminckx a mis à contribution les lumières et l'expérience de l'illustre baron Larrey, est à la fois une œuvre de maturité et de progrès.

M. Vleminckx occupe en Belgique une position unique. Aussi puissant auprès de l'administration civile, en sa qualité de président des jurys médicaux et de président perpétué de l'Académie, qu'auprès de l'administration militaire, en sa qualité de premier fonctionnaire du service de santé, il est parvenu à organiser, avec plusieurs de ses collègues de l'Académie, et en particulier M. le baron Seutin, un service public de police médicale relatif à la prostitution, qui a eu pour résultat l'extinction progressive de la syphilis en Belgique.

Voilà de grands et d'utiles résultats. Plus récemment encore, M. Vleminckx a su mettre à profit pour la science l'immense autorité dont il jouit. En cela, secondé par un ministre que la Belgique regrettera longtemps, M. Rogier, c'est lui qui a donné la première impulsion au congrès d'hygiène publique, lequel a eu tant de succès et de retentissement. Il n'a pas seulement organisé l'assemblée, préparé ses règlements, concouru à l'établissement de ses programmes, mais il a encore et surtout concouru à la solution préparatoire de toutes les questions posées. Aussi, nommé président par acclamation de cette grande assemblée, il en a obtenu les témoignages de la plus vive et de la plus éclatante reconnaissance.

Si nous insistons sur les titres de M. Vleminckx, c'est que, par la nature de son esprit réservé et de son caractère modeste, il s'est toujours soucié assez peu de faire connaître au loin les mérites qu'il voit si bien appréciés autour de lui. M. Vleminckx est en effet la gloire et la glorification des médecins belges. L'Académie le réélit président sans interruption depuis douze années ; elle lui offre des banquets ; le corps des officiers de santé le fête ; le gouvernement le maintient depuis bien des années à la présidence des jurys de réception. La ville de Bruxelles l'appelle dans son conseil général : nous sommes heureux d'avoir été, en proclamant ses titres auprès de l'Académie de médecine de Paris, l'écho de toutes les sympathies et de toutes les opinions.

Le voisinage de M. Vleminckx n'est peut-être pas propre à rehausser le mérite de M. Grandet, professeur de botanique et d'agriculture à l'École polytechnique de Lisbonne et directeur du jardin botanique de cette ville, destiné à l'acclimatement des plantes tropicales. Cependant les titres de M. Grandet, pour n'être pas très-connus, n'en sont pas moins solides. Auteur d'ouvrages spéciaux sur la physiologie végétale, d'un traité d'agriculture, qui a obtenu une médaille d'or à la Société d'agriculture de Paris, il a siégé avec une grande distinction dans la commission internationale réunie à Paris pour l'organisation des mesures sanitaires. M. Grandet tiendra donc honorablement sa place sur la liste de la commission.

Nous l'avons dit : la commission ne s'est pas bornée à présenter ces sept

mots sur la formation histologique qui, d'après Kœlliker (1), est la suivante: Les prismes de l'émail se forment par une espèce d'épithélium modifié de la face interne, latérale et supérieure du sac dentaire, par des cellules qui s'allongent et subissent ensuite des modifications de forme et de consistance. La substance dentaire proprement dite, l'ivoire, se forme, au contraire, par une couche cellulaire de la surface de la pulpe ou de la papille primitive. Cette substance se calcifie à son tour et des fragments osseux alors se déposent à sa surface et finissent par former une couche homogène. L'émail est en dernier lieu entouré d'une membrane fine, extrêmement résistante. Nous terminons cette courte esquisse par la remarque suivante de Kœlliker sur la signification de diverses substances, remarque qui exprime une opinion que nous partageons tout à fait: Lorsqu'on tient compte, dit cet auteur, de la signification des parties qui président à la formation des diverses substances de la dent, on peut envisager la substance dentaire proprement dite, l'ivoire, comme une véritable production d'une membrane muqueuse, formée par une partie très-vasculaire de la muqueuse buccale, par la papille. L'émail est une vraie substance épithéliale, constituée par une modification et une calcification de la couche interne du sac dentaire. Le cément enfin constitue une espèce de substance tégumentaire et délimitante, fournie également par la membrane muqueuse.

Nous ajouterons que, plus nous étudions la nature et les fonctions des divers tissus du corps organisé, moins nous admettons ces différences tranchées entre les divers tissus, et, tout en ne méconnaissant point leurs caractères distinctifs, nous trouvons qu'on n'a pas tenu suffisamment compte jusqu'à ce jour de leurs analogies. C'est ainsi, par exemple, que bien des liens existent entre le tissu fibreux, le tissu cartilagineux, le tissu osseux, le tissu dentaire, de même que l'épiderme, l'épithélium, la substance cornée, celle de l'ongle, celle du cheveu, celle de l'émail, offrent de nombreux points d'analogie. La dent enfin comme organe se rapproche bien plus dans sa formation et dans sa signification physiologique des poils et des autres organes tégumentaires que des os proprement dits.

Nous avons cru cette digression nécessaire pour combattre cette étrange surprise de voir apparaître des dents là où l'existence des autres appendices tégumentaires n'étonne personne, et dès à présent nous pouvons dire le fond de notre pensée à ce sujet: Regardant les membranes muqueuses aussi bien comme des organes dermoïdes que la peau extérieure, l'apparition des dents dans les kystes dermoïdes de l'ovaire ou d'une autre partie du corps n'a pour nous rien de plus surprenant que celle des poils et de l'épiderme, et quant à l'os, l'étude des enchondromes des parties molles nous a habitué depuis longtemps d'admettre la formation de l'os au milieu des parties qui, à l'état normal, n'en renferment point.

Avant d'aborder les détails de la forme et du nombre de ces dents, disons deux mots d'abord de leur mode d'implantation.

D'abord 13 fois sur nos 63 cas les détails sur le mode d'implantation ont été tout à fait insuffisants. Dans 30 autres cas, l'implantation des dents dans un os n'a pas été douteuse. Dans 10 cas, la position des dents était mixte, c'est-à-dire que quelques-unes d'entre elles étaient implantées dans des os, tandis que d'autres se trouvaient simplement dans des téguments de l'ovaire, dans des capsules, ou tout à fait libres et détachées. Dans 10 cas enfin les dents étaient tout à fait libres et on ne voyait pas de vestiges d'os. Je ferai observer toutefois que l'os étant incrusté et profondément caché dans les parois du kyste dans un certain nombre de cas, on a pu quelquefois se tromper et prendre pour une implantation ovarienne l'origine de ces dents dans un os sous-cutané. Nous avons vu plus haut que dans les kystes pili-osseux non dentaires, il n'y avait ordinairement qu'un seul ou un très-petit nombre d'os. Cette règle persiste encore pour les os qui renferment des dents; toutefois la force plastique étant progressive dans ceux-ci, nous rencontrons des exemples d'une formation osseuse plus variée. C'est ainsi que, par exemple, dans observation de Nysten (1), on trouve dans les parois plusieurs os longs et plats, et entre autres un qui renfermé des dents et qui offre quelque ressemblance avec une mâchoire. Dans l'observation de Blumenbach (2), le kyste, conservé dans le cabinet des curiosités de la ville de Gotha, renfermait 8 os dont 4 contenaient 16 dents, et il y avait en outre 9 dents isolées et une grande masse de cheveux qui avaient la forme d'une plique polonaise; les os avaient jusqu'à 7 et même 10 pouces de long sous forme régulière et sans bords alvéolaires pour les dents. Dans l'observation déjà citée de Murray, il y avait également plusieurs os avec des alvéoles et des dents de trois espèces, offrant un mélange des dents de l'enfant et de l'adulte, les os étaient difformes et recevaient des vaisseaux provenant de l'ovaire. On voit bien que ces mêmes os multiples ne sauraient constituer un squelette qu'envisagés par les yeux de l'imagination.

Quant aux os dans lesquels les dents étaient implantées, les auteurs qui les ont décrits les ont souvent assimilés à des maxillaires. Ayant comparé toutefois un grand nombre de dessins et de préparations, j'arrive à la conviction que jamais un véritable maxillaire, avec tous ses caractères anatomiques, n'a été rencontré dans ces circonstances. Aussi ai-je donné à ces os, dans mes notes, le nom de maxilloïdes. Avec une base difforme, tantôt allongée, et alors ressemblant un peu à un maxillaire inférieur, tantôt plus ramassée et plus compacte et offrant alors quelque apparence d'une mâchoire supérieure, j'ai toujours vu manquer les apophyses, les plaies, les surfaces, les trous, et avant tout cette disposition si admirablement régulière des divers ordres de dents que nous observons dans le développement embryonal et chez le fœtus à terme, dont les mâchoires renferment en tout 48 dents, 20 transitoires et 28 destinées à la seconde dentition, tandis que nous verrons tout à l'heure que presque dans les huit neuvièmes des cas le nombre de toutes les dents trouvées dans un ovaire n'a pas dépassé le nombre de 6.

En thèse générale, nous voyons donc, dans ces cas, de la substance osseuse se développer entre les lamelles de la membrane interne du kyste. En outre, cette membrane interne produit alors aussi bien des papilles dentaires comme la muqueuse buccale chez le fœtus, ce qui n'est pas une chose plus étonnante que la production des follicules pileux et la formation osseuse se rencontrant avec les appendices tégumentaires dentaires. On comprend qu'une ressemblance éloignée avec une mâchoire puisse en résulter; mais qu'on ne perde pas de vue que si une telle mâchoire était un débris de fœtus, elle devrait se trouver libre de toute adhérence avec la paroi du kyste, mais non incrustée dans ses parois. Ce qui ruine enfin tout à fait la supposition d'une inclusion, ce sont les faits de Clegborn, de Kohlrausch, d'Autenrieth, etc., dans lesquels un certain nombre de kystes d'un ovaire

(1) Kœlliker, Microsc. anatom., t. II, 2e partie, p. 86 et suiv.

(1) Corvisart, Journal, t. V, p. 144-49.
(2) Blumenbach, Communic. soc. Goetting., 1787, t. VIII, p. 55.

noms: en dehors de sa liste et après sa liste, elle a choisi quatorze noms, dont la plupart sont dignes de figurer à côté des premiers. On pourrait même, laissant toute liberté à chacun et respectant les préférences de tous, admettre que plusieurs des noms relégués dans les rangs de la liste supplémentaire méritent de figurer à juste titre sur la liste principale. Mais il faut savoir se résoudre. La commission a sans doute pesé tous les mérites, tenu compte de tous les travaux, apprécié tous les titres; et si elle a donné la préférence à celui-ci sur celui-là, c'est sans doute que, partant au nom de l'Académie à l'Europe scientifique elle a cru pouvoir accepter la responsabilité de ses choix. Nous nous associons volontiers à sa responsabilité comme à son œuvre, et nous serons heureux de déposer dans l'urne un bulletin conforme à ses préférences.

J. Guérin.

— Programme des questions proposées par la Société de médecine de Gand, pour le concours de 1853. — Première question: « Peut-on admettre des hypothèses moraux parmi les modificateurs de la vie? Dans le cas affirmatif, quelle est leur influence au point de vue physiologique et thérapeutique? »

Prix: 200 fr.

Deuxième question: « Du rachitisme considéré dans sa nature, ses causes et son traitement. »

Prix: 2 fr.

Troisième question: « Exposer l'état de nos connaissances sur l'atrophie musculaire progressive, en insistant principalement sur l'étiologie et le traitement de cette affection. »

Prix: 100 fr.

Quatrième question: « Décrire les vertus thérapeutiques de l'arnica montana; s'appuyer sur des faits pratiques. »

Prix: 100 fr.

Cinquième question: « Quelle doit être la conduite de l'accoucheur dans les cas d'adhérence morbide du placenta? Existe-t-il des signes auxquels on peut reconnaître cette adhérence pendant la gestation? »

Prix: 100 fr.

Sixième question: « Quelles sont les modifications que la vieillesse imprime au traitement des maladies? »

Prix: 100 fr.

Les mémoires envoyés au concours, écrits en français, latin ou en flamand, devront être adressés, francs de port, dans les formes académiques usitées, avant le 1er octobre 1853, à M. le professeur Terlinck, secrétaire de la Société, rue Basse (Onderstraet), n° 48, à Gand.

hydropique renfermaient des dents ou des os et des dents, tandis que d'autres ne renfermaient que de la graisse et des poils ou de la gélatine et du sérum.

Quant à l'implantation mixte, on comprend parfaitement que les sacs dentaires étant des appendices tégumentaires, ceux-ci n'aient pu se développer en dehors de toute connexion avec un os, et on conçoit, en outre, que ces dents atteignent un développement aussi avancé que celui des dents les plus développées de l'adulte, et que leur chute puisse s'opérer comme la chute des poils. Nous avons même trouvé deux fois dans les auteurs une mention de dents ovariennes qui s'étaient cariées.

Si nous jetons à présent un coup d'œil sur le nombre des dents ovariennes, nous arrivons à des résultats bien surprenants.

Déjà en notant le nombre des dents dans des kystes non ovariens, nous avons été frappé de leur petit nombre. Dans 11 de ces cas, le nombre a été noté. Il n'a été que d'une seule dent dans un kyste orbitaire, de 3 dans le développement sous-lingual, de 4 dans 3 cas de développement dans des kystes près de l'estomac ou dans cet organe, de 3 dans un kyste utérin. Dans 3 cas, il n'a point été déterminé, et deux fois seulement, une fois dans la matrice, une autre fois dans le mesentère, le nombre des dents a été de 13 dans l'un des faits et de 44 dans l'autre. Quant aux 2 cas de kystes renfermant des dents observés chez les chevaux, l'un renfermait 1, l'autre 2 dents; mais le nombre de ces faits était trop petit pour établir des règles générales.

Nous avons été plus heureux pour les kystes ovariens et, tout en éliminant 17 cas dans lesquels le nombre des dents n'a pas été déterminé, il nous en reste encore 46 dans lesquels la détermination a été exacte, et nous arrivons à ce résultat curieux que dans près d'un quart, 11 fois en tout, il n'y a eu qu'une dent, 13 fois, ainsi dans plus d'un quart, il y a en 2 dents, 6 fois 3, 4 fois 4, 2 fois 5, 4 fois 6 dents. Par conséquent 34 fois sur 46 dans les trois quarts à peu près, le nombre des dents n'a pas dépassé 4, et 40 fois sur 46, dans les huit neuvièmes à peu près, leur nombre n'a pas dépassé 6 dents. Si nous analysons à présent les 6 cas qui nous restent, nous trouvons bien 3 cas dans lesquels le nombre a été une fois de 10, une fois de 12 et une fois de 25, mais dans les 3 autres cas il a été une fois de 44, une fois de 100 et une fois de plus de 300. Voici le tableau synoptique de cette analyse :

1 dent.	11
2 dents	13
3 —	6
4 —	4
5 —	2
6 —	4
10 —	1
12 —	1
25 —	1
44 —	1
100 —	1
Plus de 300 —	1
	46

Voici quelques détails sur les 3 cas de dents très-nombreuses. Dans celui de Clegborn, il existait, comme nous l'avons déjà dit plus haut, un certain nombre de poches à contenu différent, gélatine, graisse, graisse et poils, os et dents. Le nombre de 44 dents était distribué sur plusieurs kystes, par conséquent séparées les unes des autres. Il y avait 8 incisives, 3 canines, 4 molaires bicuspides et 16 grosses molaires; quelques-unes de ces dents avaient la forme de celles de la première dentition, mais la plupart paraissaient appartenir à la seconde; pour 16 dents l'implantation était bien constatée, et il n'y avait dans le même os que la même espèce de dents. Les autres dents étaient libres. L'auteur ajoute que tous les kystes n'ayant pas été examinés, il était probable qu'il y avait un bien plus grand nombre de dents encore.

Le cas dans lequel on a trouvé 100 dents appartient à Schnabel, et se trouve rapporté dans le TRAITÉ DES MALADIES DE LA FEMME de Kiewisch.

Mais le fait de beaucoup le plus intéressant de ce groupe est celui déjà cité et observé par Autenrieth. Curieux sous plus d'un rapport, il mérite d'être rapporté avec détails. Ce fait, d'abord incomplètement exposé par Plouquet, a été décrit ensuite par le célèbre professeur de Tubingue dans le septième volume des ARCHIVES de Reil et Autenrieth. Nous le rapportons d'après le travail original, et nous y trouvons une preuve d'autant plus frappante de véridicité que cet auteur décrit en 1807, dans un fait pathologique, la formation des dents d'une manière tout à fait conforme aux recherches embryogéniques modernes sur le développement des dents. Voici ce fait :

A l'autopsie d'une femme âgée de 22 ans, qui n'avait jamais eu d'enfant, on trouva l'ovaire droit occupé par une tumeur pesant plus de 20 livres et renfermant de la graisse, des poils et des dents. Il y avait sous la surface de l'ovaire, à sa partie antérieure, une grande cavité, et en outre un certain nombre de petites; dans toutes se trouvait un sérum brunâtre mêlé de sang altéré, semblable au liquide évacué pendant la vie au moyen de la paracenthèse. La masse principale de l'ovaire avait une structure charnue et membraneuse; les cavités de son intérieur étaient de deux espèces, les unes renfermaient une masse considérable d'une matière muqueuse, assez épaisse, blanchâtre, demi-transparente; les kystes de la seconde espèce contenaient des masses considérables d'une espèce de suif blanchâtre. Ce n'est que dans le premier ordre de cavités que l'on trouva une quantité prodigieuse d'os et de dents; d'un autre côté, les kystes renfermant de la graisse étaient les seuls qui renfermaient des poils isolés ou en touffes. Les os étaient ou renfermés comme centre d'ossification dans des cartilages, ou plus complétement formés, et alors entourés de membranes fermes et vasculaires et solidement fixées aux parois des cavités, ou même ils occupaient l'interstice entre plusieurs kystes; leur forme était tout à fait irrégulière et plusieurs se terminaient en pointe difforme et trouée; quelques-unes ressemblaient à des morceaux de sphénoïdes. Les dents étaient mêlées avec des fragments d'os. On n'en a sorti que la moitié environ; mais celle-ci, comptée, était environ de 300. Elles se trouvaient en partie, comme les dents naturelles d'enfants nouveau-nés, dans des kystes clos vasculaires remplis d'une matière gélatineuse; un certain nombre de ces kystes étaient implantés dans des cavités d'os difformes. La plupart des dents ressemblaient aux dents ordinaires de l'homme et la majeure partie aux premières dents molaires. Dans beaucoup d'entre elles, la dent était régulière, tandis que la racine ne l'était pas, et quelques-unes étaient en dehors de toute espèce de type. Dans plusieurs le corps de la dent n'était pas tout à fait ossifié, et l'os de la couronne était fixé sur la pulpe comme dans les dents incomplétement développées des mâchoires. Dans quelques sacs dentaires, on aperçut la substance de l'émail reconnaissable par sa couleur et sa dureté disposée par grains irréguliers, semblables à des petites perles et attachés à des morceaux cartilagineux qui n'avaient aucune ressemblance avec des formes dentaires. Les poils renfermés dans les kystes graisseux avaient plusieurs pouces de longueur, ils ne montraient point de bulbe évident et étaient d'une couleur plus claire que les poils de la surface du corps.

Lorsqu'on tient compte de l'extrême fréquence d'un très-petit nombre de dents dans ces kystes et de quelques cas de fréquence excessive, on est obligé d'abandonner la théorie d'un résidu fœtal. Ni l'embryogénie ni la tératologie ne sauraient expliquer pourquoi, sur quarante-huit dents que renferment les mâchoires d'un enfant nouveau-né, toutes, à l'exception d'une, de deux ou de trois, auraient disparu, et on serait plus embarrassé encore d'expliquer autrement que par une production spontanée la formation de cent ou de trois cents dents dans les poches multiples et séparées d'un seul ovaire.

Meckel est tombé dans une étrange exagération, répétée par tous ceux qui ont écrit sur ce sujet, en disant que le groupement des dents de ces kystes ovariens se rapprochait de celui de la dentition normale. L'analyse des faits donne un démenti à cette manière de voir : non-seulement il y a mélange des dents en germe et de celles de la première et de la seconde dentition, prédominance même des dents complétement développées comme chez l'homme adulte, mais le groupement des diverses espèces de dents dans le même kyste est dépourvu tout à fait d'un type régulier, comme le démontre l'analyse suivante de 39 faits. 8 fois il n'y avait absolument que des molaires; dans 8 autres cas, il y avait des incisives et des molaires; dans six kystes, les incisives manquaient, il n'y avait que des canines et des molaires; dans 5 cas, il n'y avait que des incisives; dans 5 autres, il n'y avait que des canines; dans 5 cas, il y avait des incisives, des canines et des molaires, et 2 fois des incisives et des canines. Lorsque les trois espèces coexistaient, leur groupement était très-variable. Dans plusieurs cas, es dents avaient une forme indéterminable. Pour ma part, j'ai observé une fois une couronne qui tenait le milieu entre une canine et une molaire, et une autre fois une dent à racines multiples et divergentes qui n'appartenait non plus à aucun type régulier.

Les racines de ces dents n'offrent d'autre variété que celles des dents humaines en général aux diverses phases d'évolution; il en est de même des cavités dentaires, et quant à la structure, nous y avons vu les mêmes éléments histologiques dans l'émail, dans l'ivoire et dans le cément que dans les dents normalement développées.

Tout ce que nous venons de dire sur le nombre et la disposition de ces dents vient donc tout à fait à l'appui de notre manière de voir sur leur formation autogène.

Avant de terminer ce qui a rapport à l'anatomie pathologique de ces kystes, nous dirons seulement que, pour ne pas faire double emploi, nous parlerons tout à l'heure, à l'occasion des phénomènes cliniques, des diverses terminaisons et surtout de l'ouverture de ces kystes dans un organe voisin; nous ajouterons seulement que nous avons vu notées dans plusieurs faits des complications étrangères à l'altération ovarienne : c'est ainsi que

4 malades étaient atteints de tubercules pulmonaires, 1 d'un cancer de l'estomac, 1 d'une tumeur cérébrale et 2 d'aliénation mentale, complications qui ne nous ont point paru avoir de lien direct avec la formation kysteuse.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA CHUTE DE L'UTÉRUS PAR LE PINCEMENT DU VAGIN (présenté à la Société de biologie en 1852); par M. le docteur A. DESGRANGES, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

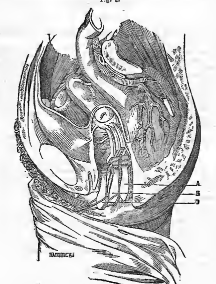
(Suite. — Voir les nos 5 et 7.)

B. MANUEL OPÉRATOIRE.

EXPLICATION DE LA FIGURE 4. — Coupe du bassin représentant la vessie, l'utérus, le rectum entiers, et le vagin ouvert.

A, B, C. Pinces vaginales appliquées.

Fig. 4.



La malade, préparée par le repos, de grands bains, quelques légers cathartiques, un lavement laxatif la veille, est mise en position comme pour l'examen au spéculum, couchée sur le dos, les cuisses fortement écartées.

Le spéculum trivalve des anciens est alors introduit, le manche tourné vers le pubis et écarté jusqu'à 15 centimètres de circonférence, c'est-à-dire que, pour ceindre les valves écartées, il ne faudrait pas moins d'une longueur de 15 centimètres. Ordinairement le vagin fait hernie dans le spéculum, qu'il obstrue en partie par trois bourrelets longitudinaux, de la vulve au col utérin, l'un en arrière, les deux autres de côté; d'autres fois au contraire, si le conduit est moins relâché, il reste plus ou moins tendu en dehors des valves écartées. Le col ne se présente pas toujours au fond de l'instrument; il se peut qu'il reste de côté, qu'il se glisse entre les valves comme le vagin, et ne se décèle, avec ses caractères propres, qu'après un examen attentif.

A l'aide du spéculum matricis, rien n'est aisé comme d'introduire les pinces vaginales montées sur la tenette, et de les mettre en place : il suffit pour cela, dès qu'on est arrivé sur le lieu d'élection, de presser fortement sur les anneaux de la tenette, qui, réagissant sur la pince, l'ouvre dans toute sa longueur. On met la pince à cheval sur le bourrelet, puis, en diminuant la pression sur les anneaux, elle s'implante d'elle-même dans les tissus. Lorsque la paroi vaginale, au lieu de faire hernie, reste tendue en dehors des valves, on parvient encore à la saisir en appuyant contre elle les dents en saillie de la pince vaginale. Chacun de ces bourrelets ou de ces espaces pouvant recevoir deux ou trois pinces, il en résulte que le nombre total de celles qu'on emploie varie de six à neuf, et, règle générale, il faut en mettre le plus que l'on peut. Il est préférable de commencer par la paroi postérieure, et même sur celle-ci par la pince la plus rapprochée de la vulve. L'opérateur trouvera plus de facilité à passer la deuxième et la troisième par-dessus la première, qu'à soulever celle-ci pour arriver au-dessous. Sur la paroi antérieure, ce sera le contraire, attendu que la pince, en vertu de son poids, s'écarte du vagin, laissant à découvert tout ce qui est en avant. De chaque côté les applications se font en commençant par la pince la plus rapprochée de la vulve, et pour faciliter le passage des suivantes, on tient par le fil, collée contre le vagin, celle qui vient d'être mise.

Le spéculum retiré sans être fermé, on introduit sur le doigt l'embout dans le vagin, puis on le fixe solidement sur les bandes verticales d'un bandage en T double. Ce bandage est placé de façon que l'union des bandes verticales avec la bande transversale soit au niveau de l'hypogastre; chacune des bandes verticales contourne la partie supérieure de la cuisse, pour venir s'arrêter vers le grand trochanter, sur la bande transversale. Il ne faut pas craindre de serrer assez fort, pas au point cependant de déterminer de la constriction et de la douleur. Le fil qui attache l'embout au bandage doit être plutôt en arrière qu'en avant; la pression de l'urètre contre le pubis pourrait gêner, arrêter même l'émission des urines. Ce petit accident sans gravité disparaît aussitôt que l'on a repoussé cette tige en arrière. Les fils qui tiennent les pinces sont rassemblés, noués ensemble et attachés au bandage.

Cette première application terminée, la malade est reportée dans son lit et condamnée au repos absolu.

Les pinces tombent en général du cinquième au dixième jour, plus tôt ou plus tard, suivant l'épaisseur du repli comprimé.

Le spéculum devra servir jusqu'à ce que les parois du vagin ne fassent plus saillie entre les valves, que son ouverture à 15 centimètres provoque de la douleur ou détermine un écoulement sanguin par quelques éraillures.

A la deuxième application, le manche du spéculum est tourné vers le coccyx, de sorte que les bourrelets saillants regardent l'un en avant, les deux autres de côté. De cette manière, tous les points du vagin sont traités alternativement. L'application des pinces doit commencer de chaque côté et finir en avant. On se rappellera aussi ce que nous avons dit au sujet du point le plus convenable pour recevoir la première pince. Aux opérations suivantes, le spéculum serait incliné en divers sens, dans le but d'arriver toujours sur quelques points épargnés précédemment. Il faut éviter de se servir trop longtemps du spéculum, qui n'est réellement utile qu'autant qu'il est très-écarté. Jusqu'ici je n'ai jamais dépassé trois fois.

Le spéculum une fois mis de côté, c'est le *gorgeret* ou le *doigt* qui va nous servir de conducteur. Dans le premier cas, on choisit avec l'indicateur le point destiné à recevoir la pince, et sur ce doigt on fait glisser le gorgeret, que l'on retourne ensuite jusqu'à ce qu'il appuie, par sa convexité, sur la paroi à saisir. La pince vaginale, montée sur la tenette, est alors introduite, en glissant dans la gouttière du gorgeret, qu'elle ne touche que par la pointe de ses dents. Tout le système doit être tenu rigoureusement dans l'axe du conducteur, sous peine de dévier et de s'arrêter avant que l'on soit à la profondeur voulue. Lors donc qu'on est arrivé à l'extrémité du gorgeret, on le reconnaît sans peine à la chute que fait la pince, en même temps qu'à la cessation du contact métallique. Le conducteur est immédiatement retiré, et la pince fixée dans les tissus en faisant jouer la tenette, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Si l'on se contente du doigt, on cherche avec la pulpe le point d'application, sur lequel on presse légèrement; après quoi l'on fait pénétrer la pince parallèlement à ce conducteur, en ayant soin de ne l'effleurer que superficiellement et avec les dents de la pince, afin de ne pas être arrêté et surtout de ne pas se blesser. Une fois sur le lieu d'élection, on fait mordre la pince en l'écartant au maximum et en l'appuyant avec un certain degré de force contre la paroi vaginale.

La paroi postérieure du vagin, mieux que toutes les autres, se prête à l'exécution du procédé; elle permet de saisir le conduit dans une grande

étendue. Effectivement, le doigt introduit dans le rectum, tandis qu'on tient les pinces très-écartées, donne la facilité de faire saillir entre les mors cette paroi du vagin, et d'en faire saisir une bien plus grande portion. De plus, on sent que le vagin, resserré par l'instrument, *glisse sur le rectum, qui reste tout à fait étranger à l'action mécanique*. Je n'ai point encore osé introduire une sonde dans la vessie, afin de faire proéminer la cloison vésico-vaginale : la difficulté de sentir la vessie glisser au-dessus de la partie saisie et la crainte d'une fistule vésico-vaginale m'ont toujours arrêté.

Les parois latérales, manquant de point d'appui, fuient devant la pince, et, somme toute, on en tient dans les mors moins qu'on ne le supposerait tout d'abord. Pourtant c'est vers elles que l'attention du chirurgien doit se porter, vu leur plus grand éloignement d'organes à ménager et leur voisinage du tissu cellulaire pelvien, dont l'inflammation lente et limitée doit fournir les conditions d'une guérison solide.

Aussi longtemps que l'embout peut être introduit aisément, il faut en faire usage, comme moyen de remédier à l'indocilité de certaines malades, qui continuent à marcher, à courir, à sauter, malgré les recommandations les plus pressantes.

Le nombre total des applications faites à chaque malade n'a pas jusqu'à présent dépassé *dix*; quelquefois il a été moindre. Je ne puis donner des règles précises à ce sujet ; c'est au chirurgien de juger si les inégalités du vagin, les brides cicatricielles, le rétrécissement, indiquent un travail assez grand dans cet organe, et tout autour, pour espérer une guérison complète. Les premiers pas de la malade feront apprécier si la récidive est imminente, ou si, au contraire, en même temps que l'utérus reste en place, les accidents attachés au prolapsus ont sensiblement diminué ou disparu.

Mieux vaut trop que pas assez : voilà ma règle de conduite. Mieux vaut des applications trop répétées que peu nombreuses; mieux vaut à chaque application introduire beaucoup de pinces, quatre, six, neuf, que de laisser vide un espace qui peut en recevoir. Il est préférable aussi de les disséminer, plutôt que de les agglomérer sur un point; et malgré le moindre avantage qu'il y a à traiter la cloison vésico-vaginale, il ne faut pas la négliger.

Par ordre d'importance, je mets en première ligne, au même rang, les parois latérales, ensuite la paroi postérieure, et en dernier lieu, la cloison vésico-vaginale.

Je ne crains pas de le dire, l'opération n'est pas douloureuse, à moins qu'au lieu d'agir sur le vagin, on atteigne le col, qui se glisse encore facilement entre les mors de la pince. La douleur est vive à cet instant; elle s'irradie aux lombes, dans l'abdomen, trahissant la méprise, qui se reconnaît avec le doigt et se corrige en retirant la pince. La sensibilité redevient exquise au voisinage de la vulve ; aussi, pour épargner des douleurs, faut-il se limiter aux trois quarts supérieurs du vagin. Les extrémités libres des pinces, surtout quand il y en a beaucoup, peuvent, par les frottements continus qu'elles exercent, excorier la muqueuse, finir par la déchirer, si l'on ne prend soin de la protéger avec une bandelette de diachylon placée circulairement entre les pinces et la vulve. J'ai vu aussi, une seule fois je crois, les petites lèvres, légèrement œdémateuses, proéminer au dehors et causer quelque gêne, sans que les choses toutefois arrivassent au point qu'il fallût enlever les instruments, encore n'était-ce que dans un cas où le nombre des pinces était considérable.

C. SUITES DE L'OPÉRATION; RÉSULTAT DÉFINITIF.

A. La réaction générale est si faible, qu'à peine est-il permis de la constater après les deux ou trois premières applications, celles où l'on peut introduire un grand nombre de pinces; elle est si courte, qu'un jour ou deux suffisent à sa disparition, qu'une réduction de régime est tout ce qu'elle réclame. Une légère accélération du pouls, dont la force et la plénitude sont à peines exagérées, un peu de céphalalgie, de coloration à la face, de chaleur à la peau, un enduit blanchâtre sur la langue, de la soif, de l'inappétence : voilà ce qu'on observe. Parfois aussi de légères douleurs aux lombes, dans l'abdomen ou vers la fosse iliaque.

B. Les pinces, avons-nous dit, tombent du cinquième au dixième jour. Elles laissent à découvert une petite plaie qui suppure et dont le pus mélangé au mucus utérin devient l'une des sources de la perte constante qui suit le traitement.

Si l'on touche à ce moment, on trouve de petits lobules hémisphériques, plus ou moins saillants, dont le volume varie d'un pois à une demi-noisette; ils ont une consistance assez dure qui rappelle celle des tissus mous enflammés.

C. Le vagin perd graduellement de son calibre, de sa mobilité; plus tard, avec les progrès de la cicatrisation, il se couvre de brides inodulaires ; enfin, le rétrécissement peut arriver au point que le conduit n'admette plus qu'un seul doigt sans être tiraillé. Avec le temps, cet état se modifie ; les nodosités s'affaissent, disparaissent même; le vagin reprend de la souplesse, et sauf le calibre, qui ne reviendrait pas de lui-même, il y a un retour marqué vers l'état normal.

Le col reste dans l'axe du vagin, le museau de tanche à distance du méat urinaire de *cinq* à *sept* centimètres. La longueur de l'organe est donc bien suffisante à la copulation ; le rétrécissement ne saurait pas non plus offrir d'obstacles, soit au coït, soit à l'accouchement ; une des observations qui suivent en fournira la preuve, indépendamment d'autres faits que l'on pourrait invoquer à l'appui.

Il n'est point rare que le col contracte des adhérences en avant. Le contact des pinces ulcère la muqueuse de cet organe, en même temps qu'il se fait une plaie au vagin, et la cicatrisation au fond d'un cul-de-sac agit comme à toutes les commissures, en réunissant les parties séparées. L'adhérence s'établit plus volontiers en avant, probablement parce que le cul-de-sac y est moins profond qu'en arrière, et la paroi antérieure plus mobile que la postérieure. D'où résulte une arrière-cavité, que limitent en avant le col et le vagin dans tous les autres sens. Cette arrière-cavité est séparée de la partie antérieure du vagin par une sorte d'anneau plus ou moins complet, plus serré que le reste, et dû à la rétraction des brides cicatricielles.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

II. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les numéros du second semestre de 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Polype de la matrice, simulant un renversement de cet organe ;* par M. Van Meerbeeck. 2° *Hygiène des polders et des marécages ;* par M. Decondé. 3° *Empoisonnement par les semences de colchique ;* par M. Brockx. 4° *Un mot sur la prétendue non-contagion des symptômes syphilitiques secondaires et tertiaires ;* par M. Rul-Ogez. (Une vaginite granuleuse aurait donné lieu à un chancre!) 5° *De la suppression du cimetière de Saint-Villebrod ;* par M. Van Haesendonck. 6° *Gastro-hystérotomie pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant ;* par M. Van Aerschodt.

OBSERVATION DE POLYPE DE LA MATRICE, SIMULANT UN RENVERSEMENT DE CET ORGANE ; LIGATURE ; GUÉRISON ; par M. VAN MEERBEECK.

Un renversement de la matrice peut-il se produire cinq mois après l'accouchement, la santé ayant été pendant tout ce temps parfaitement intacte ? C'est là une première question à laquelle donnerait lieu l'observation de M. Van Meerbeeck; car sa malade a présenté cette circonstance. M. Stevens, rapporteur, fait ressortir la lumière qui en résultait pour faciliter le diagnostic que quelques autres particularités obscurcissaient. Il résulte, en effet, des détails de cette histoire clinique que le polype simulait assez exactement, par son volume et sa configuration, le corps de la matrice à l'état d'introversion. Et comme la matrice elle-même, chez cette femme, était extrêmement petite, le toucher anal ni le palper abdominal ne pouvant en constater l'existence au-dessus de la masse morbide qui faisait saillie dans le vagin, on n'était que trop porté à regarder celle-ci comme constituée par l'utérus lui-même.

Cependant, et c'est encore M. Stevens qui signale l'importance de cette remarque au point de vue du diagnostic, les hémorrhagies qui eurent lieu à plusieurs reprises chez cette femme parurent à des intervalles irréguliers; au contraire dans le cas de renversement de l'utérus, la perte de sang revient toujours à l'époque menstruelle.

Enfin le saignement devenant chaque fois plus abondant et plus difficile à arrêter, on fit un nouvel examen plus minutieux, durant lequel on put enfin constater, chose qui avait échappé jusqu'alors, qu'une sonde de femme s'enfonçait *profondément* entre la surface du corps pathologique et l'anneau qui l'encerclait. On reconnut aussi que ce corps avait considérablement augmenté de volume depuis le moment où on l'avait examiné pour la première fois. Enfin il fut possible de sentir la présence, au-dessus de lui, d'une matrice à la vérité fort petite.

En présence de ces nouvelles données, le diagnostic ne pouvait plus demeurer incertain. Les médecins consultants s'accordèrent à déclarer qu'il s'agissait d'un polype. Une ligature serrée à sa base en débarrassa heureusement la malade.

EMPOISONNEMENT PAR LES SEMENCES DE COLCHIQUE; par M. BROECKX.

Les cas d'empoisonnement par les semences de colchique sont heureusement fort rares; c'est pourquoi nous nous empressons de consigner ici une observation très-détaillée qui a été recueillie par M. le docteur Broeckx. L'usage, assez fréquent en médecine, du colchique d'automne ajoute encore à l'intérêt de la relation de notre savant confrère.

OBS. — Un ancien militaire, âgé de 65 ans, était allé rendre visite à un camarade, lequel lui offrit, par une méprise fatale, un alcoolat de colchique pour de la liqueur de table. Celui-ci en but à deux reprises la valeur de deux verres, ou un quart de litre. La liqueur était jaunâtre, d'un goût amer et brûlait un peu la langue. Des symptômes d'empoisonnement ne tardèrent pas à se déclarer. Douleurs intestinales, suivies de vomissements et de selles. La méprise connue se par la domestique ayant été reconnue, M. Broeckx eut recours aux contre-poisons les plus connus. Il employa d'abord l'eau iodée, suivant la formule :

Prenez : Iodure de potassium.	40 centigrammes.	
Iode	10	—
Eau	1,000	

Le malade fut mis dans un bain tiède; mais il ne put y rester que trente minutes. On lui recommanda de faire usage de boissons émollientes; mais le malade préféra de l'eau fraîche, dont il fit une grande consommation. Des cataplasmes émollients et narcotiques, arrosés de *laudanum liquidum Sydenhami*, furent appliqués sur le ventre; mais le malade ne put se tenir tranquille. Les douleurs augmentant de moment en moment, on prescrivit une potion laudanisée, composée de 6 onces d'eau distillée, 1 gros de laudanum de Sydenham et une once de sirop de pavot blanc, à prendre par cuillerées de quart d'heure en quart d'heure. Cette potion fut prescrite dans le but de combattre l'action hyposthénisante du poison, et de soulager le malade, qui se plaignait comme un enragé. Cette même potion fut renouvelée dans la nuit, et parut produire un peu de calme.

M. Broeckx revit son malade le lendemain, à six heures du matin; il présenta les symptômes suivants : douleurs violentes dans tout le ventre, mais moins intenses que la veille, revenant par intervalles et augmentant sous la pression. Les selles avaient diminué; les dernières étaient sanguinolentes. Le malade avait encore de temps en temps des nausées, des vomissements et parfois le hoquet. La langue était sèche, couverte d'un épais enduit d'un brun clair. Le pouls était petit, accéléré; la soif inextinguible, la peau sèche, chaude. Tous ces symptômes dénotaient une violente inflammation du tube intestinal; en conséquence, on prescrivit encore un bain tiède et la glace à l'intérieur. A dix heures du matin, il ne se plaignit plus que du hoquet; mais tous les symptômes de la gangrène intestinale s'étaient declarés : peau froide, couverte d'une sueur visqueuse; pouls presque imperceptible. Pour combattre cet état désespéré, on eut recours aux stimulants sur la peau, et l'on fit entourer tout le corps de cruchons remplis d'eau chaude. A midi, le malade, après des efforts de vomissement, se sentit faiblir. Le hoquet le tourmenta cruellement, la voix s'éteignit, et il parut s'endormir tranquillement. Vers trois heures de relevée, c'est-à-dire vingt-six heures après l'ingestion du poison, M. P... eut une convulsion et expira. La famille, consternée, pria M. Broeckx de faire l'autopsie pour savoir la cause d'une mort si violente et si subite.

L'autopsie, faite vingt-six heures après la mort, fit voir que la membrane muqueuse de l'estomac était, dans les trois quarts de son étendue, d'un brun livide et noirâtre et qu'elle se détachait facilement. Il y avait trois plaques de la grandeur d'une pièce de 5 centimes, qui étaient d'une couleur plus foncée. Un liquide d'un gris sale, que j'évaluai à 1 demi-litre, se trouvait dans la cavité de l'estomac. Les intestins grêles présentaient, dans plusieurs endroits, la membrane muqueuse rouge et par-ci par-là d'une couleur de pourpre ceudré. Le colon offrait de rares endroits rouges. Le péritoine contenait au delà d'un litre d'un liquide citrin clair, et faisait voir aussi des plaques d'une couleur plus ou moins foncée, particulièrement dans la partie qui recouvrait l'estomac.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques remarques.

Plusieurs toxicologues conseillent, dit-il, les boissons vinaigrées pour combattre les accidents dynamiques de la vératrine. Je pense que ces boissons doivent en général être plus nuisibles qu'utiles, attendu que l'acétate de vératrine, qui peut se former par l'ingestion de ce liquide, est le plus vénéneux de tous les sels de vératrine. Or, comme on n'est jamais certain que les voies digestives ne renferment plus aucune particule du poison ingéré, il y a, me semble-t-il, inconvénient à administrer du vinaigre.

En 1829, M. Donné (de Paris) a publié, dans le JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE DE PARIS, des expériences desquelles il résulte que les combinaisons du brome et de l'iode avec la strychnine, la brucine et la vératrine, qu'il regarde comme des bromures et des iodures de ces alcalis, n'exercent aucun effet nuisible sur les animaux, même à la dose de plusieurs grains, tandis qu'à petite dose, comme on le sait, ces alcalis non leurs sels occasionnent plus ou moins promptement la mort. Ces résultats ont porté naturellement l'auteur à administrer de la teinture d'iode à petite dose dans le cas d'empoisonnement par ces alcalis. Dans quatre expériences, après avoir ingéré des grains de strychnine ou de brucine dans l'estomac de chiens de moyenne taille, il a reconnu que la teinture d'iode, administrée en quantité suffisante *immédiatement après l'ingestion de ces poisons*, a déterminé l'expulsion par la gueule d'une écume abondante, que les tremblements qui se sont manifestés alors chez ces animaux n'ont été suivis d'aucun effet fâcheux, et que trois de ces animaux se sont rétablis en moins de quelques heures, tandis qu'un seul, chez lequel, comme le pense M. Donné, la teinture d'iode n'a pu être administrée en quantité suffisante, a succombé. Depuis lors tous les toxicologues conseillent l'eau iodée dans les empoisonnements par les alcalis végétaux.

GASTRO-HYSTÉROTOMIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT; par M. VAN AERSCHODT.

Le double succès, aussi simple que rapide, qui a couronné cette opération pratiquée à la campagne, au milieu d'aides dont l'inexpérience a failli en compromettre la manœuvre, est une preuve de plus à l'appui de cette idée, déjà très-répandue, que les éléments d'une statistique complète à cet égard se trouvent ailleurs qu'entre les mains des praticiens des grands hôpitaux.

OBS. — Une femme âgée de 25 ans, rachitique, n'ayant pas plus de 5 centim. au diamètre sacro-pubien, en proie à un travail très-fatigant qui depuis plus de trente-six heures n'avait point fait avancer la tête de l'enfant, est le sujet de cette observation. Il fut décidé en consultation que, après une expectation aussi prolongée et aussi complétement infructueuse, l'opération césarienne était la seule ressource à proposer.

En conséquence, M. Van Aerschodt fit une incision sur le côté de la ligne médiane, en entamant le bord du muscle droit. Après avoir divisé la paroi abdominale, l'aide qui contenait les intestins les laissa échapper et saillir au dehors. Il fallut les refouler et obtenir à grand'peine de sa part une meilleure coopération. On incisa ensuite la matrice, et le chirurgien eut le bonheur de ne pas tomber sur le lieu d'insertion du placenta. L'enfant se présentait par le dos, les jambes fléchies sur l'abdomen. Il fut extrait aussitôt. C'était un enfant fort, vigoureux, plein de vie. Ses cris donnèrent une telle impression de bonheur à la mère, qu'elle semblait être dédommagée de toutes ses souffrances.

On passa trois épingles ordinaires pour établir trois points de suture entortillée sur les bords de la plaie abdominale, dont on assura la réunion par des emplâtres agglutinatifs.

Les suites furent assez simples. Aujourd'hui rien n'est venu entraver le bonheur de cette femme, qui ne cesse de se féliciter d'être mère, même au prix d'un pareil sacrifice.

III. ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Les numéros de juillet, août et septembre 1852 contiennent : 1° *Ventilation des casernes, des hôpitaux, des écoles et des ateliers*; par M. Rousseau.

IV. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les septième, huitième et neuvième livraisons de 1852 contiennent : 1° *De la valeur de l'électricité dans le traitement des maladies*; par M. Duchenne (de Boulogne). 2° *Des vertus thérapeutiques de la belladone, appuyées sur des faits pratiques*; par M. Dubois.

DES VERTUS THÉRAPEUTIQUES DE LA BELLADONE; par M. le docteur DUBOIS. (Mémoire couronné.)

Un mémoire couronné sur une question de cette nature fait supposer l'une de ces trois choses :

Ou bien il se distingue comme une exposition savante et méthodique de ce qui a été fait sur la matière;

Ou bien il renferme des vues et des expériences nouvelles propres à éclairer la théorie ou mode d'action physiologique du médicament;

Ou bien il renferme des données ou applications pratiques nouvelles.

De ces trois genres de mérites, l'auteur a cherché à atteindre le premier. Son mémoire ne renferme rien, en effet, qui puisse éclairer la médication par la belladone d'un jour nouveau, ou qui en indique une application nouvelle.

Comme exposition savante et méthodique, on y trouve des qualités réelles. C'est un choix fait avec discernement des principaux faits répandus et épars dans la science, coordonnés de manière à ne faire rien préjuger de ce qu'on ne sait pas, mais aussi de manière à ne pas favoriser tel ou tel système. C'est donc un assemblage empirique (pris en bonne part) de matériaux disposés avec ordre, plus qu'une exposition didactique des idées et des questions.

Les conclusions par lesquelles l'auteur a terminé son mémoire donnent une idée exacte de la manière dont le sujet a été traité, et du genre de mérite que l'auteur y a déployé; il dit :

1° Que la belladone n'est pas sans efficacité dans quelques phlegmasies, notamment dans celles qui occupent le globe oculaire ;

2° Qu'elle est le meilleur de tous les remèdes connus, pour combattre la photophobie, qui accompagne si fréquemment les inflammations de l'œil;

3° Que la propriété dont elle jouit de prévenir la scarlatine ne saurait guère lui être contestée;

4° Qu'elle parvient quelquefois à guérir certaines hémorrhagies, telles que l'hémoptysie, l'hématémèse, la métrorrhagie;

5° Qu'elle est le remède par excellence des névralgies, de la coqueluche et de la plupart des névroses;

6° Qu'elle est le remède par excellence pour combattre le symptôme douleur, surtout quand il se manifeste à l'extérieur;

7° Qu'elle apaise, mieux que tout autre médicament, les douleurs cancéreuses, et qu'elle guérit quelquefois, sinon le cancer, du moins les maladies qui lui ressemblent beaucoup;

8° Qu'elle peut être utilement employée pour remédier au resserrement spasmodique et à l'occlusion de la pupille ; pour réduire la procidence de l'iris et détruire ses adhérences; pour prévenir l'inflammation de l'iris, si fréquente après cette opération ; pour maintenir une dilatation pupillaire qui favorise l'absorption et diminue les chances de voir survenir les adhérences après l'opération de la cataracte par broiement; pour prévenir la cataracte secondaire ; pour rétablir la vision, au moins momentanément, lorsque le cristallin est opaque dans son centre, ou qu'il y a des taches sur la cornée ; pour éclairer le diagnostic de certaines affections de l'œil ;

9° Qu'elle jouit d'une efficacité réelle dans certains cas de hernie étranglée ;

10° Que la propriété qu'elle a de faciliter l'accouchement, dans le cas de constriction spasmodique du col utérin, est incontestable, puissante.

11° Qu'elle produit des résultats avantageux dans certains cas de fissure anale;

12° Que son usage peut être plus ou moins utile dans la contraction spasmodique de l'intestin, la constipation, la constriction spasmodique du rectum, de l'anus, de la volve ; dans le phimosis et le paraphimosis, le rétrécissement spasmodique de l'urètre, la rétention d'urine, la strangurie, la constriction spasmodique de la gorge, du larynx ; dans le blépharospasme, l'incontinence d'urine, la colique néphrétique, les hémorrhoïdes, les ulcères, etc.

13° Finalement, que la belladone doit être placée au premier rang des substances médicamenteuses.

V. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

Les troisième et quatrième livraisons de 1852 contiennent : 1° *Quelques réflexions sur les fièvres intermittentes larvées;* par M. Woets. (Premier article.) 2° *Mémoire pour servir à la topographie médicale de l'arrondissement administratif de Thielt.*

VI. ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE.

Les numéros des trois premiers trimestres de 1852 contiennent : 1° *Un cas insidieux d'accidents simulant ceux de la hernie étranglée;* par M. Liégey. (Le malade, porteur d'une hernie crurale, avait une suppression des selles due à une diarrhée antérieure, et des vomissements causés par l'ingestion de substances réfractaires à la digestion. Sans le secours des commémoratifs, on aurait pu considérer la hernie, qui y était complétement étrangère, comme le point de départ des accidents.) 2° *Observation de diabète sucré;* par M. Quariu-Willemier. 3° *Quelques considérations physiologiques et hygiéniques sur l'alimentation;* par M. Plouviez. 4° *Cas de vagin imperforé; rétention du sang menstruel; guérison;* par M. Ossieur. (Aucun accident ne fut la suite de l'opération, quoiqu'on eût donné immédiatement une large issue au sang accumulé.) 5° *Molière, la médecine de son temps, et quelques aperçus sur la science médicale de nos jours;* par M. Plouviez. 6° *Nouveau fait pour servir à la question de la transmission de la syphilis des nouveau-nés aux nourrices;* par M. Landmann. (Fait trop peu détaillé pour être invoqué avec quelque utilité dans un sens ou dans l'autre.) 7° *Mélanges pharmacologiques;* par M. Verbeeck. 8° *De l'usage du sel ammoniac dans quelques maladies des voies urinaires;* par M. Vanoye. 9° *Légères irritations gastralgiques, ou faiblesses digestives de l'estomac;* par M. Plouviez. 10° *Quelques mots sur le cystocèle vaginal;* par le même. 11° *L'ouverture des abcès par le bistouri est-elle préférable à celle faite au moyen de la pierre à cautère?* par le même. 12° *Du calorique contre la sciatique;* par le même. 13° *Observation relative à l'hérédité des maladies mentales;* par M. Kesteloot. 14° *Du degré de force dans le taxis;* par M. Camille Bernard. 15° *Recherches sur la première dentition, et sur les accidents qui accompagnent cette période de la vie;* par M. Delcour. 16° *Du rhumatisme;* par M. Macario. 17° *Guérison d'un cas d'ozène, affection cérébrale dont l'issue a été funeste quatre mois après;* par M. Plouviez.

DE L'USAGE DU SEL AMMONIAC DANS QUELQUES MALADIES DES VOIES URINAIRES; par M. VANOYE.

L'espèce de maladies contre lesquelles M. Vanoye préconise cet agent suffirait pour le faire accepter avec empressement, alors même que sa convenance ne serait point appuyée sur des faits entièrement probants; car, parmi les affections réfractaires aux ressources de la médecine interne, il n'en est aucune qui puisse, sous ce rapport, disputer le premier rang aux engorgements prostatiques, et la chirurgie elle-même offre, dans ces cas, des secours tellement entourés de dangers, et, malgré quelques perfectionnements récents, tellement peu sûrs quant à la durée de la cure, qu'on acceptera sans doute avec le plus grand empressement, et dût-on même en rabattre de beaucoup, la proposition d'une sorte de spécifique que M. Vanoye formule d'ailleurs avec une réserve digne d'éloges.

Voici, en résumé, les deux faits dans lesquels le chlorhydrate d'ammoniaque, administré à l'intérieur, a paru exercer sur l'engorgement de la prostate une influence favorable.

Obs. I. — Un cultivateur âgé de 58 ans, ayant eu plusieurs gonorrhées, commença à éprouver, en 1847, une dysurie que des palliatifs apaisèrent d'abord; mais bientôt elle reparut plus prononcée. Lorsqu'il consulta M. Vanoye, en mars 1848, celui-ci se convainquit, par le cathétérisme et par le toucher anal, que la cause de la difficulté à uriner résidait dans une tuméfaction de la prostate, surtout de son lobe gauche. Des sangsues, des bains, le repos, etc., le soulagèrent; mais la cause du mal persistant toujours, malgré l'emploi (dit l'auteur) des moyens les plus puissants conseillés dans des cas semblables, l'idée lui vint d'essayer le chlorhydrate d'ammoniaque, recommandé par Fischer. Il en donna d'abord 4 grammes par jour, au bout de huit jours 8, et plus tard 12, dans un véhicule mucilagineux. Ne trouvant pas encore d'amélioration, il le porta à 16 grammes; mais alors il y eut de la diarrhée, de l'anorexie et quelques signes de scorbut. Cependant le volume de la prostate avait déjà sensiblement diminué, et le malade, quoique abattu par l'effet du remède, se trouvait considérablement mieux.

En conséquence, après une suspension de douze jours, M. Vanoye reprit l'usage du médicament, mais seulement à 8 grammes par jour, dose qui fut, à ce qu'il paraît, suffisante, puisqu'au bout d'un mois environ, la miction était devenue plus facile que depuis bien des années, et la prostate ne présentait plus qu'un développement relativement insignifiant et incapable de gêner fortement l'excrétion urinaire.

Revu depuis lors, cet homme continue à se bien porter; il a seulement une dysurie de quelques jours, lorsqu'il a fait un excès de boissons. Mais jusqu'à présent, ces accidents légers n'ont pas nécessité de traitement énergique.

Obs. II. — Un vieillard de 64 ans, ayant depuis deux ans un catarrhe vésical, vint consulter M. Vanoye en février 1850. Il reconnut que la sonde parcourait librement tout le canal. Quelques injections d'eau de goudron dans la vessie calmèrent les symptômes; mais au bout de deux mois et demi, il revint avec les mêmes désordres, accompagnés d'une rétention d'urine incomplète, et présentant un engorgement prononcé de la prostate. D'autres injections, l'usage interne de la térébenthine, de l'*uva ursi*, du copahu, échouèrent. M. Vanoye administra alors d'abord 2, puis 4 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque par jour. Enfin on éleva la dose quotidienne de ce sel jusqu'à 8 grammes. Mais six semaines après, il survint une miliaire qui força de suspendre la médication. A cette époque, le malade, qui avait insensiblement perçu la diminution de ses souffrances, se croyait complétement guéri. Effectivement le besoin d'uriner ne se faisait presque plus sentir; la miction s'exécutait d'une manière satisfaisante, et l'exploration anale prouva que la prostate n'était plus qu'à peine tuméfiée.

Néanmoins le traitement ne fut pas abandonné; on continua encore à administrer l'ammoniaque pendant près de deux mois. Le malade, revu tout récemment encore, a affirmé que, à part une certaine fréquence dans l'émission de l'urine, cette fonction s'accomplit aussi librement qu'elle le faisait dans l'état de santé.

Depuis les premières tentatives faites en 1821 par Fischer avec cet agent contre les engorgements prostatiques, et répétées par divers médecins allemands, aucun fait bien constaté n'avait été publié pour en établir l'influence. Nous acceptons d'autant plus volontiers les conclusions de M. Vanoye sur sa valeur thérapeutique, qu'elles ne dépassent en aucune manière les déductions légitimes qu'on peut tirer des deux faits précédents, et qu'il est loin d'attribuer à ce remède une puissance souveraine et constante. Bien au contraire, il confesse l'avoir employé une fois sans succès, quoique ce fût, en apparence, dans les meilleures conditions.

Pour obtenir du sel ammoniac les effets désirés, il faut l'administrer à haute dose et le continuer pendant assez longtems.

On le fait mieux supporter par l'estomac en le donnant dans un véhicule mucilagineux, ou en lui associant un extrait amer. De même, pour atténuer ses effets généraux sur l'organisme, l'expérience a prouvé que rien n'est plus favorable qu'un régime fortifiant composé de bouillon, de vin, de viandes rôties.

Indépendamment de la réaction de l'appareil digestif contre le médicament, il peut se manifester d'autres signes auxquels le praticien reconnaîtra que l'organisme, saturé pour ainsi dire de chlorure ammonique, ne saurait plus en admettre sans être influencé défavorablement. D'après les faits jusqu'ici recueillis, il paraît que ces signes sont une éruption miliaire, des sueurs profuses caractéristiques, et surtout des symptômes analogues à ceux du scorbut, tels que taches sanguines, hémorrhagies, aphthes. — Quant à la miliaire en particulier, Fischer avertit positivement qu'elle annonce que le moment est venu de discontinuer, ou du moins d'interrompre momentanément l'usage du remède.

DU DEGRÉ DE FORCE DANS LE TAXIS; par M. CAMILLE BERNARD.

Aspiration aussi prudente que logique vers une meilleure détermination de la somme de forces qu'on peut impunément déployer dans le taxis, le travail de M. Bernard mérite une mention, bien qu'il ne contienne réellement aucune donnée nouvelle pour aider à la solution du problème. Mais il aura du moins servi à la préparer en posant nettement les termes de la discussion scientifique qui pourra déterminer la découverte industrielle.

D'après M. Bernard, le taxis échoue soit parce qu'une force suffisante étant vicieusement employée se perd en grande partie et demeure définitivement au-dessous du degré nécessaire pour atteindre le but, — soit parce que la force, quoique méthodiquement employée, n'était en réalité pas portée au degré convenable.

Dans le premier cas, le remède est simple. Il s'agit de mieux combiner la disposition des mains qui pressent; de faire suivre à la puissance destinée à réduire une direction plus en rapport avec celle des canaux herniaires; à opérer par mouvements tantôt continus, tantôt saccadés; de ne jamais comprimer isolément sur un seul point de la masse herniaire. Ces règles sont éparses dans tous les traités de chirurgie, etc., et M. Bernard a fait une œuvre utile en les groupant sous les yeux du lecteur.

Mais une fois ce point fixé, une fois le chirurgien en possession de la meilleure méthode de taxis, jusqu'où devra-t-il pousser la force pour faire rentrer les intestins? Comme M. Bernard le remarque avec justesse, deux causes empêchent une réponse positive à cette question. D'abord, chacun sent la force qu'il emploie; mais ne pouvant la mesurer, on ne peut enseigner à autrui les limites qu'elle peut atteindre et celles qu'elle doit respecter. Tout médecin suit donc en cela ses inspirations personnelles sans avoir reçu ni transmis aucun précepte, et l'on comprend que le critérium de l'un n'étant jamais celui de l'autre, les succès et les échecs ne peuvent ni éclairer ni réglementer la pratique générale.

En second lieu, la frayeur d'aller trop loin dans les manœuvres de réduction retient souvent même les plus aventureux, et les empêche de faire assez. Les indications de M. Bernard, quoiqu'elles se bornent sous ce rapport à un simple encouragement, produiront, nous n'en doutons pas, un excellent effet sur la pratique de ceux qui auront médité dans son entier ce travail substantiel. Personne n'accusera M. Bernard d'en appeler à la violence; car s'il conseille d'oser plus qu'on ne le fait usuellement, il demande avant tout qu'on opère de façon à ne rien perdre de la force comprimante, et s'attache principalement à montrer l'avantage qui résulterait d'un moyen de doser cette même force.

Ce dernier désidératum est véritablement, en effet, l'un des plus sérieux besoins de l'art. Avec un pareil moyen de contrôle, il n'est pas douteux qu'on ne recueillît beaucoup de succès de plus et quelques accidents de moins. La vessie de caoutchouc qui comprime en se distendant, et qui se distend régulièrement selon la quantité d'air, facile à déterminer, qu'on y insuffle, ne pourrait-elle pas fournir à la chirurgie ce secours? Une vessie semblable contenue et fixée dans une boîte à parois rigides, appliquée de manière à coiffer de toutes parts la tumeur herniaire, recevant ensuite, au moyen d'un insufflateur, des quantités successives et exactement mesurées d'air, nous semblerait un bon moyen tant pour répartir uniformément la pression à la surface entière de la masse herniaire que pour doser exactement la force mise en jeu.

VII. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Les cahiers de juillet, août et septembre 1852 contiennent : 1° *De quelques points controversés du traitement des abcès par congestion, et en particulier des injections iodées selon la méthode de M. Boinet*; par M. Lelong. 2° *Traitement du ganglion par l'emploi topique de l'iode aidé de la compression*; par M. Rottenburg. 3° *Rapport sur l'état sanitaire de la maison de force et de la maison de sûreté civile et militaire de Gand, pendant l'exercice* 1850; par M. Mareska. 4° *Des inconvénients de l'association du tanin au sulfate de zinc et à la gomme arabique*; par M. Acar. 5° *Des maladies observées à l'hôpital militaire d'Anvers, pendant le premier semestre de* 1852; par M. Gouzée. 6° *De l'emploi en médecine du fer à repasser*; par M. Langenbeck. (Traduit par M. Binard.) 7° *Note sur les affections intestinales observées pendant les mois de juin, juillet et août, dans la garnison de Namur*; par M. Decaisne.

DE QUELQUES POINTS CONTROVERSÉS DU TRAITEMENT DES ABCÈS PAR CONGESTION, ET EN PARTICULIER DES INJECTIONS IODÉES; par M. A. LELONG.

Cet article, plus théorique que pratique, soulève néanmoins une question importante, à savoir, s'il est préférable d'ouvrir les abcès par congestion de bonne heure ou le plus tard possible. L'auteur de l'article penche pour la première opinion.

La guérison, dit-il, sera d'autant plus certaine et plus prompte que l'abcès est moins étendu, l'organisation du kyste moins avancée, et que, partant, la méthode sous-cutanée sera d'autant plus efficace qu'elle aura été employée plus tôt. Ces motifs sont excellents, mais ils ne sont pas les seuls qui commandent d'évacuer le pus de bonne heure. Il en est un surtout qu'on ne saurait trop prendre en considération : c'est que lorsque l'on diffère trop longtemps la ponction de l'abcès, le tissu cellulaire qui double la peau se détruit, et la peau amincie, réduite à sa propre substance, s'exfolie et s'ulcère facilement. Cette circonstance doit être regardée comme l'une des principales causes des insuccès de la méthode.

Nous profiterons de l'occasion pour relever une méprise commise par l'auteur. En parlant des centaines de succès dus à la méthode sous-cutanée, M. J. Guérin entendait parler de la méthode générale appliquée à la ponction de toutes les collections, purulentes et autres, et non pas, comme paraît l'avoir supposé M. Lelong, des abcès par congestion seulement.

DES INCONVÉNIENTS DE L'ASSOCIATION DU TANIN AU SULFATE DE ZINC; par M. ACAR.

Une formule d'injection recommandée par les meilleurs syphilographes contient le tanin associé par parties égales au sulfate de zinc dans un véhicule aqueux. Comme presque tous ceux qui ont fait usage de cette préparation, M. Acar a remarqué que, claire et tout au plus légèrement jaunâtre, au moment où l'on vient de la faire, elle prend au bout de quelques heures une couleur violet foncé.

L'analyse lui a démontré que cette couleur tenait à la présence de faibles traces de fer.

— Ce changement de couleur ne nuit en rien au genre d'effet non plus qu'à l'activité du remède; car outre qu'il n'y a que très-peu de fer, le fer lui-même est un astringent tonique dont la propriété est parfaitement indiquée dans les cas où l'injection tannique convient. Néanmoins, comme le malade pourrait accuser soit le médecin d'avoir prescrit une substance décomposable, soit le pharmacien d'avoir vendu une drogue qui s'altère, l'un et l'autre feront bien de le prévenir de cette modification de couleur, d'autant plus probable que le sulfate de zinc est très-rarement pur de la très-légère proportion de fer qui suffit pour donner au mélange la coloration violette.

VIII. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros du second semestre de 1852 contiennent : 1° *Topographie et statistique médicales du canton de Haeght*; par M. Swéroo. 2° *Mémoire sur le forceps assemblé; nouveaux principes de construction et d'application du forceps, réunis aux principes en vigueur*; par M. C. Bernard. 3° *Notice biographique sur Faudacq, chirurgien namurois du commencement du dix-huitième siècle*; par M. Thirion. 4° *Mémoire et observations sur le nouveau traitement des maladies nerveuses et musculaires par la galvanisation localisée d'après le système du docteur Duchenne (de Boulogne)*; par M. Denenbourg. 5° *Mémoire sur la constitution médicale d'une contrée des départements de la Meurthe et des Vosges, et sur les névroses fébriles*; par M. Liégey. 6° *De la masturpratiomanie*; par M. Debourge. 7° *Accidents tétaniques déterminés par une cause traumatique*; par M. Liégey.

ACCIDENTS TÉTANIQUES DÉTERMINÉS PAR UNE CAUSE TRAUMATIQUE ; par M. LIÉGEY.

L'observation qu'on va lire mérite de figurer parmi les plus rares exemples de maladie du sinus frontal. Sous le rapport pratique, il est aussi étrange que regrettable d'avoir à constater, avec M. Liégey, l'absence de soins éclairés qui eussent sans doute, donnés à temps, prévenu la terminaison funeste.

OBS. — Le 31 mai 1852, une femme reçut sur le front un coup de bâton noueux, violemment asséné. Elle n'éprouva sur le moment que quelques éblouissements. L'hémorrhagie provenant de la petite plaie fut assez aisément réprimée. Malgré quelques douleurs, la santé se maintint assez bonne durant trois jours. Mais alors survinrent de véritables accidents tétaniques, contraction spasmodique des mâchoires, au pharynx, au larynx et au thorax, d'où résultaient une gêne de la respiration, de la parole et de la déglutition, qui fut bientôt portée au point d'empêcher la malade d'avaler.

Ces accidents persistèrent jusqu'à la fin ; il y eut cependant, pendant les trois derniers jours, trois paroxysmes revenant quotidiennement à la même heure, marqués par une douleur plus vive, une sueur abondante et la gêne extrême de la respiration.

La mort eut lieu le 16 mai.

A l'autopsie, on reconnut extérieurement une petite cicatrice, et à côté d'elle, une légère éminence paraissant résulter du soulèvement des parties molles par une esquille.

Mais après avoir incisé, on s'aperçut que cette prétendue esquille était un éclat de bois (l'une des épines du bâton) dont l'extrémité opposée pénétrait dans le sinus frontal, duquel la table interne était restée intacte. Toute la surface fracturée, le corps étranger et la portion decollée des téguments en rapport avec eux étaient baignées de pus séreux.

Évidemment la présence de ce corps étranger dans la plaie osseuse a été la cause des accidents tétaniques auxquels la malade a succombé.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La dernière séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'intérieur et du commerce transmettant un rapport de M. le docteur Thiriat, médecin cantonal à Épinal, sur l'épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Thaon pendant les trois derniers mois de 1852 (Comm. des épidémies) ;

2° Une demande d'avis sur les eaux de Forges (Seine-et-Oise) et sur l'opportunité d'accorder l'autorisation d'exploiter ces eaux (Comm. des eaux minérales) ;

3° Diverses lettres relatives à des remèdes secrets ;

4° Une lettre du ministre de la guerre avec envoi d'un rapport sur les eaux d'Hammam, près Sétif (Algérie) (Même comm.)

— M. CONNEAU remercie l'Académie de sa nomination au titre d'associé libre.

SUR LE DOSAGE DU SUCRE DE LAIT, ETC.

M. POGGIALE adresse sur ce sujet la lettre suivante :

MM. Vernois et Becquerel ont cru devoir répondre à la note que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie dans sa séance du 8 février, et dans laquelle je constatais par des faits précis un droit qui m'appartient, et quelques-unes des erreurs commises par ces honorables médecins. Je regrette d'être obligé d'entretenir de nouveau l'Académie de ce débat ; mais elle comprendra, je l'espère, que, dans l'intérêt de la science, je lui dois encore quelques explications. La réplique a été vive et quelquefois injuste : je ne suivrai pas cet exemple.

Il résulte de la lettre même de MM. Vernois et Becquerel qu'ils ont employé le procédé que j'avais indiqué en 1849, et qu'ils n'ont eu pour but que de perfectionner les moyens actuellement connus. Si j'avais remarqué dans leur travail le moindre progrès en ce qui concerne l'analyse du lait, on peut me croire, j'aurais été heureux d'applaudir à leurs efforts ; mais qu'ont-ils découvert ? Rien. Ils ont suivi exactement le procédé que j'avais décrit ; seulement, au lieu des appareils ingénieux et précis de MM. Biot et Soleil, ils ont fait usage d'un strument inexact.

Je savais que M. Becquerel s'était servi d'un polarimètre construit par M. Dubosc pour la détermination de l'albumine, et je n'ai aucune peine à croire que les analyses du lait ont été faites avec ce même instrument. Cet appareil, parfaitement connu (1), que MM. Vernois et Becquerel appellent grand polarimètre, et celui qu'ils ont imaginé pour la pratique ordinaire et qu'ils nomment petit polarimètre, sont basés exactement sur les mêmes principes ; ils ont la même longueur (20 centimètres), et donnent tous les deux de fausses indications. Ils fournissent à peu près les mêmes résultats, ainsi que le démontrent les chiffres suivants, obtenus par ces messieurs (38,50 pour le petit polarimètre et 37,80 pour le grand). Par conséquent, si l'un est défectueux, l'autre doit l'être aussi.

Entre ces chiffres et celui que j'ai constaté moi même (50 à 55), et qui avait été reconnu avant moi, à l'aide d'un autre procédé, par M. Boussingault, et, depuis moi, par M. Regnault, lequel doit mériter la confiance ? C'est ce que la commission nommée par l'Académie décidera. Lorsqu'elle voudra bien me le permettre, je serai heureux de faire ces expériences sous ses yeux ; elle pourra se convaincre que les faits annoncés par moi sont exacts, et que j'ai dû exprimer le regret que, dans un travail aussi important, MM. Becquerel et Vernois n'eussent pas employé le polarimètre de M. Biot ou celui de M. Soleil, dont la précision ne laisse rien à désirer.

J'ai démontré jusqu'à l'évidence, dans ma note, les erreurs graves que MM. Becquerel et Vernois ont faites, en ce qui concerne l'addition de la dextrine et du sucre, la séparation de la crème et l'examen des liquides colorés par le saccharimètre de M. Soleil. En gardant un silence absolu sur toutes ces questions, qui formaient le point capital du débat, ces messieurs reconnaissent sans doute la justesse de mes observations.

Je regrette vivement pour MM. Vernois et Becquerel qu'une pensée injuste et peu bienveillante se soit glissée dans leur lettre sur la question de priorité pour le dosage du sucre de lait par le polarimètre. A l'assertion suivante : « Puisque » M. Poggiale *a oublié jusqu'ici de le dire* et nous oblige à le lui *rappeler* » *publiquement*, c'est à M. l'abbé Moigno que revient l'idée et la direction des » recherches de M. Poggiale sur le dosage du sucre par le polarimètre, » je répondrai simplement par l'autorité irrécusable des faits.

J'ai adressé, en 1849, un mémoire à l'Académie des sciences sur le *dosage du sucre de lait* par la méthode des volumes. *Personne* n'en avait parlé jusque là. Si MM. Becquerel et Vernois avaient étudié plus sérieusement cette matière, ils n'auraient pas songé à me contester une découverte que tous les chimistes reconnaissent m'appartenir *entièrement*.

Après la publication de mon travail et à propos de ce travail, M. l'abbé Moigno, que j'avais occasion de rencontrer, m'engagea à vérifier, par le saccharimètre de M. Soleil, les résultats que j'avais obtenus. Je fis dans mon laboratoire, et sans le concours de M. l'abbé Moigno, que je connais à peine, un grand nombre d'expériences avec ce polarimètre : j'établis une table avec le plus grand soin, et j'eus l'honneur d'adresser encore à l'Académie les résultats de mes recherches, *sans oublier* de faire connaître la part qui en revenait à M. l'abbé Moigno. Ce savant voulut bien m'en remercier, et dans son RÉPERTOIRE D'OPTIQUE MODERNE, publié en 1850, on lit le passage suivant, que MM. Vernois et Becquerel connaissent parfaitement, puisque l'ouvrage est mentionné dans leur lettre : M. Poggiale a bien voulu reconnaître (dans le préambule de son mé» moire) qu'il nous devait l'idée, etc. »

Dernièrement encore, dans le COSMOS du 13 février 1853, également mentionné par MM. Vernois et Becquerel, M. l'abbé Moigno a écrit les lignes suivantes : « Qu'on nous permette de reprocher à MM. Becquerel et Vernois de » n'avoir pas rappelé que le procédé d'analyse du lait par le polarimètre avait » été non-seulement *proposé, mais formulé dans tous ses détails* par M. le » docteur Poggiale. »

Ainsi il demeure bien entendu que le procédé qui consiste à déterminer la richesse du lait par le dosage du sucre m'appartient qu'à moi. J'ai rendu justice à M. Moigno pour l'application du polarimètre, comme moyen de vérification. Que reste-t-il donc à MM. Vernois et Becquerel ? La nature de mes études habituelles, et mes nombreuses recherches sur le lait en particulier, me permettent d'attendre avec confiance la réponse de l'Académie à cette question.

Je crois avoir exposé les faits d'une manière assez nette pour pouvoir me dispenser d'une nouvelle réponse, dans le cas où ces messieurs jugeraient à propos de réclamer encore.

Agréez, etc.

DU PROCÉDÉ A EMPLOYER DANS LES CAS DE DYSTOCIE PAR HYDROCÉPHALIE.

M. DUJARDIN (de Lille) rappelle qu'il a adressé, en novembre 1851, une observation de dystocie relative à un cas de présentation pelvienne compliquée d'hydrocéphalie considérable, cas pour lequel les auteurs n'avaient pas encore tracé de marche à suivre pour pratiquer la perforation de la base du crâne. Depuis cette époque, M. Chailly, dans la troisième édition de son TRAITÉ D'ACCOUCHEMENT, a recommandé, dans ce cas, de pratiquer la perforation de la base du crâne à l'aide des ciseaux de Smellie. M. Dujardin pense que le procédé qu'il a employé dans le cas qui fait l'objet de sa communication est préférable, et il appelle de nouveau sur lui l'attention de l'Académie. Ce procédé consiste à placer un crochet mousse sur la base de l'une des cavités orbitaires du fœtus et à le forcer, en lui imprimant un mouvement de rotation convenable, à pénétrer dans la cavité crânienne par le fond de l'orbite. (Comm. précédemment nommée.)

(1) Voir RÉPERTOIRE D'OPTIQUE MODERNE, 1850.

— M. BERTHÉ, pharmacien à Paris, adresse une troisième note sur les huiles du foie de morue. (Comm. : MM. Grisolle, Soubeiran, Guibourt et Bouchardat.)

— M. le docteur MERCIER, médecin cantonal à Pontarlier, transmet copie d'une lettre qu'il a adressée au préfet du Doubs pour lui faire savoir que dans diverses communes de ce département qu'il a été invité à visiter, il a trouvé un certain nombre d'enfants qui ne présentent aucun indice d'inoculations vaccinales. (Comm. de vaccine.)

— M. P. DUBOIS prie l'Académie de l'autoriser à prendre dans la section d'accouchements la place que le décès de M. Devilliers y a rendue vacante.

Sur la proposition de M. le président, soumise à l'Académie, il sera nommé une commission composée de onze membres, pris dans chacune des sections de l'Académie, pour faire un rapport sur la demande de M. Dubois.

LACTUCARIUM ET OPIUM INDIGÈNE.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Bouchardat relatif à la demande d'application du décret du 3 mai 1850 au lactucarium et à l'opium indigène.

Voici les principaux passages du rapport de M. Bouchardat, que nous ferons suivre d'un résumé de la discussion qui a eu lieu dans la précédente séance et dans celle-ci.

M. BOUCHARDAT : M. le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce vous a transmis une demande de M. Aubergier, tendant à obtenir qu'il soit fait application de la loi du 3 mai 1850, à deux produits déjà soumis à l'Académie, et sur lesquels trois rapports favorables vous ont déjà été faits. Ces deux produits sont le *lactucarium* et l'*opium indigène de pavots pourpres*. M. le ministre consulte l'Académie sur la question de savoir si ces deux produits peuvent être considérés *comme nouveaux et utiles*, et par conséquent comme étant de nature à donner lieu à l'application du décret précité, application qui doit donner à tous les pharmaciens le droit de les préparer à l'avance et de les délivrer sur les ordonnances de médecins.

Dans son rapport fait dans la séance du 2 septembre 1851, et inséré p. 1192 du tome V du Bulletin, M. Chevallier a formulé avec le plus grand soin tous les détails du procédé à l'aide duquel il a vu préparer sous ses yeux le suc laiteux de la laitue par incisions. Il établit qu'une quantité de 50 kilogrammes a pu être obtenue sur les champs qu'il a vu consacrés à cette culture. Ce rapport ne laisse plus aucun doute sur la possibilité d'obtenir désormais le lactucarium en grand pour les besoins de la médecine, quelque développement que puisse acquérir la consommation de ce produit. Aussi le rapport du 28 décembre 1852 a-t-il pu exprimer la pensée à laquelle vous vous êtes associés, que le lactucarium prendrait la place qui lui appartient dans la prochaine édition du Codex.

Nous ne saurions vous proposer de rien ajouter à cette conclusion, nous nous bornons à la rappeler et à la maintenir.

Pour ce qui regarde l'opium indigène de pavots pourpres, il semble au premier abord que si on ne peut lui contester le caractère de l'utilité, on ne saurait considérer comme nouveau un médicament qui a pris depuis si longtemps un rang aussi élevé dans la matière médicale.

Un examen attentif de la question montre qu'elle peut et qu'elle doit recevoir une solution différente.

Ce qu'il y a de certain, c'est que depuis un temps immémorial on emploie, sous le nom d'opium, des produits présentant dans leur composition des écarts qui pourraient entraîner des dangers dans leur emploi. Ces écarts étaient déjà, mais imparfaitement connus. Ils ont été précisés par M. Aubergier, qui nous a appris qu'ils sont dus, soit aux procédés qu'on emploie pour préparer les opiums du commerce, soit aux variétés de pavots qui les fournissent. On arriverait au même résultat si l'on confondait désormais sous le nom d'opium indigène les opiums obtenus avec les sucs laiteux de toutes les variétés de pavots.

Il en résulterait que le médecin pourrait administrer indistinctement et sans s'en douter, de l'opium riche à 5 p. 100, s'il provenait du pavot blanc; riche à 10, s'il provenait du pavot pourpre, et à 22 p. 100 s'il provenait du pavot œilleté.

On ne peut échapper à cette incertitude qu'en mettant à profit le résultat principal du travail de M. Aubergier, celui par lequel ses recherches diffèrent de toutes celles qui l'ont précédé. C'est parce que ses devanciers ont examiné l'opium indigène provenant tantôt d'une variété, tantôt d'une autre, qu'ils ont été amenés à soutenir sur cette question les opinions les plus contradictoires. Les uns avançaient que l'opium indigène est de beaucoup inférieur à l'opium exotique de bonne qualité parce qu'ils avaient examiné l'opium de pavots blancs; les autres, qu'il lui est de beaucoup supérieur, parce qu'ils avaient opéré sur un opium provenant d'une variété de pavot à graine noire.

Il faut autant qu'on le peut éviter qu'il se glisse dans la pratique médicale, où ils auraient d'autres et de plus graves conséquences, les sujets d'erreurs qui ont si longtemps dominé les discussions scientifiques sur cette question. Il convient de faire une utile application des données du travail de M. Aubergier, en reconnaissant la nécessité de désigner sous un nom qui en indique l'origine, le nouveau produit destiné à remplacer l'opium exotique.

Il ne faut pas attendre, pour mettre à profit les enseignements de la théorie, qu'on ait vu se reproduire l'accident grave arrivé sous les yeux d'un des membres de votre commission avec l'opium du général Lamarque, employé à la même dose que l'opium ordinaire.

M. Rayer et M. Grisolle, après avoir obtenu de l'expérience clinique les résultats que l'analyse chimique avait déjà permis d'espérer, ont exprimé le vœu que des expériences faites sur une large échelle vinssent confirmer les avantages qu'ils avaient reconnu au nouveau et utile produit qu'ils avaient expérimenté.

Comment ce vœu si sage pourrait-il être réalisé si l'opium indigène du pavot pourpre pouvait être employé indistinctement désormais à la place de l'opium exotique. Il convient donc de désigner, sous le nom d'opium indigène de pavot pourpre, le produit présenté par M. Aubergier.

On comprend sans peine que cette distinction pourra devenir inutile quand on aura adopté le titrage officiel et régulier proposé par M. Chevallier pour tous les opiums introduits dans la pratique médicale; mais jusque-là cette précaution offre un moyen efficace d'établir une utile uniformité dans la composition de plusieurs médicaments d'une grande importance pour la thérapeutique.

Quant aux formules que M. le ministre demande à l'Académie de lui indiquer, notre première pensée a été de répondre que jusqu'à ce que la question du titrage soit résolue, question dont la solution pourrait amener des modifications dans les formules mêmes du Codex, ces formules devraient servir de base aussi bien pour les préparations d'opium de pavots pourpres que pour celles d'opium exotique. Mais la nécessité d'établir une ligne de démarcation nette et précise entre l'ancien et le nouveau produit nous a fait penser qu'il y aurait tout avantage à appliquer immédiatement les idées de M. Aubergier sur le parti à tirer de la richesse décimale en morphine de l'opium de pavots pourpres, en maintenant cette proportion décimale dans les préparations dans lesquelles on le ferait entrer. Ainsi nous adoptons la formule d'un vin d'opium de pavots pourpres dans lequel cet opium entrerait pour un dixième et où la morphine se trouverait par conséquent dans la proportion d'un centième. Nous adoptons aussi une formule de teinture alcoolique d'opium de pavots pourpres, en proportion décimale.

On pourrait employer cette teinture sous une forme qui la rendrait exclusivement propre à l'usage extérieur en la rendant solide à froid par l'addition d'une faible proportion de stéarate de soude. On comprend les avantages qu'on pourrait tirer dans la pratique d'une préparation dont on pourrait mesurer la dose par le volume. Elle contribuerait à rendre les empoisonnements par les liniments opiacés beaucoup plus difficiles, si même elle ne les rendait impossibles : ce point de vue a une grande importance lorsqu'il s'agit d'une préparation dans laquelle, en raison de sa destination, on se trouve obligé de mettre entre les mains et à portée d'un malade une proportion beaucoup plus forte d'un tel médicament, que celle qui serait mise à sa disposition pour être prise à l'intérieur.

Le sirop de pavot blanc préparé avec l'extrait alcoolique est un médicament de nature essentiellement variable, comme l'extrait qui en est la base et qui peut contenir plus ou moins de morphine, suivant l'époque plus ou moins avancée de maturation de la capsule et une foule d'autres causes accessoires qui nous sont imparfaitement connues. Ainsi il résulte des expériences de M. Aubergier, que la proportion de morphine diminue dans le suc laiteux du pavot au fur et à mesure que la capsule approche de la maturité. Buchner est arrivé à des conséquences tout opposées en examinant des extraits de pavots préparés avec des capsules prises à différentes époques de leur maturité. Ce fait, contradictoire en apparence, peut s'expliquer par des expériences faites par M. Aubergier sur les extraits de pavots. Il a trouvé, en effet, que la proportion d'extrait est d'autant plus forte que les capsules ont été cueillies dans un état de maturité moins avancé. Il en résulte qu'une plus forte proportion de morphine contenue dans un même nombre de capsules vertes ou mûres pourrait se trouver noyée dans une plus grande quantité de matières extractives dans les unes que dans les autres. Cette proportion, qui décroît comme la morphine, peut s'élever à 100 pour 100 Dans quatre expériences faites avec des têtes prises dans toutes les phases de la végétation, ce fait a été constaté de la manière la plus frappante. Les têtes les plus jeunes ont donné 30,72 pour 100 d'extrait alcoolique, les suivantes 20,52, 19,56 pour 100; les dernières 16,8.

On comprend quelle incertitude doit régner dans la composition d'un sirop reposant sur de tels éléments. Quoi qu'il en soit, on a calculé qu'il doit contenir approximativement 1 dix-millième de morphine. En employant 1 décigramme d'opium de pavots pourpres par 100 grammes de sirop, on aurait une préparation équivalente, mais bien plus constante dans sa composition et ses effets; comme elle est souvent employée dans la médecine des enfants, il importe plus encore peut-être d'assurer cette régularité de composition et d'effet.

On ne saurait contester l'utilité d'une pareille innovation. S'il s'agissait de récompenser l'auteur par un privilége, on ne pourrait trouver une meilleure occasion de l'accorder. Mais tel ne saurait être l'effet du décret du 3 mars 1850. Son application laissera à M. Aubergier l'honneur très-grand assurément d'avoir proposé la réforme, d'avoir fourni les moyens de la réaliser; mais la consécration qu'elle recevra par l'application du décret n'aura d'autre résultat que celui de donner à tous les pharmaciens de France le droit de préparer et de vendre les nouveaux et utiles produits que M. Aubergier a fait connaître, en se conformant aux lois qui régissent la matière. Ce doit être une raison de plus pour l'Académie de donner au moins à M. Aubergier la satisfaction de voir sa demande accueillie par elle avec la faveur qu'il mérite.

En conséquence, votre commission vous propose à l'unanimité de répondre qu'il y a lieu d'appliquer le décret du 3 mai 1850 au lactucarium et à l'opium indigène de pavot pourpre, et à insister de nouveau auprès de M. le ministre sur l'importance que l'Académie attache aux utiles et persévérants travaux de M. Aubergier sur le lactucarium et l'opium indigène.

M. SOUBEIRAN n'a point l'intention de s'opposer à l'application du décret du 3 mai au lactucarium et à l'opium indigène retiré du pavot pourpre ; il partage à cet égard l'avis de la commission; mais il n'en est pas de même en ce qui concerne les formules proposées par M. Aubergier; il s'oppose à ce que l'Académie donne son approbation à ces formules; et en voici les raisons.

La commission veut que l'opium indigène soit un remède spécial qui devienne la base d'une série de formules parallèles à celles du CODEX, mais qui en restent distinctes. Elle s'appuie pour faire cette proposition de l'opinion de MM. Boullay et Orfila et des expériences de MM. Grisolle et Rayer. Or il ré-

suite précisément de ces expériences que M. Soubeiran rappelle textuellement, la preuve de l'extrême ressemblance d'action des deux opiums exotique et indigène; d'où M. Soubeiran conclut que toute distinction devient superflue, et que l'opium indigène peut être vendu et employé concurremment avec l'opium exotique.

Passant à l'appréciation chimique de la question, M. Soubeiran ne voit pas davantage les motifs qui justifieraient cette distinction, puisque, d'une part, de l'aveu même de M. Aubergier, l'opium de pavot pourpre indigène ne diffère aucunement de l'opium de Turquie préparé avec la même espèce de pavot, et que, d'autre part, la composition de l'opium indigène n'est pas toujours identique à elle-même, ainsi qu'en est convenu M. le rapporteur lui-même dans son premier rapport.

Enfin, en ce qui concerne les formules, M. Soubeiran est d'avis qu'elles ne sauraient remplir convenablement l'objet que s'en est proposé leur auteur, et qu'en adopter l'insertion au BULLETIN, ce serait exposer les praticiens à des embarras et ouvrir la porte à des erreurs. Quant aux encouragements et aux éloges dont la commission a jugé M. Aubergier digne pour ses louables et persévérants efforts, il s'associe à cet égard de toutes ses forces aux conclusions du rapport.

M. Soubeiran résume son argumentation en proposant de répondre au ministre qu'il convient d'accorder à l'opium indigène l'autorisation d'être librement vendu; que tous les opiums devront être titrés à un dixième de morphine; que les formules de M. Aubergier ne doivent pas être adoptées; que les préparations de lactucarium doivent être expérimentées de nouveau avant d'accorder à ce produit le bénéfice du décret du 3 mai.

M. BUSSY parle dans le même sens que M. Soubeiran. Il demande que l'on approuve l'opium indigène en lui-même; mais quant aux formules il ne voit aucune nécessité de les adopter. Ce serait une illusion de croire qu'en adoptant ces formules on s'assurerait l'avantage d'un opium toujours au dixième. L'opium indigène offre à cet égard les mêmes différences que l'opium exotique. L'Académie doit donc se borner à insister sur l'utilité de cette culture et sur les encouragements qu'elle mérite; mais elle ne doit point donner son approbation aux formules qu'on lui propose.

M. ROBINET pense, au contraire, que non-seulement la culture de l'opium indigène doit être encouragée, mais qu'il est utile même d'approuver des formules qui ont pour objet d'obvier aux graves inconvénients résultant de l'arbitraire qui règne aujourd'hui dans cette partie de l'art pharmaceutique et des dissemblances considérables qui existent entre les divers opiums exotiques en usage.

M. CAVENTOU soutient le rapport de la commission et exprime l'opinion que non-seulement sous le rapport de la science et de l'art de guérir, le lactucarium et l'opium indigène sont des acquisitions avantageuses et utiles dont profiteront aussi les intérêts agricoles, mais que ces produits officinaux doivent prendre rang à côté de l'opium exotique, sans pouvoir, quant à présent, être confondus avec lui.

Sur l'observation de M. le président, que M. Aubergier renonce à l'insertion de ses formules au BULLETIN et borne sa demande à l'application du décret au lactucarium et à l'opium indigène, la discussion doit être considérée désormais comme épuisée. M. le président invite en conséquence la commission à s'entendre avec les membres dissidents sur la rédaction définitive des conclusions dont le fond est adopté maintenant par tout le monde.

La délibération sur ces nouvelles conclusions est renvoyée à la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et quart pour entendre le rapport de la commission des associés étrangers.

COMITÉ SECRET.

Dans son comité secret, l'Académie a entendu le rapport de la commission pour la présentation d'une liste de candidats aux places d'associés étrangers. Elle a adopté la liste suivante :

MM. BUFFALINI, à Florence.
RIBERI, à Turin.
WARREN, à Boston.
VALENTINE MOTT, à New-York.
VLEMINCKX, à Bruxelles.
GRANDET, à Lisbonne.

Sur une liste supplémentaire elle a placé MM. OWEN, à Londres; FARADAY, *id.*; ARNOLD, à Fribourg; BRIGHT, à Londres; CASPER, à Berlin; CHÉLIUS, à Heidelberg; BETTI, à Florence; DE RENZI, à Naples; BISCHOFF, à Giessen; AUVERT, à Saint-Pétersbourg; BREWSTER, à Édimbourg; EHRENBERG, à Berlin; MARSH, à Dublin; BARONI, à Rome.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1853;
par M. le docteur E. LE BRET, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE.

SUR QUELQUES PARTICULARITÉS RELATIVES A L'ORGANISATION DES MORMYRES; par le docteur JEAN MARCUSEN (de Saint-Pétersbourg).

Ce n'est que depuis la publication de l'ouvrage qui donne la description de l'Égypte, ouvrage qui contient de précieux détails sur les poissons du Nil, que l'on a une connaissance un peu exacte de la famille des mormyres.

Malgré la bonté de ce travail, plusieurs particularités dignes de fixer l'attention des anatomistes et des physiologistes restaient inconnues.

M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire parle de glandes qui se trouvent dans la queue des mormyres, et qui la rendent plus épaisse : c'est tout ce qu'il dit des organes électriques de ces poissons.

C'est M. Küppell (de Francfort-sur-Mein) qui, le premier, en 1829, a donné une description de ces organes; pourtant il ignorait leur usage. MM. Erdl et Jemminger les décrivent et leur donnent un nom, ce sont eux qui les appellent organes électriques. Ces auteurs n'ont trouvé ces organes que dans le *mormyrus oxyrynchus* et dans le *mormyrus longipinnis*; je puis ajouter, d'après mes recherches, qu'on les trouve encore dans le *mormyrus labiatus*, dans le *mormyrus dorsalis* et dans le *mormyrus bane*. Il est même très-vraisemblable, comme le présumait déjà M. Küppell, que ces organes électriques existent dans toutes les espèces de la famille des mormyres.

On sait ce que sont ces organes, analogues, du reste, à ceux que possèdent les gymnotes : ils sont au nombre de quatre, deux de chaque côté, et sont composés de feuillets parallèles disposés perpendiculairement les uns à côté des autres.

Cette famille des mormyres est curieuse à plus d'un titre. On est étonné déjà de trouver la plupart et probablement la totalité des espèces d'une famille de poissons pourvues d'organes électriques, de voir que cette famille entière possède des écailles; mais l'intérêt et la surprise augmentent en étudiant le système nerveux de cette singulière famille.

Les mormyres ont le cerveau beaucoup plus développé que les poissons en général, que les amphibies, que les oiseaux, et même que plusieurs mammifères.

MM. Erdl et Kud. Wagner ont mentionné la grandeur de ce cerveau : ils n'en ont pas donné la description.

Le cerveau des mormyres offre du reste une grande ressemblance avec celui des rongeurs : il est grand et remplit toute la cavité osseuse. Il est composé de trois lobes, l'un antérieur, l'autre médian, le troisième postérieur. Ces trois lobes montrent à leur surface des circonvolutions très-prononcées : seulement, pour voir les circonvolutions du lobe antérieur et du lobe médian, il faut enlever une légère couche de matière grise qui les recouvre. Ces lobes ne sont pas aussi bien séparés dans toutes les espèces des mormyres; chez le *mormyrus bane*, par exemple, les lobes antérieur et médian sont réunis : un sillon profond qui se trouve au milieu de ce lobe unique indique pourtant, en quelque sorte, la division en deux lobes. Dans cette même espèce, les lobes recouvrent moins complètement que dans les autres les parties du cerveau sous-jacentes : on peut apercevoir dans la ligne médiane les corps quadrijumeaux et le cervelet.

Les lobes du cerveau sont creux, mais ils ne contiennent pas de corps ganglionnaires comme les corps striés; ils ne communiquent pas avec le troisième ventricule.

Le cervelet est aussi très-développé, il est formé de trois lobes, l'un médian, les autres latéraux; il envoie en avant un prolongement assez considérable qui couvre les corps quadrijumeaux.

La base du cerveau offre, d'avant en arrière, les tubercules olfactifs, placés sous les lobes antérieurs, mais complètement séparés d'eux; les lobes optiques qui présentent dans leur base deux corps ganglionnaires et qui contiennent le troisième ventricule. Ce ventricule communique avec le quatrième situé derrière lui et avec l'hypophyse du cerveau qui se trouve entre le lobe optique et la moelle allongée.

Au-dessus des lobes optiques, et un peu en arrière, se trouvent les corps quadrijumeaux, dont les deux antérieurs sont plus développés.

Dans son ensemble, le cerveau offre l'aspect d'une masse triangulaire à base postérieure. Je me réserve, du reste, d'en donner une description détaillée avec figures, dans un mémoire que je présenterai prochainement à l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg.

Je puis dire dès maintenant que si dans le cerveau des poissons en général une partie peut être regardée comme équivalant aux grands hémisphères, ce ne peut être ni les lobes olfactifs ni les lobes optiques en totalité, mais seulement la partie supérieure des lobes optiques.

Dans ce mémoire je m'occuperai en outre des conséquences du fait qu'on a rapporté dans l'appréciation des diverses parties du cerveau dans les poissons en général. Je donnerai aussi tous les détails que je possède sur les organes électriques : je veux seulement signaler, avant de finir cette note, un fait intéressant, touchant la distribution et la terminaison des nerfs dans ces curieux organes.

Chacun des feuillets dont sont composés les organes électriques reçoit son nerf séparément. Ce nerf se distribue d'une manière dendroïde. On voit pourtant deux

ou trois rameaux principaux qui offrent des divisions et des subdivisions. Regardez ces feuillets avec une loupe ou un grossissement peu fort, vous verrez que les subdivisions se terminent par des renflements; de ces renflements partent de nouveaux filaments nerveux qui gagnent la périphérie. Examinés au microscope, ces renflements ne présentent pas de corpuscules ganglionnaires; ils sont formés par la division des fibres primitives, division qui, du reste, commence dès l'entrée du nerf dans le feuillet électrique. Les filaments nerveux, qui sont des renflements à la périphérie, n'offrent plus la même constitution que les fibres primitives; ce qui les forme est une matière grise entourée d'une gaine transparente, laissant voir un assez grand nombre de noyaux à des distances égales et régulières. Ils sont plus gros que les fibres primitives, mais ils n'offrent plus de doubles contours. A mesure qu'ils gagnent le bord de l'organe, ces filaments deviennent plus minces, mais ils ont toujours des noyaux dans leur gaine, et eux aussi présentent des petits renflements au niveau des nombreuses divisions et subdivisions qu'ils forment. Les derniers filets se divisent en plusieurs digitations que termine une extrémité en forme de massue. C'est au moins ce que montre le microscope. Mais comme avant les digitations on voit des filets offrir l'apparence d'une terminaison libre, apparence qui disparait, il est vrai, en changeant le foyer, on ne saurait décider d'une manière positive si la terminaison des filaments est en massue ou en anses.

2° SUR LA CONSTITUTION DE LA COQUE DANS LE DÉVELOPPEMENT EMBRYONNAIRE DES FLUXIDINÉES; par M. CH. ROBIN.

M. Ch. Robin a déjà communiqué un travail comprenant l'évolution embryonnaire des sangsues depuis la ponte jusqu'à la sortie de l'œuf. Amené à examiner la constitution de l'enveloppe et du contenu du cocon, il établit : 1° que l'ovule y est tout à fait semblable aux ovules ordinaires; 2° que les observateurs qui l'ont précédé auraient dû arriver à cette conclusion, en voyant que l'enveloppe extérieure ou protectrice est sécrétée par la peau. Ainsi l'œuf des sangsues n'est pas un œuf à *vitellus multiples*. Ce sont des ovules composés d'une membrane vitelline et d'un vitellus constitué comme tout vitellus des œufs des vers. Seulement ces ovules sont déposés par l'animal en plus ou moins grand nombre dans une *enveloppe protectrice commune* de nature cornée, au milieu d'une masse albumineuse assez dense qui remplit celle-ci. C'est cette enveloppe du cocon qui a été prise pour l'analogue de la coque d'un œuf ordinaire des ovipares, mais à tort, et ce sont les ovules eux-mêmes, constitués comme il est dit plus haut, qu'on prenait pour des vitellus seulement.

II.—ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOLOGIE.

1° NOUVELLES RECHERCHES SUR LES OBLITÉRATIONS DES VOIES SPERMATIQUES; par M. GOSSELIN.

M. Gosselin communique à la Société le résultat de ses nouvelles recherches sur les oblitérations des voies spermatiques. Ces recherches ont été faites sur des malades qui avaient eu une épididymite à droite et à gauche, et chez lesquels un noyau d'induration restait à la queue de chacun des épididymes. Les résultats obtenus confirment les présomptions auxquelles M. Gosselin était arrivé en 1847, à la suite de ses investigations anatomo-pathologiques, c'est-à-dire que le plus souvent ces individus éjaculent un sperme dépourvu de spermatozoïdes, qui vient exclusivement des vésicules séminales, les épididymes étant oblitérés au niveau des indurations.

Les investigations ont été faites sur sept malades de l'hôpital du Midi, dont plusieurs ont fourni deux fois du sperme. Sur six d'entre eux, l'examen microscopique, fait avec la plus grande attention, n'a permis de reconnaître aucun spermatozoïde, et cependant le sperme ressemblait au sperme ordinaire par sa quantité, sa consistance, son odeur et ses caractères chimiques. Sur un septième, on a trouvé des spermatozoïdes; mais l'induration était à peine prononcée du côté gauche. Tous ces individus n'avaient, d'ailleurs, vu survenir aucun changement dans leurs facultés viriles.

Ces recherches, qui ne sont pas encore terminées et que M. Gosselin se propose de poursuivre, suffisent déjà pour lui permettre d'établir :

1° Que l'épididymite double peut entraîner à sa suite la stérilité sans impuissance;

2° Que le liquide spermatique est formé en grande proportion par les vésicules séminales, et que le testicule n'ajoute guère autre chose, dans l'état normal, que les spermatozoïdes ou la substance aux dépens de laquelle ils se produisent;

3° Qu'il importe de traiter avec plus d'attention qu'on ne le fait habituellement l'épididymite, à ce point de vue de l'oblitération possible, surtout lorsque la maladie se montre successivement à droite et à gauche.

M. Gosselin propose de donner à la fin du traitement, et à l'époque où la substance plastique épanchée au milieu des circonvolutions de l'épididyme est encore susceptible de résorption, l'iodure de potassium à haute dose.

2° OBSERVATIONS DE CONCRÉTIONS OSTÉO-CALCAIRES DE LA PLÈVRE; par MM. CHARLES BERNARD et LABOULBÈNE.

M. Ch. Bernard met sous les yeux de la Société une pièce anatomique qui provient d'un individu mort, quelques jours auparavant, à la prison de la Roquette.

Cet homme, sur lequel on a fort peu de renseignements, était âgé de 62 ans; il toussait et se plaignait depuis fort longtemps d'une douleur dans le côté droit de la poitrine, ce qui ne l'empêchait pas de vaguer dans la prison. Il n'est entré à l'infirmerie que la veille de sa mort; il n'a pu être examiné et a succombé presque tout à coup, en vomissant du pus.

L'autopsie a fait découvrir, dans la cavité droite de la plèvre, un épanchement purulent excessivement considérable, et qui ne peut être évalué à moins de 6 ou 8 litres. Le côté se trouvait dilaté, le diaphragme refoulé en bas et le poumon, réduit à un très-petit volume, ne crépitant plus, paraissant imperméable, était appliqué contre la colonne vertébrale.

Après avoir complétement vidé la poche, on put constater des altérations très-remarquables de la membrane séreuse. Dans presque toute son étendue, elle avait subi un épaississement très-considérable, et qui, en quelques points, était au moins de 4 à 5 millimètres; elle était devenue blanche, opaque et d'une apparence fibreuse et cartilagineuse. On parvenait, du reste, à l'enlever assez facilement au niveau des côtes.

Mais la lésion la plus importante, par le degré auquel elle était arrivée, c'était, à la surface interne de la même plèvre, l'existence de plaques, les unes d'apparence crétacée, les autres offrant le double aspect calcaire et ostéiforme. Ces plaques, comme nous venons de le dire, occupaient la face interne de la séreuse, dont presque partout il était assez facile de les détacher; elles offraient des dimensions, en superficie et en épaisseur, très-variables; généralement toutefois elles étaient fort épaisses (3 à 4 millimètres au moins) et de forme irrégulière, et avaient 3 ou 4 centimètres dans les différents sens. Deux plaques, plus épaisses et plus étendues que les autres, occupaient, l'une la partie inférieure de la paroi médiastine, l'autre la portion moyenne de cette même région. Cette dernière surtout avait en quelques points tout à fait l'aspect du tissu osseux; mais encore une fois, et c'est ce qui donne à ce fait quelque importance, presque toute la surface de la plèvre se trouvait revêtue par ces concrétions, dont il nous reste à indiquer les caractères microscopiques.

M. Laboulbène a bien voulu se charger de cette dernière partie de l'examen :

1° La matière, ressemblant à de la boue jaunâtre obtenue en râclant la face interne de la plèvre, est constituée:

Par des granulations moléculaires grises, très-fines pour la plupart;

Par des globules de pus, finement granuleux, de 0mm,01 de diamètre, montrant, à l'aide de l'acide acétique, trois ou quatre noyaux très-distincts;

Par une très-grande quantité de globules exactement pareils aux précédents, mais sans noyaux après l'action de l'acide acétique (globules pyoïdes).

2° Les plaques pseudomembraneuses offrent à l'examen microscopique :

Une immense quantité de granulations moléculaires grises, de 0,001 à 0,01, agitées d'un vif mouvement brownien;

Quelques rares fibres de tissu cellulaire;

De la matière amorphe;

3° Les plaques, d'apparence cartilagineuse, ont la même composition; mais la quantité relative des éléments anatomiques y présente un rapport inverse.

Il y a une très-grande quantité de fibres de tissu cellulaire, unies par la matière amorphe.

Il y a très-peu de granulations moléculaires.

4° Les plaques ostéiformes sont constituées en majeure partie par des sels calcaires ne présentant pas de structure bien appréciable; mais en examinant un grand nombre de préparations provenant surtout des plaques les plus dures et les plus grandes, il s'est trouvé deux endroits où les *vésicules osseuses*, les *ostéoplastes* (anciens corpuscules calcaires) étaient incontestables, évidents.

Ce dernier fait de structure osseuse a de l'importance et nous paraît digne d'être noté.

Il est évident que toutes les altérations précédentes doivent être rapportées à une cause unique, l'inflammation chronique de la plèvre. Nous n'insisterons pas à cet égard non plus qu'à l'égard des faits analogues indiqués par les auteurs et principalement par ceux qui de nos jours et dans le siècle dernier se sont occupés d'anatomie pathologique.

Morgagni, Bayle, Laennec, MM. Andral, Bouillaud, Chomel, etc., ont tous mentionné l'existence de concrétions ostéo-calcaires des plèvres parmi les lésions qu'entraîne la phlegmasie chronique de cette membrane. Notre observation se distingue de la plupart des autres par l'étendue des altérations.

Nous rappellerons à cette occasion le travail très-remarquable, publié il y a quelques années dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, par M. Parise sur l'*ostéophyte costal* pleurétique. Cette lésion des côtes avait été observée dans les cas de pleurésie chronique; elle constituait, selon l'auteur, un des produits de l'inflammation de la séreuse thoracique. Chez notre malade la phlegmasie a concentré tous ses effets sur la membrane elle-même.

(La fin prochainement.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 7e ARRONDISSEMENT.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ PENDANT L'ANNÉE 1852; par M. le docteur PERRIN, secrétaire-archiviste.

Présidence de M. le docteur CH. LÉGER.

Messieurs,

En m'appelant aux fonctions de secrétaire-archiviste de votre Société, vous m'avez accordé un honneur auquel j'étais loin de m'attendre, et que je mérite encore moins. En effet, pouvais-je songer un moment au choix que vous avez fait de ma personne, quand, un des derniers venus ici, je suis à peine connu de la plupart d'entre vous? Aussi, messieurs, ai-je besoin que votre indulgence

soit entière, et je dirai même presque aveugle comme la confiance que vous m'avez témoignée, si vous ne voulez pas trop vous apercevoir combien je suis resté au-dessous de ma tâche et loin de mes honorables prédécesseurs.

Messieurs, je n'ai pas cru devoir, dans le compte rendu que je vais vous présenter, vous exposer l'ensemble des communications qui ont rempli vos douze séances de l'année, suivant leur ordre de succession véritable. J'ai préféré de beaucoup les rapprocher suivant leurs analogies, afin d'éviter des redites inutiles et de me ménager des transitions moins choquantes. Par suite de ce nouvel agencement des matériaux que chacun de vous m'a apportés, et que j'ai trouvés déposés dans vos procès-verbaux fidèlement rédigés par votre secrétaire annuel, M. le docteur Firmin, la forme et le fond de mon travail ne pourront qu'y gagner sûrement. Ainsi les faits ayant trait à la médecine, à la chirurgie, aux accouchements, à la profession, seront soigneusement séparés entre eux et groupés dans autant de parties distinctes de mon compte rendu.

PREMIÈRE PARTIE. — MÉDECINE.

De toutes les maladies inscrites dans les cadres nosologiques, les fièvres éruptives sont sans contredit celles dont l'évolution peut être regardée comme véritablement mathématique ; cependant il ne faudrait pas croire qu'elles ne puissent offrir de nombreuses anomalies et de singulières complications. M. FRÈRE vous l'a dit, à l'occasion de quelques faits intéressants de rougeole observés par lui : ainsi, chez un enfant, il a vu une varioloïde se jeter intercurremment au milieu du cours d'une rougeole, et celle-ci disparaître pour se montrer de nouveau une fois la varioloïde éteinte. M. COSSON vous a cité un cas de rougeole sans prodromes. MM. LÉGER, DUPARCQUE, au contraire, vous ont rappelé, des faits dans lesquels, sans cause appréciable, l'éruption rubéolique ne s'était montrée qu'au septième et même au quinzième jour de prodromes quelquefois inquiétants.

Une autre maladie éruptive, la variole, a été le point de départ d'une discussion intéressante. M. le docteur JACQUEMIN, médecin de la prison de Mazas, vous a raconté l'histoire d'une épidémie assez sérieuse de variole qu'il a observée dans les derniers mois de cette année. Il n'y a eu qu'un seul décès, malgré la gravité de certains cas. Le système d'isolement pratiqué dans cette maison n'a nullement empêché la contagion de se répandre indistinctement parmi tous les détenus. La marche de la maladie, au reste, a été régulière, et n'a nécessité aucun traitement particulier.

MM. PATISSIER et DUPARCQUE ont profité de cette communication de M. Jacquemin pour rappeler que la variole, chez les individus dûment vaccinés, est toujours profondément modifiée et diffère énormément, comme marche, durée, pronostic, de la variole vierge de tout moyen prophylactique. Quelques membres, et entre autres MM. MOREAU, FRÈRE, tout en admettant le fondement de cette assertion dans l'immense majorité des cas, ont cependant affirmé avoir observé des varioles excessivement confluentes chez des individus vaccinés, qui ne différaient en rien des varioles ordinaires. La gravité a été telle dans quelques cas que les malades ont succombé aux effets seuls de la confluence extrême de l'éruption, et sans la coexistence de complications intercurrentes.

En présence des nombreux cas de variole qui se sont observés à Paris depuis quelque temps, et qui semblent augmenter chaque année, notre excellent confrère M. le docteur DUCLOS s'est demandé si cette réapparition de la maladie varioleuse ne tenait pas un peu à la négligence avec laquelle les médecins en général vaccinent aujourd'hui, en même temps qu'à un affaiblissement probable de l'action préservatrice du virus-vaccin.

Il est certain, disait-il, qu'une foule d'enfants pour lesquels on réclame des certificats de vaccine, dans le but de les faire admettre aux écoles, n'offrent le plus souvent que des traces à peine visibles d'une ancienne vaccination. On n'observe plus, comme autrefois, ces larges cicatrices gaufrées, si caractéristiques, et qui sont la preuve certaine d'inoculations vaccinales bien faites et réellement préservatives.

A propos de l'inoculation du vaccin, M. le docteur JACQUEMIN vous a signalé cette coïncidence curieuse d'un enfant venu au monde, sa mère ayant la variole au moment d'accoucher, et qui n'a pu jusqu'à présent être vacciné avec succès, bien qu'il n'ait offert aucune trace ancienne ou récente de cette maladie au moment de sa naissance.

M. DUPARCQUE, invoquant ce fait d'observation que les parties du corps qui restent habituellement découvertes, comme les mains, les pieds, la figure, sont seules gravées par la petite vérole, croit qu'on pourrait avec quelque vraisemblance supposer qu'un certain nombre d'enfants réfractaires après leur naissance à l'action du vaccin, comme probablement le jeune enfant cité par M. Jacquemin, ont pu avoir contracté la variole dans le sein de leur mère, quoique n'en apportant pas de traces en venant au monde.

C'est précisément sur cette donnée de l'observation, ajoutait M. Duparcque (l'absence des cicatrices de la variole dans les points du corps situés à l'abri du contact de l'air), qu'ont été basés les nombreux essais tentés à l'aide des taffetas, des onguents, du sparadrap, de l'emplâtre de Vigo, du collodion, des feuilles d'or, etc., dans le but de préserver la figure des malades des effets hideux de cette maladie.

Nous ne nous arrêterons point à peser cette explication, plus ingénieuse que démontrée, des individus réfractaires à l'action du vaccin ; nous nous bornerons à vous rappeler ce que nous avons dit du mode d'agir des substances emplastiques sur le développement des boutons de la variole. Nous croyons l'action de la plupart des taffetas qu'on applique de nature éminemment complexe : ainsi l'emplâtre de Vigo agit non-seulement en mettant la région sur laquelle on l'applique à l'abri du contact de l'air, comme le veut M. Duparcque, mais encore en comprimant cette même région, et de plus en exerçant une action résolutive et abortive à la fois sur les points d'éruption. Cette action véritablement abortive des préparations mercurielles paraîtrait démontrée, si l'on en croit un médecin dont nous avons oublié le nom, et qui n'emploie chez les varioleux, comme moyen de préserver les yeux, qu'un collyre d'eau simple, dans lequel il fait entrer une faible proportion de sublimé.

Une autre maladie de l'enfance qui jette subitement l'alarme au sein des familles, et parfois de cruelles inquiétudes dans l'esprit du médecin, le croup, est devenue aussi, dans l'une de vos séances, l'objet d'une discussion intéressante, à l'occasion d'un cas de cette terrible affection rapporté par M. FRÈRE. La malade de notre collègue était une petite fille, d'assez chétive constitution et qui toussait depuis plusieurs jours, avec une altération concomitante du timbre de la voix. Le troisième jour, à la suite de l'usage de vomitifs répétés et de l'administration de l'alun et du calomel, une fausse membrane de 3 centimètres de longueur fut expulsée. Malgré une apparence d'amélioration survenue à la suite de cette expulsion, les accidents du croup reparurent plus graves. On dut diriger l'enfant sur l'hôpital, où elle fut trachéotomisée le lendemain seulement, à cinq heures du soir. De nombreuses fausses membranes furent extraites ou rejetées. On enleva la canule le sixième jour, et l'opérée a guéri en conservant un peu de raucité de la voix. Nous signalerons une circonstance très-importante à noter dans cette observation : c'est qu'à aucune époque de la maladie, M. Frère n'a pu constater l'existence de fausses membranes, d'exsudations plastiques quelconques, dans l'arrière-gorge, sur les amygdales ou encore sur les piliers du voile du palais.

Malgré cette remarque de M. Frère, M. DUPARCQUE vous a cependant affirmé que, dans l'immense majorité des cas, le croup débutait par le pharynx, mais souvent d'une manière insidieuse ; de telle sorte que si on a soin d'examiner de bonne heure l'arrière-gorge de ses malades et de cautériser vigoureusement et sans retard les premières manifestations de la diphtérite, qui se montrent dans cette région d'abord, on prévient à coup sûr l'envahissement consécutif du larynx, et partant les accidents si effrayants du croup confirmé. Il vous a rappelé, à cette occasion, une épidémie de diphtérite observée, il y a déjà plusieurs années, à la maison impériale d'éducation de la Légion d'honneur, et qui ne cessa de faire ses ravages qu'au moment où l'on songea à appliquer le traitement abortif et local préconisé par M. Bretonneau.

Les idées émises par M. Duparcque sur le mode d'évolution plastique du croup sont partagées par un grand nombre de médecins, et en particulier par M. Bretonneau lui-même, qui, le premier, les a mises en avant ; toutefois, messieurs, nous les croyons trop absolues. Si elles sont conformes à l'observation dans les fréquentes épidémies observées dans la Touraine par le célèbre médecin de Tours, nous les trouvons assez souvent en défaut, s'il s'agit du croup sporadique : c'est du moins là le résultat des observations que nous avons pu faire autrefois dans un département voisin de la Touraine elle-même. Nous sommes convaincu qu'un assez bon nombre de croups sporadiques observés par nous ont débuté d'emblée par le larynx, et peut-être *quelquefois* par les grosses bronches et la trachée, sans que le pharynx ait été lui-même primitivement atteint. Nous avons vu, au contraire, la règle posée par M. Bretonneau presque toujours confirmée quand il s'est agi d'un croup épidémique. Il serait à désirer, vous le voyez, que l'observation ultérieure vînt trancher cette question encore en litige, parce que derrière elle, peut-être, il en surgirait une autre non moins importante, celle de savoir si le croup épidémique et le croup sporadique ne sont pas deux maladies, je ne dirai pas dissemblables, mais réellement distinctes l'une de l'autre comme nature, comme marche, comme traitement.

Dans les mois de février, mai et juillet, plusieurs membres vous ont entretenus de quelques cas de choléra observés en ville. MM. LEMBERT, DUPARCQUE, GRATIOT, FEDLARD, FIRMIN MOREAU, vous ont cité des cas, dont quelques-uns suivis de mort, leur ont offert tout le cortége symptomatique du choléra asiatique le mieux caractérisé. Nous ignorons, messieurs, si le choléra tend à s'implanter dans nos contrées d'une manière permanente, mais ce qui est vrai, c'est que de temps en temps il arrive aux médecins d'en rencontrer dans leur pratique quelques cas heureusement isolés, qui ne le cèdent en rien comme gravité au choléra épidémique de 1832 et de 1849.

L'opinion de M. Duparcque serait plus rassurante, s'il était vrai qu'il n'y a entre ces deux maladies qu'une différence de degré, parce qu'alors on aurait lieu de supposer que les cas de choléra isolés et suivis de mort, que nous observons quelquefois, ne sont que des formes intenses du choléra sporadique, sans rapports aucuns, même éloignés, avec la maladie née des bords du Gange.

Quelques communications intéressantes vous ont été faites sur la pathologie des organes génito-urinaires ; l'une d'elles appartient à M. le docteur DUPARCQUE, et a justement excité votre curiosité. Il s'agissait, vous vous le rappelez, d'un cas remarquable de pilimiction, observé chez un des clients de notre honorable confrère. Son malade, âgé de 52 ans, d'une stature moyenne, exerçant la profession de prote dans une imprimerie de Paris, était sujet aux inflammations des dernières ramifications des bronches, qui, quelquefois, par leur brusque apparition et leur intensité, présentèrent les caractères du catarrhe suffocant. Il portait un rétrécissement du canal de l'urètre, résultat de plusieurs blennorragies dont il avait été atteint dans sa jeunesse. Depuis longtemps ce malade avait recours à l'emploi de sondes et de bougies pour pouvoir vaincre l'obstacle à l'excrétion de l'urine. Ce moyen, quoique négligé depuis plusieurs mois, n'avait pas empêché le cours des urines d'avoir lieu à peu près naturellement. Un jour cependant, après des repas un peu plus copieux qu'à l'ordinaire, M... éprouva quelques douleurs pendant le passage des urines. Ces douleurs étaient devenues plus intenses depuis une dizaine de jours. Le besoin d'uriner se répétait à de très-fréquents intervalles. Bientôt le malade s'aperçut qu'il rendait en urinant comme de petits corps glaireux, albumineux, tantôt blancs, parfois rougeâtres. Les urines, malgré cela, étaient claires au moment de la miction. Par le repos, ces petits corps se précipitaient au fond du vase, ainsi qu'un léger dépôt. M. Duparcque fit uriner le malade en sa pré-

sence, et voici ce qu'il put constater. Le jet de l'urine était plein et d'un assez fort volume ; son passage éveillait une douleur vive et cuisante au niveau de la racine de la verge. L'urine rendue était couleur de bière blanche, limpide, et contenait quelques flocons albumineux ayant l'apparence d'albumine inégalement coagulée. Ces flocons, irréguliers, allongés, soumis au champ du microscope, paraissaient formés d'une masse de filaments cylindriques, le plus grand nombre incolores. Ces filaments, diversement contournés ou repliés sur eux-mêmes, offraient l'apparence très-évidente de cheveux d'un diamètre inférieur à celui des poils ordinaires ; ils étaient comme tronqués à l'une de leurs extrémités. L'autre allait en s'effilant et se terminait en pointe. L'urine, en se refroidissant, s'obscurcissait, et bientôt il se formait un dépôt composé de globules irréguliers, incolores, transparents et renfermant des granulations.

Quelques jours après, M. Duparcque revit son malade. Les bains, les boissons adoucissantes, le régime, n'avaient en rien changé son état. Les urines continuaient d'être troubles et floconneuses. Les flocons présentaient les mêmes caractères que ceux qui avaient été examinés précédemment. Quel était, messieurs, le siége de cette curieuse affection ? Était-ce la vessie ? était-ce l'urètre ? M. Duparcque pencha pour cette dernière hypothèse, parce que l'émission, disait-il, des productions anormales qu'il a observées, a précédé l'expulsion du liquide urinaire. M. Patissier a supposé également, avec quelque raison, qu'un kyste aurait pu s'être formé dans le voisinage du col de la vessie, et être venu s'ouvrir dans le canal de l'urètre.

On a de tout temps, messieurs, signalé l'existence des excrétions urinaires capilliformes. Galien les considérait comme le résultat d'une humeur visqueuse épaissie et desséchée dans les reins et dans les vaisseaux sécrétoires. Cœlius Aurélianus, Aétius, Zucutus Lusitanus, d'après M. Civiale, en ont cité des exemples. « Schenkins raconte qu'une femme rendait des poils qui donnaient en les brûlant une odeur analogue à celle des poils ordinaires. Elle mourut. On ne permit pas de faire l'ouverture. »

Fabrice de Hilden, comme je vous l'ai rappelé dans l'une des séances qui a suivi l'intéressante communication de M. Duparcque, a observé les mêmes particularités chez une veuve de 60 ans. Sa malade, tourmentée depuis un an, de douleur aux lombes, rejetait des urines tantôt sanguinolentes, tantôt purulentes et troubles, et presque tous les jours, des cheveux de la longueur du travers de la main. Ces poils offraient parfois la rudesse des soies du sanglier ou de porc. Ils piquaient les parties par où ils passaient. Fabrice ajoutait que sa malade rendait non-seulement des poils, mais aussi de la semence d'anis qu'il lui faisait prendre. Cette dernière circonstance de semences d'anis rendues avec les urines ne prouve-t-elle pas de toute évidence, messieurs, que Fabrice a été dupe de sa malade qui, d'une manière ou d'une autre, savait faire pénétrer dans sa vessie ces corps étrangers. S'il n'en était pas ainsi, il faudrait supposer chez cette femme l'existence d'une fistule vésico-rectale méconnue par Fabrice. C'est ainsi que Chopart, qui rappelle les faits que je viens de vous signaler, les cite sans chercher à mettre en saillie les côtés invraisemblables qu'un grand nombre d'entre eux paraissent offrir.

Nous ne voulons point quitter cet intéressant sujet de la pilimiction, sans ajouter que les recherches microscopiques de ces dernières années, et entre autres de M. Lebert, permettent, pour la première fois, de jeter un jour tout nouveau sur cette curieuse maladie. Dans le mois de novembre dernier, M. Lebert a lu en effet, à l'Académie des sciences, un mémoire remarquable sur les kystes dermoïdes, et dans lequel, invoquant une loi de pathogénie spéciale qu'il appelle *hétérotopie plastique*, il cherche à expliquer la formation d'un grand nombre de tissus simples ou composés des organes complexes même, dans des parties du corps où, à l'état normal, on ne les rencontre jamais. Si donc nous appliquions ces idées étiologiques de M. Lebert au cas de pilimiction observé par M. Duparcque, nous serions conduit à supposer qu'un kyste dermoïde pili-graisseux formé dans les parties avoisinant le col de la vessie, dans la prostate peut-être, serait venu s'ouvrir dans la partie profonde du canal de l'urètre de son malade.

Je vous ai raconté, dans l'une de vos séances, l'histoire assez curieuse d'un malade qui fut pris d'une hémorrhagie de l'urètre, effet probable d'une déchirure du canal, à la suite d'un effort violent fait pour prévenir une chute. Quelques instants après, le malade, qui ne ressentit tout d'abord aucune espèce de douleur, s'aperçut bientôt que sa chemise était mouillée et tachée par du sang très-vif. Je ne vis le malade que le lendemain. L'hémorrhagie, peu abondante, continuait. Les urines, non sanglantes, s'accompagnaient, au moment de leur passage, d'une assez vive cuisson, suivant la longueur du canal. Quelques applications d'eau froide suffirent pour mettre fin aux accidents.

Cette observation a servi à vous en rappeler une autre de M. Bonnassies, concernant un de ses malades qui, atteint de chaude-pisse, fut pris d'une violente hémorrhagie de l'urètre, à la suite de l'administration d'un remède énergique, prescrit par un charlatan. Quelques membres ont fait observer, avec raison, que l'hémorrhagie observée par M. Bonnassies chez son malade, pourrait bien n'avoir été que le résultat de la violence de l'inflammation de la muqueuse urétrale. MM. Duparcque et Frère ont vu des hémorrhagies profondes de l'urètre se faire dans la vessie, et les obliger de recourir à l'emploi de la sonde pour vider ce viscère.

M. Bonnassies vous a raconté l'histoire d'un autre de ses malades qui mourut d'une phlébite, suite d'une hémorrhagie abondante consécutive à la rupture spontanée d'une veine variqueuse de la jambe. La phlébite a paru être déterminée par l'application d'un bandage trop serré, et qu'on fut obligé d'enlever au bout de quarante-huit heures. Le malade mourut avec tous les accidents de la résorption purulente, et sans qu'aucune médication ait paru enrayer un seul instant la maladie dans sa marche.

A propos d'un fait de hoquet rebelle à toute espèce de traitement et qui a inutilement exercé la sagacité de notre collègue, M. Gratiot, M. le docteur Duparcque vous a entretenu de l'influence heureuse de la gymnastique dans des cas analogues.

Une autre fois, votre secrétaire archiviste, en vous rappelant le fait raconté par M. le professeur Laugier, d'une personne qui, toutes les fois qu'elle était prise d'une envie pressante d'uriner, ressentait en même temps une vive douleur dans les dents incisives, vous a décrit un cas non moins inexplicable de sympathie observé par lui. Il s'agissait d'une femme qui avait pour la phlébotomie une frayeur telle qu'à l'idée seule d'être saignée, ou même d'entendre parler de cette opération, elle éprouvait dans le petit doigt de la main gauche un fourmillement instantané. Ce phénomène datait de l'âge de 16 ans, époque à laquelle la malade avait été saignée et s'était trouvée mal. Agée aujourd'hui de 50 ans, elle a refusé jusqu'à ce jour d'être saignée de nouveau, bien que cette opération ait été souvent indiquée chez elle, à cause de l'embonpoint et du tempérament sanguin qu'elle offre à un haut degré.

M. Bonnassies vous a rapporté l'observation suivante. Un homme, âgé de 58 ans, peintre en bâtiments, dans une condition de fortune et d'aisance qui lui permettait de vivre confortablement, maigrissait sensiblement. Cet homme, qui n'avait point eu de maladies vénériennes ni d'autres antérieurement, était seulement sujet aux affections catarrhales. Depuis quelque temps il n'avait plus d'érections. Il avait en outre une faiblesse notable des extrémités inférieures, ainsi qu'un écoulement par les urines d'une matière albumineuse analogue au sperme. L'examen des urines n'a pas eu lieu. M. Duparcque a objecté avec raison, à M. Bonnassies, que cet examen était indispensable pour asseoir un diagnostic rationnel. Et à l'appui de son objection, il a cité le cas d'une personne près de laquelle il fut appelé en consultation, et dont l'amaigrissement et l'affaiblissement faisaient des progrès continuels sans que l'on pût trouver la localisation du mal. Les urines furent examinées en dernier lieu, et la présence du sucre y fut constatée. Parmi les nombreux procédés propres à déceler l'existence du sucre dans l'urine, je vous ai rappelé un moyen qui m'a suffi dans le plus grand nombre des cas. C'est l'emploi de la poudre de Vienne étendue d'une petite quantité d'eau. On verse une certaine quantité d'urines dans cette solution, et on porte le mélange à l'ébullition ; si les urines renferment du sucre, la liqueur, vous le savez, se caramélise. Je vous ai fait part de cette application, grossière peut-être, de la poudre de Vienne à la recherche du sucre dans les urines, parce que cette poudre se trouve préparée d'avance dans toutes les officines, et que même bon nombre de médecins l'ont habituellement chez eux à leur disposition.

M. le docteur Duparcque, dans un voyage qu'il a fait il y a quelques mois, dans le midi de la France, a visité avec un véritable intérêt l'établissement de santé d'un médecin bien connu. Là il a vu des faits extrêmement curieux de réduction de luxations congénitales, et entre autres celui d'une jeune fille de 5 ans, et en traitement depuis cinq mois seulement. C'est aussi dans cet établissement qu'existent des appareils propres à administrer aux malades des bains d'air comprimé. Ces bains paraissent avoir quelque efficacité dans le traitement de l'asthme et de certaines formes de surdité.

Enfin, un autre de vos collègues, M. le docteur Cosson, dans un voyage qu'il a fait cette année en Afrique, a été frappé de deux faits intéressants qu'il s'est empressé de vous communiquer. C'est ainsi que, dans certaines localités où l'on avait pratiqué de grands mouvements de terre, on vit en grand nombre se développer des fièvres intermittentes tellement graves, qu'elles entraînèrent la mort d'un nombre considérable d'habitants ; plus tard, on fit des plantations, et l'état sanitaire de ces mêmes localités est devenu aujourd'hui satisfaisant. Il n'est cependant pas rare de voir tous les ans, vers la même époque, de nouvelles récidives chez les personnes antérieurement frappées.

M. le docteur Cosson a pu également observer en Afrique, parmi les Arabes, un nombre prodigieux de maladies syphilitiques. Selon M. Cosson, la marche de la syphilis paraîtrait singulièrement modifiée dans ce pays. La période des accidents secondaires serait généralement d'une très-courte durée, et les malades arriveraient vite aux accidents tertiaires. Aussi est-ce généralement sous la forme tertiaire que la syphilis se montre le plus souvent à l'observateur. Ces deux communications, malgré les lacunes qu'elles présentent, ne sont pas, vous le voyez, dépourvues d'une certaine importance.

DEUXIÈME PARTIE. — CHIRURGIE.

Un certain nombre d'observations chirurgicales ont aussi contribué à augmenter l'intérêt de vos séances. C'est d'abord M. le docteur Mavré, qui a mis sous vos yeux la phalange unguéale du pouce d'un malade qui, en travaillant, se fractura comminutivement cet os. On pouvait constater l'existence d'une fracture longitudinale qui s'étendait presque au niveau des cartilages articulaires, sans pénétrer dans l'article. Les parties molles étant fortement contuses, notre confrère n'hésita pas à pratiquer la désarticulation. L'opération eut un plein succès. M. le docteur Feulard est venu à son tour vous entretenir d'une opération pratiquée par lui chez une femme atteinte d'une obstruction du vagin, suite d'une déchirure du périnée pendant l'accouchement. Cette déchirure avait échappé et à la sage-femme et à la malade elle-même. On ne s'aperçut de cet accident que quand déjà une cicatrisation vicieuse s'était produite. Le vagin, extrêmement rétréci, offrait une bride cicatricielle très-résistante. M. Feulard pratiqua, sur la paroi postérieure du vagin, un débridement de 0,025 de profondeur. Un pansement simple, à l'aide des mèches cératées, suffit pour amener une guérison, suivie du rétablissement du canal vaginal avec ses dimensions ordinaires.

M. Bonnassies vous a dit, qu'en pareil cas, il se serait probablement abstenu d'avoir recours au bistouri, et que, à l'exemple de M. Blatin, il se serait borné à introduire dans le vagin des cylindres pleins, progressivement augmentés de volume et préalablement enduits d'une pommade belladonisée.

M. Duparcque a ajouté que, dans un cas d'atrésie vaginale presque complète,

sa malade étant enceinte, il parvint à rétablir, à l'aide des éponges préparées, les dimensions du canal du vagin, ce qui permit à l'accouchement de se faire naturellement et sans que l'atrésie se soit reproduite plus tard.

M. PATISSIER a rappelé à la Société, qu'à l'époque où, avant la découverte de la vaccine, la variole sévissait si cruellement sur les populations, il n'était pas rare d'observer des inflammations adhésives de l'ouverture de la vulve, et de l'orifice du vagin.

M. FEULARD vous a donné l'histoire d'un jeune enfant qui, en tombant, se luxa le radius. Notre confrère opéra facilement et rapidement la réduction de cette luxation, en fléchissant l'avant-bras sur le bras et en appuyant sur la tête du radius pour la ramener à sa position normale. Nous avons regretté de n'avoir pas trouvé d'autres détails dans les procès-verbaux sur cette intéressante communication. Cette observation, en effet, a trait à un des plus beaux chapitres de la pathologie chirurgicale de l'enfance; c'est un travail qui reste encore à faire aujourd'hui, bien que, dans ces dernières années, quelques matériaux aient été apportés à l'appui de la théorie des luxations de l'extrémité supérieure du radius chez les enfants.

M. FEULARD vous a encore cité le cas d'une femme qui, dans une chute sur un vase en verre, se fit une plaie pénétrante au niveau de l'angle de la mâchoire, à 5 centimètres environ en arrière. Un fragment de verre ayant pénétré dans la plaie à une assez grande profondeur, blessa l'artère carotide externe. Malgré une compression méthodique exercée, l'hémorrhagie continuait. La malade ayant éprouvé plusieurs syncopes, on dut s'empresser de la faire opérer. M. Roux, appelé, pratiqua la ligature de l'artère carotide primitive. La malade a guéri. A ce propos, plusieurs membres nous ont cité des observations de malades ayant subi la ligature d'une ou des deux artères carotides primitives, et chez lesquels l'opération fut suivie d'un entier succès.

M. DUPARCQUE a eu à donner ses soins à un jeune enfant de 12 ans, renversé par une voiture dont la roue lui passa sur le corps. Il y eut perte de connaissance immédiate; à peine quelques éraillures à la peau. Une application de sangsues fut prescrite. M. Duparcque vit l'enfant le lendemain. Il y avait eu une hématurie, et des vomissements fréquents de sang noir. Une nouvelle application de sangsues fut faite. Quelques jours après, et à la suite de légers purgatifs, accompagnés de frictions mercurielles et de cataplasmes froids, le rétablissement de cet enfant était complet. M. LEMBERT a cité un fait analogue à celui de M. Duparcque. Un maquignon ayant été renversé par une diligence, la région lombaire fut traversée par une des roues de derrière. On releva le blessé dans un état très-grave qui tout d'abord fit craindre pour sa vie. Peu de jours après, la guérison était complète. Du reste, les faits de cette nature ne sont pas très-rares. Il ne faudrait pourtant pas, dans bien des cas, porter un pronostic trop favorable, car souvent, sans désordres extérieurs, il y a des lésions intérieures, comme des ruptures ou des déchirures viscérales, qui enlèvent rapidement le malade. Le fait suivant, signalé par M. PATISSIER, en est une preuve convaincante. Un homme tombe de 20 pieds de hauteur sur le bord d'un baquet; on le relève; pas de plaies extérieures. Peu de jours après, le malade succombe à une péritonite suraiguë. A l'autopsie, on constata une rupture de l'intestin.

M. FEULARD était présent quand arriva, il y a peu de temps, un accident affreux dans l'un de nos établissements publics, aux Arènes nationales. Un acrobate devait traverser un fil de fer tendu à une grande distance du sol. Un individu placé à l'une des extrémités de ce fil, devait le recevoir et l'aider à exécuter son entreprise périlleuse. Au moment où l'acrobate était arrivé à peu près au milieu de la course, le fil se rompit tout à coup. De ces deux hommes, l'un, celui placé à l'extrémité du fil, fut projeté sur le sol avec violence d'une hauteur considérable, et mourut sur le coup; l'autre tomba sur ses jambes et ne se fit aucun mal. M. Feulard vous a cité ce fait, en ajoutant qu'il a pu saisir, par l'examen du fil de fer, la cause évidente de cet accident. La cassure de ce ce fil de fer offrait en effet cette disposition moléculaire désignée sous le nom d'*état de cristallisation*, phénomène signalé depuis longtemps par les physiciens, et qui occasionne si souvent la rupture des essieux. On sait qu'il suffit de les chauffer jusqu'au rouge, ou mieux, de les recuire, pour les rendre propres de nouveau à un long service. On prévient ainsi indéfiniment une rupture, toujours à redouter sans cette précaution.

L'un de vos membres, M. VAUTIER, a apporté un faible contingent à la chirurgie dentaire dans la présentation à la Société d'une grosse première molaire de la mâchoire inférieure, qu'il a extraite à une personne âgée de 40 ans environ. Cette dent offrait sur la partie externe de sa racine, et assez rapprochée du collet, une petite tumeur tout à fait osseuse, de la grosseur d'un gros pois rond, présentant le même aspect que la dent avec laquelle elle se confondait, sans ligne de démarcation aucune, par sa surface d'implantation. Était-ce là un produit pathologique, une exostose, par exemple? Était-ce, au contraire, le germe avorté d'une autre dent accolée et confondue avec la dent normale? Sur ce double point les avis ont été partagés; au reste, on n'aurait guère pu arriver à quelque appréciation positive exacte qu'en sciant de haut en bas cette excroissance osseuse en même temps que la dent.

M. FRÈRE a été appelé à donner ses soins à un ouvrier serrurier, atteint de violentes contusions. Un gonflement notable, avec ecchymoses et érosion de l'épiderme, existait au niveau du tiers inférieur de la cuisse droite. Dans l'espace de quelques jours, ces accidents traumatiques parurent céder à l'emploi des moyens les plus simples. Mais au bout de quelques semaines un nouveau gonflement apparut, ainsi que de la rougeur et de la douleur. Les excoriations observées dans le principe revêtirent un aspect particulier et offrirent bientôt tous les caractères des ulcérations syphilitiques. En recherchant dans les antécédents de ce malade, on apprit qu'il avait été atteint, quatre mois auparavant, d'un écoulement accompagné de légères ulcérations au pourtour du gland. Il n'en fallut pas davantage à notre confrère pour instituer un traitement antisyphilitique. Le protoiodure fut pris à l'intérieur et prescrit dans une pommade pour le pansement des ulcérations. Le vingtième jour les plaies étaient guéries, et malgré cela, l'usage des pilules fut continué encore quelque temps.

A l'occasion de ce fait, M. PATISSIER vous a dit que chez ce malade il était probable que les accidents secondaires n'avaient pas été précédés d'un chancre induré, comme le veut dans tous les cas M. le docteur Ricord. M. MOREAU, partageant l'opinion de M. Patissier, vous a raconté qu'il a donné des soins à une jeune dame offrant des accidents secondaires sans qu'il ait été possible de retrouver le symptôme primitif. Cette malade, qui avait eu trois enfants morts en bas âge, lui a offert d'abord des ulcérations secondaires de la gorge qui cédèrent assez rapidement aux moyens employés. Six mois plus tard, une ulcération nouvelle apparut sur le voile du palais. Cette ulcération continuant de s'agrandir en largeur et en profondeur perfora ce voile membraneux qui offrait une ouverture de la dimension d'une pièce de 50 centimes. La malade, grâce à un traitement régulier, accompagné de plusieurs cautérisations avec le nitrate acide de mercure, a parfaitement guéri.

TROISIÈME PARTIE. — ACCOUCHEMENTS.

Il y a eu peu de communications faites à votre Société relatives aux accouchements. Cependant M. le docteur FEULARD vous a parlé d'une jeune femme, primipare, près de laquelle il fut appelé, et chez laquelle, bien que l'accouchement fût naturel, la résistance de la vulve empêchait les épaules de se dégager assez rapidement. Le cordon ombilical, enroulé autour du cou, faisait craindre l'asphyxie pour l'enfant. Il fallait agir. Notre confrère essaya de dégager d'abord un bras; mais dans les efforts qu'il fit pour opérer ce dégagement, il sentit un craquement qu'il rapporta à une fracture du corps de l'humérus. L'accouchement fut terminé. Depuis lors l'enfant n'a pu remuer son petit bras. Il n'existe cependant aucune déformation appréciable. MM. DUPARCQUE et BONNASSIES ont vu le même accident survenir dans des circonstances semblables; mais dans ces cas la fracture était complète et le bras déformé. C'est là ce qui a fait demander à M. LAMBERT si M. Feulard n'aurait pas eu simplement affaire à un décollement épiphysaire.

M. RIGAUD, ayant eu à constater le décès d'une femme morte subitement et arrivée à sept mois et demi de grossesse, s'est demandé si le médecin qui a été appelé au moment de la mort de cette femme n'aurait pas dû tenter quelque chose pour sauver l'enfant. Après une discussion à laquelle plusieurs d'entre vous ont pris part, la Société a été d'accord pour déclarer que l'opération césarienne aurait dû être proposée, mais non imposée à la famille, qui est seule juge en pareille circonstance.

Dans l'une des dernières séances de l'année, M. PERRIN a rappelé l'absence assez fréquente de l'embryon dans les avortements qui surviennent dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse. Appelé près d'une jeune dame, primipare, enceinte de deux mois au moins, et prise d'avortement sans cause appréciable, M. Perrin n'a pu constater rien autre chose que l'expulsion au second jour d'un placenta entier, bien qu'il ait assisté à toutes les phases du travail de l'avortement, et qu'il ait, avec un soin extrême, recherché le produit de la conception, soit au milieu des alèzes placées sous le siége de la malade, soit parmi les caillots rendus par elle, etc. Ce fait, ainsi que d'autres analogues observés par votre confrère, tendrait à démontrer, ce qu'il croit vrai, à savoir qu'un bon nombre d'avortements, dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, sont souvent précédés de la mort, et ultérieurement de la résorption du produit, bien que le travail de l'avortement n'ait lieu que plus tard, et que le placenta ait parfois continué de se développer jusqu'au moment de son expulsion de l'utérus. Si M. le docteur JACQUEMIN vous a fait observer avec raison que tout ce que venait de dire M. Perrin était parfaitement connu, celui-ci a eu soin d'ajouter qu'il n'avait voulu que chercher à démontrer que les faits signalés par lui étaient plus fréquents qu'on ne le pensait généralement.

M. le docteur MOREAU a observé deux cas de rétention du placenta chez deux femmes dont l'avortement avait eu lieu trois mois auparavant. La grossesse elle-même datait de trois mois au moment de l'avortement. Ni chez l'une ni chez l'autre la rétention du délivre n'a été l'occasion d'accidents; seulement, jusqu'au moment de la délivrance, un léger suintement, chez ces deux femmes, a continué de se montrer par la vulve. Les deux placentas expulsés en bloc étaient durs, compactes et non putréfiés.

Dans les avortements qui surviennent dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, M. le docteur JACQUEMIN s'est trouvé, nous a-t-il affirmé, quelquefois horriblement inquiet au début de sa pratique, de cette rétention du placenta dans l'utérus. Mais depuis l'expérience lui a appris à moins s'effrayer de cet accident, qui n'est que bien rarement suivi de conséquences fâcheuses. Après une longue et intelligente pratique de cinquante années, Delamothe, le célèbre accoucheur, conseillait aussi de ne pas redouter outre mesure cette complication.

QUATRIÈME PARTIE. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Messieurs, vous n'avez jamais manqué de donner à cette partie de vos travaux l'attention qu'elle mérite toutes les fois que vous avez été mis en demeure de vous en occuper. C'est ainsi que vous avez accueilli avec satisfaction une lettre de la Société médicale du 3e arrondissement, dans laquelle on vous informait que M. le juge de paix de cet arrondissement avait, éclairé par six rapports successifs, promis d'adopter, dans le cas de conflit entre les médecins et les malades de son arrondissement, comme base de ses jugements, les trois propositions suivantes :

1° Honoraires d'une visite de docteur en médecine, 3 fr., sauf réduction consentie et toujours considérée comme une concession;

2° Toute visite ayant donné lieu à un pansement ou à une opération dite de petite chirurgie, comptée double;

3° Toute consultation dans le cabinet considérée comme une visite au lit du malade.

Vous avez justement pensé que ce serait un grand bien pour notre profession, si ces trois propositions pouvaient également être adoptées par MM. les juges de paix des autres arrondissements de Paris. Aussi avez-vous immédiatement chargé les membres de la commission que vous avez instituée auprès de M. le juge de paix de notre arrondissement, de se transporter près de cet honorable magistrat, et de soumettre à son approbation ces mêmes propositions.

Dans la dernière séance de décembre, M. le docteur Jacquemin, l'un des membres de la commission nommée près M. le juge de paix, est venu, au nom de cette commission, vous rendre compte du mandat que vous lui aviez confié pour 1852. Il vous a dit que l'intervention de la commission n'avait été réclamée que dans deux circonstances seulement. Dans l'une d'elles, il s'agissait d'une dame enceinte de six mois environ, qui se fit pratiquer une saignée du bras par M. S..., officier de santé dans notre arrondissement, et chez laquelle cette opération fut suivie d'un commencement de phlébite avec un érysipèle phlegmoneux qui amena la formation et nécessita plus tard l'ouverture de plusieurs abcès sous-cutanés. L'avortement en outre suivit à sept mois. Un de nos excellents doyens, M. le docteur Patissier, fut appelé plusieurs fois en consultation. La malade guérit. Mais quand vint *le quart d'heure de Rabelais*, le mari se refusa vertement à payer, jurant un peu tard qu'il ne devait rien pour le traitement d'une maladie que la maladresse seule de l'opérateur, disait-il, avait occasionnée. De là conflit élevé devant le juge de paix, et intervention des membres de notre honorable commission. Après un mûr examen des faits, la commission a déclaré que les accidents survenus ne pouvaient être que le résultat d'une fâcheuse prédisposition existant chez cette malade au moment de l'opération de la saignée, et que la conduite chirurgicale du confrère avait été à l'abri de tout reproche. Sur ces conclusions, M. le juge de paix a condamné le mari.

Dans un autre différend (à l'occasion encore d'une question d'honoraires), élevé entre un officier de santé du faubourg Saint-Denis et un client récalcitrant, votre commission est utilement intervenue, en mettant d'accord les deux parties adverses, qui ont dû, chacune de son côté, faire quelques concessions.

Une dernière communication, en apparence assez futile, vous a été faite par M. Chayet; cependant elle mérite de fixer l'attention du corps médical tout entier; car elle a trait à une question à l'ordre du jour depuis quelques années et touche véritablement aux côtés les plus élevés de la profession. M. le docteur Chayet vous a informés qu'une déclaration faite à la mairie, d'après le conseil qu'il en a donné à la famille, à l'occasion d'une fausse couche de deux mois et demi seulement, a été reçue, comme valable et parfaitement régulière, par le préposé à l'enregistrement des naissances et des décès.

Nous n'avons, messieurs, ni le temps ni la mission de discuter ici les obligations faites au médecin par l'art. 56 du Code civil, sous peine d'encourir l'application de l'art. 346 du Code pénal; mais il nous semble que le législateur n'a jamais pu avoir la pensée de forcer les médecins à faire la déclaration de naissance de produits embryonnaires, car ce serait les obliger en même temps à violer, dans une foule de circonstances, le secret dont la loi leur fait un autre devoir non moins rigoureux. Nous ne saurions donc trop, messieurs, toutes les fois que l'occasion s'en présentera, appeler l'attention du pouvoir législatif sur cette véritable impasse dans laquelle, à chaque moment, chacun de nous peut se trouver fâcheusement engagé.

Tel est, messieurs, l'ensemble des communications de toutes sortes qui vous ont été faites pendant l'année. Si j'ajoute qu'il vous a été rendu compte de plusieurs mémoires et brochures adressés à votre Société, et que chacun d'eux a été l'occasion, dans cette enceinte, de discussions plus ou moins intéressantes, j'aurai terminé l'exposition de vos travaux scientifiques ou, pour employer une expression plus juste et moins ambitieuse, de vos causeries médicales. Les Sociétés d'arrondissement, en effet, ne sont point instituées, selon nous, pour faire de la science rigoureuse. Filles du congrès médical de France, elles doivent, se rappelant leur origine et leur but, se borner à resserrer les liens de la confraternité, à moraliser la profession par le rapprochement périodique de ses membres, à rappeler chacun de nous à l'accomplissement de ses devoirs, et enfin à le protéger au besoin dans ses droits, dans ses rapports journaliers avec la profession, le public et l'autorité. Quant au rôle scientifique qu'elles sont appelées à jouer, il doit être, je le répète, modeste, tout d'intimité, sans pédantisme, et sans autre but que de faire passer devant les yeux des confrères réunis, les côtés intéressants, et presque toujours pleins d'actualité, que la pratique de chacun peut offrir. Il y a là encore, vous le voyez, messieurs et chers collègues, une moisson précieuse à faire. Toutefois cette moisson deviendrait certainement insuffisante, si nous voulions en appeler au partage d'autres que nous-mêmes.

Paris, 28 janvier 1853.

Le secrétaire archiviste, Dr Perrin.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel d'anatomie pathologique; par A. Förster, professeur à l'Université de Gœttingue. Traduit de l'allemand, sur la 2e édition, par H. Kaula, D. M. Avec 6 planches lithographiées. — Strasbourg, 1853.

Avant tout remercions le docteur Kaula d'avoir bien voulu se livrer à un travail aussi pénible et qui sort complétement des traductions ordinaires; en effet, pour rendre en français l'excellent ouvrage du professeur Förster, il ne suffisait pas d'une connaissance approfondie de la langue allemande, il fallait encore être imprégné d'une science et d'un langage tout nouveau pour des Français, à tel point que le traducteur s'est vu parfois dans l'obligation de créer des termes pour rendre le texte allemand. La lecture de cette traduction justifiera bientôt ces lignes.

Mais n'est-il pas pénible pour notre amour-propre médical de voir que nous sommes obligés d'aller chercher nos ouvrages didactiques d'anatomie pathologique en pays étranger, quand nous reportons nos regards à peine à vingt ans en arrière, et quand nous rappelons que c'est en France que l'anatomie pathologique a revécu avec un si vif éclat? A quoi donc attribuer chez nous cette pénurie de traités sur une branche aussi importante de l'art médical? Est-ce à l'abandon de l'anatomie pathologique? certainement non, car tous les jours d'infatigables travailleurs amassent et publient des matériaux; mais malheureusement personne ne les réunit en un seul corps de doctrine pour en tirer des conséquences générales. Est-ce que les anatomo-pathologistes nous manquent? Mais les autres pays ont-ils des noms plus beaux que ceux des Rayer, des Lallemand, des Andral, des Cruveilhier, des Bouillaud, des Forget, etc., sans parler de cette jeune et studieuse génération qui se forme sous les yeux de tous ces grands maîtres? Sont-ce les moyens d'instruction qui nous manquent? pas d'avantage; la richesse de nos musées est connue; nos élèves peuvent suivre des leçons d'anatomie pathologique, et on ne reprochera pas à nos médecins des hôpitaux de ne pas assez *nécroscopiser*. A quoi cela tient-il donc? uniquement à l'esprit envahissant de la clinique, qui a pour ainsi dire englobé dans son domaine l'anatomie pathologique, tandis qu'ailleurs cette dernière constitue une science *toute distincte*, se liant à toutes les parties de la médecine, mais ne dépendant pas de la clinique ni *surtout* de ses systèmes.

Dans les universités allemandes, un cadavre provenant de la clinique ou de tout autre service est porté à l'amphithéâtre; là, ce n'est pas le professeur de clinique ou le médecin traitant qui est chargé d'expliquer les lésions et de faire leur histoire, mais c'est le professeur d'anatomie pathologique lui-même qui, sans aucune idée préconçue des faits antérieurs, pratique l'autopsie au point de vue anatomo-pathologique et en fait le sujet d'une leçon immédiate. Cet homme, que les rivalités de la clientèle n'atteignent pas, et par les mains duquel tant de matériaux passent, acquiert par là, au bout de très-peu de temps, une expérience et un coup d'œil remarquables, en même temps qu'une méthode d'enseignement à laquelle il arriverait difficilement dans d'autres conditions. De là les magnifiques ouvrages que l'Allemagne a vus paraître dans ces derniers temps; et si M. Kaula a choisi de préférence le Manuel du professeur Förster, ce n'est pas probablement qu'il l'ait regardé comme supérieur à tant d'autres, mais parce que ce traité se rapproche le plus de la manière française par sa clarté, par sa précision, par l'unité du plan et surtout par l'absence de tout esprit d'hypothèses et d'érudition déplacée.

Ces considérations nous ont éloigné en apparence du but de cet article; mais qu'on se rappelle qu'il s'agit ici d'un manuel, c'est-à-dire d'un inventaire en quelque sorte d'une branche très-vaste et toute nouvelle de nos connaissances, qu'il s'agit d'un ouvrage didactique résumant l'état de la science, exposant les faits connus et positifs et ne s'égarant jamais dans des voies incertaines. La critique ne saurait trouver à s'exercer sur un ouvrage de ce genre, elle ne peut que blâmer ou louer d'une manière générale.

Ce Manuel est divisé en trois parties, dont la première, sous le modeste titre d'*introduction*, contient une dissertation d'un sage esprit philosophique sur la valeur, le but et l'utilité de l'anatomie pathologique et de ses diverses écoles. L'importance de l'étiologie est surtout mise au jour, de l'étiologie qui, suivant l'auteur, est *la seule base possible d'une division nosologique scientifique*.

La deuxième partie est un traité d'histologie pathologique dont la plupart des idées paraîtront un peu neuves au lecteur français par les nombreuses recherches microscopiques. Dans cette anatomie *générale*, l'auteur passe en revue d'une manière rapide, mais nette et claire, les grandes lois pathologiques; il étudie les produits des maladies et les transformations qu'ils subissent.

Enfin la troisième partie, ou l'anatomie pathologique *spéciale*, nous apprend à connaître les altérations anatomiques dans chaque tissu et dans chaque organe en particulier; à cet effet l'auteur étudie successivement les organes de la digestion, de la respiration, etc.

Six planches lithographiées sont jointes à cet ouvrage, dont elles facilitent l'étude; les unes représentent les principaux objets d'histologie pathologique, les autres font connaître les parasites humains et représentent par des figures schématiques certaines altérations de forme.

Nous ne terminerons pas cet article sans remercier encore une fois M. Kaula de nous avoir mis à même d'apprécier ce manuel, qui résume

d'une manière aussi complète que satisfaisante l'état de l'anatomie pathologique à notre époque, et nous espérons que cet ouvrage, dont le style est clair et facile, contribuera à repandre en France le goût de cette science, dans le champ de laquelle il y a place pour tant d'efforts et de travaux.

MAURICE RUEF.

VARIÉTÉS.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris vient d'instituer un prix de 1,000 francs, à decerner à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« De l'albuminurie, sous les rapports de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, de la séméiologie et de la thérapeutique. »

Les mémoires seront adressés franco, avant le 31 décembre 1853, dans les formes académiques usitées, à M. le docteur Henri Roger, secrétaire de la Société, rue Sainte-Anne, 51 *bis*.

Le prix sera décerné au mois de mai 1854.

— La Société médico-chirurgicale de Bruges a mis au concours, pour 1854, les questions suivantes, dont la première n'a qu'un intérêt local.

Première question. — « Faire connaître la topographie médicale d'un des arrondissements administratifs ou d'un des cantons de la Flandre occidentale (les arrondissements de Dixmude, Furnes, Ostende et Courtrai exceptés.)

Le prix est de 300 fr.

Seconde question. — Cette question est laissée au choix des concurrents, pourvu qu'elle soit relative à la pratique des accouchements.

Le prix, consistant en une médaille en vermeil, est institué par M. le docteur de Meyer, président de la Société.

NOTA. Les mémoires en réponse aux questions de ce concours doivent parvenir, francs de port et dans les formes académiques, avant le 1er juillet 1854, à M. le docteur Begbin, secrétaire de la Société.

On écrit de Saint-Lô (Manche), 19 fevrier :

« Depuis quelques mois, la médecine compte dans notre arrondissement de nombreux cas de fièvre typhoïde. Cette terrible maladie vient de sévir bien cruellement envers la famille Pien, domiciliée à Giesville. La fille Pien, domestique à Caen, revient avec la fièvre typhoïde, à la maison de son père dans le courant de janvier, aussitôt la mère et les deux frères de cette jenne fille sont atteints de la même maladie; ils sont enlevés tous les quatre en quinze jours. La femme de Gilles Pien, domiciliée à Fervaches, qui est venue donner des soins à ses parents, est à peine de retour dans sa paroisse qu'elle est prise de la fièvre typhoïde; bientôt son mari tombe malade, et la semaine dernière ils succombent à trois jours d'interva'le. »

— On écrit de Fauquemberg (Pas-de-Calais), 20 février :

« La fièvre typhoïde, qui avait sévi dans plusieurs communes de notre canton, diminue d'intensité depuis les récentes gelées. »

— La fièvre typhoïde sévit actuellement dans la commune d'Isches, près Lamarche. Depuis quelque temps des cas isolés s'étaient présentés, sans toutefois revêtir le caractère épidémique; mais aujourd'hui la maladie a pris un grand développement. Les personnes attaquées sont au nombre de 30 environ; 3 d'entre elles ont déjà succombé.

— La fièvre maligne qui a sévi avec tant de force à Tourcoing, il y a quelques mois, apparaît maintenant dans plusieurs communes des environs de Lille, où elle exerce des ravages qui jettent la frayeur parmi les habitants. Dans cette maladie, qui rappelle les symptômes de la fièvre typhoïde, la situation du malade empire promptement, les accès redoublent et deviennent de plus en plus intenses, et il faut toute la prudence du médecin pour conjurer les effets du mal.

— La petite vérole semble faire depuis quelques jours des progrès dans la commune de Colombier.

— Le gouvernement fait publier dans le MONITEUR les nouvelles suivantes de nos colonies, sous la date des 12 et 13 janvier :

« A la Martinique, l'état sanitaire de la colonie s'améliore de plus en plus; ainsi, à Fort-de-France, aucun cas de fièvre jaune n'a été remarqué pendant le mois de décembre; à Saint-Pierre, l'épidémie a abandonné complétement la ville, mais elle fait encore quelques victimes sur rade, à bord des bâtiments qui arrivent de France. Néanmoins, l'ensemble des renseignements recueillis permet à l'administration locale de regarder la colonie comme devant être bientôt tout à fait délivrée du fléau qu'i'a si cruellement éprouvée.

» A la Guadeloupe, la fièvre jaune a également perdu sur tous les points son intensité. »

— L'état sanitaire de Vera-Cruz est assez satisfaisant. Quelques cas de choléra ont été signalés à l'hôpital, mais les décès sont rares.

— A Saint-Thomas, la fièvre jaune a cessé de sévir; on ne signale plus qu'un ou deux cas.

— A la date du 26 novembre, la fièvre jaune continuait à faire de nombreuses victimes à Port-au-Prince.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 février, M. le docteur Nelson Batut a été nommé deuxième médecin adjoint à l'École vétérinaire impériale de Toulouse.

— Par décision de S. M. I. du 12 février, le sieur Nacquard (Pierre-Louis-Emmanuel), docteur en médecine à Toul, expulsé du territoire par mesure de sûreté générale, vient d'être autorisé à rentrer en France.

— Par décision de M. le ministre de l'intérieur, une médaille en argent a été décernée à M. Montfeuillard, docteur en médecine à Ville-sur-Tourbe (Marne), en récompense du zèle avec lequel il s'est livré à la propagation de la vaccine dans le cours de l'année 1850.

— M. le docteur Clément, médecin de l'hôpital de la Pitié, a donné sa démission.

Le service de médecine laissé vacant par cette démission est maintenant dirigé par M. le docteur Gendrin, qui a les salles Saint-Athanase et Notre-Dame-du-Rosaire.

— Le docteur Delbrel, ex-membre de l'Assemblée constituante et de l'Assemblée législative, est mort dans son domicile, à Moissac (Tarn-et-Garonne), à l'âge de quarante-neuf ans.

— M. Lebert a informé la Société de chirurgie qu'il vient d'être nommé professeur de clinique à l'Université de Zurich et médecin de l'hôpital de cette ville. M. Lebert a sollicité de la Société le titre de membre associé en échange de celui de membre titulaire.

Sur la proposition du bureau, M. Lebert est nommé immédiatement, et par acclamation, membre associé étranger de la Société de chirurgie.

— M. le ministre de l'intérieur vient de souscrire, pour les établissements médicaux ressortissant de son département, au CODE MÉDICAL de M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

— Les Conseils d'hygiène publique dont les travaux embrassent l'assainissement des localités et des habitations insalubres, les maladies endémiques et les épidémies, les épizooties, la propagation de la vaccine, l'organisation et la distribution de secours médicaux aux indigents, les enfants trouvés, les grands travaux publics au point de vue de l'hygiène, n'avaient existé, jusqu'à la fin de 1852, que nominativement dans le département de l'Orne. Ils viennent d'être organisés par l'administration départementale.

— Nous extrayons les détails suivants de la statistique de la police de Paris pendant le mois de décembre 1852 :

Décès. — Il est mort dans le mois de décembre 2,531 individus : 1,296 hommes, 1,235 femmes; 244 décès en plus sur novembre. Au-dessous de 3 mois, 248 garçons, 190 filles; de 3 mois à 1 an, 91 garçons, 52 filles; de 1 à 6 ans, 173 garçons, 192 filles; de 8 à 15 ans, 23 garçons, 31 filles; de 20 à 30 ans, 132 hommes, 165 femmes; de 30 à 40, 110 hommes, 124 femmes; de 40 à 50, 132 hommes, 95 femmes; de 60 à 70, 98 hommes, 114 femmes; de 70 à 80, 91 hommes, 76 femmes; au delà de 80, 31 hommes, 38 femmes. Il est mort plus d'enfants, plus d'hommes, plus de femmes, surtout de 20 à 30 ans, plus de vieillards que dans le mois de novembre.

Sont morts de la phthisie pulmonaire : 158 hommes, 154 femmes; de la pneumonie, 98 hommes, 39 femmes; de catarrhe pulmonaire, 79 hommes, 80 femmes; d'entérite, 119 hommes, 112 femmes; de fièvre typhoïde, 81 hommes, 90 femmes; de fièvre cérébrale, 64 hommes, 55 femmes; d'apoplexie, 47 hommes, 35 femmes. Sont morts-nés : 130 garçons, 70 filles; sont morts du croup : 17 garçons, 13 filles; de convulsions, 29 garçons, 24 filles, entre autres une de 20 à 30 ans; de la rougeole, 9 garçons, 9 filles, entre autres une de 20 à 30 ans. Sont morts de la petite vérole, 46 garçons, enfants ou hommes, 26 jeunes filles ou femmes; de maladies diverses, 407 hommes, 465 femmes. Se sont tués : 17 hommes, 10 femmes; sur ce nombre, un enfant au-dessous de 15 ans, 2 garçons et 2 filles de 15 à 20 ans, 4 hommes et une femme de 60 à 70 ans. Il y a eu moins de fièvres, d'entérites, de fièvres typhoïdes.

— Les règlements de police défendent de dénaturer la qualité du lait avec quelque substance que ce soit ou d'y ajouter de l'eau. La loi du 27 mars 1851, qui frappe actuellement de peines sévères les fraudes commerciales, est applicable à ce genre de falsification. Tout récemment un fermier de Cheptainville (Seine-et-Oise) qui avait envoyé à un laitier de Paris du lait melangé d'un tiers d'eau, a été traduit devant le tribunal correctionnel de Corbeil, où il a été condamné à un mois d'emprisonnement, 100 francs d'amende, et aux frais du procès. On nous assure que la préfecture de police est disposée à invoquer les rigueurs de cette loi de 1851 contre les marchands de lait en gros et en détail chez qui l'on trouverait du lait additionné d'eau ou sophistiqué par quelques ingrédients.

— CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ D'AUTUN. — Dans ses séances des 10 et 19 juillet 1852 et du 22 janvier 1853, le conseil a entendu la lecture d'un ouvrage pouvant former 1 vol. in-8° de 500 pages, de son secrétaire, M. le docteur Valat.

Cet important ouvrage a pour titre :

« Création d'un Manuel d'hygiène, à l'usage et à la portée des classes laborieuses, suivi d'une instruction de médecine pratique générale, en tant que préalable à l'arrivée du médecin ou avant que le médecin puisse arriver »

Le conseil, après avoir écouté attentivement et avec un intérêt soutenu la lecture de cet ouvrage, dont la conception et la rédaction avaient été demandées, il n'y a pas encore deux ans, aux cinq conseils d'hygiène d'arrondissement de Saône-et-Loire, par son ancien préfet, M. Pierre Leroy, aujourd'hui préfet du Calvados, a reconnu dans ce travail un double caractère de haute utilité et de nouveauté ou de bonne originalité.

Pour assurer à ce livre tout le succès qu'il peut avoir un jour, et à son auteur déjà une fois lauréat Montyon de l'Institut, en 1840, la récompense due à son dévouement aux classes laborieuses, pour lesquelles il n'a pas craint de s'imposer ce long travail qu'il a mené à si bonne fin, le conseil, à l'unanimité, a engagé son digne secrétaire à aller présenter et soumettre lui-même son manuscrit à l'Académie des sciences, pour tâcher d'obtenir d'elle la sanction la plus éclatante dont une œuvre de science puisse être honorée.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — PHYSIOLOGIE DE L'ÉPILEPSIE. — INFLUENCE CALORIFIQUE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE. — ÉLECTRO-PHYSIOLOGIE.

Voici trois auteurs, M. Marshall-Hall, M. Budge et M. Duchenne, qui nous fournissent l'occasion de présenter quelques remarques sur la voie dans laquelle, sous prétexte d'expérimentations de différents genres, on tend à engager les recherches scientifiques.

M. Marshall-Hall, dont le nom bien connu se rattache surtout à un fait vrai qu'il n'a pas découvert, mais qu'il a théorisé à l'aide d'une hypothèse sans fondement, l'*action réflexe de la moelle*, voulant faire pénétrer cette théorie dans la pathologie, fait des rapprochements extraordinaires, se livre à des expériences non moins extraordinaires sur l'action de l'acétate de strychnine, et veut déduire des accidents physiologiques qui accompagnent l'empoisonnement produit par ces sortes de substances la théorie et même le traitement de certaine classe d'épilepsie et d'apoplexie.

Il faut distinguer dans les tentatives de cet auteur deux choses : le but et la voie par laquelle il cherche à y arriver. Le but, on doit le reconnaître, est excellent : il témoigne du vrai sentiment du progrès. L'auteur cherche à éclairer la pathogénie par la physiologie ; il demande à celle-ci la raison de celle-là ; il cherche à nouer la physiologie avec la pathologie par les connexions d'étiologie physiologique qui les identifient et les distinguent tout à la fois ; en un mot, il se place en face du véritable et grand problème de la médecine contemporaine. Mais plus on doit se montrer sympathique envers les esprits qui tendent vers ce but élevé, plus on doit se montrer sévère dans l'appréciation des moyens qu'ils emploient, car on n'est que trop disposé à juger de la valeur de l'un par la valeur des autres. C'est pour cela que nous nous montrerons peu indulgents pour les travaux de M. Marshall-Hall, et que nous ne pourrons l'être guère plus pour quelques autres applications de physiologie pathologique que nous aurons à mentionner.

M. Marshall-Hall a remarqué, comme tout le monde, que dans l'épilepsie, et plus rarement dans l'apoplexie, il y a certains phénomènes spasmodiques dont le théâtre principal est le système nerveux du cou, du larynx et de la poitrine. Ces phénomènes, dans les cas d'épilepsie et d'apoplexie d'origine inorganique, sont pour ce médecin le substratum de la maladie ; c'est d'eux que partent les autres accidents qui ne sont que secondaires ; et pour nous servir de ses propres expressions, « l'épilepsie et l'apoplexie simples sont des actions » *directes* ou *réflexes diastaltiques* des muscles du cou (*trachelismus*), » du larynx (*laryngysmus*) ou des deux suivies de leurs effets sur la cir- » culation veineuse de cette région et des centres nerveux. » Voilà qui est clair, et l'auteur poursuivant cette idée, cette localisation physiologique, cherche à établir que les causes de l'épilepsie et de l'apoplexie simples, les unes morales, les autres physiques, agissent les premières directement, les secondes indirectement sur des *arcs nerveux diastaltiques*, pour y produire à l'état pathologique certains troubles qui ne sont, en dernière analyse, que l'exagération permanente de l'action concordante des mêmes causes sur les mêmes éléments physiologiques : nerfs et muscles. Après avoir cherché à démontrer par l'analyse physiolologique la vérité de cette induction, l'auteur est arrivé à proposer, comme on sait, la trachéotomie contre l'épilepsie et l'apoplexie simples qui sont pour lui une seule et même chose. Telle avait été sa théorie physiologique de ces deux maladies, théorie que l'auteur ne manque pas d'étayer de succès obtenus dans la pratique. Pour lui donner plus de poids, il s'est livré à des expériences avec certains poisons, comme l'acétate de strychnine ; il a cru voir que les accidents qui suivent l'ingestion de ces substances sont très-semblables à ceux qui caractérisent l'épilepsie et l'apoplexie, le *trachelysme*, le *laryngisme* ; et il en a conclu (homœopathiquement sans le vouloir sans doute), que l'acétate de strychnine à la dose d'un cinquantième de grain pourrait bien, « comme *tonique spinal*, » être très-utile dans le traitement de ces maladies. L'auteur ajoute, il est vrai, qu'il « attache *surtout* de l'importance » au régime du malade : les exercices, les aliments, les excrétions. » On ne saurait méconnaître la prudence et l'impartialité de ces réserves.

Malgré l'espèce de déférence que méritent toujours les aberrations d'un homme célèbre, on ne peut pourtant pas s'empêcher de les signaler pour ce qu'elles sont, surtout quand elles tiennent à certaines tendances de l'esprit scientifique du temps, et quand elles marquent une nouvelle phase de ces tendances.

Dégagée, comme on la présente ici, de son entourage expérimental, dépouillée surtout de sa nomenclature gréco-prétentieuse, qui semble écarter, comme une garniture d'épines, l'examen de ceux qui voudraient y voir de plus près, cette doctrine n'est pas soutenable. Qu'est-ce que cette localisation directe ou réflexe de deux maladies d'un caractère et d'une nature si tranchés dans un groupe de phénomènes si communs, sinon l'analogue, pour la physiologie pathologique de ces deux maladies, de la gastrite de Broussais pour la pathogénie des fièvres ? Inutile d'insister sur les déductions pratiques de la trachéotomie et de l'emploi homœopatique de l'acétate de strychnine. Ces déductions doivent être irréprochables aux yeux de ceux qui ne demandent que des faits, puisque l'auteur cite des succès avérés obtenus par ces deux méthodes. Mais tout cela ne supporte pas un examen sérieux, et si nous nous sommes arrêté à ces excentricités du physiologiste britannique, c'est bien plus, avons-nous dit, à cause de leur caractère général, de la tendance contemporaine à laquelle elles se rapportent, qu'à cause de leur valeur particulière, dont un simple énoncé donne suffisamment la mesure. Or, lorsqu'une erreur tend à se généraliser, elle acquiert au moins l'importance de sa dimension, et c'est à ce titre que nous nous y arrêterons encore quelques instants.

Le caractère de la médecine contemporaine, ainsi que nous nous proposons bientôt de l'établir sur une grande échelle, a été, depuis une vingtaine d'années, de circonscrire le siége et la raison des maladies à une portion de l'organisme (organes, appareils, tissus). Cette médecine, s'appuyant surtout sur le cadavre, regarde presque comme une chose accessoire que les révélations cliniques se montrent d'accord avec celles de l'amphithéâtre. On sait à quelles conséquences nosologiques et thérapeutiques elle a conduit. Que fait M. Marshall-Hall ? Il inaugure, ainsi qu'il le dit lui-même, une nouvelle médecine, celle que l'on pourra appeler la localisation physiologique des maladies, par opposition à la localisation anatomique, qui a fait son temps. Si M. Marshall-Hall était un peu plus praticien ; s'il occupait une chaire de clinique officielle à Paris ; s'il avait cette ardeur qui donne de la vie et de la vogue aux idées, nul doute que son système (car c'en est un) de médecine diastaltique ne fît fortune. N'offre-

---

Feuilleton.

ESQUISSE TOPOGRAPHIQUE DE L'ALGÉRIE.

(3e et dernier article. — Voir les nos 3 et 5.)

Mais fuyons le Félat et les Touaregs, et revenons dans le Sahara algérien pour y étudier deux phénomènes aux noms magiques, dont l'un rappelle la nourriture céleste des Hébreux dans le désert, d'après la tradition biblique, et dont l'autre, par ses décevantes fantasmagories, a toujours dupé les voyageurs et vivement piqué la curiosité des physiciens ; le lecteur les a nommés : la manne et le mirage.

Le désert, nous l'avons vu, ne doit pas être pris dans le sens absolu de son nom ; il n'est désert que relativement, et si l'on ne peut songer à y implanter des colonies agricoles proprement dites, il est du moins utile aux intérêts de la colonie, nécessaire même à sa sécurité, d'étendre la domination française sur les populations nomades qui errent dans ses immenses terres de parcours, ou qui sont fixées dans ses oasis. L'expérience l'a démontré. L'ennemi était-il refoulé du Tell, il allait se réfugier et se refaire dans le Sahara, bravant ainsi la tactique la plus habile ; force a été de l'y poursuivre. On sait que c'est par une pointe hardie dans le Sud, en 1843, que la Smala fut prise aux sources de Taguin, et que, dans une autre circonstance, Abd-el-Kader lui-même n'a dû son salut qu'à l'infidélité de notre aga du Djebel-Amour (1).

Ce n'est pas tout : un grand commerce se fait du littoral nord au centre de l'Afrique, et *vice versâ*. Alger autrefois était le principal aboutissant de ces courants de caravanes qui aujourd'hui se dirigent sur Tunis et Maroc, et il importe de rétablir dans le Tell ce flux et reflux commercial. Tel est le double motif pour lequel des colonnes parties des trois provinces ont, à diverses reprises, rayonné dans le Sud, et avec l'une desquelles nous avons exploré une partie du Sahara algérien en 1847 (2).

MANNE DU DÉSERT.

En arrivant dans le vaste plateau qui se trouve entre les Ouled-Chaib et Ta-

(1) Depuis que ces lignes sont écrites, les événements ont marché. L'émir, forcé de se rendre à Sidi-Brahim, sur le lieu même où une fortune astucieuse lui donna un dernier sourire aux dépens de la *furia francese*, interné plusieurs années en France, retourne en Orient sur serment de neutralité. Espérons que son caractère de chef religieux nous vaudra de ne jamais dire de sa parole : *Fides punica*.

(2) Colonne du général Yousouf.

t-il pas toutes les conditions pour cela? Comme la médecine anatomique, il parle aux sens; il se fonde sur des données toutes matérielles. Comme elle, il circonscrit nettement la maladie; il la réduit à un groupe de phénomènes choisis, parfaitement sensibles, parfaitement saisissables pour tous, accessibles à la généralité des intelligences et offrant à la pratique des corollaires aussi simples que ses prémisses théoriques sont absolues. La tentative de M. Marshall-Hall offre même certains avantages sur la médecine organique: il abandonne le cadavre pour l'homme vivant. A la place de l'organe, il met la fonction; et, alors que la première se fonde sur le fait accompli de la lésion de l'organe, sans trop se préoccuper d'où vient et où va cette lésion, la seconde plante ses racines dans le système nerveux, et donne à sa pathogénie le préalable initial dont la médecine organique s'était trop peu préoccupée. Ajoutons encore que l'appareil d'expérimentation dont le physiologiste anglais fortifie sa pathologie d'*actions réflexes diastaltiques*, n'est pas peu propre à lui concilier quelque faveur en haut lieu (1). Mais dépouillée de tout ce fatras scientifique, cette innovation n'est qu'une application, sous la forme physiologique, de la médecine localisante, organique, qui achève en ce moment sa carrière sous le microscope.

De la théorie des maladies réflexes aux expériences de M. Budge sur la localisation de la production de la chaleur dans une portion de la moelle épinière, la distance n'est pas grande: c'est la même cause, si ce n'est pas le même effet. L'esprit scientifique qui a produit l'une a évidemment inspiré l'autre. M. Marshall-Hall circonscrit des maladies d'un caractère très-général et d'une nature très-spéciale dans un groupe de phénomènes physiologiques très-restreint. M. Budge place la chaleur de la tête sous l'influence d'une portion de moelle s'étendant de la dernière cervicale à la troisième pectorale. Ne doit-on pas admirer une telle précision, quand on considère que la chaleur de la tête, du cou, des épaules et de tout le corps forme un seul et même phénomène, dont les causes et les conditions sont aussi générales que l'occupation? Et alors à quoi bon cette fragmentation de la vie, cette obstination à morceler ce qui est un tout indivisible? Un autre physiologiste de renom avait déjà montré qu'en coupant le nerf grand sympathique au cou, on produit un très-grand accroissement de température dans les parties auxquelles ce nerf se distribue. Expérience curieuse, a-t-on dit. Cela peut être, mais à la condition de n'en tirer aucune des conséquences qu'en ont tirées les auteurs. Voyez en effet. M. Bernard avait conclu de son expérience que c'est cette portion du grand sympathique qui préside au développement de la chaleur de la tête; voici l'expérience de M. Budge qui établit que c'est à la moelle, et non au grand sympathique, qu'est dévolue cette *portion* de fonction. Cela ne rappelle-t-il pas le *laryngisme* et le *trachélisme* de M. Marshall-Hall, comme expression caractéristique de l'épilepsie et de l'apoplexie? On l'a dit avant nous: l'expérimentation est un système, et un système d'autant plus dangereux qu'il fournit toujours quelques données vraies à une généralisation fausse, témoin les expériences de M. Duchenne sur le diaphragme.

Il y a longtemps que nous nous proposions d'aborder les recherches électro-physiologiques de cet auteur, et ce n'est pas sans quelque embarras que nous basardons au passage de courtes remarques sur sa dernière communication à l'Académie des sciences, alors que nous en aurions très-long à dire sur l'ensemble de ses recherches. On sait, en effet, que M. Duchenne se sert très-habilement de l'électro magnétisme pour diagnostiquer l'action des muscles; qu'il s'occupe avec succès de rajeunir les vieilles tentatives thérapeutiques de l'application de l'électricité au traitement des paralysies; mais au lieu de se borner à profiter des lumières physiologiques et des avantages pratiques qui découlent des deux ordres de faits qu'il expérimente, il se laisse entraîner à des exagérations contre lesquelles il importe que la science et l'art soient également prémunis.

Dans ses expériences diagnostiques sur le cadavre et sur le vivant, ayant pour but de déterminer le mode d'action d'un muscle, M. Duchenne méconnaît trois sources de méprises et d'erreurs: La première, c'est qu'au lieu d'agir directement sur l'action propre, essentielle du muscle, il n'agit sur lui que par l'intermédiaire d'un de ses éléments dynamiques, le nerf on les nerfs: il lui est par conséquent impossible de s'assurer rigoureusement que c'est bien sur telle ou telle partie de muscle, sur tel muscle en totalité, et non pas sur tel autre, qu'il applique l'électricité. De là des méprises que nous aurons l'occasion de signaler bientôt. La seconde source d'erreurs n'est pas moins importante à montrer. Lorsqu'on cherche à déterminer le mode d'action d'un muscle à travers la peau, et c'est le cas le plus ordinaire, il est impossible de séparer dans l'action produite, ce qui appartient à l'action directe de ce qui appartient à l'action dite *reflexe*. Cela est si vrai (nous pouvons le dire par anticipation, quoique ce soit un fait fort grave) que, dans certaines circonstances, les mêmes secousses, les mêmes applications, donnent lieu à des résultats tellement opposés, que pour la main et l'avant-bras, par exemple, il y a alternativement flexion et extension. La troisième source d'erreurs tient encore à cet esprit de localisation et de morcellement des phénomènes vitaux, qui fait considérer isolément l'action d'un muscle, alors que toujours, dans les mouvements physiologiques, cette action est associée, et emprunte, du concours et de l'ensemble où elle est produite, une signification qu'elle ne saurait avoir sans l'action localisée de la pile. Ces remarques n'enlèvent rien aux expériences théoriques de M. Duchenne, mais elles doivent prémunir contre les conséquences qu'il en tire et les applications pratiques qu'il en fait. Nous allons le montrer à l'occasion de ses dernières recherches.

Dans ses expériences physiologiques sur le diaphragme, M. Duchenne n'a tenu compte que de l'action de ce muscle comme élévateur ou abaisseur des côtes diaphragmatiques; il est alternativement arrivé aux deux effets opposés, suivant qu'il a provoqué la contraction du muscle avec ou sans éventration, c'est-à dire avec ou sans le point d'appui du diaphragme sur les viscères. Cela se peut: nous n'avons pas répété les expériences; mais voici en quoi elles pèchent: elles tendent à réduire l'action du diaphragme à une action d'excentricité transversale (agrandissement du diamètre transversal du thorax par le soulèvement des côtes diaphragmatiques), alors que ce même muscle agit d'une manière non moins digne d'attention par ses fibres antéro-postérieures. Or cette action est réelle, c'est-à-dire que lorsque le diamètre transversal peut être agrandi par suite de l'expansion et du soulèvement des côtes diaphragmatiques, son diamètre antéro-postérieur dans les inspirations ordinaires ne change pas, et peut même, dans certaines circonstances, être raccourci. Dans ces deux cas, il n'est pas douteux que les deux diamètres exercent l'un sur l'autre une mutuelle influence. Et cette conséquence n'est pas une conjecture: nous possédons une série de pièces pathologiques dans lesquelles on voit manifestement un raccourcissement énorme du diamètre antéro-postérieur de la base du thorax produit par la

(1) Les communications de M. Marshall-Hall à l'Académie des sciences reçoivent les honneurs d'une insertion textuelle dans les COMPTES RENDUS.

---

guin, et dont la surface est bien plus recouverte d'argile et d'humus qu'elle n'est sablonneuse, on rencontre en abondance, soit sur des espaces nus, soit autour des touffes d'halfa ou de thym, de petits grumeaux de la grosseur moyenne d'un noyau de datte, d'un gris terreux, à surface chagrinée, légèrement convexe d'un côté, froncée et irrégulièrement déprimée du côté opposé. Leur dureté dépasse celle d'un morceau d'écorce d'orange roulé et desséché. La cassure paraît blanchâtre et féculente, et donne une saveur amère. Ces grumeaux sont répandus çà et là sur le sol, avec lequel ils n'ont d'adhérence d'aucune espèce. Ils gisent, de la même façon que de petits cailloux, sur un terrain graveleux. Cette particularité a fait croire généralement que cette singulière production ne pouvait tomber que du ciel, d'où l'a-t-on appelée manne du désert. Un de nos camarades, qui le premier en a signalé la présence dans le Sersou, M. Raymond, croit que les propriétés nutritives de ce lichen, car c'est d'une production végétale qu'il s'agit, se résumeraient dans le nom de comestible que lui ont donné les botanistes. D'après lui, ce lichen, dans lequel M. Payen a trouvé une substance identique à l'amidon, par ses propriétés, serait bien le lichen *esculentus* des Tartares, et, ajoute-t-il, « on peut donc conclure en toute sûreté que des colonnes expéditionnaires, dans le Sud, trouveraient dans ce cryptogame une alimentation suffisante dans le cas où elles manqueraient de vivres. » (AKBAR du 15 juillet 1847.)

Il semble que rien ne manque, on le voit, pour faire de cette substance quelque chose de merveilleux à tous les titres, et vienne la famine en Algérie, on pourra la braver. Nous regrettons bien sincèrement de ne pouvoir accepter l'optimisme de la conclusion. Une certaine quantité de ce lichen, recueillie pendant une halte de la colonne sur une zone abondamment fournie, ayant été pulvérisée à notre retour à Boghar, il fallut, pour parvenir à en faire une pâle liante, y ajouter de la farine de froment. L'espèce de gâteau qui en résulta, cuit au four, était grossier, noir et détestable au goût par une saveur amère, et donnant sous la dent cette sensation désagréable éprouvée quand, par accident, on mâche un morceau de pain contenant des impuretés terreuses, comme certaines galettes arabes. Coupé en tranches, il offrait une foule de petits grains blanchâtres représentant le lichen intercalé dans le froment, absolument comme des parcelles d'amandes dans un croquet.

Autre objection: les chevaux auxquels on l'offrait seul le refusaient net. Si on en mêlait une poignée dans leur musette pleine d'orge, ils mangeaient l'orge, mais laissaient le lichen au fond de la musette, comme ils y laissent tout corps étranger à leur nourriture. Enfin les mêmes chevaux, si on mettait parties égales d'orge et de lichen, refusaient le tout.

Mais en fait de substances alimentaires, il y a un appréciateur, un juge infaillible, dont nous pouvons tenir la décision pour valable: c'est l'Arabe. Soit économie, plus souvent pauvreté bien plus que sobriété, on le voit toujours partant, même pour de longues courses, avec un approvisionnement d'une exiguïté surprenante, mais aussi on le voit partout à la piste de ce dont il peut faire bouchée. Pour lui un chardon *campestre* est une bonne rencontre, une racine de palmier nain un régal. Dans le désert, il arrache en marchant des tiges d'halfa dont il est content de sucer l'extrémité blanche, tendre et légèrement sucrée, et si à dix pas il pointe une petite voussure à terre, un peu crevassée, il fond dessus, son grossier yatagan à la main, l'enfonce, et soulève, trouvaille sans pareille

rétraction (contracture organisée) des fibres antéro-postérieures du diaphragme, avec élargissement presque proportionnel du diamètre transversal. N'est-il pas évident que si, au lieu de s'en tenir, comme il a coutume de le faire, à ses expériences électro-physiologiques, M. Duchenne consultait, pour ses déterminations, les contractures spontanées, c'est-à-dire l'observation pathologique infiniment plus riche, plus variée et plus sûre que l'expérimentation physiologique, toujours partielle, toujours uniforme, et toujours arbitraire dans ses suggestions, il se serait gardé de conclure comme il l'a fait, d'une action partielle, occasionnelle et artificielle, à une action générale, complète et normale.

Il y aurait lieu de se montrer plus sévère à l'occasion des applications électro-magnétiques proposées par M. Duchenne pour remédier à l'asphyxie par l'opium, le chloroforme, le charbon, applications réalisées dès longtemps par le pauvre Ducros (de Marseille). Réduire le traitement de ces empoisonnements à la stimulation du diaphragme, c'est mécaniser (qu'on nous passe cette expression) un empoisonnement général dans un de ses effets les plus éloignés, c'est faire acte de cette pathologie étroite, partielle, matérielle, localisante, qui a décapité la médecine contemporaine de l'étiologie, comme elle a banni de l'esprit de ceux qui la cultivent toute idée vraiment philosophique.

JULES GUÉRIN.

HYDROLOGIE MÉDICALE.

DE L'INFLUENCE DE LA TEMPÉRATURE DES LIQUIDES SUR L'ABSORPTION, ET DE LA NÉCESSITÉ D'ADOPTER, DANS LA MÉDECINE THERMALE, UNE AUTRE BASE THERMOMÉTRIQUE QUE LE POINT DE CONGÉLATION DES PHYSICIENS; par le docteur KUHN, médecin à Niederbronn.

Les eaux minérales tirent leur caractère et leur importance de deux ordres de causes, les unes inhérentes et les autres accessoires.

L'ensemble des conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent placés les malades aux établissements de bains, et la méthode qui préside au traitement thermal, voilà ce qui constitue les causes accessoires.

Quant aux causes inhérentes, ce sont : 1° la nature chimique des principes minéralisants; 2° le degré de concentration de ces principes, et 3° la thermalité.

Nous nous occuperons seulement de ce dernier facteur, que nous croyons n'avoir pas été envisagé encore sous le véritable point de vue de l'application pratique. Tout est encore vague dans la question de la thermalité; on ordonne les bains et la boisson à tel ou tel degré de température, sans trop s'en expliquer les raisons : ce qui guide, ce ne sont pas les principes de la science, c'est l'empirisme. La confusion provient de ce que, dans les évaluations de température, on a constamment adopté la base des physiciens au lieu d'adopter une base physiologique, de ce qu'on a pris le point fixe en dehors de l'organisme au lieu de le prendre dans l'organisme même. Le zéro thermométrique convient parfaitement, comme point de départ, lorsqu'il s'agit de déterminer d'une manière absolue un degré quelconque de température; mais dans le domaine de la médecine pratique ce genre de détermination ne saurait plus suffire; il faut partir d'une base différente, plus appropriée; l'organisme vivant sur lequel le médecin est appelé à opérer a une température propre et constante; tout ce qui tend à modifier cette température, à l'augmenter ou à la diminuer, affecte d'une manière plus ou moins sensible le jeu régulier des fonctions; entre les influences opposées du chaud et du froid, il existe un terme moyen, indifférent; plus on s'en écarte, soit en descendant l'échelle, soit en la remontant, plus l'impression exercée sur l'organisme devient vive et pénible. C'est donc ce point indifférent qu'il conviendrait d'adopter comme base ou comme norme, parce qu'il acquiert, comme nous allons voir, une grande importance dans l'application pratique.

La température du sang humain est, comme on sait, de 38°—39° centigr. Comme il y a dans le corps une source permanente de calorification, il s'en suit que le corps doit aussi être en perte constante d'une somme égale de calorique, pour que l'équilibre soit maintenu. Donc le milieu atmosphérique qui favorise le mieux le jeu régulier des fonctions de l'économie est celui dont la température est inférieure d'un certain nombre de degrés à la température du sang; de même aussi, si le corps est plongé dans un bain, faut-il que la température du bain soit de quelques degrés inférieure à celle du sang, si le baignant doit s'y trouver tout à fait à son aise, s'il doit n'être incommodé par aucune sensation de froid ou de chaud. C'est cette température de bains qui n'occasionne aucun dérangement dans le jeu ordinaire et régulier de la calorification, et qui ne tend ni à augmenter ni à diminuer d'une manière sensible la chaleur de l'économie, que nous appellerons la *température normale*. On peut donc dire qu'un bain a la température normale lorsqu'il soustrait au corps qui y est plongé une quantité de calorique égale à la quantité que la partie immergée reçoit naturellement des différentes sources de la calorification. Ce terme indifférent répond à 32°—35° c. (25°—28° R.)

La température normale n'est pas absolument identique pour tout le monde; elle n'a rien de fixe, rien d'absolu; elle peut varier de quelques degrés, selon les personnes et même selon que le milieu atmosphérique est plus chaud ou plus froid. Ainsi les personnes à constitution molle et lymphatique, celles dont l'appareil circulatoire a peu d'activité, exigent une normale de bains plus élevée, tandis que la même normale est généralement plus basse pour les personnes sanguines ou irritables. Chaque personne a donc sa normale propre, qui, selon les temps et les circonstances, est elle-même sujette à de petites fluctuations.

Le bain dont la température est indifférente pour celui qui le prend est par conséquent au degré de la normale. Tout baigneur peut donc, en prenant un ou deux bains d'essai, marquer le degré de sa normale sur un thermomètre, et se servir ensuite de cet instrument (mais toujours du même) en guise de régulateur.

Un bain d'eau commune, à la température normale, ne détermine qu'un léger mouvement d'exosmose et d'endosmose; le sang cède une petite partie de ses sels à l'eau ambiante, et celle-ci pénètre en faible proportion dans la masse des humeurs, en sorte que finalement le sang se trouve être

---

pour lui, des truffes. Ce sont des tubercules ordinairement isolés, sans tige ni racine, à surface lisse, analogues à nos truffes noires, à l'exception de la couleur; coupées, elles ressemblent à la patate : ce sont des truffes blanches dont l'Arabe est friand. Il ramasse aussi les orchis, dont il fait sécher des tranches; bien plus, d'après Peyssonel, il fait des récoltes de sauterelles, qui, grillées ou réduites en poudre, lui servent de nourriture (1). Tout autant de faits qui prouvent que l'Arabe est à la piste de tout ce qui peut servir à son alimentation, quelque singulière ou mesquine qu'elle puisse être. Eh bien! nous le demandons, pense-t-on que ces mêmes Arabes fussent indifférents à ces bancs de lichen du Sersou, s'ils lui avaient reconnu des qualités nutritives, ou que ces propriétés, si elles avaient existé, eussent pu échapper à l'expérience qu'il a de toutes choses tombant sous son regard scrutateur? Comme ces enfants avides qui, ayant de beaux fruits en marbre sous les yeux, vont jusqu'à s'y ébrécher les dents à différentes reprises, avant d'être bien convaincus que c'est de la pierre, de même vingt fois en sa vie chaque Arabe tâte d'une foule de substances, y compris le lichen, avant de renoncer à en tirer parti.

Aussi sait-on ce qui se passa quand ils virent la colonne s'arrêter et ramasser avec empressement du lichen; car enfin chacun tenait à avoir sa poignée de manne en poche. Ils haussèrent les épaules, ne revenant pas d'étonnement de nous voir avides de ce qu'ils appellent oussek el trab (excréments de la terre). J'interrogeai plusieurs chameliers, et à la question : Est-ce bon à manger? tous répondaient par ce mot sacramentel d'une chose mauvaise ; Mamenouche. Ils ajoutaient même que, pour certains animaux, comme le mouton, c'était du poison.

Du rapprochement de ces faits, il résulte que *jusqu'à preuve irrécusable du contraire*, nous sommes autorisé à refuser à ce lichen sa qualification d'*esculentus*, et à affirmer que ce serait courir la chance de mourir de faim de s'embarquer pour le désert sans autre biscuit que celui-là. Ceci soit dit de sa valeur intrinsèque, passons à sa mystérieuse origine.

En cheminant lentement sur les bandes terreuses où sont les gisements de ce lichen, on trouve çà et là étalés sur le sol des disques blanchâtres d'un ou 2 centimètres de largeur, et qu'on supposait être de vieux lichens décomposés. En y regardant de près, il nous fut facile de reconnaître que ce n'était là autre chose que les frondes, les thallus de lichens nouveaux, étalant leur surface blanchâtre et rendue granuleuse par les apothécions, et adhérant au sol par la face inférieure. Ces disques se dessèchent se soulèvent, se séparent de la terre dans leur partie centrale, se raccornissent, se roulent sur eux-mêmes, la face supérieure qui ressemble à la peau de chagrin, restant externe, et la face inférieure étant partout en contact avec elle-même. Quant aux bords, ils se plissent, se recoquillent au centre, ce qui fait qu'on trouve toujours une dépression, une espèce de nombril irrégulier à chaque morceau de lichen. On voit d'après cela que les Arabes ont bien raison de l'appeler *oussek el trab*.

En résumé, la prétendue manne du désert algérien n'est rien moins que d'origine céleste, pas plus que de nature alimentaire; nous venons de constater

(1) Voy. LETTRES D'AFRIQUE, de notre ami le docteur Félix Jacquot.

un peu plus aqueux, plus dilué à la suite d'un bain simple donné dans les conditions ci-dessus énoncées (1).

Sitôt que la température du bain descend au-dessous de la normale, l'exhalation cutanée cesse et l'absorption commence; celle-ci augmente à mesure que le bain devient plus frais; aussi l'imbibition, activée par les bains de basse température, détermine-t-elle bientôt une abondante diurèse.

Si, au contraire, la température du bain dépasse la normale, l'absorption s'arrête et l'exhalation se manifeste avec une activité qui est en raison même de la chaleur du bain. Aussi, à la suite d'un bain chaud, survient-il de la soif, parce que le sang y perd une partie de ses principes aqueux.

Ainsi, lorsque la température d'un bain est au-dessous de la normale, le mouvement des liquides se fait de l'extérieur vers l'intérieur; et lorsque la température est supérieure à la normale, il a lieu en sens inverse. *Par conséquent la température normale constitue la limite où l'absorption cesse et où l'exhalation commence.*

En théorie, l'on devrait croire que l'eau tiède ou modérément chaude est plus facilement absorbée que l'eau fraîche : c'est précisément l'inverse qui a lieu, et l'expérience le démontre. Ainsi Kahtlor (UEBER DIE ZWECKMOESSIGSTE ANWENDUNG DER HAUS-UND FLUSS-BOEDER; Vienne, 1822) a fait une série d'essais sur plusieurs individus, auxquels il a fait prendre des bains à des températures très diverses, les pesant chaque fois avant et après le bain : il a trouvé que le séjour d'une heure dans un bain de 13°-19° centigr. faisait augmenter le poids du corps, chez un homme adulte, de 2 1/2 à 3 1/2 kilogrammes. Lorsque la température était de 27° centigr., il n'a plus trouvé que 2 kilogr. d'augmentation. A 34 et 35°, il n'a plus observé aucune augmentation de poids. Avec des bains de 36 et 37°, il a déjà trouvé une diminution de plus d'un kilogramme. En portant le degré de température jusqu'à 56°, le même expérimentateur est parvenu à faire diminuer le corps de 4 kilogrammes et quart.

De là résulte clairement que le bain sollicite l'absorption s'il est frais, tout comme il sollicite l'exhalation s'il est chaud, et que l'absorption, ainsi que l'exhalation, augmentent à mesure que la température s'écarte davantage du degré normal (toujours, bien entendu, dans les limites des possibilités physiologiques).

Tout, dans l'économie, tend vers l'intégrité du maintien de la température naturelle du sang. Nous voyons, en effet, que l'eau du bain n'est plus absorbée lorsqu'elle est chargée d'une quantité de calorique qui pourrait déranger l'état thermométrique du sang, et, lorsque le corps est plongé dans un pareil bain, la nature cherche à conserver l'équilibre par une forte exosmose ou exhalation, qui entraîne une perte de calorique. Nous voyons, d'un autre côté, que l'absorption devient plus active à mesure que l'eau perd en température ou devient plus fraîche : ici encore, la nature agit dans l'intérêt du maintien de la température du sang; car on sait, par les lois de la physique, que la membrane qui absorbe gagne du calorique par le fait de l'imbibition; et, lorsque le corps est plongé dans un bain frais, le baignant fait instinctivement des frictions et des mouvements qui deviennent encore une cause de calorification. *Donc le besoin de maintenir la température du sang est ce qui détermine, dans l'économie, l'absorption ou la non-absorption de l'eau, selon que celle-ci a telle ou telle température.* Le phénomène de l'endosmose est subordonné à cette grande loi de conservation.

On peut établir, en thèse générale, que *si un bain doit être prolongé, il faut qu'il soit à la température normale ou approchant, et que s'il s'agit de s'écarter de la normale, en plus ou en moins, il faut aussi que la durée du bain soit abrégée dans la même proportion.*

La température normale a également son importance en ce qui concerne l'usage interne de l'eau. Introduite dans l'estomac, l'eau fraîche est rapidement absorbée et bientôt éliminée par la diurèse ou la diaphorèse, si la dose en a été un peu forte. Mais l'absorption se ralentit à mesure que la fraîcheur du liquide diminue. Parvenue à la température normale (tiède), elle n'est plus absorbée; elle cause des nausées et est immédiatement rejetée par le vomissement, si la dose en a été un peu forte. Pour être tolérée, il faut qu'elle ne soit prise qu'en très-petite quantité, parce que le suc gastrique peut alors suffire pour en corriger la fadeur et lui communiquer le degré de sapidité nécessaire pour la rendre digestible. L'eau chaude occasionne moins de nausées, parce qu'elle devient stimulante par son calorique; pour peu qu'elle soit alors ingérée en quantité notable, elle détermine une plus forte exhalation pulmonaire et des sueurs profuses, par le moyen desquelles l'équilibre de la température du sang se maintient. Dans ce cas, le sang devient le véhicule du liquide chargé d'une trop forte quantité de calorique; aussi l'eau chaude, ainsi que toutes les autres boissons aqueuses à pareil degré de température (50-60° centigr.) produit-elle un état de surexcitation dans l'acte circulatoire.

Relativement à l'absorption, il y a donc une différence majeure entre l'organe cutané et l'estomac : la peau n'absorbe plus les liquides dont la température excède la normale, tandis que l'estomac les absorbe, ainsi qu'on vient de voir. Ainsi, *pour être absorbée dans l'estomac, l'eau commune doit exciter cet organe par sa fraîcheur ou par sa chaleur, c'est-à-dire par un degré de température sensiblement différent de la normale.* Si elle est simplement tiède ou d'une température indifférente pour l'organisme, elle n'est absorbée qu'après avoir été préalablement préparée *ad hoc* par l'immixtion des fluides gastriques; mais cela n'a lieu que pour les faibles quantités, les quantités plus fortes étant rejetées par le vomissement.

Il résulte, des différentes considérations qui précèdent, que la normale, telle que nous l'avons définie, doit être pour le médecin des eaux ce que le zéro thermométrique est pour le physicien, ou ce que l'unité est pour le mathématicien, un point de départ; et que la température des bains devrait être désignée par le nombre de degrés dont ils dévient de la normale, vu qu'à partir de ce point, leur manière d'agir diffère totalement, selon que la température incline dans un sens ou dans l'autre.

---

(1) Pour qu'il n'y eût ni exosmose ni endosmose (exhalation ou absorption), il faudrait, ainsi que nous le ferons voir dans un prochain article, que le bain fût non-seulement à la température normale, mais qu'il contînt encore des substances salines au même degré de saturation que les sels contenus dans le sang.

---

son humble provenance et les caractères qui lui vaudront une simple place dans la classe des acotylédons de l'Algérie, sous la dénomination de lichen du Sersou.

DU MIRAGE.

En général, pour avoir une illusion complète, il faut être surpris par le phénomène qui la provoque. Si l'on cherche à analyser son mode de production, si on a l'idée arrêtée d'en étudier le jeu, si en un mot on se tient prévenu et pour ainsi dire en garde, on ne sera plus dans les conditions voulues pour en subir passivement la complète influence. C'est surtout à la vision du mirage que ces réflexions peuvent s'appliquer. Disons sur ce point tout ce que nous avons pu observer dans les plaines du Sahara.

Quand le ciel est pur, que le soleil inonde tout de lumière et de calorique, alors surtout qu'il est vers le milieu de sa course, on aperçoit la couche d'eau qui est à fleur de terre, présentant par suite de son échauffement des tremblotements dans lesquels semblent s'agiter, se déformer, les objets qui s'y trouvent. Ce phénomène progressant en raison de la dilatation de l'air, on finit par ne plus rien distinguer à la surface de la terre, à une certaine distance, dans un cercle d'une étendue considérable. Dans les dépressions de terrain surtout on ne saisit plus qu'une surface vaporeuse, imitant par sa transparence et ses ondulations la surface d'un étang agité par une légère brise. L'illusion est plus complète si au dernier plan de ce tableau négatif surgit en relief un mamelon ou une chaîne de monticules, dont le pied semble alors baigné par les ondes de ce lac vaporeux. Notons toutefois qu'il ne nous a pas été donné d'observer de ces images réfléchies de paysages plus ou moins éloignés.

Nous ne renchérirons pas sur la séduisante théorie que Monge a donnée de ce phénomène en l'observant sur les sables où surgissent les pyramides, chacun l'a présente à la mémoire. Répondons seulement aux questions suivantes : 1° Pourquoi le mirage ne se produit-il que sur un certain cercle ? Parce que les rayons lumineux réfléchis par la surface de ce cercle, sont seuls dans les conditions voulues, pour subir, en traversant des couches d'eau de densité successivement différente, une réfraction telle qu'ils évitent l'œil de l'observateur. Or, l'étendue de ce cercle comprend tout le terrain à la superficie duquel par suite de la dilatation inégale de l'air, les rayons ne font plus l'angle de réflexion égal à l'angle d'incidence.

2° Pourquoi le mirage ne se produit-il pas à partir des pieds de l'observateur ? Parce que, dans les conditions du moins où nous l'avons vu, les objets à la surface du sol pour réfléchir des rayons subissant une réfraction suffisante pour éviter l'œil, devaient être à une distance de 60 à 80 mètres.

3° Pourquoi, au delà de cet étang factice, peut-on distinguer le sommet d'un monticule, par exemple ? Parce que les rayons partis de ce point suivent une marche jusqu'à l'œil qu'on peut considérer comme horizontale, et qu'alors la réfraction est nulle ou du moins insuffisante.

4° Pourquoi, au même instant et sur le même point, l'illusion peut n'être pas égale pour tout le monde ? Le voici : on n'est qu'au milieu d'une longue journée de marche sans rencontrer une goutte d'eau; il faut supporter la soif jusqu'au bivouac, où peut-être ne trouvera-t-on pour se désaltérer qu'une mare boueuse,

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'EMPLOI DE L'OPIUM DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE; par M. le docteur MICHÉA.

(Suite. — Voir les numéros 4 et 8.)

CATÉGORIE DES MALADES CHEZ LESQUELS LES OPIACÉS N'ONT PRODUIT QUE DE L'AMÉLIORATION.

OBS. XII. — Madame B..., 53 ans, constitution moyenne, tempérament nerveux. On ignore si elle a eu des parents aliénés. Elle a cessé d'être réglée à l'âge de 48 ans.

A la fin de 1850, cette dame eut le malheur de voir mourir deux de ses enfants. Elle en conçut une douleur que ni le temps ni la distraction ne purent adoucir; la tristesse fit, au contraire, chaque jour des progrès, et au commencement du mois de mars 1851 elle dégénéra en lypémanie.

Depuis lors madame B... a des hallucinations de l'ouïe; elle entend des voix qui l'accusent d'avoir provoqué plusieurs fausses couches. Elle s'imagine que la police est à sa recherche, qu'on observe sa conduite et qu'on a l'intention de la traduire devant les tribunaux sous l'inculpation du crime d'infanticide. Elle tremble à la vue de toutes les personnes qui l'approchent; elle interprète dans le sens de sa conception délirante la moindre parole qu'on prononce à ses côtés, le moindre geste et le plus léger mouvement de physionomie qu'elle peut saisir chez les autres. Le plus ordinairement elle verse des larmes, se jette aux genoux des domestiques, implore sa grâce en protestant de son innocence.

Depuis le commencement de l'affection, il existe de l'insomnie, et la malade mange fort peu.

Conduite en maison de santé le 17 du même mois, madame B... continue d'offrir tous les symptômes que je viens d'indiquer.

Du 20 au 28, le chlorhydrate de morphine est prescrit, en commençant par 1 centigr. et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

29. La malade, qui en a ingéré hier 9 centigr., a recouvré un peu de sommeil. Les hallucinations et l'idée fixe n'ont subi aucune modification. L'emploi du médicament est suspendu.

4 avril. Même état.

Du 6 au 12, reprise du sel de morphine aux mêmes doses croissantes.

13. Madame B..., qui en a ingéré hier 7 centigr., éprouve une amélioration sensible. Les hallucinations de l'ouïe sont moins intenses et moins fréquentes, l'idée fixe a également perdu de son énergie; elle domine beaucoup moins la malade, qui commence à se livrer au travail de l'aiguille, ce qu'elle n'avait pas encore fait depuis le commencement de la maladie. Suspension du chlorhydrate de morphine qui a occasionné hier des vomissements.

20. Aucun changement bien appréciable.

Du 22 au 28, le médicament est administré de nouveau.

29. Madame B..., qui a ingéré hier 7 centigr. de chlorhydrate de morphine, n'a plus d'hallucinations de l'ouïe; toutefois le sommeil est agité par des rêves effrayants, et la crainte d'être mise en accusation pour crime d'infanticide a recouvré toute son énergie première. Constipation, vomissements. Suspension du sel de morphine.

4 mai. Les rêves et le redoublement lypémaniaque ont cessé. La malade sort de l'établissement débarrassée complétement de ses hallucinations de l'ouïe, mais encore en proie à sa lypemanie, quoique à un degré beaucoup moindre que naguère.

Un gramme de chlorydrate de morphine a été administré en trois reprises; 45 centigr. la première fois, 28 la seconde et 28 la troisième. L'insomnie cède en grande partie à l'ingestion des 45 premiers centigrammes du médicament. A la fin de la seconde reprise, la lypémanie perd beaucoup de son intensité, les hallucinations s'affaiblissent et deviennent plus rares; à la fin de la troisième, les hallucinations disparaissent complétement, mais la conception délirante éprouve un redoublement d'énergie. Il survient des rêves effrayants; tous symptômes qui s'évanouissent quelques jours après la cessation de l'emploi du sel de morphine. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le paroxysme développé sous l'influence du médicament porte sur les conceptions et non pas sur les sensations; l'idée fixe devient plus énergique sans que les hallucinations réapparaissent. Il est très-probable que la guérison eût été complète si la malade avait pu continuer le traitement.

OBS. XIII. — Mademoiselle Marie D..., ancienne cuisinière, 52 ans, forte constitution, tempérament sanguin. Elle n'est plus réglée depuis environ quatre ans. On ignore si elle a eu des parents aliénés.

Propriétaire de rentes sur l'État, elle vivait à Batignolles dans un isolement presque absolu, et ne sortait de son domicile que pour aller toucher ses rentes, faire ses provisions de bouche et remplir ses devoirs religieux.

Au mois de décembre 1850, elle est arrêtée, dans le marché de Batignolles, sous l'inculpation de vol d'un poulet. Elle se laisse conduire à la préfecture de police presque sans proférer une parole, ne faisant aucune difficulté d'avouer son larcin et paraissant fort étonnée du délit dont on l'accuse.

Interrogée au bout de vingt-quatre heures par un des médecins de la préfecture, son sang-froid, son apathie, son air étonné, ses réponses singulières prouvent que cette personne ne jouit pas de l'intégrité de sa raison, et en conséquence on la dirige sur un établissement d'aliénés.

Entrée en maison de santé le 3 janvier 1851, elle offre les symptômes qui suivent: quand je l'interroge sur le motif qui l'a déterminée à commettre le vol d'un poulet, elle me répond d'un air surpris qu'elle ne comprend rien à tout ce qui se passe autour d'elle; qu'il est fort singulier qu'on lui fasse un crime d'une action qui lui a été inspirée par un démon tentateur auquel il lui est impossible de résister. Elle s'imagine que ce démon se manifeste parfois à elle sous des formes matérielles; elle prétend, par exemple, qu'elle le sent s'introduire dans ses poches et y agiter les grains de son chapelet. Elle affirme aussi qu'il vient lui dérober ses vêtements, ou les lui changer de place, etc., etc. Elle éprouve une répugnance invincible pour tout genre de travail; elle a un sommeil agité. Appétit excellent; apyrexie; aucun autre symptôme soit psychique, soit somatique.

Du 5 au 10, l'extrait gommeux d'opium est administré, en commençant par 5 centigr. et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

11. Aucun amendement, à l'exception du sommeil qui est plus profond et de plus longue durée. Quelques nausées. Suspension du médicament.

Du 20 au 26, l'extrait d'opium est administré de nouveau aux mêmes doses croissantes.

27. La malade, qui en a ingéré hier 35 centigrammes, ne veut plus en continuer l'usage; elle prétend qu'on lui administre ce médicament dans le but de lui faire du mal. Les hallucinations ont disparu.

Du 2 février au 7, le chlorhydrate de morphine est prescrit mélangé avec du chocolat au lait, en commençant par 1 centigr. et en augmentant chaque jour la dose de la même quantité.

---

ou l'eau chaude et déjà corrompue des outres portées à dos de chameau. On fait une pause de quelques minutes, et tel soldat haletant qui n'aura jamais entendu parler de mirage, de s'écrier en quittant le rang: Voilà de l'eau, et s'obstinera, son bidon à la main, à courir pour en puiser à une nappe fuyant toujours. Qu'a-t-il donc pour être ainsi complétement dupe d'une illusion parfois incomplète chez vous? La surprise et la soif. Son imagination est à l'eau comme rêve à la fraîcheur et à la verdure ce pauvre matelot qui, sous les tropiques, tourmenté par les ardeurs de la calenture, saute par-dessus les bastingages, et fait un plongeon dans la mer, croyant s'élancer dans une vaste prairie.

Cette influence de l'idée dominante sur la production de nos illusions s'observe fréquemment. Citons un exemple sur cent. En 1845, Abd-el-Kader parcourait nos lignes de l'ouest à l'est. Une agitation extraordinaire régnait dans toute l'Algérie; les troupes passèrent l'année dehors, rayonnant dans toutes les directions.

En décembre, nous nous trouvions dans la plaine de la Mina. Un jour, retournant du bivouac d'El Bilech au camp de Bel-Hacel, dont nous étions encore éloignés de deux lieues, et marchant dans la direction d'un beau soleil couchant qui illuminait toute la plaine que nous savions nue, il nous parut soudain voir des groupes considérables. Nous distinguions, pour notre part, des corps volumineux, haut montés sur jambes, et nous n'eûmes pas le moindre doute que ce ne fussent les troupeaux de dromadaires des tribus amies, que nous avions parfois rencontrés dans cette plaine. Le chef du détachement, préoccupé de la responsabilité du commandement, voyait de son côté très-nettement, avec une lunette d'approche dont il nous vantait la portée, des groupes de cavaliers qu'il supposait ennemis. Ennemis ou non, il n'y avait qu'un parti à prendre. En avançant, les groupes ressemblaient à des arbres alignés, et nous savions cependant qu'il n'y en avait pas en ce lieu. On approche toujours, et nous constatons que ce sont tout simplement, au bord d'un petit marais que nous avions à contourner, des touffes de lys et de joncs, dont les proportions, exagérées au soleil couchant par une illusion d'optique, avaient revêtu des formes démesurées et différentes au gré des imaginations. Voilà comment on croit voir personnages, animaux ou paysages fantastiques là même où ne se trouve rien moins que tout cela.

Nous venons d'analyser ce que nous avons vu dans le désert, avec le contrôle sévère qu'on doit apporter dans tout sujet envisagé sous le rapport scientifique, mais non sans faire effort pour résister à l'entraînement de nos impressions, dont le souvenir gagne avec le temps, comme les grands tableaux gagnent à être vus à distance.

Le désert.....! cet autre océan qui, au premier aspect, semble être, par sa nudité, le domaine de la nature morte, et dans les vastes solitudes duquel le voyageur ne doit s'aventurer qu'avec une boussole, si comme l'Arabe chamelier, cet autre Chaldéen, il ne sait régler sa course sur celle des astres.

Le désert! sur l'immense horizon duquel une armée déployée n'occupe que l'espace d'un grain de sable, et peut cheminer presque des journées entières, sans qu'un pli de terrain vienne rider son ordre de marche.

Le désert! qui malgré sa stérilité et son aridité, n'en a pas moins, à de grands intervalles il est vrai, et ses eaux et sa végétation, et ses pâturages et ses oasis.

8. L'amélioration se soutient. La malade commence à réclamer sa liberté. Son idée fixe de possession démoniaque est moins dominante. Des vomissements surviennent. Suspension du sel de morphine.

Du 23 au 30, le médicament est repris aux mêmes doses croissantes.

1er mars. La malade réclame de plus en plus sa liberté. Elle ne manifeste aucune honte ni aucun embarras quand on lui parle du vol qu'elle a commis. Elle l'avoue sans hésiter, mais elle refuse de s'expliquer sur le motif qui l'a engagée à le commettre. Elle persiste toujours à rester dans le désœuvrement le plus complet. Le sel de morphine est suspendu.

10. Même état. La malade quitte l'établissement.

Cette observation a beaucoup d'analogie avec celle qui précède. Les phénomènes morbides disparaissent ou s'affaiblissent eu suivant les mêmes phases. C'est d'abord le sommeil qui devient plus profond et de plus longue durée. La seconde reprise de l'extrait d'opium triomphe des hallucinations. Enfin, 57 centigr. de chlorhydrate de morphine produisent une diminution considérable dans l'énergie et la ténacité du délire. Il est aussi très-probable que, prolongée plus longtemps, la médication aurait amené une guérison complète.

Obs. XIV. — Madame D..., 47 ans, constitution moyenne, tempérament nerveux. Ses règles apparaissent encore à peu près tous les mois, mais leur abondance est considérablement amoindrie.

Au mois de février 1849, quelque temps après avoir perdu un fils qu'elle aimait beaucoup, cette dame est prise presque tout à coup de folie, au moment où son mari l'avait amenée à Paris pour opérer une diversion à sa douleur.

Adressée à nous par le docteur Coqueret, elle entra en maison de santé le 27 février.

Le délire est général : incohérence complète dans les idées et dans le discours, impossibilité de fixer l'attention sur aucun point. Agitation extrême; vociférations continuelles, tendance à la destruction : on est obligé d'employer la camisole de force pour empêcher la malade de déchirer ses vêtements et de briser les meubles de sa chambre. — Insomnie, langue saburrale, appétit médiocre, apyrexie.

Du 10 mars au 18, l'extrait gommeux d'opium est administré, en commençant par 5 centigrammes, et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

19. La malade, qui en a ingéré hier 4 décigrammes et demi, éprouve une constipation opiniâtre. L'excitation a diminué légèrement; il y a un peu moins d'incohérence dans les discours. (Suspension de l'usage de l'opium ; 5 centigr. d'émétique en lavage.

Du 3 mars au 15 avril, l'opium est administré de nouveau à doses croissantes.

16 avril. Madame D..., qui en a ingéré hier n 65 offre une amélioration considérable dans l'état de ses facultés intellectuelles : l'insomnie, l'excitation générale et l'envie de briser ont tout à fait disparu. Il survient de nombreux moments lucides, pendant lesquels, sauf quelques mots décousus et disparates, la malade semble jouir de toute la plénitude de sa raison. Injection des yeux, bouffissure de la face, céphalalgie, envie continuelle de dormir, garde-robes liquides fort abondantes. L'usage de l'opium est suspendu.

17. Affaissement des membres, insensibilité, perte de connaissance. Une forte saignée est pratiquée.

25. La malade a entièrement recouvré la liberté de ses mouvements et l'exercice de son intelligence. La faiblesse générale et le dévoiement persistent. (Eau de riz édulcorée avec du sirop de coing pour boisson; lavement de ratanbia, avec addition de 6 décigrammes de sulfate de zinc.

1er mai. Garde-robes normales; la raison est, à peu de chose près, rétablie.

5. La malade quitte l'établissement en plein état de convalescence.

17. Elle y rentre aussi aliénée que la première fois.

Du 18 au 30, l'opium est administré de nouveau.

1er juin. Amendement. Délire moins turbulent que naguère, mais aussi général. On cesse l'emploi du médicament.

Du 1er au 14 juillet, l'opium est encore administré.

15. Aucun résultat satisfaisant. Le médicament est définitivement suspendu.

Les doses d'extrait gommeux d'opium ingérées par cette malade sont énormes, près de 7 grammes d'une part, et près de 10 de l'autre; 2 grammes 1 décigramme en quatorze jours produisent un amendement très appréciable; 4 grammes 5 décigrammes sont ingérés de nouveau en vingt-deux jours, et le délire cesse entièrement. Mais au moment où le désordre intellectuel disparaît, il survient une attaque de congestion cérébrale. Cette attaque, qui n'a pas d'autre cause que l'influence de l'opium, cède très-promptement à l'emploi d'une saignée, sans que le moindre vestige du désordre maniaque existe encore. La malade rentre dans sa famille; mais quinze jours après, le délire général éclate de nouveau. Ce second accès est combattu de la même manière que le premier. Près de 10 grammes d'extrait gommeux d'opium sont ingérés. Mais cette fois le médicament exerce une influence beaucoup moins grande, il diminue seulement la turbulence de l'excitation maniaque, au bout de deux mois environ de traitement.

CATÉGORIE DE MALADES CHEZ LESQUELS LES OPIACÉS ONT ÉCHOUÉ.

Obs. XV. — Madame T..., 58 ans, forte constitution, tempérament nerveux. Elle a cessé d'être réglée depuis environ douze ans. Elle ne compte point d'aliénés parmi les membres de sa famille. Dans sa jeunesse, elle n'a jamais eu de propension au plaisir et à la frivolité. Mariée, elle est devenue extrêmement parcimonieuse.

Jouissant d'une fortune assez considérable, gagnée dans le commerce, son mari se livra, en 1847, sans l'en prévenir, à des opérations industrielles dont les chances de succès étaient fort équivoques. Le jour où elle en fut instruite, elle éprouva une telle émotion, qu'elle alla s'enfermer dans sa chambre et qu'elle s'y roula de désespoir sur le parquet.

La révolution de février 1848, en mettant toutes les fortunes en question, acheva de troubler la raison de madame T... Dès lors elle se crut ruinée entièrement, réduite à la mendicité, et cette erreur de jugement dégénéra en idée fixe, accompagnée de récriminations, de plaintes et de larmes continuelles.

Entrée en maison de santé le 8 août 1848, cette dame est tellement subjuguée par la pensée d'avoir perdu sa fortune, et partant de ne pouvoir plus faire honneur aux engagements contractés par son mari, qu'elle refuse une grande partie de la nourriture qu'on lui offre, en donnant pour raison que les gens ruinés doivent savoir borner leur appétit, et qu'elle demande à être employée en qualité de domestique, afin d'acquitter le prix de sa pension. Tous les raisonnements de son mari et ceux de ses enfants, une somme de 30,000 fr. en billets de banque qu'un de ses gendres lui met entre les mains, rien ne peut la dissuader de l'idée que sa famille est réduite à la misère.

Madame T... a pris, avant son entrée dans l'établissement des purgatifs (un mélange de jalap et de calomel), deux fois par semaine pendant environ un mois.

Du 20 août au 27, l'extrait gommeux d'opium est administré, en commençant par 5 centigrammes et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

Le désert! où cependant il nous a été donné de chasser, sur une plus grande échel e qu'en aucun port du monde, depuis le lièvre, le lapin, le sanglier, jusqu'à l'antilo.e, la gazelle et l'arroui, depuis l'outarde, le ganga, le pluvier doré, jusqu'à l'autruche.

Le désert! où, après avoir marché quinze jours durant sans rencontrer simulacre d'habitation, vous surprendrez tout à coup, dans leur course en apparence vagabonde, des smalas de 600, 1,500, 2,000 tentes de tribus errantes, qui, avec leurs myriades de troupeaux, passent leur nomade existence à travers des terres de parcours propres à chaque saison de l'année, et dans les profondeurs desquelles leurs villes mobiles disparaissent aussi soudainement qu'elles s'étaient dressées la veille (1).

Le désert! où cette vie primitive des peuples pasteurs s'est conservée dans toute sa simplicité, où les mœurs et coutumes n'ont pas eu peu changé depuis les temps historiques, où tel kalifa s'appelle Abraham, Isaac ou Jacob, et telle fille Rachel, Rebecca ou Agar, parmi ces nombreuses tribus dont on envierait la vie patriarcale, si l'on n'était convié au progrès de notre milieu social.

Le désert! où inopinément 600 cavaliers et autant de fantassins armés des Ouled-Chaïb se portaient sur le passage de la colonne en grande fantazzia, dans laquelle les femmes et les enfants des notables, juchés dans les palanquins que portaient des chameaux caparaçonnés et à grelots, applaudissaient de leurs cris aux prouesses des jouteurs de cet extraordinaire tournoi.

Le désert! où à force journées on finit par rencontrer des caravansérails, de fraîches oasis et aussi des villes aux murailles et aux tours crénelées, qui sont tout à la fois les relais, les gîtes, les entrepôts, comptoirs ou marchés des caravanes qui le sillonnent.

Le désert! où faute d'eau, Cérès n'a pu naturaliser ses épis et où la moisson se fait aux tiges élancées de l'arbre aux palmes flexueuses et aux régimes sucrés, le palmier-dattier, ce sultan de la végétation de l'Orient.

Ce désert aux populations mélangées, où l'on voit tour à tour le blanc avoir pour esclave, plus rarement pour allié, le noir éthiopien, qui trop souvent devient le maître du blanc; ce désert, qui n'a encore emprunté de l'Arabe conquérant que le Coran, et du Turc que le tromblon; ce désert qui, grâce à la généreuse initiative de la France, servira de pont à la civilisation européenne allant se substituer à la barbarie de l'Afrique centrale.

ARMAND,
médecin militaire.

— M. le docteur Willems, dont l'invention a déjà reçu tant d'heureuses applications, vient encore, d'après l'invitation de M. le ministre de l'intérieur, d'appliquer et d'enseigner son système d'inoculation de la pleuropneumonie bovine à l'école d'agriculture d'Ostin, établie sur le beau domaine de M. le baron Mertens, où la pleuropneumonie vient d'éclater depuis quelques jours.

(1) Les tribus du Djebel-Amour à El-Beïda, 1847.

28. Le trouble intellectuel est le même. Le sommeil est plus calme et plus prolongé. Nausées et quelques vomissements. Suspension de l'usage de l'opium.

Du 22 septembre au 30, l'opium est prescrit de nouveau, aux mêmes doses croissantes, en ayant soin de le délayer dans du chocolat à l'eau, à l'insu de la malade, attendu qu'elle ne veut plus ingérer de bonne grâce aucune substance médicamenteuse.

31. Madame T..., qui a pris hier 4 décigrammes et demi d'extrait gommeux d'opium, offre une modification très-notable dans l'état des facultés intellectuelles; le délire tend à se généraliser et s'accompagne de fureur. La malade donne un soufflet à une de ses filles qui est venue la voir; elle frappe deux domestiques qui la pressent de manger, et elle leur crache au visage. Point de délire sensorial. Suspension de l'emploi du médicament.

8 octobre. L'excitation maniaque et la fureur n'existent plus. Ces phénomènes sont remplacés par un grand affaissement plastique. L'idée fixe persiste toujours.

17. Madame T... a recouvré l'usage de ses forces musculaires. Aucune modification dans l'état mental.

Du 1er au 10 novembre, l'usage de l'opium est repris pour la troisième fois.

11. La malade, qui en a ingéré hier 5 décigrammes, a des nausées et des vomissements qui forcent à suspendre son emploi.

15. Les nausées et les vomissements ont cessé. Amélioration très appréciable dans l'état des facultés intellectuelles; madame T... est moins dominée par son idée fixe. Elle accueille mieux ses enfants et son mari; elle consent à se vêtir avec recherche et élégance; elle travaille à l'aiguille; toutes choses qu'on n'avait jamais pu obtenir d'elle depuis le commencement de sa maladie.

6 décembre. L'amélioration a cessé de se soutenir. La lypémanie est presque aussi intense qu'au début de l'affection.

Du 16 au 21, quatrième reprise de l'opium.

22. Aucun changement dans l'état mental; diarrhée. Cessation définitive de l'emploi du médicament. (Décoction de riz édulcorée avec le sirop de coings.)

1er février 1849. Le trouble intellectuel est toujours le même.

1er avril. La malade sort de l'établissement pour entrer dans celui du *Bon-Sauveur*, à Caen.

Aujourd'hui (25 mai 1852), la malade y est encore.

Chez cette malade, 1 gramme 75 centigrammes d'extrait gommeux d'opium ingéré en treize jours n'exercent aucune influence sur le désordre intellectuel; mais à la seconde reprise du médicament, quand une nouvelle dose de 2 grammes est administrée en quinze jours, il survient une modification très-notable: le délire partiel tend à se généraliser et s'accompagne de fureur. Ce paroxysme cède avec l'interruption dans l'emploi de l'opium, mais le délire partiel n'a rien perdu de son type et de sa ténacité. Enfin, à la troisième reprise du médicament (2 grammes 7 décigrammes en quinze jours), la lypémanie éprouve un amendement considérable. Malheureusement, il ne se soutient pas. Quinze jours après, le délire partiel se manifeste avec toute son énergie première et se maintient à ce degré, en dépit d'une quatrième reprise de la médication (1 gramme 7 décigrammes en onze jours).

Obs. XVI. — M. Jules P..., employé dans l'administration des ponts et chaussées, 27 ans. A la suite d'un vif chagrin occasionné par une calomnie susceptible de compromettre son honneur, il devint triste et éprouva des hallucinations de l'ouïe. Ces hallucinations l'importunent et le détournent tellement de ses occupations, que l'ingénieur sous lequel il travaille croit devoir lui accorder un congé temporaire au mois de mars 1849, pour cause de maladie.

M. Jules P... s'imagine qu'un complot est ourdi contre sa tranquillité et même contre sa vie. Voulant se soustraire aux effets du prétendu complot, il se rend à Saint-Cloud, chez une de ses parentes. Mais les hallucinations de l'ouïe, qu'il croyait éviter en quittant son domicile, ne cessent de l'importuner nuit et jour. Ces hallucinations consistaient en des paroles sourdes qui semblaient être prononcées par des personnes situées dans des caves ou des greniers. Furieux, il entre un jour dans la chambre d'un officier qui demeurait dans son voisinage, et, l'accusant d'être le principal auteur du complot tramé contre son repos, il menace de le souffleter et veut se battre en duel avec lui.

Placé en maison de santé le 20 mai 1849, M. Jules P... continue d'offrir les mêmes symptômes d'aliénation mentale. Il a de plus des illusions du goût qui lui font croire que tous les aliments qu'on lui présente sont empoisonnés.

Il n'a été soumis jusqu'alors à aucun genre de traitement.

Le 21, j'administre 5 centigr. d'extrait gommeux d'opium et j'élève chaque jour cette dose de 3 centigr. jusqu'au 28.

29. Le malade en a ingéré hier 26 centigr. Quelques nausées surviennent qui m'engagent à suspendre l'usage du médicament.

Du 3 juin au 6, l'opium est administré de nouveau, en commençant par 5 centigr. et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

7. Le malade, qui en avait pris la veille 2 décigr., a eu dans la nuit des nausées et des vomissements. Loin de s'amender, le délire devient plus intense. La crainte d'être empoisonné, entretenue par les vomissements, est plus prononcée que jamais. Cessation de l'emploi du médicament.

Le 16, 1 centigramme de chlorhydrate de morphine est donné dans de la soupe, à l'insu du malade.

Le 17, la dose est augmentée de la même quantité.

18. Hier il est survenu des nausées. Continuation de l'usage du sel de morphine à la dose de 3 centigr.

19. Vomissements. 4 centigr. du sel de morphine.

20. Le malade se plaint de douleurs épigastriques. Les vomissements continuent. Aucune amélioration dans l'état mental. (Cessation de la morphine, eau de gomme pour boisson, diète.)

Le 2 août, reprise de l'usage du sel de morphine, en commençant par 2 centig. La dose est élevée chaque jour de la même quantité jusqu'au 10.

11. Le malade, qui a pris hier 18 centigr. de chlorhydrate de morphine, n'a ni nausées ni vomissements ni douleurs égigastriques; mais le délire s'est généralisé; il s'accompagne de fureur. Pour prévenir quelque malheur, on a recours à la camisole de force. L'agitation extrême de M. P... est en grande partie entretenue par les hallucinations de l'ouïe dont l'intensité n'avait jamais été aussi grande. Constipation depuis six jours. (10 décigr. de poudre de jalap et 40 grammes de sulfate de soude dans un lavement. Cessation de l'usage du sel de morphine.

15. L'agitation maniaque et la tendance à la fureur ont disparu; mais les hallucinations de l'ouïe et la lypémanie n'ont pas varié.

Du 1er au 8 septembre, le chlorhydrate de morphine est repris, en commençant par 2 centigr. La dose est élevée chaque jour de la même quantité.

9. Les 14 centigr. de chlorhydrate de morphine ingérés hier ont provoqué des vomissements bilieux très-abondants et très-pénibles. (Potion de Rivière, eau gommée pour boisson; diète. Suspension de la morphine.)

29. Aucune amélioration dans le délire partiel.

13 octobre. M. P... sort de l'établissement non guéri pour entrer à Bicêtre.

Ici l'ingestion d'un gramme 7 décigr. d'extrait gommeux d'opium administrés en douze jours, à deux reprises, augmente l'intensité de la lypémanie, et le chlorhydrate de morphine ingéré un peu plus tard transforme le délire partiel en délire général accompagné de fureur. La suspension de l'emploi du sel de morphine met promptement un terme à l'excitation maniaque; mais l'état du délire partiel et des hallucinations n'est nullement modifié. Ces phénomènes morbides résistent encore à une cinquième reprise de la médication (7 décigr. de chlorhydrate de morphine en huit jours.)

Obs. XVII. — Mademoiselle Adélaïde H..., 24 ans, forte constitution, tempérament sanguin. Elle est assez bien réglée. On ignore s'il y a eu des aliénés dans sa famille.

Élevée dans des principes sévères de religion catholique, elle en observait ponctuellement toutes les pratiques. Douée d'une vive intelligence et ayant un désir ardent de s'instruire, elle a lu un grand nombre d'ouvrages théologiques, notamment la Bible dont elle a une connaissance assez approfondie.

Au mois de mars 1848, un délire partiel roulant sur des idées religieuses éclata.

Soumise pendant près d'une année dans sa famille à un traitement moral, auquel on adjoignit l'emploi des bains tièdes et des purgatifs, mademoiselle H. offrait toujours le même désordre intellectuel.

Entrée en maison de santé le 1er avril 1849, la malade se présente à nous dans l'état mental suivant: elle se dit sortie de la cuisse de l'Éternel, choisie par Dieu pour accomplir une grande mission; elle ne veut pas qu'on lui donne le nom d'Adélaïde, elle prend celui d'*Élue*, et ne répond pas aux questions qu'on lui adresse quand on lui en donne un autre. Elle refuse de reconnaître ses parents. Elle dit qu'étant issue du sein de Dieu d'une façon immédiate, elle n'a pas et ne doit point avoir de famille sur la terre. Parfois elle broute l'herbe des jardins, et quand on lui demande le motif de cette action, elle répond qu'étant l'*agneau sans tache*, elle doit, comme lui, se nourrir de végétaux. Presque pas d'incohérence dans les discours. Absence de fureur et de délire sensorial. Apyrexie, sommeil assez bon, appétit passable; nul autre symptôme psychique ou somatique.

Du 5 au 20 avril. L'extrait gommeux d'opium est administré, en commençant par 2 centigrammes, et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

21. Aucune modification dans l'état de l'intelligence. Sommeil plus profond; constipation combattue par un lavement avec 60 grammes de miel mercuriel. (Suspension de l'opium.)

3 mai. Le délire n'a point varié.

Du 22 au 28. Le médicament est prescrit de nouveau, toujours en commençant par 2 centigrammes, et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

29. Aucune amélioration. Quelques garde-robes cholériformes. (Prescription: Lavements de décoction de grande consoude, avec addition d'un gramme d'extrait de ratanhia; cessation de l'opium.)

10 juin. La diarrhée, développée sous l'influence du génie épidémique, a disparu.

Du 11 au 19, l'opium est administré pour la troisième fois, en commençant toujours par 2 centigr.

20. Point d'amélioration.

3 juillet. La malade sort de l'établissement dans le même état intellectuel où elle se trouvait en y entrant.

Au mois d'août 1850, une somnambule est consultée par la mère de la malade, en désespoir de cause. Cette somnambule conseille un bain de surprise. La jeune aliénée est mise sur la Seine, dans une barque qu'un marinier est chargé de faire chavirer. On la retire de l'eau; mais deux jours après, une pneumonie se déclare, à la suite de laquelle la malade succombe au bout de huit jours.

Ce cas, comme on voit, fut le plus rebelle de tous. En dépit même de l'âge peu avancé du sujet et du début assez récent du délire, toutes circonstances portant très-favorables, la médication opiacée n'exerça pas la plus légère influence sur le désordre intellectuel.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

Des observations qui précèdent, résultent les faits généraux suivants :

TERMINAISON. — Sur dix-sept aliénés, les opiacés ou leurs principes en ont guéri onze, c'est-à-dire un peu moins des deux tiers, et ils ont déterminé de l'amélioration chez trois. Chez les onze aliénés guéris, la convalescence se manifesta deux fois au bout d'environ un mois, à dater du commencement du traitement; trois fois au bout d'un mois et demi; deux fois au bout d'environ deux mois; deux fois au bout de deux mois et demi; une fois au bout de trois mois, et une fois au bout de six mois et demi : d'où il suit que la durée moyenne de la folie a varié entre un mois et demi et deux mois.

SEXE. — Le sexe masculin se trouve plus favorisé que le féminin. Parmi les dix-sept aliénés, il y avait neuf hommes et huit femmes. Or les onze cas de guérison portent huit fois sur le sexe masculin et trois fois sur le sexe féminin. Les trois cas d'amélioration se rapportent exclusivement à des femmes. Enfin, parmi les sujets où l'opium a échoué complétement, il y avait deux femmes et un homme.

GENRES DE DÉLIRE. — Les cas de folie plus ou moins circonscrite étaient au nombre de douze, et ceux du délire général au nombre de cinq. Or, sur les onze aliénés guéris, il y avait sept monomaniaques et quatre maniaques : d'où il suit que l'opium a réussi complétement dans les quatre cinquièmes des cas de délire général et dans un peu plus de la moitié des cas de folie partielle. Parmi les trois malades dont l'état fut seulement amélioré, il y avait deux monomaniaques et une maniaque.

Les sujets où la médication a échoué étaient des monomaniaques.

DOSES. — Dans les cas où l'extrait gommeux fut la seule préparation d'opium administrée, les quantités les plus fortes ont été de 9 grammes 8 centigrammes; les plus faibles, de 3 grammes 9 décigrammes; les moyennes, de 7 grammes. Les doses les plus élevées de chlorhydrate de morphine ont été d'un gramme 21 centigrammes; les plus faibles, de 57 centigrammes; les moyennes, d'un gramme 17 centigrammes. Chez les sujets qui prirent successivement ou alternativement de l'extrait gommeux d'opium et du chlorhydrate de morphine, les quantités les plus fortes furent de 7 grammes 3 décigrammes de la première préparation, et d'un gramme 8 décigrammes de la seconde; les doses les plus faibles furent de 17 centigrammes environ d'extrait et de 36 centigrammes de chlorhydrate; les moyennes ont été de 3 grammes d'extrait et de 7 décigrammes de chlorhydrate.

PHÉNOMÈNES PSYCHIQUES D'INTOXICATION. — Sur dix-sept cas, les opiacés ont déterminé cinq fois l'accroissement du désordre psychique, sans changer le type ou le genre du délire; ils ont produit quatre fois l'augmentation du trouble mental, conjointement avec une transformation dans ce trouble. Cette transformation a consisté dans le passage du délire partiel au délire général. Dans tous ces cas, le paroxysme a été de très-courte durée : la suspension de l'emploi du médicament suffisait pour ramener le délire à son type ou à son degré primitifs dans l'intervalle de quelques jours.

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES DIVERS. — Une congestion cérébrale s'est manifestée une seule fois, et le sujet qui en a été atteint était celui auquel les doses les plus fortes du médicament furent administrées. Cette affection n'eut aucune suite funeste; elle céda très-promptement à l'emploi d'une émission sanguine. Chez huit malades, les opiacés ont produit de la constipation, des nausées et des vomissements; chez quatre, ils ont déterminé de la diarrhée; chez un seul, une inappétence très-prononcée, et enfin chez un autre, de la gastralgie.

(La suite au numéro prochain.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SYMPTÔMES D'ÉTRANGLEMENT INTESTINAL DURANT DIX JOURS; GUÉRISON; observation communiquée par M. le docteur LIMOUSIN, de Bergerac (Dordogne).

OBS. — M. A..., sans profession, 19 ans, atteint il y a dix mois de fièvre intermittente tierce, présente l'état suivant lorsque je le vois pour la première fois, le 22 mars 1851 : Teinte terreuse de la peau, émaciation extrême, perte de l'appétit, alternatives de diarrhée et de constipation, vomissements fréquents; la fièvre a cessé. Dans la région de l'ombilic existe une tumeur dure, immobile, donnant un son mat, du volume d'une tête d'enfant à terme; bien qu'indolore à la pression, elle est le siége d'un sentiment de gêne pénible qui force le malade à se tenir courbé en avant; elle me paraît siéger dans les glandes mésentériques indurées ou tuberculeuses et hypertrophiées; l'iodure de fer, l'eau de Vichy, des amers et un régime réparateur furent continués pendant six mois, et la tumeur disparut peu à peu totalement.

Le 7 juillet 1852, ce jeune homme jouissait de la plus parfaite santé, développement complet, embonpoint marqué, tempérament sanguin; ce jour-là, à la suite de l'ingestion de pommes de terre à l'huile, survinrent de vives coliques et des vomissements sans déjections alvines; on se contenta d'administrer une infusion de tilleul et un lavement. Le 8, les mêmes accidents reparaissent. Le 9, je vois le malade et je note l'état suivant : anxiété, agitations, efforts continuels de vomissement, impossibilité de conserver les boissons; langue normale, ventre tendu, sonore, entièrement indolore à la pression; on sent distinctement les mouvements intestinaux accompagnés de borborygmes bruyants; dans tous les points gargouillement liquide, peau fraîche, pouls à 80, petit. Il n'y a pas eu de selles depuis le lavement du 7; les matières des vomissements sont liquides, féculentes, de couleur jaune et remarquablement fétides.

Prescription : lavement avec 80 gouttes de laudanum de Sydenham, 20 sangsues sur le ventre, cataplasmes, sirop d'éther, eau froide pour boisson.

Le 10, tous les accidents ont disparu, le ventre est plat; pas de selle, le lavement a été conservé; pas de narcotisme.

Prescription : lavement avec 40 gouttes de laudanum, eau et vin, bouillon.

Le 11, réapparition des vomissements stercoraux, une très-petite selle; faiblesse, démoralisation, coliques horribles, éructation incessante de gaz, soif très-vive, mais le malade craint de boire; pouls à 80, petit, peau froide.

Huile de croton en pilules; infusion de séné avec l'eau-de-vie allemande en lavement; le soir lavement laudanisé, sirop d'éther, eau fraîche.

Le 12, selle abondante, mais les vomissements persistent avec leur caractère précédent; ils sont très-nombreux; le malade accuse en outre un sentiment de chaleur intolérable, et cependant sa peau est froide.

Même prescription.

Le 13, selle noirâtre, vomissements de même couleur, état lipothymique prolongé. Nous faisons donner un lavement avec 50 gouttes de laudanum et du bouillon froid.

Le 14, continuation des vomissements stercoraux, pas de selles; l'examen le plus attentif de l'abdomen ne fait pas découvrir la plus petite douleur en aucune de ses parties; il est plat, souple, abondant gargouillement. Le pouls est petit, à 70, la prostration extrême.

On administre, sans désemparer, 8 capsules contenant chacune 8 grammes de mercure coulant; quelques heures après un lavement drastique, et le soir un second laudanisé.

Le 15, vomissements de matières filantes inodores; très-abondante selle liquide précédée de coliques atroces, pas de mercure dans les excrétions. La faiblesse du malade est impossible à décrire, voix éteinte, impossibilité de se mouvoir; cependant le pouls a pris de la force.

Prescription : limonade purgative, 30 centigrammes de calomel en 6 paquets, lavement purgatif; le tout doit être administré simultanément. Bouillon en boisson et en lavements; on engage le malade à essayer quelque aliment.

Le 16, vomissements et selles abondantes; la matière des selles et celle des vomissements ne diffèrent en rien; ni l'une ni l'autre ne contiennent de mercure. Le moral est bon, les forces relevées, le ventre ne présente pas de gargouillement, le malade a mangé.

Même prescription.

Le 17, abondantes déjections alvines sans vomissements; le malade est levé, il se sent bien; en examinant avec soin le fond d'un vase contenant les pièces, on y découvre quelques petits globules métalliques. Dès ce jour toute médication est suspendue et la guérison ne se dément pas. Pendant trois semaines les selles contiennent du mercure.

Tout d'abord, une circonstance mérite d'être notée : c'est que pendant les dix jours de sa maladie notre sujet a eu plusieurs fois des selles, et que si les premières pouvaient être formées par des matières existant au-dessous de l'étranglement mécanique ou spasmodique, les dernières ne sauraient avoir eu la même origine; nous ferons remarquer, en outre, la persistance des vomissements stercoraux, malgré la réapparition des déjections par

l'anus; enfin l'extrême rapidité de la guérison, le malade ayant en quelques heures passé d'un état très-voisin de l'agonie à une situation de santé parfaite et non interrompue.

A quelle cause peut-on rapporter les accidents chez notre malade? Supposons une bride, un diverticule étranglant l'intestin; supposons une invagination ou toute autre cause mécanique; comment admettre que cet état puisse persister pendant dix jours sans amener la gangrène, sans amener même aucune trace sensible de phlogose du péritoine ou du tube intestinal? Et cependant nous n'avons observé ici rien de semblable.

On n'admet guère aujourd'hui l'existence de la passion iliaque décrite par Sydenham, et dans laquelle le renversement du mouvement intestinal expliquerait les vomissements stercoraux; du reste, le signe caractéristique de cet état, l'expulsion des lavements par la bouche, a manqué.

Reste donc l'étranglement spasmodique; les alternatives présentées par la circulation intestinale chez notre jeune homme s'expliqueraient alors par des alternatives de resserrement et de dilatation dans la partie spasmodiquement affectée; la longue durée du mal et la conservation de l'organisation de l'organe souffrant seraient tout aussi faciles à comprendre.

Quand au traitement durant lequel nous avons été aidé des conseils des docteurs Rennes et Mouland, il nous donne l'occasion de deux importantes remarques: on a vu quelles doses d'opium nous avons administrées d'emblée, et cependant nous n'avons pas observé le plus petit signe de narcotisme. Depuis longtemps j'ai noté l'influence que l'état du malade exerce sur l'action des opiacés; dans une multitude d'états nerveux spasmodiques ou névralgiques, on peut et l'on doit même, sous peine de manquer le but, doubler ou tripler les doses d'opium habituellement employées.

Nous avons administré le mercure coulant, et le mieux a suivi de près son emploi; nous n'en sommes pas moins resté convaincu qu'il était sinon dangereux, du moins inutile. En effet, bien loin de traverser le tube intestinal en bloc et avec rapidité, il le parcourt très-lentement et sort avec les selles dans un état de division véritablement microscopique; dès lors, comment peut-il être utile?

NOTE SUR LES KYTES DÉVELOPPÉS A L'EXTRÉMITÉ DES RACINES DES DENTS MOLAIRES; communiquée par M. le docteur Rossi.

Monsieur,

Je lis, dans le numéro du 1er février 1852 de la GAZETTE MÉDICALE, l'observation de M. Bussi, à propos d'un kyste développé à l'extrémité d'une racine de petite molaire supérieure (la seconde), et s'étendant dans l'intérieur du sinus maxillaire.

Cette observation, dont le compte rendu n'a pas une grande étendue, probablement à cause de l'insuffisance d'espace, m'a suggéré quelques réflexions que j'ai cru devoir vous soumettre et dont vous ferez l'usage que vous voudrez. Une pratique journalière m'a rendu familières les questions relatives aux faits de ce genre.

Il sera utile d'abord de constater que ce n'est pas la deuxième petite molaire qui se trouve ordinairement au-dessous du sinus, mais bien la première grosse molaire. De plus, dans l'observation, on donne à la petite molaire *trois* racines, comme un fait anatomique normal, et elle n'en a qu'une bifurquée quelquefois, mais rarement, à son extrémité. Ce sont les premières et secondes grosses molaires supérieures qui ont *trois* racines.

Ce kyste, développé au bout des racines, est très-fréquent. Il est le résultat de l'hypertrophie de la membrane alvéolo-dentaire, qui n'est pas un périoste, à proprement parler, comme on le dit souvent.

A la suite d'inflammations successives, dues à l'introduction de l'air, des aliments dans la cavité creusée dans une dent décomposée, et lorsque cette cavité pénètre jusqu'à la pulpe dentaire, la membrane alvéolo-dentaire s'enflamme au sommet de la racine, un excès de vitalité développe le tissu, l'organise anormalement par anomalie de nutrition, et un kyste sécrétant une humeur particulière se forme. Ce kyste pourrait prendre un développement infini, car rien ne s'y oppose physiologiquement, si une disposition anatomique ne venait pas le borner.

En effet, on comprend que le fond de l'alvéole, qui reçoit l'extrémité de la racine coiffée du kyste, résiste à son extension. Il se passe alors un phénomène qu'on pourrait d'ailleurs affirmer *à priori*; la dent s'allonge et sort de son alvéole d'une quantité égale à l'épaisseur du kyste, par la pression que subit le bout de la racine; dans le contact avec la mâchoire opposée, elle paraît *toucher avant les autres*.

Ordinairement le développement du kyste s'arrête:

1° Parce que le fond de l'alvéole résiste;

2° Parce que le feuillet de la membrane alvéolo-dentaire adhérant au collet de la dent, pendant que l'autre se confond avec la gencive, la dent ne peut pas s'allonger de plus en plus, comme elle le ferait sans cela.

Voilà ce qui se passe dans un nombre infini de cas, car rien n'est plus fréquent que cette inflammation de la membrane alvéolo-dentaire.

Mais si la racine malade correspond à la base du sinus, ou elle n'est séparée de la cavité du sinus que par une lame osseuse très-mince, et c'est la disposition la plus ordinaire, ou bien cette lame n'existe pas, et l'extrémité de la racine est libre dans le sinus.

Dans le premier cas, le kyste ne trouve qu'une résistance insignifiante; il peut donc se développer considérablement en soulevant la lame osseuse très-mince qui forme la cloison, l'usant même et la perforant.

Dans le second, la cloison n'existant pas, rien ne s'oppose à l'accroissement exagéré du kyste.

Mais comme cette inflammation de la membrane alvéolo-dentaire, la formation et l'extension de ce kyste sont accompagnées de douleurs, il est rare que le patient ne se fasse pas cesser dès la période de début par l'avulsion de la dent. Voilà pourquoi on rencontre si rarement des kystes très-considérables, quoique ceux de la grosseur d'un petit pois soient si fréquents.

Dans l'observation qui motive ces réflexions, toutes les conditions étaient favorables au développement exceptionnel de la tumeur.

En effet, l'extrémité d'une racine de première grosse molaire lui avait donné naissance. Celle-ci correspondait au sinus. Le sujet n'avait que des racines de dents décomposées depuis longtemps. Le chirurgien n'avait aucune indication précise sur la cause des douleurs. Point de comparaison possible entre les couronnes de dents, etc.; absence du signe pathognomonique dont nous avons parlé, à savoir, que la dent qui porte le kyste paraît *toucher avant les autres* au contact des mâchoires.

En conséquence, tout concourait à laisser l'homme de l'art dans l'hésitation, et pendant ce temps le kyste se développait. On n'en soupçonnait pas l'existence, et le hasard seul, après l'extraction de plusieurs racines, conduisit sur celle qui produisait le mal.

Il est, pour moi, difficile d'admettre que les choses se soient passées différemment. Les appréciations que je vous soumets, monsieur, résultent de l'observation des faits pendant une longue suite d'années; voilà pourquoi elles ont, au moins dans ma conviction, un degré de certitude tel que je n'hésite pas à les formuler.

Il y aurait encore une foule de choses à dire sur le diagnostic de ces kystes, etc., etc.; mais les bornes que je suis forcé de m'imposer m'empêchent d'aller plus loin.

Agréez, etc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR LE DIAPHRAGME.

M. DUCHENNE (de Boulogne) communique sous ce titre un mémoire dont voici le résumé général.

A. RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES.

I. Il ressort de toutes les expériences exposées dans ce mémoire et pratiquées sur l'homme et sur les animaux vivants ou morts, que la contraction du diaphragme, provoquée par l'électrisation localisée dans le nerf phrénique, produit l'élévation des côtes diaphragmatiques et leur mouvement en dehors, quand les parois abdominales sont intactes.

Dans certains cas, le mouvement excentrique des côtes inférieures est communiqué aux côtes supérieures.

II. Mais quand l'animal est éventré et que les viscères ont été abaissés, la contraction isolée du diaphragme, produite par l'électrisation localisée dans le nerf phrénique ou dans le muscle lui-même, porte les côtes diaphragmatiques dans une direction opposée, c'est-à-dire en dedans.

III. Bien que le diaphragme devienne expirateur, quant aux mouvements qu'il imprime aux côtes inférieures, alors qu'il a perdu ses rapports de contiguïté avec les viscères abdominaux, il n'en agrandit pas moins le diamètre vertical de la poitrine en s'abaissant.

IV. Le mouvement excentrique de la partie inférieure de la poitrine, après l'ouverture de l'abdomen et l'abaissement des viscères, prouve, contrairement à l'opinion de MM. Beau et Maissiat, que le péricarde n'offre pas un point d'appui

suffisant au diaphragme pour qu'il produise l'expansion des côtes auxquelles il s'insère.

V. Les mouvements en sens contraire de la base de la poitrine, suivant que les viscères abdominaux sont ou non abaissés pendant la contraction du diaphragme, démontrent, comme l'avait pressenti M. Magendie, que l'expansion des côtes inférieures par la contraction physiologique du diaphragme est due au point d'appui que ce muscle prend alors sur les viscères abdominaux.

VI. Le point d'appui offert au diaphragme par les viscères abdominaux ne pourrait produire à lui seul le mouvement d'expansion des côtes, qu'on observe pendant sa contraction, si ce point d'appui ne se faisait pas sur la surface large et convexe de ces viscères.

Cette proposition ressort d'une expérience dans laquelle on ne parvient pas à effectuer le mouvement excentrique des côtes inférieures, quand la main étant placée au centre du diaphragme d'un cheval mort, on s'oppose à l'abaissement de ce muscle, pendant qu'on le fait contracter par l'excitation électrique.

B. Déductions pathologiques et thérapeutiques.

1° Contracture du diaphragme.

VII. La contraction du diaphragme, qu'on produit chez l'animal vivant en faisant passer dans ses nerfs phréniques un courant d'induction rapide, détermine promptement l'asphyxie.

VIII. Si la nutrition du diaphragme n'a pas encore été observée chez l'homme, c'est sans doute parce qu'on en ignorait les signes diagnostiques.

IX. Voici, d'après mes expériences électro-physiologiques pratiquées sur l'animal vivant, quels doivent être chez l'homme les principaux symptômes de la contracture du diaphragme. La moitié inférieure de la poitrine est agrandie, surtout transversalement, d'une manière continue; les hypocondres et l'épigastre sont soulevés; les muscles de l'abdomen s'épuisent en vains efforts pour resserrer la base du thorax; la respiration ne se fait plus que dans la moitié supérieure de la poitrine, et alors on voit les scalènes, les trapèzes et les grands dentelés se contracter énergiquement, puis se relâcher brusquement, mais bientôt les mouvements respiratoires de la partie supérieure du thorax s'affaiblissent et se ralentissent, et enfin, en moins d'une ou deux minutes, l'asphyxie commence, et la mort est inévitable si la contraction du diaphragme continue.

X. La contracture limitée à la moitié du diaphragme occasionne seulement une grande gêne de la respiration, mais n'empêche pas les mouvements du thorax dans sa partie inférieure.

2° Paralysie du diaphragme.

XI. Les observations rapportées dans ce mémoire établissent que la paralysie du diaphragme, admise seulement théoriquement par les auteurs, existe réellement, et qu'elle est caractérisée par certains signes diagnostiques dont voici les principaux. Pendant l'inspiration, les hypocondres et l'épigastre sont *déprimés*, tandis qu'au contraire la poitrine se *dilate;* pendant l'expiration, les mouvements de la poitrine et de l'abdomen ont lieu également dans *un sens opposé*, c'est-à-dire que l'abdomen *se soulève* quand la poitrine *se resserre*. Le malade semble aspirer ses viscères abdominaux lorsque l'inspiration produit l'expansion de la poitrine, et cela d'autant plus que le thorax s'agrandit davantage. De là une respiration courte et insuffisante aux besoins de la phonation et du parler; de là aussi l'impossibilité d'aspirer largement, de soupirer, etc., sans être étouffé par l'ascension de ses viscères.

XII. La paralysie du diaphragme n'est pas en elle-même mortelle, comme on le pense généralement. L'inspiration qui se fait alors, soit par les intercostaux, quand le malade est en repos (1), soit à la fois par les intercostaux et tous les autres muscles inspirateurs, quand la respiration est plus agitée, est suffisante à l'hématose. Le malade peut vivre longtemps avec une paralysie du diaphragme; mais alors la plus simple bronchite peut occasionner la mort par l'asphyxie, l'expectoration étant difficile ou impossible.

XIII. Le meilleur traitement à opposer à la paralysie du diaphragme, c'est l'électrisation localisée de ce muscle par l'intermédiaire des nerfs phréniques.

3° Respiration artificielle par l'électrisation du diaphragme, dans le traitement de l'asphyxie.

Quand les muscles respirateurs semblent demi-paralysés ou qu'ils ne reçoivent plus un stimulus suffisant, comme on l'observe dans certains cas d'empoisonnement par l'opium, le chloroforme, la vapeur du charbon, etc., dans quelques fièvres graves, le choléra, par exemple, enfin dans l'apoplexie en général, la respiration devient de plus en plus rare et la mort est imminente. C'est alors que la respiration artificielle, par l'électrisation localisée dans le nerf phrénique, peut entretenir l'hématose et prolonger, peut-être même rappeler la vie, prête à s'échapper.

XIV. L'électrisation des nerfs phréniques, pratiquée telle qu'elle est décrite dans le mémoire, imite parfaitement la respiration naturelle et fait pénétrer mécaniquement l'air dans les voies aériennes avec force et en quantité suffisante, comme on peut s'en assurer sur le cadavre, qu'on fait ainsi respirer largement et très-bruyamment quelque temps encore après sa mort.

(1) Je me réserve d'examiner, dans un autre travail, si ce sont ou les intercostaux externes ou internes, ou tous les intercostaux ensemble, qui se contractent dans ce cas.

Influence de la moelle épinière sur la chaleur de la tête.

M. le docteur J. Budge (de Bonn) adresse une note sur l'influence de la moelle épinière sur la chaleur de la tête. L'auteur dit avoir trouvé dans la moelle épinière une certaine région dont l'extirpation augmente considérablement la chaleur de la tête. Cette région est située entre la dernière vertèbre cervicale et la troisième vertèbre pectorale; et ce sont le huitième nerf cervical et le premier et deuxième nerf pectoral par lesquels ce phénomène est transmis.

Voici l'expérience :

Après avoir mis à nu la région susdite de la moelle épinière (sur des lapins), j'en enlève une moitié, dit l'auteur, dès le dernier nerf cervical jusqu'au troisième nerf pectoral. En dix à quinze minutes la chaleur de l'oreille du même côté a tellement augmenté, qu'on peut déjà remarquer la différence entre les deux oreilles en la touchant. Quand il fait froid, les oreilles des lapins ont ordinairement au bout supérieur une chaleur de 29° à 30° c., plus ou moins. Au côté opéré, le thermomètre montre 4 à 5 degrés de plus que de l'autre côté; les artères palpitent et les vaisseaux sont dilatés.

Il est connu que M. Bernard a remarqué le même phénomène après avoir coupé le nerf grand sympathique au cou, et à peine peut-on douter que ce ne soit le nerf grand sympathique par lequel l'influence de la moelle épinière est transmise aux vaisseaux de la tête.

La région de la moelle épinière susdite est la même d'où les fibres du nerf grand sympathique dirigées vers l'iris prennent leur origine. Comme j'ai trouvé que le nerf grand sympathique de l'iris sort des racines antérieures (motrices) de cette région de la moelle épinière, j'ai aussi observé le même fait quant à la chaleur; car si l'on coupe seulement les racines postérieures (sensitives), la chaleur de la tête n'est pas altérée, ou très-peu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mars. — Présidence de M. Bérard

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Savy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lodève, sur une épidémie de gastro-entérite qui a régné dans la commune de Cauet (Hérault), pendant les mois de septembre, octobre et novembre derniers;

2° Diverses lettres relatives à des remèdes secrets.

Le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret rendu, sur son rapport, par l'empereur, à l'effet d'approuver l'élection faite par l'Académie de médecine, dans sa séance du 15 février dernier, de M. le docteur Conneau, pour remplir la place d'associé libre, vacante dans son sein par suite du décès de M. de Blainville.

M. le Président annonce à l'Académie que M. Conneau est présent à la séance.

— MM. Becquerel et Vernois adressent une dernière lettre au sujet du différend survenu entre eux et M. Poggiale, sur le mode d'analyse du sucre de lait.

Les auteurs de la lettre se résument en disant : qu'ils croient avoir été justes à l'égard des travaux de M. Poggiale; que tout ce qu'ils ont écrit à ce sujet est exact; et que, quant aux résultats obtenus par leur instrument, ils s'en réfèrent à l'expérience et au jugement de l'Académie.

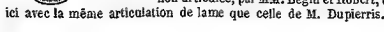
— M. Mattei, professeur d'accouchement à Bastia (Corse), adresse un mémoire pour prouver que la fièvre dite de lait n'est que la fièvre de suppuration de la muqueuse utérine. (Comm. : MM. P. Dubois, Depaul et Cazeaux.)

— M. Duchenne (de Boulogne) envoie un mémoire intitulé : Recherches électro-physiologiques sur le diaphragme. (V. à l'Académie des sciences.)

— M. Charrière fils présente à l'Académie divers instruments scarificateurs ou urétrotomes, qu'il a disposés de manière que les chirurgiens puissent à volonté faire de grandes ou de petites incisions.

Ainsi on voit (fig. 2) l'instrument à saillie circulaire de M. Dupierris, fabriqué par M. Charrière père, et publié en 1839 avec planche, dans le Bulletin thérapeutique, la lame actuellement aussi longue qu'on peut le désirer, fonctionne avec le principe M. Dupierris, d'avant en arrière et d'arrière en avant à volonté.

La figure 3 représente l'instrument à saillie latérale indiquée autrefois au même fabricant, avec lame non articulée, par MM. Bégin et Robert, et représenté ici avec la même articulation de lame que celle de M. Dupierris.



— M. MOREAU-BOUTARD, médecin militaire, adresse un mémoire, sur le phimosis congénial et son traitement. (Comm. : MM. Hugnier et Danyan.)

— M. FOUGEU adresse un mémoire intitulé : DU VOMISSEMENT DES FEMMES ENCEINTES DU A L'ÉTAT GASTRIQUE MUQUEUX.

L'auteur résume son mémoire en concluant :

1° Qu'il existe chez la femme enceinte une espèce de vomissements occasionnés et entretenus par l'état gastrique muqueux ;

2° Que chez la femme enceinte, les seuls vomissements qui m'ont paru graves par leur prolongation et leur continuité, se sont présentés à moi avec les signes de l'embarras gastrique muqueux, et qu'ils n'ont cédé qu'au traitement usité en pareil cas, pour ne plus se montrer après ;

3° Que le traitement de l'état gastrique muqueux par les sels neutres, irritants, employés d'abord et suivis de l'administration d'un émétique, met fin immédiatement à ces vomissements ;

4° Qu'il est presque toujours nécessaire de réitérer le vomitif et de le faire suivre d'un purgatif;

5° Que, comme dans toutes les affections gastriques, le traitement doit se terminer par l'emploi des toniques amers, qui sont d'un puissant secours pour ranimer les fonctions digestives. (Commissaires : MM. Depaul et Cazeaux.)

— M. LE PRESIDENT soumet à l'approbation de l'Académie le choix qu'a fait le conseil d'administration des onze membres pris, un dans chaque section, composant la commission qui devra faire un rapport sur la demande de permutation de M. P. Dubois.

L'Académie approuve.

— L'ordre du jour appelle la nomination au scrutin de sept membres associés étrangers.

M. LE PRESIDENT annonce que le bureau a reçu une lettre signée de plusieurs membres de la compagnie, qui est une sorte de protestation contre la liste proposée par la commission, et adoptée dans le dernier comité secret. Les usages académiques, aussi bien que le règlement, s'opposant à ce que cette protestation soit lue et prise en considération, il croit ne pas devoir la communiquer à l'Académie. Les auteurs ont en quelque façon suppléé à ce silence, en faisant distribuer la liste qu'ils proposent.

Nous avons donné, dans le dernier numéro, la liste de candidature arrêtée par l'Académie.

Voici les résultats du scrutin.

Sur 76 votants :

M. Valentine Mott obtient	73 voix.
M. Buffalini	67
M. Warren	64
M. Riberi	63
M. Vleminckx	49
M. Retzius	45
M. Simpson	36
M. Faradey	31
M. Grande	27
M. Rokitanski	20
M. Bright	9
MM. Maclonglin, Morton, Owen, chacun	4

Les six premiers candidats ayant seuls réuni la majorité des suffrages sont déclarés élus.

L'Académie procède à un second tour de scrutin pour la nomination d'un septième membre.

Les voix se répartissent ainsi :

43 votants :

M. Simpson obtient	24 voix.
M. Grande	15
M. Faradey	4

M. Simpson réunissant la majorité est déclaré élu.

En conséquence, les sept savants proclamés membres associés étrangers de l'Académie, sont :

MM. Valentine Mott, Buffalini, Warren, Riberi, Vleminckx, Retzius et Simpson.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Bouchardat, relatif à l'application du décret du 3 mai 1850, aux préparations de lactucarium et de pavot indigène de M. Aubergier.

M. SOUBEIRAN, dans une note déposée sur le bureau, propose de nouvelles conclusions, consistant :

1° A renvoyer à la commission toute la partie du rapport relative aux formules de M. Aubergier, et la question du titrage, afin qu'elle en fasse l'objet d'un nouvel examen ;

2° Répondre au ministre que l'Académie est d'avis que les dispositions du décret du 3 mai 1850 sont applicables au lactucarium et à l'opium extrait du pavot pourpre indigène, qui pourra être vendu concurremment avec l'opium exotique.

La seconde conclusion proposée par M. Soubeiran étant conforme à la première conclusion de la commission, M. le président la met aux voix.

Quelques membres demandent la division de ce qui est relatif au lactucarium et à l'opium.

La première partie de la conclusion relative au lactucarium est mise aux voix et adoptée.

M. CAVENTOU demande qu'on supprime du second membre de la conclusion, les mots « concurremment avec l'opium exotique. »

Cette suppression étant appuyée, la conclusion, ainsi modifiée, est mise aux voix et adoptée.

La discussion continue sur la question des formules et du titrage.

La parole est à M. Orfila.

M. ORFILA : Je m'étais proposé de prendre la parole dans la dernière séance pour soutenir le rapport de la commission et pour rendre hommage à M. Aubergier pour les services qu'il a rendus à la science par sa belle découverte. On est venu dire, dans la dernière séance, que M. Aubergier renonçait au bénéfice de l'application du décret pour ses formules. Si M. Aubergier avait cru devoir se désister de ses prétentions à cet égard, c'était dans un but de conciliation et dans l'espoir de voir cesser l'opposition faite aux conclusions de la commission. Mais M. Soubeiran ne paraissant pas avoir tenu compte de cette concession, M. Aubergier rentre dans ses premières prétentions ; et j'ai cru, par le même motif, devoir présenter quelques observations en réponse au discours un peu sévère de M. Soubeiran.

M. Orfila, répondant aux reproches adressés par M. Soubeiran aux formules de M. Aubergier, fait remarquer à l'Académie que le plus grave de ces reproches consistant à dire que le sirop de pavot pourpre de M. Aubergier ne contient aucun principe actif, repose sur une erreur grave commise par inadvertance, sans doute, par M. Soubeiran lui-même. M. Soubeiran aurait dit que l'albumine employée par M. Aubergier pour clarifier le sirop, entraîne avec elle, en se coagulant, tous les principes actifs et qu'il ne reste plus rien dans le sirop. C'est là une grave erreur. M. Aubergier a répété l'expérience devant M. Orfila, qui a pu se convaincre qu'après cette opération, le sirop conservait exactement la même quantité de principes actifs qu'auparavant.

J'arrive, ajoute M. Orfila, à la question de titrage. La mesure du titrage que l'on propose est évidemment inapplicable. Le titrage est impossible. Qu'a-t-on fait quand on a titré l'opium? On a déterminé la proportion de morphine qu'il contient. Mais la morphine est-elle la seule substance active de l'opium ? Quand on aura titré la morphine, n'y aura-t-il pas encore la thébaïne, la codéine, la pseudo-morphine, la narcotine, toutes substances d'une extrême activité, les unes comme excitants, les autres comme narcotiques, qui entrent évidemment pour une grande part dans l'action de l'opium, et dont vous ne connaîtrez pas les proportions après qu'on aura déterminé celle de la morphine? N'y a-t-il pas encore l'opionine, récemment découverte par M. Hinterberger? Qu'on dise : titrage de la morphine, mais non pas titrage de l'opium, car quand on a déterminé la proportion de la morphine, on n'a déterminé qu'une portion seulement des matières actives de l'opium, mais on n'a pas titré l'opium.

Sans doute, je suis bien d'avis qu'il faudrait titrer l'opium, mais on ne sera pas en mesure de le faire avant vingt ans d'ici. Il ne faut donc pas indiquer au ministre une mesure inapplicable. Je vote en conséquence pour les conclusions de la commission.

M. BOUCHARDAT convient de l'extrême utilité qu'il y aurait à titrer l'opium ; mais il a été frappé comme M. Orfila de l'extrême difficulté que présenterait cette opération. Le titrage d'ailleurs ne pourrait être fait qu'à la faveur du monopole ; or il n'appartient pas à l'Académie de prendre l'initiative d'une semblable mesure.

Répondant à M. Bussy, M. Bouchardat reconnaît avec lui qu'il existe une très-grande variété d'opium en raison de la diversité des climats, des saisons, où il est récolté et du genre de culture. C'est précisément ce qui ne fait que donner plus de valeur à l'opium indigène recueilli dans des conditions de climat et de culture identiques et qui présente par conséquent beaucoup plus de chances de constance dans sa composition.

M. Bouchardat exprime la pensée qu'en général les commissions ont trop de tendance à se substituer aux auteurs, et signale le danger qu'il y aurait à ne pas se prémunir contre ces substitutions. Il veut qu'on laisse aux inventeurs tout le mérite et toute la gloire de leurs découvertes.

En ce qui concerne les formules si vivement critiquées par M. Soubeiran, M. Bouchardat fait remarquer que ces formules ont été faites par l'un des élèves les plus intelligents de M. Soubeiran, et qu'elles ont été conçues précisément d'après les beaux principes de pharmacologie et les excellents préceptes qu'il professe.

M. BUSSY persiste à croire que, malgré l'identité des conditions de culture, l'opium peut encore présenter d'assez grandes variétés. Si la commission lui garantit que l'opium de M. Aubergier est toujours identique, il adoptera volontiers les conclusions de la commission.

M. BOUCHARDAT répond que si l'on entend par là une identité absolue, sans doute ni M. Aubergier ni la commission ne seraient en mesure de la garantir; mais M. Aubergier, sans avoir atteint la perfection à cet égard, en a approché de très-près. C'est là un grand service qu'il a rendu à la science et dont on ne saurait trop le louer.

M. SOUBEIRAN présente encore quelques observations dans le sens de sa première argumentation.

Les cris nombreux aux voix mettent un terme à la discussion.

M. le président met aux voix la conclusion de la commission relative aux formules.

Cette conclusion est adoptée.

La proposition de M. Soubeiran relative au titrage est mise aux voix et rejetée.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES HYDROPISIES ET DES KYSTES, OU DES COLLECTIONS SÉREUSES ET MIXTES DANS LES CAVITÉS NATURELLES ET ACCIDENTELLES; par M. J. ABEILLE, médecin de l'hôpital du Roule et médecin de l'hôpital du Val-de-Grâce, etc. — Paris, 1852. Chez J. B. BAILLIÈRE.

Si l'époque actuelle est peu propre aux grandes systématisations, si elle est peu féconde en œuvres d'éclat, en grandes discussions et en ardentes polémiques, il faut plutôt s'en louer que s'en plaindre. Ce que les travaux de ce temps-ci perdent peut-être sous le point de vue de ce qui constitue le mérite des œuvres d'imagination, ils le gagnent en solidité et en utilité pratique. Moins occupés des intérêts d'une école à défendre ou d'un système à faire prévaloir, dégagés de toute solidarité avec l'esprit de secte qui impose ses croyances là où tout doit procéder de la démonstration, les esprits n'en sont que plus aptes à bien observer et à ne déduire des résultats de l'observation que les conclusions légitimes et rigoureuses qu'ils renferment. Si l'on ajoute à ces conditions le goût qui tend à se généraliser de plus en plus de nos jours pour l'expérimentation et la vulgarisation toujours croissante des procédés d'exploration et d'analyse que la médecine emprunte aux sciences physiques, on trouvera dans cet heureux concours de circonstances la raison des progrès réels qui ont été accomplis en médecine dans ces dernières années, et des motifs d'en espérer de plus grands encore pour l'avenir. Cette tendance ne saurait être imputée en particulier à tel ou tel homme; elle est, en quelque sorte, comme l'expression de besoins universellement sentis, et le résultat des efforts collectifs inspirés par les progrès incessants des connaissances physiques et physiologiques. Mais, il faut le reconnaître cependant, une large part dans la direction de ce mouvement scientifique revient au savant auteur de l'HÉMATOLOGIE MÉDICALE. En ouvrant, par ses belles recherches sur le sang, une voie nouvelle d'exploration, M. Andral s'est constitué par là l'instigateur et le promoteur naturel de la plupart des travaux modernes de physiologie pathologique. C'est sous cette inspiration que M. Abeille a entrepris et mené à fin une série d'observations et d'expériences sur l'une des classes d'affections qui, par leurs liens étiologiques intimes et nombreux avec les altérations du sang, devaient le plus gagner à ces nouvelles études. L'anatomie pathologique avait déjà jeté de vives lumières sur l'histoire des hydropisies en démontrant quelques-unes des causes organiques de suffusions séreuses que l'observation, aidée de la logique, n'avait pu que faire soupçonner jusqu'alors, et en révélant de nouvelles entièrement inconnues à nos devanciers. Les recherches d'hématologie lui ont fait faire un pas de plus en donnant la solution de plusieurs questions importantes qu'il n'était pas au pouvoir de l'investigation anatomique de résoudre. M. Andral, en révélant quelques-unes des conséquences nécessaires des variations de proportion des divers éléments constituants du sang, avait déjà nettement établi la relation qui existe entre certaines suffusions séreuses et la diminution de l'albumine dans ce liquide. Deux de ses plus intelligents élèves, MM. Becquerel et Rodier, se sont chargés plus tard de démontrer expérimentalement la vérité de ce fait qui n'avait été émis qu'à titre d'induction, et en ont considérablement étendu la portée. Aidé de ces travaux qui avaient aplani les premières difficultés du sujet, placé d'ailleurs dans les conditions les plus favorables pour répéter les mêmes expériences, pour vérifier les mêmes faits et pour soumettre les uns et les autres au contrôle d'une observation clinique riche et variée, M. Abeille, à son tour, s'est proposé de reconstituer sur de nouvelles bases l'histoire générale et particulière des hydropisies et des diverses collections morbides qui s'en rapprochent le plus, soit par l'analogie du mécanisme de leur formation, soit par les indications qui en règlent le traitement.

Tel est l'objet du livre dont nous avons à rendre compte. L'importance du sujet, autant que l'étendue et la variété des questions de pathologie qu'il soulève subsidiairement, nous obligera à scinder cette analyse. Ce sera d'ailleurs se conformer au plan même de l'ouvrage qui renferme deux classes d'affections qui, bien que liées entre elles par quelques points communs d'origine, constituent en réalité des espèces trop différentes pour se prêter au même ordre de considérations. Nous consacrerons exclusivement cet article à ce qui concerne l'histoire générale des hydropisies.

C'est d'après leur origine morbide que M. Abeille classe les hydropisies. Il les divise en trois grandes classes. La première est consacrée aux hydropisies par altérations des solides. Deux ordres seulement se partagent cette classe : le premier comprend les hydropisies par altérations des membranes séreuses : le second, celles résultant d'altérations des solides autres que les séreuses, et qui, par leur existence plus ou moins prolongée, sont susceptibles de donner naissance aux collections liquides. La deuxième classe comprend les hydropisies par altérations du sang; la troisième, les hydropisies mixtes ou provenant simultanément d'une altération des solides et du sang, quelle que soit la première de ces deux altérations qui ait débuté. Dans cette classe rentrent aussi les hydropisies, dont le point de départ semble avoir été une influence nerveuse, bientôt suivie elle-même d'une altération des solides ou du sang qui a effectué la suffusion.

Nous suivrons, dans cette analyse, l'ordre adopté par l'auteur, et signalerons chemin faisant les points sur lesquels ses observations et ses expériences ont plus particulièrement contribué à jeter un nouveau jour.

Examinant d'abord le rôle que l'irritation et l'inflammation, tant aiguës que chroniques, jouent par rapport à l'hydropisie, M. Abeille n'a pu qu'échapper difficilement aux arguties scolastiques par lesquelles on a cherché à distinguer les limites qui séparent l'irritation physiologique de l'irritation morbide, celle-ci de l'inflammation. Dans l'impossibilité où il s'est trouvé de déterminer le point où commence l'inflammation, et d'établir une ligne de démarcation entre ce que l'on a appelé l'irritation sécrétoire et l'irritation inflammatoire, il lui était difficile d'apprécier le rôle respectif qui revient à chacun de ces états dans la production des hydropisies liées à l'altération des membranes séreuses. Il n'y avait, du reste, à cela qu'un médiocre inconvénient, le mécanisme de la formation des hydropisies étant sensiblement le même dans un cas comme dans l'autre. Aussi était-il pleinement justifié à réunir dans une même classe les hydropisies ayant l'une ou l'autre de ces origines. Mais cela établi, il y avait à étudier ce que ces deux états empruntent aux dispositions individuelles, ainsi qu'à l'activité des causes dont ils émanent. De ces divers ordres de considérations, M. Abeille a été conduit à énoncer cette proposition : que l'irritation sécrétoire et la phlegmasie chronique donnent lieu bien plus promptement à l'hydropisie que l'inflammation aiguë; que l'épanchement est, dans ce cas, beaucoup plus considérable et plus difficilement curable; circonstances qui paraissent moins dépendre de la différence des lésions de texture de la séreuse, que des modifications que subit le sang par suite des divers degrés du travail phlegmasique.

Ces hydropisies par altérations des séreuses correspondraient aux diverses sortes d'hydropisies que l'on a appelées tour à tour chaudes, fébriles, sthéniques, pléthoriques, actives, etc. En d'autres termes, il n'y aurait plus, pour M. Abeille, d'hydropisies sthéniques ou asthéniques, actives ou passives, mais simplement des hydropisies résultant des divers degrés d'altération inflammatoire que les séreuses sont susceptibles de subir, et dont les caractères ne varient qu'en raison des causes diverses d'où découle l'inflammation qui les a engendrées et de la constitution individuelle des sujets qui en sont atteints.

Il est encore sur ce point une autre question que l'auteur a cherché à élucider : Une inflammation des séreuses qui relève d'un principe morbide spécial, le rhumatisme, par exemple, imprime-t-elle à la collection séreuse qui lui succède quelque chose de spécial et dont on doive tenir compte? La réponse de M. Abeille à cette question est brève, un peu trop brève peut-être, la question étant digne d'être sérieusement étudiée; mais enfin, elle est telle qu'on pouvait l'attendre et des faits eux-mêmes et de l'excellent esprit d'observation de l'auteur. Évidemment, quant au liquide épanché, il n'y a aucun compte à tenir de cette influence morbide spéciale; mais il n'en est pas de même en ce qui concerne l'altération de la séreuse, c'est-à-dire la lésion originelle, dont le traitement devra être subordonné à cette indication capitale.

La composition du liquide des hydropisies offrait de l'intérêt au point de vue de sa comparaison avec le sérum du sang. M. Andral avait déjà établi qu'en quelque lieu qu'on recueille le liquide épanché, on trouve toujours les sérosités composées d'eau, d'albumine associée à quelques matières organiques, d'un alcali libre et de sels; l'eau et l'albumine étant susceptibles de subir des variations remarquables dans leur quantité relative; et que la proportion d'eau augmente et celle de l'albumine diminue en raison directe de l'affaiblissement des malades et de l'appauvrissement du sang. Ce savant hématologue n'a jamais vu, dans les analyses du sérum du sang faites au milieu des conditions les plus variées de l'économie, l'albumine descendre au-dessous du chiffre 55; d'où il conclut que dans la formation des hydropisies, le sérum ne se sépare pas de la masse sanguine, tel qu'il existait dans celle-ci, mais que le sang perd relativement plus d'eau que d'albumine. Ces diverses remarques ont été vérifiées par M. Abeille. Sur 32 analyses complètes du sang faites dans divers cas pathologiques, il a trouvé pour maximum de l'albumine 103, et pour minimum 44; tandis que dans 7 analyses de liquide provenant d'hydropisies par obstacle à la circulation et par maladie de Bright, le maximum de l'albumine a été 64 et le minimum 0.

En résumé, des recherches de M. Abeille qui confirment de tous points les déductions des analyses de M. Andral et de celle de M. Marcel, il ré-

sulte que le liquide des hydropisies diffère du sérum du sang sous le rapport des quantités de matériaux organiques. Mais outre ces divers matériaux, le liquide peut contenir de la fibrine, des globules de pus, des globules pyoïdes et quelquefois des granules, ce qui constitue les épanchements purulents ou composés de sérum dans lequel ces derniers principes existent en quantité plus ou moins grande ; enfin avec ces divers éléments peuvent se trouver réunies des cellules épithéliales provenant de débris ou altérations membraneuses. C'est dans les phlegmasies aiguës et chroniques des séreuses qu'on trouve des épanchements contenant ces divers éléments, et à cet égard, ces collections devraient être séparées des hydropisies proprement dites, si, dans le cours de la maladie, on pouvait en reconnaître pertinemment la nature. Enfin, tout en trouvant un peu rigoureuse la proposition formulée par M. Andral, savoir que la quantité de fibrine trouvée dans le liquide des hydropisies serait le moyen de distinguer une hydropisie par inflammation, quand même tous les signes propres à cet état morbide auraient manqué sur le malade, M. Abeille ne la considère pas moins comme le corollaire de ce que lui ont démontré ses recherches hématologiques: pas de fibrine dans les produits morbides sans inflammation, pas d'inflammation sans trace de fibrine dans les produits.

Le chapitre relatif aux hydropisies dépendant des diverses altérations des solides, autres que celles des séreuses, comprend, en première ligne, toute cette série importante de faits sur lesquels les travaux de MM. Bouillaud, Velpeau, Reynaud et autres ont jeté de vives lumières : les maladies des divers systèmes vasculaires et principalement du système veineux ; les engorgements viscéraux et toutes les lésions susceptibles d'entraîner à leur suite une oblitération, une compression ou un obstacle quelconque à la circulation veineuse ; puis les diverses affections des reins, autres que la maladie de Bright qui, à cause du double mécanisme par lequel elle produit l'hydropisie, a dû trouver sa place ailleurs.

Les hydropisies par altération du sang méritent ici, de notre part, une attention toute spéciale.

D'après les recherches de M. Andral, il était presque complétement prouvé que la diminution des globules du sang et l'augmentation de son eau ne sont pas suffisantes pour déterminer l'hydropisie. Deux observations avec analyse du sang, rapportées par M. Abeille, mettent ce fait hors de toute contestation, et démontrent qu'à ces deux altérations peut se joindre une diminution de la fibrine, sans que l'hydropisie s'ensuive davantage, si l'albumine reste à l'état normal ou au-dessous. Il ressort de ces deux faits que l'anémie, sous le rapport des globules et de la fibrine, n'entraîne pas l'hydropisie à sa suite. C'est une confirmation nouvelle des observations déjà faites par M. Andral sur les chlorotiques.

On sait que les recherches de MM. Becquerel et Rodier ont expérimentalement établi que l'anémie albuminurique, ou la diminution de l'albumine du sang, est la cause réelle d'une foule d'hydropisies classées auparavant parmi celles dites essentielles, et quelques-unes comprises parmi celles qui sont regardées comme consécutives à l'altération des solides. Le fait capital qui ressort de ces recherches a également été vérifié par M. Abeille, qui le considère comme tout à fait incontestable. Mais si M. Abeille est pleinement d'accord sur ce point avec les auteurs que nous venons de citer, il diffère d'opinion avec eux sur quelques points secondaires. Par exemple, MM. Becquerel et Rodier veulent que la diminution de l'albumine du sang existe toujours sans albuminurie. Or des faits cliniques constatés par M. Abeille démontrent, contrairement à cette assertion, que cette diminution de l'albumine peut dépendre de la fuite de ce principe par les urines, sans maladie de Bright, et par le seul effet de la disposition du liquide sanguin à la suite de différents états morbides. Cette question est trop importante pour que nous ne devions lui consacrer ici quelques détails.

M. Abeille, en s'occupant, il y a quelques années, à analyser tous les jours les urines de chaque malade placé dans son service, avait remarqué, dans ces cas nombreux et divers, une albuminurie fugace, ne durant que quelques jours; il fut frappé notamment de trouver cette albuminurie dans trois cas de fièvres d'accès reproduits chez trois malades différents et à des intervalles éloignés. Cette découverte le porta à supposer que, chez les sujets soumis depuis longtemps à des fièvres de marais, l'albuminurie, quoique fugace, pourrait bien se produire à différentes reprises sous l'influence d'accès répétés et intenses, et qu'ainsi réitérée, elle devait suffire pour déterminer l'anémie albuminurique et la disposition aux hydropisies, chose si fréquente chez les fébricitants anciens. L'occasion de vérifier ce fait se présenta dans le courant des années 1849 et 1850. Étant alors au Val-de-Grâce, M. Abeille put constater chez deux malades revenus d'Afrique, où ils avaient eu les fièvres pendant longtemps et à diverses époques, et repris de ces mêmes fièvres à Paris, une albuminurie fugace, coexistant avec chaque accès. Chez ces deux malades, que M. Abeille a vus devenir anasarques sous ses yeux, l'albumine du sang était descendue aux chiffres de 50 pour l'un et 53 pour l'autre. L'albuminurie ne se reproduisit plus dès que les accès de fièvre furent dissipés. L'autopsie de l'un de ces malades, qui succomba un an après à une autre affection, ne démontra pas la moindre altération rénale qui pût révéler un des degrés de la maladie de Bright. Chez un autre malade dont M. Abeille rapporte l'histoire, et qui présentait, avec des accès très-intenses et rebelles de fièvre quarte, une albuminurie persistante, il survint, après la cessation des accès et de l'albuminurie, une infiltration séreuse des membres inférieurs et de l'abdomen ; retour des accès ramenant l'albuminurie, laquelle cesse de nouveau du moment où les accès sont coupés ; augmentation graduelle de l'anasarque et de l'ascite; survient, sous l'influence du traitement administré, une abondante diurèse qui juge la suffusion séreuse.

Il ressort de ces observations un double fait qu'il est utile de consigner désormais dans la science, savoir : la coexistence de l'albuminurie avec les accès fébriles paludéens, laquelle amène à son tour une anémie albuminurique qui dispose aux hydropisies. Ajoutons que ce fait de l'albuminurie des fébricitants paraît avoir été observé par plusieurs des médecins militaires qui ont exercé en Afrique.

Ce ne serait donc point l'anémie telle qu'on la comprenait autrefois, ce ne serait point la diminution des globules du sang ni de sa fibrine, ce ne serait point l'augmentation relative de son sérum qui conduiraient aux suffusions séreuses, mais bien la chute de l'albumine, qu'elle soit liée ou non à la diminution des autres parties constituantes du liquide sanguin. Ce serait enfin à cette anémie albuminurique qu'il faudrait rapporter un nombre considérable d'hydropisies qui surviennent à la suite de maladies longues, avec épuisement des malades, de diverses tumeurs cancéreuses ou autres, qui, par leur position, ne peuvent rendre suffisamment compte de l'hydropisie... Cette découverte a encore cela d'important, qu'elle permet d'expliquer comment certaines altérations des solides, qui sont suivies, dans quelques cas, de suffusions séreuses, ne donnent pas lieu, dans d'autres cas, aux mêmes épiphénomènes. C'est ce que démontrent plus clairement encore les faits relatifs aux hydropisies comprises dans la troisième classe.

Dans cette troisième classe, l'auteur comprend, sous le nom d'hydropisies mixtes, les hydropisies qui proviennent simultanément d'une altération des solides et du sang, quelle que soit celle des deux altérations qui ait préexisté pour donner naissance à la seconde ou en être accompagnée. De cet ordre sont les hydropisies résultant de la néphrite albumineuse, les hydropisies par alimentation insuffisante ou malsaine, les hydropisies des scorbutiques, celles qui surviennent à la suite de maladies graves, aiguës ou chroniques, des exanthèmes aigus, etc.

Nous venons d'indiquer sommairement quelques-uns des points principaux de la théorie des suffusions séreuses, et de faire ressortir les liens physiologiques qui rattachent cet ordre de phénomènes aux diverses lésions des solides et des humeurs de l'économie; nous aurions à dire maintenant quelles sont les applications pratiques qui s'en déduisent. Ceci devant nous conduire à parler de quelques-unes des hydropisies en particulier, ce sera l'objet de notre second article.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

— L'Académie de médecine a sanctionné la présentation faite par la commission pour l'élection d'associés étrangers. Ainsi qu'on le verra au compte rendu de la séance, des sept candidats portés sur la liste, six ont été élus au premier tour de scrutin. Le septième, M. Grande, quoiqu'il ait obtenu bon nombre de suffrages, a été remplacé par M. Simpson (d'Édimbourg). Ce résultat n'a pas été obtenu sans contradiction. Une minorité, composée de MM. Velpeau, Roux, Laugier, Malgaigne, Huguier, Larrey, Danyau, Soubeiran, avait protesté contre une partie des choix de la commission, et avait fait distribuer à profusion une liste concurrente. Mais cette protestation, aussi contraire aux usages académiques qu'aux règlements, n'a pu être lue en séance, et les signataires en ont été quittes pour leurs stériles efforts.

— L'Association des médecins du département de la Seine a tenu sa séance annuelle le dimanche 6 février 1853, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Orfila.

M. Perdrix, secrétaire général de la commission, a lu un rapport dans lequel, après avoir entretenu l'assemblée de la générosité de leur fondateur, rappelle l'immense bienfait que l'Association doit à son président, qui en fondant deux prix, l'un de 2,000 fr. pour l'École de médecine, l'autre de 1,000 fr. pour l'École spéciale de pharmacie, a déclaré que les sommes affectées aux deux prix seraient versées dans la caisse de l'Association toutes les fois que ces prix n'auraient pas été decernés, après deux remises successives au concours des questions proposées, ce qui fait pour l'Association une somme de 9,000 fr. chaque fois.

Après la lecture de ces deux lettres, l'une de M. Orfila, relative aux actes de la commission, l'autre à lui adressée par les membres de l'Association, comme témoignage de leur profonde gratitude et de leur inaltérable et sympathique attachement, M. Perdrix a communiqué à l'assemblée son projet de laisser un monument durable de la fondation de l'Association.

La commission générale a donc arrêté qu'un tableau serait offert par l'Asso-

ciation des médecins du département de la Seine à son fondateur, bienfaiteur M. Orfila. Une souscription est ouverte dans chacun des arrondissements de Paris, chez deux membres de la commission générale; tous les sociétaires en ont été informés. La séance s'est terminée par la lecture des actes de la commission générale pendant l'exercice de 1852.

— Les journaux anglais nous apportent le sujet du prix Astley Cooper. Ce prix, qui est triennal et de la valeur de 7,500 fr., sera accordé à l'auteur du meilleur essai ou traité sur *la cause de la coagulation du sang*.

Les conditions imposées par le testateur sont « que les essais ou traités écrits en vue de ce prix contiennent des expériences et des observations originales qui n'auront pas été antérieurement publiées, et que ces essais ou traités (autant que le sujet le comportera) soient illustrés par des préparations et des dessins qui seront remis au musée de l'hôpital de Guy; que l'ouvrage même et le droit d'auteur deviendront la propriété exclusive et perpétuelle de l'hôpital, et seront transmis à ce titre par le candidat couronné.

Les candidats sont informés que leurs mémoires doivent être écrits soit en anglais, soit dans une langue étrangère, accompagnés de la traduction anglaise, et adressés, avant le 1er janvier 1856, aux médecins et chirurgiens de l'hôpital de Guy, à Londres.

— M. le ministre de l'instruction publique vient, en vertu du décret du 9 mars 1852, d'inviter la Faculté de médecine de Paris à lui présenter une double liste de candidats pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale devenue vacante par la permutation de M. Trousseau, et pour la chaire d'histoire naturelle médicale devenue vacante par le décès de M. A. Richard. La Faculté de médecine doit incessamment s'occuper de ces présentations.

— Par arrêté ministériel, M. le docteur Nelson Balut a été nommé deuxième médecin adjoint à l'École vétérinaire de Toulouse.

— M. Boulard vient d'être nommé prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, à la suite d'un concours dans lequel se sont distingués MM. Béraud, Denussé et Foucher.

— M. le docteur A. Legrand vient d'être nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société de médecine de Metz.

— La fièvre typhoïde sévit dans l'arrondissement de Saint-Lô (Manche), dans plusieurs communes du canton de Fauquemberg (Pas-de-Calais), dans le canton de Lamarche, dans plusieurs communes des environs de Lille.

— Le choléra et la petite vérole règnent à Breslau. Cinq mille enfants sont atteints de la dernière de ces deux maladies. Quant au choléra, il fait 5 ou 6 victimes par jour, sur 9 ou 10 cas.

— Une petite fille âgée de 11 ans est morte à Londres, le 20 décembre dernier, du choléra asiatique. Cette enfant a succombé dans les vingt-quatre heures à une attaque des plus violentes.

— On écrit de Châtellerault :

« La grippe parcourt, à l'heure qu'il est, tous les quartiers de notre ville. Un de nos médecins, très-digne de foi, affirmait hier encore que plus de deux mille personnes de tout âge sont atteintes de la maladie. L'épidémie néanmoins ne présente aucun symptôme alarmant. »

— Les avis des Barbades nous apprennent que la fièvre jaune y règne encore. Le fléau a toutefois disparu des quartiers populeux de la ville, où il avait fait d'abord de terribles ravages. Le commissaire général Cummings est mort le 1er janvier, après quelques jours de maladie.

— La mort vient de frapper M. de Lacharlonie (de Mérignac).

— Il a régné cette année à Croydon, ville du comté de Surry, une fièvre maligne épidémique qui a fait de grands ravages non-seulement parmi les classes inférieures, mais aussi parmi la noblesse et la bourgeoisie de la ville et de ses environs. Il y a un très-ancien proverbe dans cette contrée, qui dit : « Lorsque la Bourne monte, gare à la peste et à la mort! » Le Bourne est un ruisseau à quelques milles de la ville, dont les eaux sont en général très-basses et tranquilles. Or cette année le Bourne a grossi tellement que le pays en a été inondé à la ronde. Cette coïncidence, à laquelle l'ignorance populaire prête quelque étrangeté, est d'une explication trop facile pour avoir besoin de commentaires.

— NOUVEAU CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME. — Le DUBLIN MEDICAL PRESS rapporte le fait suivant :

Le 16 décembre dernier le nommé Henry Hollingworth fut admis à l'infirmerie royale de Manchester pour une tumeur cancéreuse à la cuisse. Avant de procéder à l'opération et à la demande du malade, on administra le chloroforme qui fut lent à produire son effet. Il y avait cinq minutes à peine que l'opération était commencée lorsque des signes évidents de congestion à la face se manifestèrent; la respiration devint extrêmement lente, l'opération fut suspendue, et l'on essaya de ranimer le malade, mais le regard était devenu fixe, et il expira après un profond soupir.

— On annonce encore un cas de mort à la suite de l'emploi du chloroforme. Il s'agit d'une dame, habitant le faubourg Montmartre, chez laquelle le chloroforme a été employé pour l'extraction d'une dent. Une enquête est commencée à ce sujet.

— Les associations médicales dans nos provinces sont plus nombreuses qu'on ne le pense; et à ce propos, nous croyons devoir mettre en regard du but philanthropique imposé aux grandes institutions, celui non moins utile que vient de réaliser l'association d'une petite ville. Depuis nombre d'années déjà, les médecins d'Alais se sont cotisés pour fonder une caisse de prévoyance : il y a deux ans, n'ayant heureusement pas encore trouvé l'occasion d'employer leurs épargnes, ils eurent la bonne idée de consacrer l'intérêt du capital à l'achat de ces instruments dont l'emploi est trop peu fréquent pour se trouver dans le cabinet de chaque médecin, et que cependant on est fort heureux de trouver sous sa main à un moment donné, comme le céphalotribe, les ventouses de Junod, un appareil magneto-électrique, etc. Ces instruments ont été déposés dans une salle de la mairie, que M. le docteur Serres (d'Alais), alors maire de la ville, a mise à la disposition de l'association. C'est un exemple à imiter.

— Le docteur Hale a montré, à une séance de la Société de pathologie de Londres, le cœur d'un enfant, chez lequel on ne voyait aucune trace de cloison ventriculaire. M. le docteur Peacock a été chargé de faire un rapport sur ce cas.

— Le comité préposé depuis huit ans pour la propagation des bains et des buanderies publiques affectées à la classe ouvrière, à Londres et dans les environs, vient de publier un rapport qui montre combien ce progrès est apprécié par la classe nécessiteuse.

Le premier établissement de ce genre a été ouvert en janvier 1848, à Goulston-Square, Whitechapel; le dernier à Voplar, en juillet 1852.

D'après le rapport, il résulte que, depuis 1848 jusqu'en décembre 1852, il y a eu, dans Londres seulement, plus de 3 millions de baigneurs. Ce résultat est d'autant plus satisfaisant, que l'accroissement a été progressif et que l'année 1852 a donné un nombre de 990,000 supérieur à celui de l'année 1848.

— Nous avons sous les yeux le compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy pendant l'année 1850-51. Ce document, qui vient d'être publié, a été lu en séance par M. le docteur Lévyllier, secrétaire de la Société.

Le rapport débute par un travail du docteur Blondlot, qui résout la question suivante :

« La bile est-elle un produit excrémentitiel, ou bien ce fluide a-t-il un rôle essentiel à remplir dans la digestion? »

De la physiologie, si nous passons à la médecine proprement dite, nous verrons que le nombre des malades traités en 1850 à l'hôpital Saint-Charles, par M. le docteur Néret, est de 470, sur lesquels 331 hommes et 139 femmes. Le nombre des morts est de 52, ce qui donne 1 décès sur 9 malades, ou 11 décès sur 100 malades. Le plus âgé des hommes décédés avait 101 ans accomplis et bien constatés.

Le docteur Chatelain (Victor), médecin en chef de l'hôpital militaire de Nancy, après de nombreuses observations qui lui sont propres, émet l'opinion que la vie n'est pas toujours incompatible avec certaines lésions organiques. Il cite, entre autres faits, celui d'un pharmacien militaire qui, dès la première guerre d'Espagne (1808), souffrait de l'estomac; qui, pendant la campagne de 1823, avait vu s'aggraver ce mal dont les progrès n'avaient été que ralentis pendant une période de plus de quinze ans, et qui en proie, durant les dernières années de sa vie, à tous les accidents et aux symptômes les plus graves et caractéristiques d'un cancer de l'estomac, ne succomba qu'en 1826.

Le docteur Renaudin a observé quelques rapports entre les intervalles lucides des aliénés et des épileptiques.

Le docteur Morel, médecin en chef de l'asile de Maréville, a fait l'histoire d'une de ses malades atteinte de lypémanie avec tendance au suicide.

Le rapport se termine par une longue étude purement scientifique.

— Dans le courant de l'année dernière, une femme des environs de Genève, nommée Joséphine B., fut présentée par un individu qui disait vouloir l'épouser, au docteur Chown, médecin à l'hôpital de Charing-Cross. Cette femme avait de la barbe en si grande quantité qu'il avait été requis un certificat qui constata son sexe pour pouvoir effectuer son mariage. Le docteur Chown lui délivra le certificat demandé qui la déclarait, malgré sa virilité apparente, dans les conditions les plus normales de la femme. Il lui demanda, en outre, si elle avait d'autres personnes de sa famille frappées de la même anomalie; mais elle prétendit n'en avoir jamais entendu parler. Cependant le 29 décembre dernier, une jeune fille de 18 ans et demi, du nom d'Élize B. et se disant sœur de la précédente, se présentait à son tour à l'hôpital de Charing-Cross. Cette jeune, fille qui ressemble à sa sœur aînée d'une manière sensible, a, comme elle, la figure couverte des attributs de l'autre sexe. Les deux sœurs ont déclaré avoir un frère et une sœur qui ne présentaient aucune particularité de ce genre, non plus que leurs parents. Élise B. déclara, en outre, être native de Versoix, dans le canton de Genève. On lui a dit qu'elle est venue au monde la face complétement couverte d'un poil doux et de couleur claire; elle avait également les membres et le dos couverts du même duvet. A l'âge de 5 ans ce duvet prit de la couleur et de la consistance; mais ce n'est que vers 15 ans qu'il est devenu épais et noir, comme il est actuellement. Elle n'a été menstruée qu'à l'âge de 17 ans et demi, et depuis cette époque elle a été bien réglée. Sa poitrine n'est pas volumineuse, mais elle est bien dessinée; sa tête, un peu forte, n'a pourtant rien d'anormal, non plus que son cou, tant à l'égard de la circonférence qu'à l'égard de la proéminence du larynx. Sa taille, ses mains, ses membres sont féminins et délicats. Si elle laissait croître le poil qui couvre sa figure, elle serait complétement velue à l'exception du nez et de la partie centrale de la lèvre supérieure; elle se rase tous les huit ou dix jours; on ne laisse croître qu'une petite moustache. Ses cheveux sont très-épais et long de 2 pieds et demi. A l'exception de ses pieds et de ses mains, ses membres et son corps sont couverts de poils. Ses habitudes, son caractère sont féminins et pleins de douceur et d'aménité.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE SANITAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE RÉGNANTE. — EXISTE-T-IL UNE ÉPIDÉMIE ?

La santé publique est fortement éprouvée. Il y a beaucoup de malades et les maladies ont un cachet particulier. Ces deux faits sont incontestables ; mais suffisent-ils pour autoriser à croire qu'il existe une épidémie, et surtout une épidémie de fièvre typhoïde ? C'est ce que paraissent admettre certaines personnes. Pour bien marquer dès l'abord la différence d'opinion qui existe entre ces personnes et nous, nous déclarons qu'à nos yeux il n'existe aucune épidémie dans Paris, mais seulement une constitution médicale particulière, qu'on pourrait appeler constitution typhique ou adynamique. Il ne s'agit pas, qu'on veuille bien le remarquer, d'une simple opposition de mots, mais d'une manière différente d'envisager les choses au fond, de laquelle découlent une pathogénie, une prophylaxie et une thérapeutique différentes. La question vaut donc la peine d'être examinée.

Depuis trois mois environ, il existe une constitution médicale particulière. Dès l'origine la GAZETTE MÉDICALE a appelé l'attention sur le caractère constitutionnel de la grippe : au lieu de revêtir comme d'ordinaire la forme thoracique, elle semblait affecter de préférence la forme abdominale et bilieuse. A mesure que nous sommes entrés dans la constitution, cette forme s'est de plus en plus dessinée. Des diarrhées, des dyssenteries, des pseudo-choléra, plus tard des fièvres éruptives, variole, scarlatine et rougeole, mais toujours accompagnées d'états gastriques prononcés et tenaces, ont successivement envahi la scène pathologique. Jusque-là point de fièvres typhoïdes caractérisées, mais simplement des états typhiques accidentels, comme complications et conclusions des formes morbides les plus ordinaires. Donc point de raisons plausibles d'admettre l'existence d'une épidémie quelconque; mais une plus grande abondance de maladies, de maladies de forme et de siége divers, quoique empreintes au fond d'un certain cachet d'identité. Cependant, soit révolution dans la température, soit développement d'éléments pathogéniques nouveaux, on a vu s'accroître tout à coup le nombre des malades, et parmi eux s'est montrée une certaine prédominance de la forme typhoïde. Du 22 février jusqu'aujourd'hui, les hôpitaux ont reçu un nombre de typhoïques qu'on peut évaluer au quart de la totalité des entrées. Un certain nombre d'invasions au dedans a encore grossi cette proportion. C'est à partir de ce moment que l'on a conclu à l'existence d'une épidémie. La GAZETTE MÉDICALE elle-même n'a pas été éloignée de partager cette croyance. En y regardant de plus près cependant, en remontant aux sources, en faisant l'inventaire de tous les faits, nous n'avons pas tardé à nous convaincre qu'il y avait eu une sorte de surprise et de méprise. Ni le nombre des malades, ni la généralité de la maladie, ni sa gravité ne nous ont paru répondre à l'idée d'une épidémie spéciale de fièvre typhoïde.

Le nombre des malades ne permet pas de croire à l'existence d'une véritable épidémie. Sans vouloir entrer dans des discussions dogmatiques à cet égard, et en nous bornant à la simple analyse des faits présents, qu'y voyons-nous? Une augmentation notable, mais passagère, dans la proportion ordinaire des cas de fièvre typhoïde. De quelle importance est cet accroissement ? Du même ordre que l'accroissement momentané du nombre des bronchites ou des fluxions de poitrine sous l'influence d'une élévation brusque et passagère de la température. Du même *ordre*, disons-nous, mais non de la même nature; c'est-à-dire que, réservant la différence fondamentale des essences, nous croyons que, de part et d'autre, il y a multiplication momentanée des effets sous l'influence d'un accroissement passager et partiel dans l'intensité des causes. Qu'on suppose, en effet, que tous ces malades, envahissant en foule les hôpitaux, provenaient de garnis étroits, de grabats infects, où la pénurie des logements les avaient accumulés et entassés, depuis qu'un quart du Paris des ouvriers est en démolition. Les indispositions de l'hiver, accrues subitement de celles provoquées par un abaissement trop brusque de la température, toutes empreintes du cachet de la constitution régnante, grippe, diarrhées, avaient nécessairement augmenté en nombre et en durée ces encombrements. De là des foyers d'infection, où les émanations morbides, en quelque façon recohobées, rendaient à chaque malade le produit multiplié de ce qu'il avait engendré. Il ne s'agit pas là d'hypothèse. Les constatations du conseil de salubrité mises en émoi témoignent que nous n'imaginons ni n'exagérons rien. S'il en est ainsi, quelle est la vraie signification et quelle a dû être la portée de cette infection pour ainsi dire improvisée, mais confinée? C'est une sans doute, à la place d'une cause générale vraiment épidémique, il n'y a eu qu'une cause locale et accidentellement accrue dans ses effets numériques. Cette localisation étiologique n'est d'ailleurs nullement contredite par le fait de la dispersion de la fièvre typhoïde sur quelques points excentriques à son foyer d'origine. La dispersion des germes, d'accord avec le caractère contagieux reconnu de la maladie, explique autant qu'il le faut cette contradiction apparente. Ajoutons que l'abaissement subit de la température, qui a dû, en faisant refluer au dedans le mouvement périphérique des humeurs, n'a pas peu contribué à accroître la tendance typhoïde sur tous les points, en rendant plus facile la germination des semences venues d'ailleurs.

La considération de l'étendue d'occupation et du degré de gravité de la maladie ne tend-elle pas à confirmer ce qui précède?

Des informations prises en lieu sûr nous ont démontré deux choses : premièrement, que la pratique civile est loin d'avoir rencontré la fièvre typhoïde avec la fréquence et les proportions qu'elle a affectées dans les hôpitaux ; c'est à peine si jusqu'ici certains quartiers ont offert une prédominance quelconque de cette forme sur la forme bronchite ou pneumonique, par exemple. Si l'on transporte cette comparaison aux hôpitaux eux-mêmes, qu'y trouve-t-on? Que malgré l'accroissement reconnu des cas de fièvre typhoïde, les trois quarts du nombre total des entrées ont continué à appartenir à tous les cadres de la nosologie. Or c'est une loi constante du génie épidémique d'uniformiser toutes les formes morbides, de convertir toutes les maladies en une seule ; et ce qu'il fait pour le nombre et la forme, il le fait pour la gravité. Toute maladie épidémique est généralement plus intense, plus meurtrière que la même maladie à l'état sporadique. Cependant on observe en ce moment tout le contraire. On l'a déjà dit, dans les hôpitaux, il ne meurt pas un dixième des malades, et en ville, ils guérissent presque tous. Ce n'est certes pas là le fait d'une épidémie. Ainsi donc, ni le nombre des malades, ni l'étendue d'occupation de la maladie, ni son intensité, ne témoignent en faveur de l'idée d'une véritable épidémie. Mais qu'est-ce à dire? on reconnait qu'il y a infiniment plus de malades qu'à l'ordinaire ; que les maladies sont plus graves, et qu'elles offrent au fond un certain cachet d'uniformité, et l'on en conclut que ce n'est là ni le fait ni le caractère

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XVIII.

DES SÉPULTURES CHEZ LES ANCIENS ROMAINS, AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE ET DE LA MÉDECINE.

(Suite. — Voir le n° 6.)

Les pauvres n'étaient pas inhumés avec le dispendieux cérémonial que nous venons de décrire. Il a été dit déjà que, faute des manœuvres conservatrices trop coûteuses des libitinaires, on les enterrait le troisième jour. On jetait dans une bière banale, appelée *arca* ou *sandapila*, le cadavre enveloppé dans une grossière robe brune, dont on le dépouillait ensuite pour la faire servir à un autre. Quatre vespillons portaient ce corbillard, le soir, et le cadavre était précipité dans les *puticuli*.

> Quatuor inscripti portabant vile cadaver.
>
> MARTIAL.

Je trouve dans ce même satirique, au sujet des vespillons, croque-morts de bas étage de ces temps-là, quelques vers qui sembleraient peu honorables pour la profession médicale. Il s'agit d'un médecin qui se fit vespillon, et qui exerçait même simultanément les deux fonctions :

> Nuper erat medicus, nunc est vespillo Diaulus.
> Quod vespillo facit, fecerat et medicus.

Et ailleurs :

> Chirurgus fuerat, nunc est vespillo Diaulus.

Ce passage établirait-il que la profession médicale était alors assez infime pour qu'il n'y eût qu'un pas entre elle et les viles fonctions de vespillon? Non : il prouverait plutôt que ce fut là une grande dérogation, une insigne anomalie, puisqu'elle a mérité l'attention du satirique. On ne signale pas les faits usuels, mais les faits exceptionnels.

Les *puticuli* ou *puticulæ*, sur lesquels Raoul Rochette a savamment discuté dans son livre sur les catacombes de Rome, et qui nous intéressent tant au point de vue de l'hygiène publique, étaient aussi appelés *culinæ*, *polyandriæ*. Il paraîtrait que ce n'était autre chose que les renfoncements profonds qu'on trouve le long des couloirs des catacombes, cryptes communiquant avec l'air extérieur par un puits dans lequel on précipitait pêle-mêle les cadavres des pauvres gens. Varron et Horace nous apprennent qu'ils existaient surtout aux environs de l'Esquilin, aux portes du jardin de Mécènes :

> Hoc miseræ plebi stabat commune sepulcrum
>
> HORACE.

d'une épidémie. Qu'est-ce donc? Ici, en effet, s'offre la véritable difficulté à résoudre.

Il règne en ce moment une constitution médicale particulière; c'est-à-dire qu'au fond de toutes les maladies. il y a un je ne sais quoi de caché, un *quid divinum*, qui les identifie, quant à leur nature, mais qui les laisse se diversifier, quant à leur forme. Cela veut dire, sans doute, que la cause spécifique de cette constitution n'est ni assez énergique ni assez générale pour annihiler l'action des autres causes, mais assez puissante néanmoins pour mêler son influence à toutes les influences, les balancer et marcher de pair avec elles.

Ceci n'est ni nouveau ni spéculatif. C'est le dernier mot de la science des constitutions médicales, depuis Hippocrate jusqu'à Sydenham, et depuis Sydenham jusqu'aux hommes du jour qui ont conservé, des traditions du passé, ce qu'elles ont de fondé en théorie et en pratique. Or, si on applique les mêmes notions à la constitution médicale régnante, qu'y voit-on?

D'abord, ce qui la caractérise dans la plus grande généralité, c'est-à-dire un certain état de faiblesse de tout l'organisme, de relâchement des muqueuses, d'allanguissement des fonctions, comme si un élément adynamique paralysait tous les efforts d'action et de réaction de l'économie. Puis si l'on pénètre plus avant, une tendance à imprimer à toutes les formes morbides un caractère d'insuffisance et de désordre, qui se traduit par de grandes irrégularités dans la marche, une mobilité non moins grande dans les symptômes, et une facilité extrême à se compliquer d'états nerveux souvent disproportionnés avec l'intensité et la gravité de la maladie. Voilà pour le fond commun.

Les formes que revêt la constitution régnante sont caractéristiques, avons-nous dit, et pourtant elles ne sont pas absolues. C'est qu'en effet ces formes continuent à être celles des maladies qu'on observe en tout temps et dans cette saison surtout, mais modifiées par l'élément caché qui les identifie. Ce sont les douleurs rhumatismales, les diarrhées, la dyssenterie même, les angines, les bronchites et surtout la pneumonie. On pourrait dire même, en faisant un départ de toutes ces formes par rapport à leur fréquence, que la constitution médicale en affecte quatre principales : la forme *bronchique*, la forme *pneumonique*, la forme *gastrique* et la forme *typhoïde*. Quelques mots suffiront pour faire ressortir les liens cachés qui les unissent tout en réservant les différences extérieures qui les séparent.

La forme bronchique est surtout caractérisée par sa marche lente et sa durée persistante. Après quelques jours d'invasion, l'expectoration même chez les adultes atteste quelque chose du catarrheux des vieillards : elle est aqueuse, abondante et longtemps identique comme le produit d'une sécrétion établie. Il y a peu de râles sibilants : mais du râle muqueux et sous-muqueux en abondance. L'affection locale est toujours compliquée d'état gastrique et de symptômes généraux, la nuit surtout, qui ne sont nullement en rapport d'intensité et de siége avec l'intensité des symptômes locaux. La fièvre, les sueurs et l'agitation nocturne sont les principaux éléments de ce contraste. Mais ce qui achève de caractériser cette forme et de marquer sa liaison avec la forme pneumonique, c'est la fréquence de la transformation de l'une dans l'autre. Chez bon nombre de malades sur lesquels nous avons eu des renseignements précis, la pneumonie avait été précédée pendant un ou deux septénaires de bronchite catarrhale.

La forme pneumonique est à la fois une des plus fréquentes et une des mieux caractérisées, et il faut ajouter une des plus graves. Pour établir d'un seul mot la vérité de cette triple assertion, nous dirons que sur un chiffre de 50 malades qui ont succombé dans la pratique civile depuis une quinzaine de jours, par exemple, le tiers ou le quart sont morts de pneumonie. Cela prouve tout d'abord la gravité de cette forme de la constitution; mais ce qui l'explique non moins bien, c'est l'appareil de symptômes généraux qui marquent son début, sa marche, sa durée, sa terminaison et même ses suites. Un frisson initial des plus intenses durant plusieurs heures, précédé ou suivi d'une douleur plus ou moins vive, ouvre généralement la scène. Ce frisson, ainsi que la douleur, se renouvelle souvent plusieurs fois pendant le cours de la maladie, tantôt sous forme irrégulière, tantôt sous forme d'accès pernicieux. Il nous a été donné d'observer un cas de la seconde catégorie, des plus rares et des mieux caractérisés. Après une première attaque de pneumonie formidable. précédée d'état gastrique bilieux, amendée comme par enchantement par un vomi-purgatif, une seconde attaque. plus formidable encore que la première, est venue, à vingt-quatre heures d'intervalle, plonger la malade dans une asphyxie presque complète. Face violacée; plus de pouls; respiration presque aussi nulle que le pouls; voix éteinte; paroles entrecoupées et délirantes. Le sulfate de quinine alternant avec les purgatifs et l'application de deux larges vésicatoires aux deux côtés ont mis fin à cette scène de périls et d'effroi. Ce qui achève de caractériser ce type, c'est que plus de huit jours après que tout symptôme pulmonaire avait disparu, il existait encore un malaise général intermittent, avec tendance au refroidissement. Eu égard à l'issue profondément adynamique de la constitution, il n'y a eu lieu, dans aucun cas, de recourir aux émissions sanguines, et s'il est permis de tirer un enseignement comparatif de la pratique de ceux qui n'ont pas suivi les mêmes inspirations, on peut dire que les désastres de la pneumonie régnante ont été observés surtout sur les malades qui avaient été saignés et itérativement saignés.

Les formes gastriques et typhoïdes se touchent, et passent presque toujours l'une conduit à l'autre, comme la forme bronchique se résout fréquemment dans la forme pneumonique. L'une et l'autre offrent pour caractère d'être très-longues, très-tenaces et pourtant de n'être pas très-graves. Nous l'avons dit précédemment et nous le répétons, la fièvre typhoïde régnante, en ville surtout, se termine rarement d'une manière fâcheuse. Nous connaissons deux maisons de santé, abondamment pourvues, qui n'ont pas perdu jusqu'ici un seul malade. Les renseignements que nous avons recueillis auprès de plusieurs praticiens de la ville qui ont adopté une méthode sage de traitement, offrent à peu près le même résultat. Chez la plupart des malades cependant (atteints de la forme typhoïde), deux symptômes, habituellement considérés comme graves, se montrent fréquemment dès les premiers jours: la fuliginosité et le délire. Il est même digne de remarque que le délire en particulier, qu'on a observé dans toutes les formes, affecte des degrés bien curieux à observer, depuis la simple rêvasserie, dont les malades ont la parfaite conscience dès qu'ils préludent au sommeil, jusqu'au délire le plus effroyable, qui cesse brusquement avec le paroxysme qui l'a provoqué.

La conséquence importante qui découle de ce qui précède n'est pas d'établir simplement qu'il n'y a pas d'épidémie, et seulement une constitution médicale particulière à formes multiples: ceci est le point de vue nosologique. Mais ce qu'il importe surtout de faire ressortir de cette discussion, c'est d'abord la nécessité d'un traitement uniforme pour les formes diverses de la constitution, et ensuite la nécessité de prendre en grande considéra-

---

Puticulæ quod putescebant ibi cadavera projecta,
Quis locus publicus extra Esquilias.

VARRON.

Horace représente les cadavres pourrissant dans les puits et les ossements jonchant le sol, hideux spectacle dont son noble protecteur délivra l'Esquilin, moins sans doute dans l'intérêt de la santé publique que pour la salubrité de ses jardins, et afin de ne pas être attristé en se rendant dans ses domaines :

Nunc licet Æsquilinis habitare salubribus, atque
Aggere in aprico spatiari : quo modo tristes
Albis informem spectabant ossibus agrum.
Hoc prius angustis ejecta cadavera cellis
Conservus viles portanda locabat in arca.

HORACE, sat. 8.

Quoi qu'il en soit, toujours est-il que si les sépultures des riches remplissaient, comme nous le verrons bientôt, les conditions désirables au point de vue de l'hygiène publique, il n'en était pas de même des *pourrissoirs* plébéiens, pour employer une expression conforme au tableau tracé par Horace et par Varron.

Quelquefois les pauvres avaient les honneurs du *rogus*, mais alors on les entassait sur un bûcher peu élevé et sans ornements. Comme les cadavres n'étaient pas oints de ces huiles parfumées qui rendent la combustion plus facile et que leur bouche n'avait pas reçu la *murrhata*, on mettait sur le bûcher un corps de femme au moins pour dix hommes, les vespillons ayant remarqué que les cadavres de femmes *renfermaient plus de calorique*, et aidaient ainsi à la combustion du monceau entassé sur le pauvre bûcher. Cette observation est assez curieuse pour que nous citions les sources : Macrob., SATURN. VIII, 7, et Plut., SYMPOS., III, 4. Nous nous demandons si les Romaines d'alors n'auraient pas été, comme celles d'aujourd'hui, sujettes à une obésité précoce et quelquefois monstrueuse, et s'il ne faudrait pas rechercher dans l'abondance du tissu graisseux sur les cadavres de femme, la cause de la singulière coutume dont nous parlons.

Il a été jusqu'ici longuement question de l'incinération des cadavres, mais peu de l'ensevelissement du corps en entier; ces deux modes ont pourtant été successivement en vigueur à Rome, et il nous reste conséquemment une seconde face de la question à considérer.

Pline dit très-explicitement que les Romains des premiers âges ne brûlaient pas les cadavres : *Ipsum cremare apud Romanos non fuit veteris instituti; terra condebantur*. Puis le même auteur rapporte une loi posthume de Numa : *Vino rogum ne respergito*, et nous apprend que ce sage monarque ordonna que son corps fût enseveli et non livré aux flammes : d'où il résulte bien évidemment, d'après l'encyclopédiste lui-même, qu'on brûlait déjà du temps du second roi de Rome. D'autres documents viennent déposer dans le même sens, entre autres la découverte d'urnes cinéraires dans les sépultures des familles si antiques des Furii et des Turpilii, trouvées au pied de la colline Tusculane.

A Rome, les deux modes de sépulture semblent avoir toujours été employés contemporainement, mais avec prépondérance plus ou moins étendue de l'un et désuétude plus ou moins marquée de l'autre. L'incinération prévalut peu à peu, à partir du moment où les Romains s'engagèrent dans des guerres italiques de plus en plus lointaines, à cause de la facilité de rapporter dans la pa-

tion le caractère adynamique du fond commun de ces formes diverses, de ne pas oublier, par exemple, que la pneumonie régnante, en tant que sœur de la forme typhoïde, participe comme elle du caractère toxico-hémique que leur infuse la constitution régnante. Or la médication qui a paru le mieux répondre à cette indication générale et absolue, c'est la purgation, et la purgation saline. Employée indistinctement dans les formes bronchique, pneumonique, gastrique et typhoïde, elle a en partout et presque toujours d'heureux résultats. Pour notre compte, nous n'avons vu, depuis le commencement de cette constitution, aucun cas insuccès. Mais il faut ajouter que ce n'est pas une, mais deux, mais quatre, mais dix, mais vingt fois, que la purgation doit être répétée pour que le succès en soit assuré. Il y a d'ailleurs un signe qui sert tout à la fois d'indication à la méthode et qui en règle la mesure : ce signe, c'est la couleur et le degré de fétidité des matières. Les premières évacuations sont noirâtres et d'une odeur repoussante; elles prennent ensuite la teinte bilieuse, puis deviennent plus claires, moins consistantes et perdent parallèlement de leur fétidité initiale. La marche de la guérison se règle évidemment sur celle échelle, et le degré du retour de l'appétit en est presque l'indicateur et le régulateur. Ajoutons néanmoins que les vésicatoires pour la pneumonie. et la quinine pour les complications pyrétiques, sont d'indispensables auxiliaires de la méthode principale. Quant à la saignée, elle doit être proscrite à tout prix, comme inutile et comme dangereuse. Les désastres qu'elle a produits dans de précédentes épidémies de grippe typhoïde seraient utiles à rappeler, si le caractère de la constitution régnante, aussi bien que l'expérience de ceux qui n'y ont pas eu égard, ne tenait pas lieu de tout autre motif et ne rendait tout autre commentaire superflu.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LES SALIVES; par M. CLAUDE BERNARD.

(Suite.—Voir le n° 7.)

CHAPITRE PREMIER.

DES DIFFÉRENTES SALIVES. — PROCÉDÉS POUR LES RECUEILLIR, LEURS PROPRIÉTÉS, LEUR COMPOSITION CHIMIQUE.

On a primitivement donné le nom de *salive* au fluide expué de la bouche de l'homme par l'action de cracher. On a ensuite appelé *glandes salivaires* les glandes les plus volumineuses pourvues de conduits bien distincts qui viennent verser leur produit de sécrétion dans la cavité buccale, en réservant le nom de *glandes mucipares* aux glandes les plus petites situées immédiatement au-dessous de la membrane muqueuse de la bouche, et expulsant leur sécrétion par des conduits extrêmement courts. Nous avons déjà dit que celle distinction des glandes, d'après leur grandeur, en salivaires et en mucipares, bien qu'elle soit encore admise par tous les auteurs (1), ne peut être justifiée ni par l'anatomie ni par la physiologie. Tous les organes glandulaires qui versent leur produit de sécrétion dans la cavité buccale sont des glandes salivaires (1). Leur différence de volume ne peut aucunement servir à les classer. Les propriétés physico-chimiques des liquides sécrétés, les circonstances qui président à leur sécrétion, serviront seules à établir nos distinctions qui s'appuieront en même temps sur les usages spéciaux des différentes glandes salivaires et des diverses salives.

(1) Huschke, TRAITÉ DE SPLANCHNOLOGIE, p. 25.
Lehmann, LEHRBUCH DER PHYSIOLOGISCHEN CHEMIE, t. II, p. 11.
Bidder et Schmidt, DIE VERDAUUNGSSAEFTE UND DER STOFFWECHSEL, p. 1.

Dans le chapitre deuxième de ce mémoire, nous déterminerons expérimentalement les usages des salives, ainsi que les conditions physiologiques de leur sécrétion; mais avant il est nécessaire d'examiner ici avec soin leurs propriétés physico-chimiques. Sous ce dernier rapport, nous distinguerons quatre salives :

1° La salive mixte ou buccale;
2° La salive parotidienne;
3° La salive sous-maxillaire;
4° La salive sublinguale, à laquelle il faut rattacher les produits de sécrétion des glandules bucco-labiales, de la glande de Nuck et de la glande accessoire de la parotide, etc.

§ I. — SALIVE MIXTE OU BUCCALE CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX.

La salive mixte n'a jusqu'ici été examinée que chez l'homme, le chien et le cheval. Nous allons l'étudier successivement dans ses propriétés physiques et dans sa composition chimique.

A. PROPRIÉTÉS PHYSIQUES; PROCÉDÉS POUR L'OBTENIR.

1° HOMME. — La salive mixte peut être obtenue directement chez l'homme par l'action de cracher. Seulement on excite ordinairement la sécrétion des organes salivaires en mettant en contact avec la membrane muqueuse de la bouche soit de la fumée de tabac, soit des corps sapides comme le vinaigre, ou encore des substances sialagogues telles que la racine de pyrèthre, etc. On comprend que, dans ces cas, la pureté de la salive puisse être altérée par le mélange de principes solubles empruntés à ces diverses substances excitantes. C'est pour éviter cet inconvénient qu'on a proposé d'autres procédés qui agissent sur la sécrétion salivaire mécaniquement ou par l'intermédiaire de l'imagination. On pourra obtenir une grande quantité de salive mixte, et en peu de temps, en titillant le voile du palais, de manière à déterminer un commencement d'envie de vomir qui fait affluer immédiatement une grande quantité de salive dans la bouche. En exécutant des efforts de bâillement, on obtient un résultat analogue. Lorsque l'on est à jeun et que l'appétit se fait sentir, la vue, l'odeur ou même le souvenir seul de mets que l'on aime provoquent également l'arrivée dans la bouche d'une quantité considérable de salive qu'on peut recueillir. Seulement dans ces cas, ainsi que nous le verrons plus tard, la sécrétion de la glande sous-maxillaire est beaucoup plus abondante que celle des autres glandes.

La salive mixte représente un mélange, en proportions variables, des sécrétions des différentes glandes salivaires. Lorsqu'elle est expuée par la bouche chez l'homme, elle constitue un liquide spumeux, trouble au mo-

(1) Nous séparons de cette catégorie les amygdales et quelques follicules qui siègent à la partie postérieure de la base de la langue, en arrière du V lingual. Ces organes sécréteurs, du reste, appartiennent bien plutôt au pharynx qu'à la bouche.

---

trie l'urne contenant les cendres. Les guerres civiles contribuèrent aussi à propager l'usage du bûcher, l'*olla* pouvant facilement être cachée et soustraite ainsi aux profanations du parti vainqueur, tandis qu'un corps contenu dans un lourd sarcophage n'offrait pas les mêmes sûretés. Quelques familles, cependant, au temps où l'incinération était presque universelle, conservèrent la coutume de l'ensevelissement, entre autres la noble famille Cornelia, dont les trois branches étaient les Scipions, les Lentulos et les Sylla. La vérité de cette assertion de Pline et de Cicéron a été vérifiée en 1780 par la découverte du sépulcre des Scipions, où l'on a trouvé les cadavres entiers. Sylla est le premier personnage de la souche cornélienne qui ordonna que son corps fût brûlé. Le dictateur voulait ainsi se soustraire aux représailles des partisans de Marius, dont il avait profané la dépouille mortelle.

Au deuxième siècle de l'ère chrétienne, on revint graduellement à l'ensevelissement, comme l'indique le nombre si considérable des sarcophages à cette époque; les musées de Rome en regorgent. Dans les cours des palais et dans les villas (villa Ludovisi, etc.), ils servent de bassins ou de vases à fleurs. Leur époque n'est pas indiquée par le millésime, car les Romains n'en mettaient jamais; mais le caractère et le style de la sculpture sont un guide auquel on peut sûrement se fier.

Cette diversité dans le mode de sépulture a pour conséquence nécessaire la diversité des tombeaux. Ceux-ci peuvent être divisés en trois classes : tombeaux à cendres, à cadavres, tombeaux mixtes. Une autre distinction, qui intéresse également le médecin hygiéniste, repose sur la quantité d'individus enfermés dans le même sépulcre : 1° les fosses communes, ou *puticuli*, où les cadavres étaient entassés pêle-mêle; 2° les cimetières, dans lesquels les familles ou les individus avaient une place bien distincte et bien séparée des autres, par exemple les *columbaria* et les catacombes chrétiennes; 3° les monuments destinés à une seule famille, comme les mausolées d'Auguste, d'Adrien, les tombeaux des Scipions, de la famille Plautia, etc., dont on voit encore aujourd'hui les restes; 4° enfin les tombeaux érigés à un seul individu : exemple, les sépulcres de Bibulus, de Caïus Cestius, de Cecilia Metella, etc., qui, après tant de siècles et malgré les barbares, sont encore actuellement debout.

Quant à la forme, tous les tombeaux antiques de Rome peuvent se grouper autour de quatre types, savoir, la forme ronde (Cecilia Metella, Plautia, Adrien, Auguste), la forme pyramidale (Caius Cestius), la forme quadrilatère (Aterius, Bibulus), enfin la forme de chapelles ou de petits temples. Ils sont élevés au-dessus du sol, ce qui est la règle très générale; ou souterrains à l'exemple des hypogées d'Égypte ou d'Étrurie, tels sont le sépulcre des Scipions, les catacombes et les *puticuli*; ou bien encore ils se trouvent moitié au-dessus et moitié au-dessous du sol; enfin un tumulus artificiel couvre quelquefois le tombeau comme au mausolée d'Auguste.

En Égypte, la double précaution de l'embaumement et des hypogées empêchait toute émanation cadavérique. On sait qu'à ces sages coutumes de l'antiquité a succédé l'entassement des cadavres presque à fleur de terre, près des habitations et jusque sous les appartements même, pernicieux usage dans cette contrée torride dont le Nil detrempe profondément le sol chaque année; et l'on n'a pas oublié qu'un esprit brillant et judicieux a cru trouver dans ces conditions la cause de la peste, dont l'Égypte est le principal foyer d'irradiation.

ment où elle est crachée, et qui par le repos dans un verre à pied se sépare en trois portions : 1° une, qui surnage, est formée par un liquide écumeux et filant, plus ou moins abondant ; 2° une partie moyenne est claire, limpide et moins visqueuse ; 3° la partie inférieure se présente sous la forme d'un dépôt d'une substance gris blanchâtre dans laquelle l'examen microscopique fait trouver des cellules d'épithélium de la bouche en grande quantité, des globules muqueux ou pyoïdes, des globules de graisse, des détritus d'aliments, tels que des débris de fibres musculaires et des cellules végétales, des cristaux de carbonate de chaux et des vibrions provenant de l'altération de parcelles d'aliments restées entre les dents. Toutes ces parties, bien qu'on les rencontre le plus ordinairement dans la salive mixte, ne sont qu'accidentelles et ne sauraient être considérées comme éléments constitutifs d'aucune salive spéciale.

Lorsqu'on filtre la salive buccale, les parties supérieure et inférieure restent sur le filtre, et le fluide salivaire constitue alors un liquide limpide, un peu visqueux, moussant légèrement par l'agitation, d'une densité de 1,004 à 1,008 et d'une réaction normalement alcaline. La salive fraîche n'a pas de saveur ni d'odeur spéciale, mais s'altère rapidement, surtout pendant l'été, et acquiert bientôt une odeur nauséabonde.

Nous avons dit que la réaction de la salive buccale est normalement alcaline ; toutefois dans une foule de circonstances, accidentelles ou pathologiques, un grand nombre d'observateurs ont constaté depuis longtemps sur la muqueuse buccale une réaction acide au papier de tournesol. Cette réaction se montre surtout lorsque la membrane muqueuse de la bouche est sèche et que la salive n'a pas coulé depuis longtemps, comme, par exemple, le matin à jeun, ou lorsqu'on a parlé pendant longtemps. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la cause et la signification de cette acidité de la muqueuse buccale. C'est à tort qu'on avait voulu la considérer comme caractéristique de certains états pathologiques ; elle se montre aussi bien chez les personnes en santé que chez les personnes malades. Pour expliquer cette réaction acide, on a supposé qu'il existe dans la bouche deux espèces de sécrétions : 1° une sécrétion propre à la membrane muqueuse de la bouche et ordinairement acide ; 2° la sécrétion salivaire normalement alcaline. Il s'ensuivrait que la réaction pourrait être acide ou alcaline, suivant la prédominance de l'une ou de l'autre de ces deux sécrétions. Mais si cette sécrétion acide de la muqueuse buccale existait réellement, elle devrait être mise en évidence, lorsqu'on vient à supprimer autant que possible les diverses sécrétions salivaires. Or sur des chiens j'ai divisé plusieurs fois les conduits salivaires des différentes glandes, parotide, sous-maxillaire, sublinguale et même de la glande de Nuck, ce qui empêchant à la salive d'arriver dans la gueule du chien, aurait dû nécessairement permettre à la sécrétion de la membrane muqueuse de prédominer et de se manifester alors avec sa réaction acide. Jamais dans ces circonstances, même en laissant l'animal à jeun pendant vingt-quatre heures, je n'ai pu constater cette réaction acide. Du reste rien ne démontre directement cette sécrétion acide de la membrane muqueuse et il me paraît bien plus probable que cette réaction n'est pas le fait d'une sécrétion spéciale, mais qu'elle provient simplement d'une altération de matières organiques qui, à la surface de la muqueuse buccale, éprouveraient au contact de l'air une fermentation acide, lactique ou autre. Cette sorte de fermentation est d'autant plus possible qu'il existe très-souvent des parcelles alimentaires qui séjournent entre les dents et que la surface de la membrane muqueuse de la bouche et des gencives est constamment le siége d'une irritation, ainsi que le démontre la présence de globules pyoïdes dans la salive mixte de l'homme. Chez les animaux où ces conditions n'existent pas, on ne trouve jamais cette réaction acide au papier de tournesol sur la muqueuse buccale.

2° CHIEN. — Le procédé qu'on peut mettre en usage pour recueillir la salive mixte du chien consiste à empêcher la déglutition de la salive chez cet animal, en lui fixant un bâillon entre les dents ; alors le fluide salivaire s'écoule au dehors, sur les côtés de la gueule, à mesure qu'il est sécrété. On obtiendra une quantité beaucoup plus considérable de salive si, alors, on fait voir ou flairer à l'animal, préalablement affamé par une abstinence de douze ou vingt-quatre heures, des aliments qu'il aime, par exemple de la viande rôtie.

La salive mixte du chien est gluante, filante et limpide, d'une densité de 1,0071. Il se forme habituellement peu de dépôt dans la salive mixte du chien ; aussi on y rencontre moins de lamelles d'épithélium, de globules pyoïdes et de débris alimentaires. La présence de ces divers éléments dans la salive de l'homme et dans celle du chien, est en rapport avec une irritation accidentelle de la muqueuse. Souvent, à la suite d'opérations pratiquées chez les chiens sur l'intestin ou l'estomac, il survient des dérangements dans les voies digestives ; dans ces cas, j'ai vu souvent la membrane muqueuse de la bouche présenter une inflammation plus ou moins grande : la salive contenait alors une plus grande quantité de lamelles d'épithélium, et même des globules pyoïdes, éléments qu'on rencontre à peine dans la salive normale. De même, sur des chiens porteurs de fistules gastriques, si on vient à ne boucher qu'incomplétement la canule, de telle sorte que l'air puisse entrer et une partie du liquide s'écouler au dehors, on voit l'animal dépérir au bout de quelques jours, et la muqueuse buccale devenir le siége d'une inflammation assez vive : la salive de ces animaux contient également beaucoup d'épithélium et des globules pyoïdes. J'ai même vu, dans certains de ces cas, les dents altérées, noircies, cariées même et garnies de tartre à leur base. Si on venait à boucher hermétiquement la canule chez ces mêmes animaux, l'animal reprenait ses forces, ses désordres digestifs cessaient, et en même temps disparaissaient les changements survenus dans l'aspect des dents et dans la composition de la salive, de telle sorte que quand l'animal avait complétement recouvré la santé, la salive ne présentait que très-peu de cellules épithéliales, de globules pyoïdes ; la carie des dents s'était arrêtée, le tartre avait disparu, et de noires qu'elles étaient, les dents étaient redevenues blanches.

CHEVAL. — Le procédé qu'ont employé MM. Magendie et Rayer (1) pour obtenir la salive mixte du cheval, et que j'ai mis moi-même souvent en pratique, consiste à opérer la division de l'œsophage vers la partie inférieure du cou, puis à faire manger à l'animal du son préalablement lavé à l'eau distillée bouillante et soigneusement desséché. On recueille, à la plaie œsophagienne, chacun des bols alimentaires qui se présentent successivement, et on les exprime dans un linge bien propre, pour en séparer le liquide dont ils se sont imprégnés en traversant la bouche, le pharynx et une partie de l'œsophage. Il faut observer toutefois que, par ce procédé, on obtient, outre la salive buccale, les mucosités nasale et pharyngienne. En qualifiant cette expérience *d'inhumaine* et *d'antiphysiologique*, Lehmann (2), si justement estimé dans son domaine de chimiste, a donné ici

(1) RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA DIGESTION DU CHEVAL. — RECUEIL DES MÉMOIRES ET OBSERVATIONS SUR L'HYGIÈNE ET LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRES, t. III, p. 385.

(2) PHYSIOLOGISCHE CHEMIE, t. II, p. 14.

Les Étrusques, prédécesseurs des Romains dans l'Italie moyenne, les Étrusques dont l'art offre, dans sa première période, tant d'analogie avec l'art égyptien, ensevelissaient également dans des hypogées. Nous avons visité, à quelques lieues de Civitâ-Vecchia, à Cornetto, l'ancienne Tarquinies, une colline toute criblée de caves sépulcrales, dont quelques-unes, notamment les tombes dites du Typhon, du Triclinium et du voyage de l'âme, conservent, après deux ou trois mille ans, des peintures toutes fraîches encore. Les cadavres entiers sont enfermés dans des sarcophages de tuf sonore, sur lesquels sont quelquefois couchées des statues, et rangés ces magnifiques vases étrusques dont on admire la légèreté et l'inimitable vernis. Dans la cave du voyage de l'âme, vaste hypogée soutenue par quatre piliers, et qui semble avoir été un cimetière pour le public, les corps étaient enterrés sous terre, chacun dans une fosse séparée ; mais la plupart de ces cryptes étaient des tombeaux individuels ou plus souvent encore des sépultures de famille. A Cervetri, l'ancienne Cercres, on trouve deux étages souterrains de caveaux ; les plus profonds passent pour presque contemporains de la guerre de Troie. On pénétrait dans tous ces tombeaux par une porte étroite à laquelle conduisait un escalier droit. Les Romains se sont quelquefois servis de ces hypogées pour ensevelir leurs morts témoin une inscription latine et des peintures postérieures à l'art étrusque, trouvées dans la nécropole de Cornetto.

Les anciens habitants de Rome ne semblent pas avoir senti la nécessité d'éloigner le plus possible les cadavres de la demeure des vivants, en confiant les dépouilles à des cryptes souterraines. Les carrières de Pouzzolane, dont le réseau s'entrelace sous la ville de Rome, s'offrait naturellement comme lieu de sépulture, mais les maîtres du monde se sont contentés d'en utiliser quelques parties sous le nom de *puticuli ;* ce sont les chrétiens persécutés qui en ont fait l'asile des morts, comme nous le verrons bientôt. Mais les Romains, les plus grands entasseurs de pierre après le peuple de Pharaon, semblent avoir recherché la difficulté : ne voulant creuser leurs tombeaux ni sous le roc ni sous la terre, ils ont forcé le roc et la terre à s'entasser sur leurs tombeaux. La courte description de quelques-uns des plus fameux montrera facilement que de véritables montagnes ou des rochers s'élevaient sur les sépulcres et les isolaient autant que s'ils eussent été confiés aux entrailles de notre mère commune.

La Faculté a nommé, dans sa dernière séance, les rapporteurs qui doivent présenter le rapport sur les candidats aux deux chaires de thérapeutique et de matière médicale, et d'histoire naturelle médicale, vacantes dans son sein.

Voici les noms des rapporteurs et des candidats ;

Pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale :

Candidats : MM. Beau, Cazenave, Fleury, Grisolle, Guérard, Monneret, Pidoux, Tardieu.

Rapporteurs : MM. Cruveilhier, Adelon, Piorry, Requin, Rostan, Andral, Trousseau, Bouillaud.

Pour la chaire d'histoire naturelle médicale :

Candidats : MM. Hœfer, Lestiboudois, Martins, Moquin-Tandon, Payer, Robin.

Rapporteurs : MM. Wurtz, Bérard, Gavarret, Duméril, Orfila, Denonvilliers.

une appréciation erronée. Que signifie, en effet, cette épithète d'inhumanité? Sans doute, toutes les expériences sur les animaux vivants, si on ne considère pas leur but scientifique, seraient barbares; mais alors il faut condamner toute la physiologie expérimentale et non pas une seule expérience, car, faire une fistule à l'œsophage, aux conduits salivaires ou à l'estomac, où est la différence? Quant à l'expression antiphysiologique que Lebmann emploie pour indiquer que la gravité de l'opération altère les propriétés de la salive, elle repose sur une erreur, car s'il existe des liquides, tels que le suc pancréatique, que certaines opérations graves ou causant une une grande douleur, peuvent altérer, la salive n'est pas dans ce cas, et, du reste, la mise à nu de l'œsophage est une opération simple et facile à pratiquer chez les chevaux, et qui, quand elle est bien faite, trouble si peu les fonctions, que l'animal se met ordinairement à manger aussitôt après l'opération.

La salive du cheval, obtenue par le procédé que nous venons d'indiquer, était un liquide trouble, gris jaunâtre, peu visqueux, contenant des débris d'épithélium et des globules de pus (1).

Son odeur était légèrement fade et nauséabonde, sa réaction faiblement alcaline.

B. COMPOSITION CHIMIQUE.

La salive mixte, chez l'homme, le chien, ou le cheval, est constituée par:

1° De l'eau,

2° Des matières organiques solubles ou insolubles,

3° Des sels organiques ou inorganiques.

EAU. — L'eau existe en grande proportion dans la salive comme dans presque tous les liquides animaux. Ses rapports varient peu chez les individus de même espèce ou d'espèce différente, ainsi que le montrent les chiffres suivants:

Sur 1000 parties de salive, on a trouvé:

Eau.		
992,90	chez l'homme.	(Berzélius.)
991,22	—	(Simon.)
988,10	—	(Tiedemann et Gmelin.)
995,16	—	(Bidder et Schmidt.)
989,63	chez le chien.	(Id.)
986,50	chez l'homme.	(L'héritier.)
990,32	chez le cheval.	(Comm. d'hygiène.)

On a indiqué certaines variations dans la quantité relative de l'eau de la salive, pouvant tenir à l'âge ou aux maladies. Ainsi, on a dit que la salive des enfants était beaucoup plus riche en eau, 996 pour 1000 (L'héritier). Cette différence est peu caractéristique, puisqu'on trouve une quantité à peu près aussi considérable d'eau dans la salive d'un adulte bien portant, 995,16 (Bidder et Schmidt).

Les variations de la quantité d'eau ne sont pas plus caractéristiques pour les maladies. On a dit que la proportion d'eau augmentait dans certains états pathologiques, tels que la chlorose (L'héritier, 990 pour 1000), tandis qu'elle diminuait dans d'autres, tels que les phlegmasies (968,90, L'héritier), ou dans la salivation mercurielle (974, Brugnatelli; 970, L'héritier). Ces résultats variables ne sauraient caractériser ni l'âge ni les maladies, car on peut rencontrer à l'état normal d'aussi grandes différences dans la proportion d'eau qui tiennent à l'état d'alimentation, soit au moment où l'on recueille la salive, soit à la proportion variable des salives spéciales dont l'ensemble constitue la salive mixte, ainsi que nous le verrons à propos de chaque salive en particulier.

MATIÈRES ORGANIQUES. — Les matières organiques signalées dans la salive mixte sont:

1° L'albumine,

2° La caséine,

3° Cellules épithéliales,

4° Un peu de graisse contenant du phosphore (Tiedemann et Gmelin).

5° Du mucus,

6° Une matière organique spéciale.

La présence de l'*albumine* dans la salive mixte a été tour à tour admise et contestée par les auteurs.

(1) Il faut remarquer que les chevaux sur lesquels j'ai opéré, ainsi que la commission d'hygiène, étaient atteints de morve, de sorte que le mucus nasal, purulent, descendait avec la salive dans l'œsophage, ce qui explique la présence anormale des globules du pus dans la salive du cheval.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA CHUTE DE L'UTÉRUS PAR LE PINCEMENT DU VAGIN (présenté à la Société de biologie en 1852); par M. le docteur A. DESGRANGES, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite. — Voir les nos 5, 7 et 9.)

II. — OBSERVATIONS.

J'arrive à l'ensemble des faits qui servent de base à tout ce qui précède. Je les exposerai en détail pour qu'on puisse bien les apprécier et voir tout le soin que j'ai mis à rechercher la vérité, bien loin de céder au premier feu de l'enthousiasme.

CHUTE DE L'UTÉRUS; GUÉRISON PARFAITE DEPUIS LE 14 JANVIER 1852. (Observation de M. le professeur NÉLATON; leçon recueillie par MM. BAUCHET et GAILLET, *in* GAZETTE DES HÔPITAUX, n° 22, 21 février 1852.)

OBS. I. — « Au n° 15 de la salle des femmes (hôpital des Cliniques) se trouve une malade âgée de 54 ans, d'une constitution bonne et forte, qui nous raconte les faits suivants:

» Elle a eu cinq grossesses accompagnées d'un travail pénible. Elle a mis son dernier enfant au monde il y a dix ans.

» Il y a cinq ans, en remuant un fardeau assez lourd, elle fit un violent effort, et éprouva au même moment une douleur vive dans les reins, du côté du bassin et des aines. Depuis cette époque, restait-elle debout, faisait-elle quelque course, ou se livrait-elle aux soins du ménage, elle éprouvait dans la région pelvienne et dans les aines un tiraillement pénible. Il lui semblait qu'un corps tendait à s'échapper de la vulve. Elle put néanmoins continuer à travailler. Mais au bout d'un certain temps, la douleur, la gêne augmentèrent, l'émission des urines devint difficile.

» Il y a quatre à cinq mois, elle fut prise d'une rétention d'urine, et elle entra à l'hôpital. On la sonda, puis, pour la guérir, on lui fit prendre des globules homœopatiques. Grâce à ce traitement la maladie continua, et enfin la malade entra dans nos salles.

» En somme, cinq grossesses pénibles, la dernière il y a dix ans; un violent effort il y a cinq ans; apparition d'une tumeur vers l'orifice vulvaire.

» Disons-le de suite, il s'agit d'une chute de l'utérus.

» A l'aide du spéculum, neuf grosses serre-fines sont placées dans le vagin, tant sur la paroi antérieure que sur la paroi postérieure du vagin, après que l'utérus a été remis à sa place. La malade garde le lit.

» 31 décembre. Il n'est survenu aucun accident; pas de douleur; un léger écoulement blanc. Les serre-fines sont tombées successivement les dernières, seulement il y a quarante-huit heures. La malade s'est levée; l'utérus n'est pas descendu. Et vous avez pu entendre tout à l'heure cette femme répondre aux questions que je lui adressais sous toutes les formes, qu'elle se trouvait beaucoup mieux, qu'elle se trouvait guerie. Mais, quoique l'utérus reste en place, je crois qu'il est prudent de faire une nouvelle application de ces petites pinces.

» Dix nouvelles petites pinces sont appliquées de la même manière que les précédentes; on remarque, en portant le doigt dans le vagin, de petites élevures produites par le pincement des serre-fines.

» 14 janvier 1852. Les petites pinces sont tombées comme les précédentes, un peu plus tôt cependant. La malade est levée, et n'a aucune gêne, aucune incommodité. Les serre-fines ont été aussi bien supportées que les premières. Il n'y a eu aucun accident. Cette femme se croit tellement bien guérie qu'elle voudrait qu'on ne lui fît plus d'application de ces petites pinces, elle qui désirait tant le secours de la chirurgie. Depuis deux jours vous m'entendez, messieurs, lui adresser mille questions, et à chaque question elle me répond invariablement qu'elle se trouve comme avant son accident, et cependant la maladie date de cinq ans. La malade a pu faire son lit sans rien ressentir du côté du bas ventre. Malgré cela je me décide à faire une troisième application de serre-fines; je crois que ce sera la dernière. Je tâcherai de ne pas perdre la malade de vue, afin de savoir si la guérison se maintiendra. Le méthode que j'ai mise en usage est une méthode nouvelle, on ne peut pas s'entourer de trop de précautions pour la juger; elle est si simple et paraît si efficace!

» Huit nouvelles serre-fines sont placées de la même manière que les précédentes. On constate encore l'existence de ces petits plis dont il a été dit un mot plus haut. »

Le complément de cette observation, je le dois à M. le professeur Nélaton lui-même, qui a daigné m'apprendre que cette femme est toujours parfaitement guérie.

Voilà un résultat des plus remarquables et par sa solidité et par le petit nombre d'applications qui a suffi à le donner; pour moi il est infiniment précieux, eu égard à la position élevée, au très-grand mérite de l'habile chirurgien à qui je l'emprunte.

CHUTE COMPLÈTE DE L'UTÉRUS; LE MUSEAU DE TANCHE A 12 CENTIMÈTRES AU-DESSOUS DE LA VULVE; TRAITEMENT PAR LA CAUTÉRISATION; RÉCIDIVE; TRAITEMENT PAR LES PINCES VAGINALES; GUÉRISON PARFAITE DEPUIS LE 2 NOVEMBRE 1850.

OBS. II. — Marguerite Favoullet entre à l'Hôtel-Dieu le 6 avril 1850, salle Saint Paul, n° 12.

C'est une jeune fille de 18 ans, forte, bien portante, qui depuis l'âge de 15 ans jusqu'en octobre 1849, a joui d'une menstruation régulière et abondante. Il y a environ huit ans qu'à la suite de causes qu'elle ne se rappelle point, elle vit survenir la tumeur qui l'amène à l'hôpital. Sauf quelques cuissons, une assez grande gêne dans la station assise et quelque difficulté dans la marche, elle ne souffrait ni ne se plaignait, pensant qu'il en était de même pour toutes les autres femmes.

Depuis six mois, suppression des règles et leucorrhée assez abondante qui dure encore aujourd'hui. La malade raconte que la matrice, il y a trois mois, est rentrée d'elle-même au milieu de la nuit; qu'elle est restée deux jours en place; mais qu'ayant fortement écarté les jambes pour sauter un ruisseau, elle a senti l'organe se déplacer de nouveau. Ce ne fut que quelque temps après cette rechute qu'elle osa parler de ce qu'elle éprouvait et qu'on lui fit comprendre la gravité de sa position.

ÉTAT LOCAL. On voit sortir de la vulve une tumeur ovoïde, longue de *douze centimètres*, libre, perforée à son extrémité inférieure, et que l'on reconnaît être l'utérus déplacé. La surface de cette tumeur est fermée par les parois vaginales, sur lesquelles on aperçoit les stries transversales propres à ce conduit; seulement la muqueuse est sèche, d'apparence cutanée. Entre la base de la tumeur et les grandes lèvres, le doigt ne trouve aucun passage, aucune rainure où il puisse s'engager. En avant, le méat urinaire est un peu abaissé. Le col est exempt d'engorgement et configuré comme chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Sa surface est exulcérée dans toute son étendue; son orifice, étroit et circulaire, est obstrué par une petite masse de mucosités transparentes.

L'état général est très-satisfaisant: pas de céphalalgie ni d'embarras gastrique; absence complète de douleur aux lombes et dans les cuisses; l'abdomen partout souple et indolent. A part quelques cuissons sur la tumeur, la malade n'a jamais souffert; la miction et les selles ont toujours été libres.

Pour faire la réduction, la malade étant couchée sur le dos, les cuisses écartées, on saisit de la main droite, la tumeur bien graissée, tandis que de la gauche on en comprime circulairement la base au niveau des pubis. Alors par pressions modérées et méthodiques, on repousse lentement l'utérus qui cède peu à peu et rentre complétement. Pour achever le refoulement, on introduit dans le vagin deux doigts qui, en pressant sur le col, le forcent à remonter aussi haut que possible. Après l'opération, les organes génitaux ont recouvré leur forme normale, à part toutefois la grande laxité et l'énorme amplitude du vagin.

A cette époque, je n'avais aucune idée de traitement arrêtée. J'essayai cependant, sans trop me flatter d'un succès, la cautérisation du vagin avec le caustique Filhos, que j'adoptai de préférence comme plus facile à faire agir sans danger.

Les cautérisations, au nombre de six, furent pratiquées tantôt sur quatre points opposés, tantôt sur toute la surface du conduit vulvo-utérin. Le résultat obtenu après deux mois de traitement fut un certain rétrécissement du vagin, la formation de quelques brides cicatricielles et des adhérences du col à la cloison vésico-vaginale. La matrice ne sortait plus, et la malade, qui s'ennuyait à l'hôpital, soutint qu'aucun déplacement ne s'était reproduit.

Le 21 juin, elle demande à sortir. *Exeat*.

Je revis la malade quelque temps après son départ de l'Hôtel-Dieu; je la touchai, et déjà je trouvai l'utérus plus bas qu'au dernier examen. Mais sur l'affirmation qu'elle me donna de se trouver très-bien, je ne désespérais pas de voir cet état persister, lorsqu'au bout de six semaines, à compter de sa sortie, elle vint me demander à rentrer dans le service, m'avouant que malgré tout ce qu'elle avait pu dire, elle s'était aperçue que *la matrice n'était pas à sa place*. Il est vrai qu'au lieu de prendre des précautions, elle s'était livrée tout de suite à un travail pénible, joint à ce que je ne lui avais à dessein conseillé l'usage d'aucun moyen mécanique.

Je trouvai le col utérin retombé au-dessous de la vulve.

Marguerite rentra donc à l'Hôtel-Dieu le 15 août 1850 pour y suivre un traitement qui devait cette fois avoir plus de succès.

Après deux nouvelles cautérisations, je m'arrêtai à l'idée de faire construire de petites pinces propres à saisir une faible portion du vagin et à l'étreindre fortement. La première application en fut faite le 6 *septembre*, et jusqu'au 2 novembre les opérations, en somme, furent au nombre de *sept*. Cette première fois je ne mis que *trois pinces*, et le quatrième jour je les enlevai. Leur construction laissait beaucoup à désirer.

23 septembre. Nouvelle application de *deux pinces*; elles sont enlevées le 28.

28 septembre. Application de *six pinces*; elles tombent du deuxième au quatrième jour.

4 octobre. *Six pinces* sont de nouveau mises en place; elles tombent du septième au huitième jour.

11. *Trois pinces* sont appliquées; elles tiennent jusqu'au 19.

20. Usage de *trois pinces*; chute du 22 au 24.

25 octobre. Application des *trois dernières pinces*; elles restent en place jusqu'au 2 novembre.

2 novembre. *Le traitement est arrêté*; le rétrécissement du vagin paraît devoir suffire.

RÉSULTAT. — Entre les grandes et les petites lèvres, on n'aperçoit aucune espèce de tumeur, pas même celle qui chez certaines femmes est due à la paroi antérieure du vagin. Ce conduit n'a qu'une profondeur de *six centimètres*; son étroitesse est telle qu'il presse circulairement sur le doigt introduit, bien que celui-ci n'ait pas plus de 2 centim. de diamètre. La portion la plus rétrécie est environ à 4 centim.; et après l'avoir franchie on arrive dans une arrière-cavité qui est un peu plus large. La surface du vagin est sillonnée de chaque côté par des brides cicatricielles longitudinales; elle est parsemée, en outre, de petites saillies dures, mamelonnées, plus ou moins arrondies. A une profondeur de *cinq centimètres*, à partir du méat urinaire, on trouve le col que l'on ne peut circonscrire, à cause des adhérences qu'il a contractées avec la paroi vaginale, dans les trois quarts antérieurs de sa circonférence.

L'écoulement purulent, déterminé par le traitement, n'est pas encore tari. La malade garde le repos sans aucun appareil.

6 novembre. Trois injections par jour avec: décoction de roses de Provins, 1 litre; sulfate d'alumine, 10 grammes.

9 novembre. Trois injections avec: écorce de chêne, 25 grammes; eau, 1 litre; alun, 10 grammes.

14 novembre. On permet à la malade de se lever.

26 novembre. La malade, qui veut sortir, est examinée avant son départ. L'utérus est parfaitement en place; le vagin toujours aussi étroit. Elle sort *sans pessaire ni aucun moyen contentif*.

Ce que je puis affirmer comme rigoureusement exact, c'est que durant tout son traitement Marguerite n'a jamais eu de malaise ni de fièvre. Les douleurs ont été nulles en règle générale, et dans le cas contraire excessivement légères. Le régime, qui est resté toujours le même après comme avant l'opération, égalait celui des malades en convalescence confirmée. (Demie; trois quarts.)

J'ai suivi cette jeune fille avec tout l'intérêt que m'inspirait sa guérison inattendue. Je lui avais recommandé instamment de venir me voir de temps à autre, ce qu'elle a fait avec beaucoup d'exactitude, et chaque fois j'ai pu me convaincre que le succès ne se démentait pas. Depuis sa sortie jusqu'à ce jour, elle n'a pris aucun ménagement; elle a marché, couru, sauté, sans rien éprouver qui lui rappelât son ancienne infirmité. La santé générale n'a cessé d'être bonne. — En tenant compte de la gravité du cas, de l'ancienneté de la guérison, des exercices variés et pénibles de notre opérée, est-il possible de rien trouver de plus concluant?

Qu'on veuille bien noter pour plus tard qu'elle a eu six cautérisations profondes, suivies de récidives au bout de six semaines; qu'elle n'a été guérie qu'après l'application des pinces vaginales.

Le nombre total des applications n'a été que de *sept*. Le nombre des pinces chaque fois a été, par ordre d'application: 3, 2, 6, 6, 3, 3, 3. Traitement du 6 septembre au 2 novembre 1850.

D'où il suit que sept applications de pinces vaginales ont produit plus d'effet que six cautérisations profondes du vagin.

DESCENTE DE L'UTÉRUS; LE COL A L'ORIFICE DU VAGIN; TRAVAIL PRESQUE IMPOSSIBLE, MARCHE GÊNÉE, DOULEURS VARIÉES; GUÉRISON PARFAITE DEPUIS LE 23 MAI 1851, MALGRÉ LA COHABITATION ET UN AVORTEMENT.

OBS. III. — Marguerite Chazalet, âgée de 40 ans, brodeuse, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 29, le 2 mars 1851.

Cette malade depuis onze ans qu'elle est mariée a eu dix couches: les cinq premières heureuses; les trois suivantes longues et pénibles. La neuvième, plus laborieuse que toutes les autres, nécessita l'application des fers. Enfin elle eut, il y a deux ans, un avortement à trois mois, et six semaines après cet avortement, elle eut une indigestion qui la fit beaucoup souffrir. Dès ce moment, dit-elle, la matrice est descendue dans le vagin. Quelques jours de repos au lit lui firent espérer une guérison complète; mais aussitôt qu'elle se fut remise au travail, elle vit reparaître tous les inconvénients de son infirmité. Le médecin qu'alors elle consulta lui fit mettre un pessaire, qui la gênait beaucoup. Au bout de peu de jours, elle s'en débarrassa, et par la suite ne fit plus aucun remède.

La malade était arrêtée dans son travail, surtout quand il était pénible, par des douleurs dans les reins et dans le ventre. Les rapports conjugaux augmentaient ses souffrances. La marche était très-embarrassée par la présence de l'utérus à la vulve. En outre, la malade se plaint depuis un mois de toux, accompagnée d'expectorations assez abondantes. (Tisane béchique, lavement miellé et builon.)

ÉTAT LOCAL. — Le col de l'utérus est arrivé à l'orifice du vagin; il ne s'y montre pas en totalité quand on écarte la vulve, la lèvre antérieure seule est mise à découvert. Le toucher fait reconnaître que cet organe est le siége d'un engorgement chronique, avec déformation des lèvres. La lèvre antérieure, saillante au moins d'un centimètre, a pris la forme d'une tumeur arrondie, presque pédiculée. La lèvre postérieure, gonflée plus uniformément que l'antérieure, est moins saillante, moins détachée du reste. L'orifice du col, assez largement ouvert pour recevoir l'extrémité de l'index, permet de constater, de dedans en dehors, le gonflement des lèvres, précédemment décrit. Le col est situé dans l'axe du vagin; on peut sans peine le circonscrire dans toute son étendue. Le vagin, quoique assez relâché et en état de permettre au doigt des mouvements de latéralité étendus, n'est pourtant pas arrivé à une extrême dilatation. A l'aide du spéculum ordinaire, on constate, *de visu*, les altérations que le toucher avait fait reconnaître; on aperçoit en outre une rougeur assez vive sur le museau de tanche et un bouchon de mucosités transparentes, qui oblitère l'orifice de l'utérus. La muqueuse du vagin est généralement pâle et décolorée.

5 mars. *Première application*. Le spéculum ancien est mis en place, puis écarté de façon à ne pouvoir être circonscrit par une longueur moindre de 15 centim. La paroi postérieure du vagin fait seule hernie dans l'intérieur de l'instrument, sous forme de bourrelet longitudinal, les parois latérales restant au niveau des valves. On met en place *sept pinces*: trois sur la paroi postérieure, deux de chaque côté. L'embout que l'on avait introduit pour soutenir la matrice, fatiguant la malade et gênant l'excrétion des urines, est enlevé le soir même. (Tisane de tilleul et de feuilles d'oranger, potion avec 20 gr. sirop diacode; deux potages matin et soir.)

10 mars. La malade le 5, jour de l'application, n'a eu que quelques malaises légers et un peu d'agitation. La constipation qu'elle a eue constamment a été combattue par des lavements miellés et huileux. Aujourd'hui elle se plaint de maux d'estomac, de perte d'appétit; la langue est blanche, la bouche sèche, la peau chaude, le pouls plus fréquent. Pas de selles depuis deux jours. Elle tousse beaucoup et sent une légère cuisson au niveau du sternum. (Tisane avec dattes et jujubes; potion avec oxymel scillit., 30 gr.; lavement miellé et huileux.)

Le 9 il tombe une pince; le 11 il s'en détache trois, et le 12 les dernières tombent.

17 mars. *Nouvelle application* de *six pinces* à l'aide du spéculum trivalve: deux de chaque côté et deux en avant. Il en tombe deux le 21 et quatre le 24.

25 mars. La malade n'a pas mal été jusqu'à ce jour. Avant de procéder à une *troisième application* et dans l'espoir de diminuer l'engorgement du col, on pratique, avec le caustique Filhos, une cautérisation circulaire dans la rainure utéro-vaginale. Cette cautérisation, bien que faite légèrement et pendant trois à quatre minutes environ, détermine une très-vive douleur. On place *cinq pinces*, deux sur chaque paroi latérale, et la dernière sur la cloison recto-vaginale. Les quatre premières ont été introduites à l'aide du spéculum bivalve, et la cinquième sur le doigt. Elles tombent, une le 31 mars et les quatre autres le 1er avril.

4 avril. (*Quatrième application.*) Depuis la dernière fois, la malade n'a cessé de bien aller. A la suite de la cautérisation, elle a ressenti quelques douleurs à l'hypogastre, qui ont cédé à l'usage des cataplasmes émollients, arrosés de baume tranquille. Au moment où elle souffrait ainsi, la langue était blanchâtre, et les forces un peu abattues. L'alimentation a varié suivant l'état général, jamais cependant nous n'en sommes venus à la diète complète.

La malade, préparée la veille par un lavement laxatif, est de nouveau soumise à la cautérisation avec le caustique Filhos. Elle éprouve, comme la première fois, des douleurs très-vives, qui ne sont pas comparables à celles qu'elle ressent lorsqu'on se sert uniquement des pinces. Immédiatement après, on met à demeure *quatre pinces*, apposées deux à deux; elles tombent, deux le 9 et deux le 11. La malade a eu quelques coliques les premiers jours; plus tard, elle a souffert un peu, parce qu'une pince la piquait; mais il a suffi d'interposer un morceau de diachylon pour que tout disparût.

16 avril. (*Cinquième application. — Cinq pinces.*) Deux annulaires sur les côtés; deux pinces en arrière, l'une grande et l'autre petite; une dernière en avant.

Le 20, il tombe une pince annulaire et une petite pince; les trois autres se détachent le 21.

La malade n'a cessé de bien aller, sauf un peu de constipation, qui a nécessité l'emploi de lavements émollients, et une toux assez forte, que l'on a combattue par de la tisane béchique et une potion avec 0,20 centig. de kermès. L'appétit, sans être très-fort, n'a jamais été perdu.

25 avril. (*Sixième application.*) On met de nouveau en place *cinq pinces*: deux pinces annulaires sur les côtés, deux petites pinces en arrière et une en avant. Les pinces annulaires tombent le 30; deux autres lâchent prise le 1er mai, et la dernière le 2.

La malade est dans un état très-satisfaisant, son appétit augmente tous les jours, la constipation seule persiste.

5 mai, (*Septième application. — Quatre pinces.*) Deux annulaires sur les côtés; une pince ordinaire en avant et en arrière. Le 9, chute d'une pince ordinaire; le 11, les trois autres se détachent.

L'état général est très-bon.

16 mai. (*Huitième application. — Trois pinces.*) Une pince brisée est mise en place pour la première fois, et avec elle deux pinces ordinaires. Les petites pinces tombent le 20; la pince brisée tombe le 23.

Le traitement est arrêté le 23 mai 1851, après *huit applications*.

ÉTAT LOCAL. — En écartant les grandes lèvres, sauf un peu de rougeur, on ne voit rien qui ne soit parfaitement normal. A *six centimètres* du méat urinaire, le doigt rencontre le col, qui peut être circonscrit dans toute son étendue, et dont l'orifice assez ouvert peut recevoir la pulpe digitale. Le volume de cet organe est peu considérable; l'engorgement dont il est le siége a notablement diminué. Les parois du vagin sont sillonnées de brides cicatricielles, surtout de chaque côté, à l'extrémité supérieure du conduit. En arrière, la cloison est parsemée de petits lobules inflammatoires; en avant, ces saillies sont moins prononcées et moins nombreuses. Le vagin est sensiblement rétréci, si on le compare à ce qu'il était avant le traitement. Mais il n'est pas tellement étroit qu'il ne puisse admettre qu'un seul doigt. L'écoulement de muco-pus est toujours abondant.

La malade, questionnée à plusieurs reprises, soutient qu'elle n'a plus la sensation que lui donnait la matrice, *quand elle était au passage*; elle assure connaître elle-même la différence qui existe entre la hauteur actuelle de l'utérus et celle d'autrefois; elle marche sans gêne et sans difficulté; les douleurs qu'elle éprouvait aux aines, aux lombes, aux reins, ont complétement disparu; il n'est pas jusqu'aux douleurs d'estomac, qui la tourmentaient fréquemment, dont elle ne soit débarrassée depuis un mois. L'appétit est très-bon, les forces bien revenues, l'état général continue à être des meilleurs.

La malade s'en va.

La fin de cette observation est que Marguerite Chazalet, aujourd'hui comme lorsqu'elle a quitté l'hôpital, est parfaitement guérie, malgré plusieurs circonstances bien capables de provoquer une récidive. Elle a eu de fréquents rapports avec son mari, et finalement elle est devenue *enceinte*. Dans les derniers jours de décembre 1851, sa grossesse s'est terminée par un *avortement* au troisième mois, avec douleurs très-vives et perte excessivement abondante. Le lendemain de son avortement, *elle se lève*; huit jours après, elle va laver du linge à la rivière, et, sans plus de soin, elle reprend tout son travail ordinaire. Eh bien! de si rudes épreuves n'ont rien changé à l'état local; le col de l'utérus est encore à *six centimètres* du méat urinaire; l'état général est toujours des plus satisfaisants.

J'attache la plus grande importance au fait qui nous occupe, et je l'invoquerai plus d'une fois. Il prouve non-seulement la curabilité du prolapsus, mais aussi, contrairement aux objections qu'on m'a faites, que le traitement n'empêche ni le coït ni la fécondation; il permet également d'espérer que l'accouchement ne soit pas une cause de récidive, que la femme guérie ne soit pas condamnée à ne plus être mère, sous peine de rechute.

Nous avons fait *huit applications*. Le nombre des pinces, à chaque fois, a été dans l'ordre suivant: 7, 6, 5, 4, 5, 5, 4, 3. Le traitement a duré du 5 mars au 23 mai 1851.

On trouve aussi, dans le cours de l'observation, qu'il a été fait usage de *pinces brisées*, de *pinces annulaires*; ce ne sont là que des modifications de la pince vaginale; au fond, l'action reste la même, ce qui m'a fait penser qu'une description détaillée de ces instruments serait sans importance aucune.

Enfin, il serait illogique de revendiquer la guérison en faveur de la cautérisation pratiquée à deux reprises contre l'engorgement du col, quand nous savons que, répétée six fois chez la malade de l'obs. II, elle est demeurée impuissante.

CHUTE DE L'UTÉRUS; LE COL A 5 CENTIMÈTRES AU-DESSOUS DU MÉAT URINAIRE; GÊNE, FATIGUE DANS LE TRAVAIL ET DANS LA MARCHE; DOULEURS VIVES; GUÉRISON DU 24 OCTOBRE 1851.

OBS. IV. — Claudine Petit, domestique, âgée de 30 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Paul no 2, le 3 juillet 1851. Cette femme est d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution. Depuis l'âge de 15 ans, elle a joui constamment d'une menstruation régulière, quoique peu abondante.

Il y a neuf ans qu'elle eut un enfant; sa couche fut heureuse, et les suites en furent très-simples. Pour la première fois, il y a cinq ans, elle s'aperçut d'une tumeur qui descendait dans le vagin, sortait par la vulve et pendait entre les cuisses de 5 à 6 centim. environ. En même temps elle éprouva des douleurs à la région lombaire, dans les cuisses et dans le ventre; ce qui joint à la gêne causée par la tumeur ne lui permettait ni de travailler ni de marcher sans souffrir. Il y a trois ans que, pour calmer de vives coliques, elle se fit mettre, à l'hôpital de Louhans, un pessaire qu'elle garda jusqu'au jour de son entrée. Ce pessaire maintenait l'utérus en place, il est vrai, mais il restait sans effet contre les douleurs qui, tous les jours plus insupportables, la forcèrent de venir chercher du soulagement à l'hôpital de Lyon.

ÉTAT LOCAL. — L'utérus déplacé écarte largement les grandes lèvres, dont il dépasse assez le bord inférieur pour que le museau de tanche descende à *cinq centimètres* au-dessous du méat urinaire. La tumeur dans son ensemble est conoïde, pourvue d'un orifice à son extrémité libre libre et perdue dans le vagin par sa partie supérieure. Le col utérin, assez régulier dans son contour, est néanmoins le siége d'un engorgement manifeste, qui se reconnaît à sa consistance dure autant qu'à son volume exagéré. La lèvre postérieure, plus saillante, plus gonflée que l'antérieure, ferme à elle seule l'extrémité du cône, tandis que cette dernière se termine par un bord assez mince à l'orifice utérin. Cet orifice linéaire, transversal, est humecté de quelques gouttelettes de mucosité transparente. La muqueuse du col, malgré sa rougeur et son injection, ne présente ni granulations ni ulcérations. Le reste de la tumeur est moins rouge que le col, sans que la muqueuse du vagin ait cependant perdu les caractères de tégument interne. Elle se montre sillonnée en avant de quelques stries transversales qui rappellent les inégalités normales du conduit. Le doigt, en suivant la rainure circulaire que forme le vagin, peut circonscrire la base de la tumeur, reconnaître que plus on avance, plus elle prend de volume.

L'utérus se réduit sous l'influence de pressions modérées; mais il n'est point aussi facile de le faire remonter à sa hauteur ordinaire; la moindre pression du doigt fait naître des douleurs. Les organes génitaux recouvrent immédiatement leur configuration normale; les lèvres de la vulve se rapprochent; le vagin revient à sa place et peut être exploré en tous sens; seulement la grande laxité des parties et leur mobilité extrême permettent au col de céder à la plus légère pression du doigt, soit dans un sens soit dans l'autre.

9 juillet. (*Première application. — Huit pinces.*) A l'aide du spéculum ancien tourné le manche en haut et écarté jusqu'à 0,15 cent. de circonférence, on place huit pinces vaginales, trois de chaque côté, deux seulement en arrière. La malade, qui n'était pas endormie, souffre très-peu durant l'opération.

21. Jusqu'à ce jour tout s'est passé avec une extrême simplicité; pas de fièvre, pas de souffrance. L'apparition des règles a seule causé une légère fatigue. Le régime s'est graduellement élevé jusqu'au quart d'aliments. Chute d'une pince.

22. Chute des sept autres pinces.

26. (*Deuxième application. — Six pinces.*) La malade, préparée par un lavement laxatif et une réduction de régime est conduite à la salle d'opération. Préalablement on reconnaît par le toucher, la présence de quelques nodules inflammatoires, en arrière et sur les côtés; de plus, un certain rétrécissement, qui devient évident l'instant d'après quand le spéculum est en place, car entre

les valves écartées le vagin reste tendu au lieu de former trois bourrelets saillants à l'intérieur.

Le speculum est introduit, le manche tourné vers le coccyx et les valves écartées au point de donner une circonférence de 0,15 cent. Dans cette position, on place deux pinces vaginales de chaque côté, deux autres en avant, six en tout. L'utérus est soutenu au moyen de l'embout fixé sur un bandage en T double.

9 août. Des six pinces, il s'en détache une le 3, deux le 4, une le 6, une autre le 8, et la dernière ce matin. Tout s'est passé avec une extrême simplicité; pas de souffrances, pas de troubles généraux.

11 août. (*Troisième application. — Six pinces.*) Le vagin est parsemé de lobules inflammatoires, plus volumineux, plus ramassés sur la paroi postérieure que sur les autres. De chaque côté, il en existe aussi, mais seulement à l'extrémité supérieure du conduit. La cloison vésico-vaginale, moins que les autres, est recouverte de ces petits nodules.

Sur le doigt, comme conducteur, l'on introduit et l'on pose quatre pinces vaginales sur les côtés, une en avant et une autre en arrière, avec l'aide du doigt dans le rectum, pour faire saillir entre les mors le plus de tissus possibles (Tisane de guimauve; potion calmante; potages.)

21. Bien jusqu'à ce jour qui ait dénoté le plus léger malaise. Dès le lendemain, on peut donner la demie du régime alimentaire. Les pinces tombent dans l'ordre suivant : trois le 18, les trois dernières le 21.

22. (*Quatrième application. — Cinq pinces.*) Toujours à l'aide du doigt comme conducteur, on implante dans le vagin quatre pinces sur les côtés, et une en arrière; l'embout ne peut plus pénétrer. (Réduction du régime aux potages.)

30. L'état général, comme l'état local, n'a cessé d'être parfait. L'alimentation a été promptement ramenée à ce qu'elle était auparavant.

Trois pinces lâchent prise le 29, les deux dernières le 30.

31. (*Cinquième application. — Quatre pinces.*) Le rétrécissement du vagin a fait quelques progrès. Deux pinces brisées sur les côtés; une pince ordinaire en arrière et une autre en avant. Elles tombent séparément le 6, le 7, le 8 et le 9 septembre; rien de particulier jusqu'à ce moment.

9 septembre. (*Sixième application. — Quatre pinces.*) Deux pinces brisées sur les côtés, une ordinaire en avant, une autre en arrière. Chute isolée des pinces le 14, le 15, le 16 et le 17. La malade a constamment bien été.

18. (*Septième application. — Quatre pinces.*) Deux pinces brisées sur les côtés; une pince ordinaire en avant et une autre en arrière.

26. Il est tombé deux pinces le 21, une le 25, et la quatrième le 26. La malade s'est plainte d'un point de côté, de quelques douleurs de reins; son état général n'a cessé d'être bon.

29. (*Huitième application. — Trois pinces.*) Deux à trois mors sur les côtés (nouveau modèle); une ordinaire en arrière. Les deux premieres pinces ont causé un peu plus de douleur que les autres; mais une fois mises en place, la douleur s'est calmée.

6 octobre. Le 2, chute de deux pinces; la troisième tombe aujourd'hui.

10. (*Neuvième application. — Trois pinces.*) Deux brisées sur les côtés, une ordinaire en arrière. Elles se détachent le quatrième et le cinquième jour.

17. (*Dixième application. — Deux pinces.*) Deux pinces ordinaires sur les côtés.

24. Chute de la dernière pince, l'autre avait lâché prise le 20.

Le traitement est arrêté.

30. La malade veut partir; on l'examine avant son départ.

RÉSULTAT. — Le museau de tanche est à *cinq centimètres* environ du méat urinaire. Le col, libre de toute adhérence, peut être circonscrit; sa consistance et son volume n'ont pas changé depuis le traitement. De chaque côté, les parois du vagin sont sillonnées de petits lobules, serrés les uns contre les autres dans le sillon utéro-vaginal. En avant et en arrière, les lobules inflammatoires sont plus clair-semés.

Le vagin est notablement rétréci, en égard à ce qu'il était avant le traitement; les parois en sont incomparablement plus fermes, plus tendues.

L'écoulement est presque nul.

Les organes extérieurs sont régulièrement conformés.

Du reste, la malade va bien; elle ne se sent pas trop faible; elle ne souffre ni aux lombes, ni aux aines, ni dans les cuisses.

Exeat.

Cette malade étant repartie pour Louhans, je n'ai pu constater par moi-même la solidité de la cure; mais, à deux reprises différentes, j'ai eu de ses nouvelles par M. Petit, interne distingué des hôpitaux, qui avait suivi toutes les phases du traitement.

Au commencement de mars 1852, plus de quatre mois après la fin du traitement, M. Petit vit cette femme; il apprit de sa bouche qu'elle avait toujours été très-bien, quoiqu'elle se fût livrée sans précautions à des travaux publics, voire même au frottage des appartements.

Vers la fin d'octobre 1852, c'est-à-dire un an après la fin du traitement, M. Petit a revu notre malade grasse et fraîche, qui lui a répété, qu'à son grand plaisir, son état n'avait cessé d'être bon, qu'elle pouvait travailler sans aucune souffrance, qu'en un mot elle n'éprouvait rien qui lui rappelât son ancienne infirmité.

Point de cautérisation chez cette femme; le pincement seul l'a bien guérie.

Le nombre des applications a été jusqu'à *dix*. Chaque fois on a mis, en suivant l'ordre d'application, 8, 6, 6, 5, 4, 4, 4, 3, 3, 2 pinces. Le traitement a duré du 9 juillet au 7 octobre 1851.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE MEDICAL EXAMINER.

Les numéros de janvier à septembre 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Pensées sur l'étude des maladies considérées par rapport à la géologie*; par M. Hiester. 2° *Cas d'asthme spasmodique*; par M. Swaley. 3° *Cas d'ulcère résultant de décubitus dorsal traité avec succès par un courant galvanique*; par M. Ruchenberger. 4° *Extraits d'une leçon « sur la situation présente en Europe de quelques-uns des points les plus intéressants et les plus importants de la chirurgie moderne » récemment prononcée comme discours d'ouverture*; par M. Thomas Muster. 5° *Inflammation de la synoviale de l'articulation du genou traitée avec succès par l'urate d'ammonique*; par M. Horner. 6° *Cas remarquable d'affection cutanée*; par M. Mitchell. 7° *Fractures de l'extrémité inférieure du radius et leur traitement*; par M. Bond. 8° *Fracture de l'épine antérieure et inférieure de l'os iliaque*; par M. Asbby. 9° *Laryngotomie pratiquée avec succès dans un cas de corps étranger dans le larynx*; par M. Morsbouse. 10° *Observations de chirurgie*; communiquées à M. Gilbert. 11° *Relation d'une opération de trachéotomie pour le croup*; par M. H. Smith. 12° *Empoisonnement par suite de l'application externe du cocculus indien*; par M. Thompson. 13° *Remarques sur les tumeurs épithéliales et le cancer de la peau*; par M. Costa. 14° *Observations sur un cas de phthisie pulmonaire latente s'étant terminée subitement en un pneumothorax*; par M. Largent. 15° *Du sulfate de beeberine*; par M. Patterson. 16° *Observation de hernie crurale étranglée traitée avec succès par le chloroforme*; par M. Burus. 17° *Opération tagliacozzienne*; par M. Panseast. 18° *Influence de l'imagination de la mère sur le fœtus*; par M. Slusser. 19° *Cas d'empoisonnement par l'oleum Gaultheriæ*; par M. Gallaher. 20° *Modification du spéculum bivalve*; par M. Smith. 21° *Fonctions du nerf grand sympathique ou nerf de la vie organique*; par M. Gries. 22° *Du chloroforme comme emménagogue*; par M. Gibson. (Les quelques observations publiées par M. Gibson tendraient à montrer que l'inspiration des vapeurs de chloroforme peut être utilement employée dans la dysménorrhée.) 23° *Nouvel instrument pour la cautérisation du canal de l'urètre*; par M. E. S. Cooper. 24° *Observation de métrite aiguë traitée heureusement par l'urate d'ammoniaque*; par M. Percival. 25° *De la dyssenterie*; par M. Upshur. (On trouvera dans cette note quelques remarques judicieuses sur la nature de cette affection et quelques indications pratiques sur son traitement par les mercuriaux. L'ipéca, la saignée, les purgatifs, etc.) 26° *Déplacement heureux d'un corps étranger de l'articulation du genou*; par M. Smith. (Longue incision faite sur le corps étranger même; guérison.) 27° *Conception avant l'apparition de la menstruation*; par M. Taylor. (Il s'agit d'une fille de 13 ans qui n'avait jamais eu ses règles; elle accoucha à terme d'un enfant bien conformé. Un an après la menstruation ne s'était pas encore établie.) 28° *Fracture du crâne*; par M. Price. 29° *De la glace comme agent anesthésique local*; par M. Berry.

RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE; lu à l'Association médicale de Philadelphie en 1851; par le docteur WILSON JEWEL.

C'est un fait clairement démontré aujourd'hui que les habitants des localités trop populeuses et mal ventilées ont une moyenne d'existence moindre. Isaac Parriet, dans un rapport intéressant fait en 1849 à l'Association américaine, établit que la mortalité des enfants attribuable à la combinaison de la chaleur, de l'humidité et d'un air impur, dans des logements étroits, doit éveiller l'attention publique. La cause d'une grande partie des cas de choléra infantum et d'autres affections intestinales qui enlèvent annuellement un grand nombre d'enfants pendant les chaleurs de l'été, serait aussi évidente, suivant cet observateur, que si elle était tangible, et la guérison dépend souvent de l'éloignement des malades des logements insalubres et de leur traitement à l'air pur de la campagne. Rush avait du reste constaté que, comme moyen de prévenir le développement des maladies automnales et estivales, on devait éviter, dans la construction des villes, de faire des rues et des cours étroites. On peut estimer qu'une population de 400,000 habitants produit annuellement 17,000 tonnes de matières fécales et 130,000 tonnes d'urine. Or une grande partie des conduits, des égouts et des réservoirs qui

reçoivent ces matières excrémentitielles sont dans un très-mauvais état d'entretien. Qu'on réfléchisse un moment sur l'infection que produiraient 17,000 tonneaux d'excréments humains soumis pendant une année à la fermentation et à la décomposition putrides. Que si la salubrité relative actuelle de Philadelphie dépend des mesures sanitaires importantes adoptées par les autorités municipales de cette ville, cependant il faut reconnaître que la proportion totale des morts, par rapport à la population, n'a pas diminué. Les tables d'Emerson donnent en effet :

De 1807 à 1820, le rapport des morts à la population fut de	1 à 47,86
1820 à 1830, — —	1 à 38,45
1830 à 1840, — —	1 à 41,15
1840 à 1848, — —	1 à 39

PENSÉES SUR LES RAPPORTS DES MALADES AVEC LA CONSTITUTION GÉOLOGIQUE DU SOL; par M. HIESTER.

Le sol est un détritus provenant de la désagrégation des couches solides qui composent l'enveloppe du globe. Les différents sols sont généralement en rapport intime de composition chimique avec les roches ou les couches terrestres auxquelles ils sont superposés. L'examen du sol ou des eaux d'un district quelconque détermine immédiatement sa composition chimique. L'influence exercée par le sol et les eaux sur le règne végétal est si évidente, qu'elle a dû s'offrir à l'observation dès les temps les plus anciens. Cette limitation des plantes à certaines localités est bien connue des botanistes. Il en est des forêts comme des plantes herbacées, des plantes aquatiques comme des forêts. Dans les espèces animales inférieures, cette influence du sol est aussi très-appréciable.

Les zoologistes ont depuis longtemps reconnu que la distribution des mollusques testacés terrestres et fluviatiles est explicable par les données tirées de la composition du sol et de l'analyse chimique des eaux qui en proviennent. Il a aussi été reconnu que certains poissons habitent certains ruisseaux, et ne sont jamais rencontrés dans les cours d'eau souvent très-voisins des premiers. Quelle influence exerce cette composition géologique du sol sur les animaux d'un ordre supérieur?

Les animaux, comme les plantes, ont besoin d'une certaine quantité de substances animales pour leur développement et leur vie; ces substances, ils les tirent du sol indirectement, partie par les végétaux, partie par les eaux. Les substances ainsi assimilées sont comptées parmi les agents physiologiques les plus puissants : le phosphore, le chlore, le fluor, le soufre, la soude, la potasse, la chaux, le fer, etc.

Un autre fait bien connu des praticiens, c'est que l'absence ou l'excès de quelques-unes de ces substances dans l'organisme humain, prédispose à certaines conditions pathologiques qu'on peut reconnaître à certains indices bien significatifs.

Des découvertes récentes montrent que la nature ne se borne pas à la distribution générale de ces substances, qui sont nécessaires à l'existence de toute organisation animale, mais que d'autres agents puissants existent aussi sous une forme qui permet leur rapide absorption, l'iode, par exemple, que l'on a trouvé dans certaines plantes potagères, etc.

Les observations recueillies depuis un an par l'auteur ont déjà donné quelques résultats intéressants quant à la distribution des maladies suivant les formations géologiques : c'est ainsi qu'il espère arriver à localiser certaines maladies endémiques et épidémiques dans certains terrains, les autres sols en étant complétement exempts, et à expliquer ces variations dans la longévité suivant la composition géologique des couches du sol. Mais pour arriver, dans un sujet semblable, à des résultats positifs, il faut faire entrer dans l'étude de la topographie médicale l'étude exacte du sol.

LUXATION DES VERTÈBRES CERVICALES GUÉRIES AU MOYEN DE LA RÉDUCTION; par M. WATSON.

Malgré le laconisme infiniment regrettable qui a présidé à la rédaction des observations, elles ne nous semblent pas moins faites pour justifier, dans une certaine mesure, les manœuvres de réduction, surtout quand le danger est pressant et que le médecin a eu soin d'avertir du péril qui pourrait résulter de l'opération elle-même.

OBS. I. — Après être tombé d'un wagon, Joseph Bougher avait été emporté sans connaissance et regardé comme mort. M. Watson le trouva étendu par terre sur un matelas ; et la première parole qu'il entendit de la bouche des assistants fut celle-ci : « Joseph est mort. » Il reconnut une luxation des vertèbres cervicales, au-dessous de l'origine du nerf phrénique. Il plaça un pied sur chaque épaule, empoigna solidement la tête, et en la tournant de côté, redressa le cou. Les vertèbres reprirent leur situation normale.

Le malade, immédiatement après, parut respirer plus aisément. Après quelques frictions sur les extrémités, le pouls redevint perceptible. Enfin, au bout d'une heure, il ouvrit les yeux et essaya de se lever. Après une autre heure, il eut des mouvements furieux ; on le saigna largement. Il fut tenu au lit, purgé, mis à la diète et à l'usage de boissons froides acidulées. Le huitième jour, il se trouva en état de marcher dans la chambre, sain de corps et d'esprit. Quinze jours après il retourna à son travail.

OBS. II. — Le 14 juillet 1842, dit M. Watson, je fus appelé auprès d'un jeune homme qui, vingt-deux heures auparavant, avait fait une chute du haut d'un cerisier. Il avait la tête portée dans la rotation, vers le côté gauche. Privé de sensibilité aux extrémités, il avait le pouls faible, la respiration basse et stertoreuse, les pupilles dilatées, la peau froide, etc. Je déclarai que c'était un cas de luxation des vertèbres cervicales, que le blessé succomberait si on ne la réduisait pas; mais je dis en même temps qu'il pourrait bien mourir soit durant, soit après l'opération. Je réduisis comme dans le cas précédent. Il reprit connaissance au bout d'une heure, et se plaignit alors de douleur dans la tête et le cou. La respiration et le pouls se rétablirent graduellement. (Lavement, diète et repos absolu.)

Le lendemain, le pouls est dur et fort; douleurs dans la tête et le dos. (Saignées générale et locale; purgation; vésicatoire à la nuque.)

Le 22, la guérison est complète.

— Nous n'avons aucun besoin, après les paroles prudentes et réservées de l'auteur, de rappeler que la réduction ne donne pas toujours d'aussi beaux résultats; que souvent elle est insuffisante, et parfois devient par elle-même une cause de mort. Mais la lésion contre laquelle on la propose étant elle-même d'une gravité extrême, il n'y a jamais lieu de repousser ce moyen de traitement sans discussion, et c'est pour cela que nous avons cru devoir rapporter ces deux faits, qui apportent en sa faveur un témoignage des plus décisifs.

NOUVEL INSTRUMENT POUR LA CAUTÉRISATION DE L'URÈTRE; par M. S. COOPER.

L'auteur ne propose pas une méthode nouvelle; il ne touche même en aucune façon la question de savoir dans quels cas la cautérisation convient ni à quelle profondeur elle doit être pratiquée. Mais l'instrument qu'il décrit donne le moyen de la faire aussi faible qu'on le juge convenable, et dans toutes les conditions où l'on peut la juger indiquée.

Il consiste en un cathéter de cuivre, dont le bout (vésical) est, dans l'espace d'environ 1 demi-pouce, plus petit que le corps et percé de plusieurs trous. Après l'avoir introduit jusqu'au rétrécissement, on le remplit d'acide nitrique dilué, acide qui, agissant sur le cuivre, produit immédiatement un nitrate de cuivre. Celui-ci se met en contact avec l'urètre par les trous, et y opère la cautérisation dans l'étendue désirée.

Le degré de concentration de l'acide introduit et l'espace de temps durant lequel on laisse l'instrument en place règlent la force de l'action caustique. M. Cooper emploie en général un tiers d'acide nitrique pour deux tiers d'eau, et laisse séjourner le cathéter une minute et demie; mais un temps plus court suffira souvent.

Ainsi que nous l'avons dit, cet instrument, d'ailleurs extrêmement simple, réalise le précieux avantage de pouvoir effectuer aussi facilement une cautérisation, soit destructive des tissus, soit seulement modificatrice de leur vitalité.

OBSERVATION REMARQUABLE D'AFFECTION CUTANÉE; par M. MITCHELL.

OBS. — Une jeune fille de 13 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé jusqu'à il y a un an, vit une éruption d'un caractère particulier se développer sur la partie antérieure du cou, le menton, les lèvres, et un peu plus tard sur la région cervicale postérieure. L'éruption est très-légère; les vésicules, au nombre de vingt ou trente, n'ont qu'une durée passagère, mais sont constamment remplacées par d'autres de même nature. La persistance de cette éruption ne parait avoir exercé aucune influence sur la santé générale de la petite malade, et si ce n'étaient la difformité et le prurit continuel qu'elle occasionne, on laisserait l'affection se guérir par l'influence du temps plutôt que par des remèdes.

Le 20 novembre, l'enfant fut amenée par sa mère à la clinique de Jefferson; j'observai la maladie avec beaucoup de soin, et à deux reprises j'examinai au microscope le contenu des vésicules. L'éruption offrait l'aspect suivant : autour des lèvres, on voyait une douzaine de petites vésicules blanches, demi transparentes et remplies au sommet d'une sérosité limpide. Quelques-unes, les plus anciennes, commençaient à prendre une forme ombiliquée, comme les pustules de la petite vérole, excepté qu'elles conservaient encore leur couleur blanche. Dans la plupart des papules, le noyau central commençait alors à devenir plus dense et formait une légère saillie inégale ou bien une projection parfaitement régulière, tout à fait semblable au petit doigt et prenant naissance soit sur la petite élévation centrale, soit un peu sur le côté. Quelques-unes de ces petites végétations (*horn like*), semblables à de la corne, s'élevaient perpendiculairement sur la peau, tandis que d'autres étaient affaissées. Leur longueur était très-variable; les plus grandes avaient environ de 2 lignes et demi à 3 lignes.

Au bout de quelques jours, ces végétations cornées se desséchent et tombent. Leur base disparaît graduellement; leur durée est de huit à dix jours.

Ces végétations paraissent prendre naissance sous la peau et la repoussent

en avant comme une enveloppe, ce qui forme la membrane transparente de la vésicule.

Le liquide contenu dans ces papules (*of the papule*) était une sérosité limpide, dans laquelle on voyait au microscope flotter des globules jaunâtres, homogènes et sans nucléole. Ces végétations, semblables à de la corne dont j'ai parlé ci-dessus, étaient constituées par l'agglomération de ces globules, dont la forme était modifiée par la dessiccation et une juxtaposition intime.

Ces corpuscules albumineux présentent des dimensions très-variables; aussi est-il inutile d'en donner la mesure exacte. Ils paraissent naître de la peau, ont une grande analogie avec les globules d'albumine concrète qu'on rencontre quelquefois dans les tumeurs et souvent sur la peau, dans le voisinage des pustules qui s'y développent, etc.

Le traitement a consisté dans l'emploi de préparations arsenicales et d'une pommade avec le mercure, le goudron et le soufre. Une guérison rapide en a été le résultat.

L'auteur ajoute : « Excepté un cas analogue à M. Brouton et celui que je viens de décrire, je n'en ai trouvé aucun autre exemple dans les descriptions des auteurs anglais et français sur les maladies de la peau. »

TOPOGRAPHIE MÉDICALE ET OBSERVATIONS SUR LA DYSSENTERIE ÉPIDÉMIQUE DU COMTÉ DE LANCASTRE ; par le docteur AGNEW.

Après une description rapide du comté de Lancastre et de Chester, l'auteur indique le village de Penningtonville comme ayant toujours fourni les premiers cas de dyssenterie dans les épidémies dont il a été témoin, à savoir en 1842 et en 1844. Dans aucune de ces deux épidémies, on n'a rencontré de dyssenterie dans les familles qui habitent les vallées et qui font usage d'eau chargée de sels calcaires. 96 cas, pris dans les deux épidémies, ont donné les résultats suivants :

Au-dessous de 5 ans	19 cas	3 décès.
— 20	30	2
— 30	39	3
— 50	8	0

RAPPORT SUR LA MORTALITÉ A PHILADELPHIE, PENDANT LE PREMIER ET LE DEUXIÈME SEMESTRE DE 1852; par M. JUWELL.

Le nombre total des morts à Philadelphie, pendant le premier semestre de 1852, monte à 2,785, sur une population de 409,000, ce qui donne 1 mort sur 181 habitants, et une moyenne de 30 morts par jour pour le trimestre.

L'excès des morts du sexe masculin a été de 101.

Les morts par phthisie pulmonaire ont été de 358, c'est-à-dire 14 pour 100, et ont donné 4 décès en moyenne par jour. Il y a eu 258 morts de variole; il est à noter que la mortalité, par suite de cette affection, a dépassé cette année la mortalité de toutes les années antérieures jusqu'à 1804, à l'exception de 1824, où il y eut, dans ce trimestre, 325 morts de variole. Les 3/5 des morts de variole ont lieu au-dessous de 10 ans. Inflammation des poumons, 195 décès, dont 108 au-dessous de 5 ans. Scarlatine, 126 morts, dont 120 au-dessous de 10 ans. 615 décès, c'est-à-dire 1/5 du chiffre total, ont eu lieu avant la fin de la même année.

Dans son rapport sur la mortalité du deuxième trimestre, M. Juwell montre que la phthisie a compté 324 morts, dont 174 entre 20 et 24 ans, chiffres considérables. Les morts de phthisie pendant les six derniers mois, ont excédé ceux de la même période en 1851. (Rapprochez ces résultats de ceux de M. Carnot sur l'influence préservatrice de la variole.) Dans le premier et le deuxième trimestre de 1851, il y a eu 461 cas de phthisie pulmonaire. Dans le premier et le deuxième trimestre de 1852, il y a eu 682 cas de phthisie ; différence en plus, 221 pour l'année 1852, où la variole a régné avec force.

Les décès par scarlatine se sont élevés à 98 seulement, c'est-à-dire 35 pour 100 de moins que dans le trimestre précédent.

Les décès de typhus et de fièvre typhoïde ont presque doublé dans ce trimestre. Ils étaient de 48 dans le premier; ils sont de 91 dans le deuxième.

La variole continue ses ravages : 137 morts, dont les 2/3 au-dessous de 10 ans.

La dyssenterie a aussi augmenté son chiffre de décès : premier trimestre, 34; deuxième trimestre, 75.

En totalité, ce trimestre a compté 2,634 morts.

REMARQUES SUR L'ORGANISATION MÉDICALE ; par M. HATSHORNE.

Le docteur Hatshorne, dans des remarques très-judicieuses sur l'organisation médicale, veut que chaque médecin envoie au comité central une note sur les maladies régnantes, pendant chaque trimestre, avec le détail des particularités de ces maladies, et les résultats du traitement, ainsi que les causes de la mortalité.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

INFLUENCE DU NERF PNEUMOGASTRIQUE SUR LA CIRCULATION.

M. le docteur AUG. WALLER (de Londres) adresse un neuvième mémoire sur le système nerveux. Ce mémoire renferme la description succincte de quelques observations relatives à l'influence exercée par le nerf sympathique sur la circulation du sang.

M. Waller, après avoir rappelé les expériences de Parfour-Dupetit et celles de M. Bernard sur les effets de la section de la portion cervicale du grand sympathique, se propose de démontrer qu'il est possible de régler à volonté ces phénomènes, de manière à diminuer ou à augmenter dans certaines limites l'activité de la circulation du sang et la température des parties voisines.

Lorsqu'on divise ou qu'on place une ligature sur le cordon cervical du sympathique, ou bien si on le soumet à l'irritation réitérée du galvanisme, l'ouverture pupillaire se contracte, la membrane nictitante s'avance sur la surface de l'œil, et les vaisseaux de l'oreille en particulier deviennent plus rouges. La température de ces parties augmente d'une manière facile à apprécier à la main et au thermomètre. Ces phénomènes restent dans le même état pendant un temps très-considérable, ordinairement pendant plusieurs mois. Si l'on galvanise le bout supérieur du nerf, la pupille se dilate à son maximum, la membrane nictitante se retire dans l'angle de l'œil, et en même temps si l'on examine les vaisseaux de la conjonctive ou de l'oreille, on voit qu'ils se vident et que la peau et la membrane muqueuse reviennent à leur couleur normale.

Si l'on retire alors les pôles galvaniques, la contraction de la pupille et l'injection des vaisseaux ne tardent pas à reparaître. En les éloignant et en les appliquant alternativement au nerf, on fait paraître ou disparaître à volonté les phénomènes oculaires et vasculaires. Pendant que les vaisseaux injectés se débarrassent du sang, la température de la peau s'abaisse, et M. Waller a pu par ce moyen faire descendre le thermomètre de 1 à 1 degré et demi centigr.

Les phénomènes oculaires et vasculaires sont tellement liés ensemble que lorsque les uns se produisent, les autres ne tardent pas à se montrer; mais les derniers sont toujours en retard des premiers. Ce retard varie suivant plusieurs circonstances. Les vaisseaux de petit calibre, comme ceux de la conjonctive du lapin, se contractent et se dilatent presque aussi rapidement que la pupille. L'artère médiane de l'oreille du lapin ne s'emplit qu'au bout de deux ou trois minutes dans les cas ordinaires; après une hémorrhagie, ou si la force du cœur est affaiblie par une cause quelconque, l'injection des vaisseaux est encore plus lente à se produire.

L'action du nerf se porte presque exclusivement sur les artères et les capillaires, comme on peut s'assurer sur l'oreille du lapin. Dans celle-ci, le sang est apporté par une artère centrale; les veines se trouvent principalement au bord de l'organe. Après l'application du galvanisme, le calibre de l'artère se contracte et finit par s'effacer complétement lorsqu'elle est vide de sang, pendant que les veines restent noires et distendues par le sang.

La turgescence vasculaire produite par des agents irritants topiques, tels que l'eau très-chaude, la moutarde, etc., disparaît presque complétement quand on galvanise le sympathique cervical. Après la section du sympathique, l'hémorrhagie capillaire du côté opéré est beaucoup plus abondante que du côté sain. Cette hémorrhagie se ralentit ou cesse complétement si l'on galvanise le nerf coupé. Toutes ces expériences sont beaucoup plus convaincantes pendant l'hiver, par suite de la grande différence qui existe alors entre les deux oreilles.

La contraction artérielle se produit également en irritant le sympathique de toute partie de la région cervicale. Le centre de cette action nerveuse se trouve dans la moelle épinière. L'effet maximum se produit en galvanisant la moelle épinière au niveau de l'articulation des deuxième et troisième vertèbres dorsales. Les seules différences qu'on observe dans ces dernières circonstances se rapportent seulement à l'injection plus lente des artères paralysées par suite de l'hémorrhagie et de l'affaiblissement dans l'action du cœur.

Après la section du sympathique cervical, ou même après l'avoir galvanisé à plusieurs reprises, la partie qui est au-dessus se désorganise; aussi, au bout de quatre à cinq jours, le galvanisme appliqué à ce cordon depuis le point où il a été divisé ou irrité jusqu'au premier ganglion sympathique cervical ne produit plus aucun effet sur les vaisseaux de l'oreille. Mais si à cette époque on galvanise le premier ganglion sympathique cervical, on obtient à la fois la constriction des canaux artériels et la dilatation de la pupille.

On voit, d'après ce qui précède, ajoute M. Waller, que ce que M. Budge et moi avons trouvé, par rapport à l'influence ganglionnaire et spinale sur les fibres nerveuses ciliaires, s'applique aussi aux fibres nerveuses des vaisseaux. La persistance d'action des fibres nerveuses au-dessus du premier ganglion sympathique cervical provient, comme je l'ai démontré, de l'action spécifique de ce ganglion sur les fibres des nerfs carotidiens, et s'étend également aux fibres ciliaires et vasculaires.

Le retour des parties affectées à l'état normal, après la section du sympathique cervical, s'accomplit par la reproduction de fibres nerveuses, depuis le point divisé jusqu'au premier ganglion, de la même manière que pour l'iris et la membrane nictitante.

Les observations précédentes me paraissent jeter une grande lumière sur plusieurs phénomènes des corps vivants.

L'afflux du sang dans les vaisseaux du visage, par suite d'émotions morales;

l'érection du pénis, du mamelon ; la turgescence de la membrane muqueuse du canal intestinal lors de la digestion, et tant d'autres phénomènes du même genre, s'expliquent par l'existence de canaux dont les dimensions varient suivant l'influence de l'axe céphalo-rachidien. La contraction de ces mêmes canaux sous l'influence du froid, que plusieurs auteurs ont attribuée simplement à des causes physiques agissant sur des tuyaux élastiques, n'est pas moins sous la dépendance des centres d'innervation.

SÉANCE DU 7 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

SUR LA MULTIPLICITÉ DES PHÉNOMÈNES QUI RÉSULTENT DE LA DESTRUCTION DE LA PARTIE CERVICALE DU GRAND SYMPATHIQUE.

M. CL. BERNARD lit une note sur la multiplicité des phénomènes qui résultent de la destruction de la partie cervicale du nerf grand sympathique, à l'occasion des communications faites dans la précédente séance par M. Budge (de Bonn) et M. Waller (de Londres) (v. ci-dessus), et relatives à l'influence de la portion cervicale du nerf grand sympathique sur la calorification et sur la circulation du sang dans la tête. Ces physiologistes ne paraissant pas, d'après leurs communications, avoir une connaissance complète de ses travaux sur ce sujet, M. Bernard s'est proposé, dans cette note, de rappeler ses expériences et les différents faits qui se rattachent à cette question.

En 1851, dit M. Bernard, MM. Budge et Waller reconnurent que dans son action sur la pupille, le filet céphalique du grand sympathique n'agit que comme un conducteur qui transmet une influence dont le point de départ est dans la moelle épinière. Cette opinion que le grand sympathique tire son origine des mêmes centres nerveux que le système cérébro-rachidien, dont il ne serait en quelque sorte qu'une dépendance, est établie anatomiquement, et elle se trouve exposée dans les traités modernes d'anatomie. Mais MM. Budge et Waller ont eu le mérite de préciser expérimentalement, dans un point de la moelle épinière qu'ils ont nommée *région cilio-spinale*, l'origine spéciale de cette portion céphalique du nerf grand sympathique.

Dans un résumé imprimé aux Comptes rendus de la Société de biologie (novembre et décembre 1852), M. Bernard a fait connaître de son côté quelques-uns des résultats généraux de ses expériences entreprises depuis longtemps sur le grand sympathique, et il a fait voir que le rétrécissement pupillaire découvert par Parfour-Dupetit, et que MM. Budge et Waller ont signalé comme conséquence de la destruction de la région cilio spinale de la moelle épinière, aussi bien que de celles de la portion cervicale du grand sympathique, est loin d'être le seul phénomène qui se produise. J'ai montré, en effet dit M. Bernard, que cette opération entraîne à sa suite, dans le côté correspondant, des désordres multiples qui sont :

1° Le rétrécissement de la pupille ;

2° Le resserrement de l'ouverture palpébrale et en même temps une déformation de cette ouverture qui devient elliptique et plus oblongue transversalement ;

3° La rétraction du globe oculaire vers le fond de l'orbite, rétraction qui fait saillir la troisième paupière et la porte à venir se placer au devant de l'œil ;

4° Le rétrécissement plus ou moins marqué de la narine et de la bouche du côté correspondant ;

5° Enfin une modification toute spéciale de la circulation coïncidant avec une grande augmentation de caloricité et de sensibilité dans les parties.

Tous ces phénomènes, ainsi que celui de la calorification, proviennent évidemment de la moelle épinière, puisqu'il a été établi que c'est elle qui est le centre d'origine du filet nerveux cervical sympathique, ce dernier n'étant par lui-même qu'un simple conducteur.

Quant aux expériences par lesquelles M. Waller s'est proposé d'établir qu'on peut par le galvanisme diminuer ou modifier l'activité de la circulation du sang, ainsi que la température des parties, et aux observations que ce physiologiste a mentionnées dans sa dernière communication, M. Bernard les avait faites avant lui. Les résultats de ces observations sont consignés dans les Comptes rendus de la Société de biologie.

M. Bernard termine en répétant que c'est à tort qu'on avait toujours signalé le rétrécissement pupillaire comme la conséquence spéciale de la destruction de la portion céphalique du grand sympathique. Je crois, dit-il, avoir prouvé le premier que cette distinction de l'influence transmise par le filet sympathique amène au contraire à sa suite une grande quantité de phénomènes très-différents, mais tous connexes et dépendant les uns des autres. M. Bernard annonce devoir revenir incessamment sur ce sujet.

PRÉSENCE DANS LE LAIT, A L'ÉTAT NORMAL, D'UN PRINCIPE ALBUMINOÏDE.

MM. DOYÈRE et POGGIALE communiquent une note sur la présence dans le lait, à l'état normal, d'un principe albuminoïde déviant à gauche la lumière polarisée.

Lorsqu'on a coagulé le lait par la présure, disent les auteurs, ou lorsqu'on l'a traité à froid par l'acide acétique versé goutte à goutte jusqu'au point précis où la caséine est complétement coagulée, on obtient par la filtration un liquide qui passe avec beaucoup de facilité, quoiqu'il conserve toujours une teinte légèrement opaline. C'est le *sérum* ou *petit-lait*. Si on chauffe ce liquide jusqu'à l'ébullition, on le voit mousser très-fortement, et il s'y forme un précipité abondant, même dans la liqueur acide, mais qui n'atteint son maximum que lorsqu'on l'a rendue neutre par l'addition de quelques gouttes d'ammoniaque.

Le précipité qui se forme ainsi par la chaleur à 100 degrés, peut s'obtenir également par les acides sulfurique et nitrique, et surtout par l'acétate de plomb, l'azotate d'argent et l'alcool. En un mot, il présente les réactions les plus nettes de l'albumine de l'œuf, et de celle du sang et des autres liquides animaux. Aussi, l'un de nous a-t-il été conduit, dans un mémoire publié au mois de juin dernier (1), à admettre que l'albumine entre normalement dans le lait, qu'elle en forme l'un des principes constituants, au même titre que la caséine elle-même, et que certains laits, tels que ceux de la femme, de l'ânesse et de la jument, sont caractérisés par la prédominance de l'albumine, qui souvent, même à l'état normal, en constitue presque exclusivement la substance azotée.

Mais l'albumine possède une propriété remarquable que M. Doyère n'avait pu examiner encore au moment où il publia son travail, faute d'avoir eu en sa possession les instruments nécessaires. C'est son pouvoir rotatoire qui, suivant M. A. Becquerel est à peu près égal à celui du sucre de lait (2). Cette étude prend un intérêt tout à fait actuel par l'usage que MM. Becquerel et Vernois viennent de faire du polarimètre pour l'analyse du lait, en employant une méthode presque identique, avec celle que M. Regnault avait indiqué dans son traité de chimie (3). En effet, si les deux auteurs se sont écartés de cette méthode et de celle que M. Poggiale avait donnée il y a quatre ans, pour la détermination polarimétrique du sucre de lait, c'est uniquement en introduisant le sérum dans leur appareil, sans en avoir précipité préalablement les matières albuminoïdes par l'acétate de plomb. D'ailleurs, on sait que l'albumine dévie à *gauche*, tandis que le sucre de lait dévie *à droite*. Pour que des résultats polarimétriques, comme ceux dont nous parlons, n'en fussent pas affectés d'une erreur *en moins* sur le sucre qui se retrouverait *en plus* sur la matière azotée, il faudrait donc, ou que l'albumine n'existât pas dans le lait, ou qu'elle y perdît son pouvoir rotatoire. D'un autre côté, cette erreur n'est point négligeable ; car le principe coagulable dont il s'agit, qui peut varier dans le lait normal des différentes espèces entre 5 et 33,5 pour 1000, offre des variations beaucoup plus élevées encore dans le lait d'une même espèce, pour des états physiologiques différents.

MM. Becquerel et Vernois ont été les premiers à signaler, comme très-dignes d'attention, les différences considérables qui existent entre leurs résultats et ceux des auteurs qui les ont précédés, et il n'est pas sans intérêt de remarquer que ces différences sont précisément dans le sens que nous venons d'indiquer : des proportions beaucoup plus faibles pour le sucre de lait, et beaucoup plus fortes pour la caséine.

Les recherches auxquelles nous venons de nous livrer dans le laboratoire du Val-de-Grâce nous permettent d'annoncer que la matière albuminoïde du sérum qui se coagule par la chaleur dévie la lumière polarisée à gauche, comme l'albumine elle-même.

Nous avons fait deux séries d'expériences entièrement distinctes, l'une avec du lait pur extrait de la mamelle de la vache, sous les yeux de l'un de nous ; l'autre avec du lait du commerce. Ils ont été l'un et l'autre l'objet des essais suivants :

A. Le lait a été traité à froid par l'acide acétique, et le petit-lait ainsi obtenu a donné dans le polarimètre, comme moyenne de dix déterminations faites alternativement par chacun de nous, et qui n'ont varié au maximum que de 0°,3 :

Lait pur. . . . . 1°,91
Lait du commerce . . . . . 1°,84

En rapportant ces déviations immédiatement au sucre de lait, et calculant avec elles sa proportion dans le lait contenant moyennement 878 parties d'eau et 124 de matières solides pour 1000, on trouverait, d'après les coefficients donnés par M. Poggiale (4) :

Sucre de lait. . . 33,80 dans le lait pur, 32,56 dans le lait du commerce.

Or on sait que les résultats moyens trouvés jusqu'ici par M. Poggiale annoncent 50 à 55 de sucre dans le lait normal, et ce principe du lait est celui qui varie le moins (5).

B. Le petit-lait a été rendu neutre par l'addition de quelques gouttes d'ammoniaque, et, porté à l'ébullition, il s'est formé un précipité abondant. Le liquide, refroidi et filtré, ne donne plus qu'un précipité très-faible par l'acide nitrique, l'acétate de plomb, l'alcool. Introduit dans le polarimètre, il fournit les déviations suivantes :

Lait pur.	2°,71,	qui correspondent en sucre à	48,07
Lait du commerce . .	2°,40	— —	42,40

(1) ÉTUDE DU LAIT AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET ÉCONOMIQUE, ETC., dans les ANNALES DE L'INSTITUT AGRONOMIQUE, 1re livraison, p. 235.

(2) RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR L'ALBUMINE DU SANG ET DES DIVERS LIQUIDES ORGANIQUES, ETC. — ARCH. GÉN. DE MÉD., t. XXII, p. 52.

M. Becquerel annonce, dans ce travail, qu'un degré de son polarimètre équivaut à 10g,800 d'albumine sèche. La même déviation, dans le même instrument, correspond à 11 gr. de sucre de lait. (MÉMOIRE SUR LA COMPOSITION DU LAIT, ETC. ; extrait donné par le MONITEUR DES HÔPITAUX du 29 janvier 1853.)

(3) COURS ÉLÉMENTAIRE, ETC., t. IV, p. 463.

(4) COURS DE CHIMIE GÉNÉRALE, par MM. Pelouze et Frémy, t. III, p. 827.

(5) On pourra signaler une différence entre ce chiffre et ceux du mémoire de M. Doyère ; mais elle n'est qu'apparente, car ces derniers ne se rapportent pas au lactose normal $C^{24} H^{19} O^{19}$, que les chimistes ont signalé, ou à une combinaison très voisine. La présence de l'acide acétique ou de l'acétate d'ammoniaque accélère beaucoup cette transformation qui, pour le lactose pur, n'a lieu qu'à 150 degrés.

M. Doyère avait eu soin de faire remarquer cette circonstance. (*Loc. cit.*, p. 248.)

Le rapport des équivalents indiqués plus haut est celui de 360 à 315, ou de 8 à 7. D'un autre côté, le chiffre moyen du sucre obtenu dans le lait de vache par M. Doyère est de 43 pour 1000. En multipliant ce chiffre par 8/7, il devient 49,2, on ne peut pas exiger une concordance plus parfaite.

C. Le même liquide traité par l'acétate de plomb donne :

Lait pur. . . . . 2°,76, correspondant à 50,50
Lait du commerce . . . 2°,32 — 41,00

Ainsi, on voit apparaitre nettement une influence rotatoire inverse de celle du lactose, et pareille à celle de l'albumine. Si elle est, en effet, produite par ce dernier principe, la proportion d'albumine que l'on déduirait des chiffres précédents serait, pour le lait pur, de 15,20. Celle que M. Doyère avait trouvé dans le lait de vache normal (*loc. cit.*, p. 252) était comprise entre 10,90 et 15 pour 1000.

D. Ces résultats nous paraissent décisifs; cependant il nous fallait une détermination directe du sucre par un procédé chimique. Nous l'avons faite en précipitant l'oxyde de cuivre, du tartrate de cuivre et de potasse, suivant le premier procédé de M. Poggiale. Les proportions trouvées ont été les suivantes :

Dans le lait pur. 52,80
Dans le lait du commerce . . . 41,80

La légère différence en excès qui s'est manifestée dans les deux cas pourrait s'expliquer, indépendamment des erreurs d'observation, par ce fait que les liqueurs retiennent toujours quelques millièmes de la matière albuminoïde qui dévie à gauche.

E. Enfin, il nous a paru curieux d'opérer par la synthèse, en mélangeant des dissolutions titrées de sucre et d'albumine. Nous croyons devoir signaler seulement l'expérience suivante.

Deux solutions, l'une de sucre marquant 2°,62 au saccharimètre, et l'autre d'albumine marquant — 1°,7 ont été mélangées dans les proportions de 17 parties de la première pour 26 de la seconde. Le mélange soumis au saccharimètre ramené préalablement à 0, a donné les teintes des deux moitiés du disque absolument identiques. En faisant marcher l'instrument comme pour déterminer le sucre ou l'albumine, nous avons trouvé 0,0; + 0,2; 0,0; — 0,1; + 0,1, etc.

La conséquence à laquelle nous eussions pu être conduits, c'eût donc été que le liquide renfermait tout au plus *quelques traces de sucre*; or il avait été préparé directement par la pesée, en dissolvant 5 gr. 540 de lactose dans 100 grammes d'eau, et il contenait par conséquent 52,50 parties de sucre de lait pour 1000.

Ce résultat n'a rien que l'on ne dût attendre; mais il montre bien ce que nous avons voulu signaler, à savoir, la présence, *dans le sérum*, d'une matière albuminoïde déviant la lumière polarisée à gauche.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Haro, médecin cantonal, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Coing, canton de Pange (Moselle), durant les mois de décembre et janvier derniers;

2° Un rapport de M. le docteur Fruchier, sur une épidémie de variole qui a régné dans les communes de Thoranne et Quinson (Basses-Alpes);

3° Un rapport de M. le docteur Guichard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Sainte-Claude, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis les premiers jours du mois de juillet jusqu'à la fin du mois de septembre 1852 dans la commune de Valsin;

4° Un rapport de M. le docteur Balme-Dugaray, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Puy (Haute-Loire), sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au village de Monac, commune de Saint-Pierre-Lynac. (Comm. des épidémies.)

Le même ministre transmet :

Un rapport de M. le docteur Fuzet du Pouget, médecin-inspecteur des eaux minérales de Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852, et le relevé général des observations faites par M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital militaire thermal de Vichy (Allier), sur les malades auxquels les eaux minérales ont été administrées dans cet établissement pendant la saison de 1852.

— M. le ministre de Russie en France fait parvenir à l'Académie, de la part de M. le maréchal prince de Varsovie, un mémoire de M. Fcbetyrkin, médecin en chef et inspecteur général du service de santé du royaume de Pologne, intitulé : Renseignements pour servir de complément aux notices sur le choléra épidémique du royaume de Pologne en 1852. (Renvoyé à l'examen de M. Gérardin et à la commission du choléra.)

— M. Bonnefin adresse une note sur un point relatif à l'opération de la lithotritie. (Comm. : M. Ségalas.)

— M. Berthé, pharmacien, adresse une nouvelle note sur les huiles de foie de morue. (Comm. : MM. Grisolle, Soubeiran, Guibourt et Bouchardat.)

URÉTROTOME.

M. Mathieu adresse un urétrotome qu'il vient d'exécuter, d'après les indications de M. le docteur Maisonneuve. Il a ceci de particulier, qu'il coupe par un mouvement demi-circulaire de la lame, déterminé par la détente d'un ressort. Cet instrument a de l'analogie avec celui que M. Charrière a présenté à la dernière séance, et, à cette occasion, M. Mathieu termine sa communication par une réclamation d'une telle gravité que nous ne croyons pas pouvoir la reproduire avant le rapport de la commission à laquelle l'examen en a été renvoyé.

— MM. Poggiale et Doyère adressent une note sur la présence dans le lait d'un principe albuminoïde déviant à gauche la lumière polarisée. (Comm. déjà nommée.)

PROPOSITION RELATIVE AUX LISTES DE CANDIDATURE.

M. Malgaigne soumet à l'Académie la proposition suivante, qu'il fait précéder de quelques réflexions sur le mode de nomination des membres correspondants ou associés étrangers :

« Dans toutes les nominations faites en dernier ressort par l'Académie, lorsque dix membres se seront entendus pour proposer une liste particulière de candidats, cette liste sera adressée au président, qui la communiquera à l'Académie, et qui en fera distribuer les copies en même temps que celles des autres listes. »

Cette proposition sera renvoyée à une commission spéciale.

RÉUNION IMMÉDIATE.

M. Mattei, professeur d'accouchements à Bastia (Corse), lit un mémoire sur la réunion des plaies.

L'objet principal de son travail est l'étude des moyens de perfectionnement de la réunion immédiate.

L'auteur, étudiant les différents procédés qu'emploie la nature dans le travail de réunion des plaies accidentelles et dans celles produites par l'art, reconnaît trois genres de réunion : les réunions primitives ou sans suppuration (l'adhésion immédiate et l'adhésion médiate), les réunions secondaires ou avec suppuration (la cicatrisation immédiate et la cicatrisation médiate), et les réunions mixtes résultant de la combinaison des quatre précédentes.

C'est de la réunion immédiate et des moyens de la réaliser que s'occupe plus particulièrement l'auteur dans ce mémoire.

Quand on lit tout ce qui a été écrit sur l'adhésion depuis Celse jusqu'à nous, dit M. Mattei, on voit que les réunions que l'on a obtenues étaient presque toujours des réunions mixtes avec prédominance de l'adhésion. Dans presque toutes, en effet, il y a eu quelques gouttes de pus. Cette suppuration, quoique très-peu étendue, a même servi d'argument aux détracteurs de cette réunion, lesquels, voyant que la plaie devait suppurer sur quelques points, se sont dit qu'autant valait la laisser largement ouverte; on avait au moins alors une plus grande facilité pour l'écoulement du pus.

La véritable adhésion immédiate sans pus est cependant possible dans tous les tissus, pourvu qu'on remplisse les conditions locales et générales qui sont nécessaires à la production. Elle arrive non-seulement dans les parties molles, mais même dans les parties dures, qui sont les moins fournies de sucs nourriciers. C'est ainsi qu'on la voit arriver tous les jours dans les plaies de la cornée après l'extraction de la cataracte, et dans les fractures lorsqu'il n'y a que fêlure sans écartement des fragments osseux.

Cette réunion n'est pas le résultat d'une seule combinaison, mais de l'ensemble de plusieurs conditions dont le concours est indispensable pour la réussite.

Le travail de l'adhésion immédiate est presque entièrement local, et c'est aussi dans les conditions locales que consiste presque exclusivement la réussite de cette réunion. On dirait que le plasma des plaies s'organise en se sécrétant. J'ai vu, dit l'auteur, des plaies être déjà adhérentes douze heures après le rapprochement de leurs surfaces. Dans cette réunion, si on en excepte les symptômes de la période spasmodique, il n'y a jamais de symptômes généraux, la réaction locale est presque nulle. Après quatre ou cinq jours, la partie peut exécuter quelques mouvements; après dix à douze jours, elle est complétement guérie, sans laisser de trace bien apparente.

Les principales conditions locales de la réunion immédiate sont, suivant M. Mattei, la cessation complète de l'hémorrhagie, l'extraction des corps étrangers, le rapprochement exact de toute surface de la plaie, l'immobilité et l'absence de l'inflammation.

Pour remplir la première condition, l'auteur a imaginé une ligature, qu'il désigne sous le nom de *nœud plat*, ligature qui peut être enlevée au bout de trois ou quatre jours, et dont le résultat est de prévenir toute suppuration. La plus grande partie du mémoire est consacrée à la description de ce procédé de ligature.

Le second point que traite M. Mattei est relatif au soin que l'on doit apporter à débarrasser la plaie des corps étrangers et de tout ce qu'elle peut offrir de non assimilable.

Prenant tant de soin à ôter les ligatures avant la période de la suppuration, on comprend combien l'auteur attache d'importance à débarrasser la plaie des corps étrangers et de tout ce qu'elle peut offrir de non assimilable. Mais jusqu'à quel point, se demande M. Mattei, les tissus divisés ont-ils perdu des droits à la vie pour être considérés comme des corps étrangers? La division classique en plaies faites par des instruments tranchants, piquants, contondants, et en plaies par arrachement et par armé à feu, ini paraît loin d'être pratique à ce point de vue. Dire *à priori* qu'il ne faut pas réunir une plaie parce qu'elle n'est pas faite par un instrument tranchant, c'est priver la nature de bien des ressources, et c'est souvent exposer le malade à tous les accidents de la suppuration.

Le rapprochement des tissus lui fournit ensuite l'occasion d'énoncer quelques préceptes de médecine opératoire propres à faciliter la réalisation de cette condition; mais ce qui concourt le plus à l'assurer, ce sont les moyens de connexion.

L'auteur considère les bandelettes agglutinatives et les bandages comme étant bien inférieurs aux sutures, et parmi celles-ci, il préfère la suture entortillée à toutes les autres. Afin de conjurer la suppuration, et d'un autre côté,

de ne point empêcher la prompte organisation du plasma, il veut qu'on n'ôte jamais les aiguilles avant vingt-quatre heures, mais aussi qu'on ne les laisse pas plus de trois jours. Il emploie le collodion sur la plaie et sur les environs comme moyen contentif et compressif.

L'auteur examine à cette occasion la question de l'autoplastie, à laquelle il propose de donner une plus grande application qu'on ne le fait généralement pour les plaies avec perte de substance.

Après avoir examiné enfin le rôle de l'immobilité dans la réunion des plaies, l'auteur insiste surtout sur la nécessité de prévenir l'inflammation, comme l'un des plus grands obstacles à l'organisation de la lymphe plastique, et combat à cette occasion l'erreur professée dans ces derniers temps, relativement à l'utilité prétendue de la fièvre traumatique pour l'adhésion immédiate.

M. Mauei termine son mémoire par le parallèle suivant entre l'adhésion immédiate et les autres modes de réunion.

L'adhésion médiate que nous voyons arriver dans les sections sous-cutanées, dans les fractures ordinaires, dans les fortes contusions sans déchirure de la peau, etc., exige pour sa guérison de quinze à quarante jours pour l'organisation du corps intermédiaire, de plus elle exige un double travail qui est celui de la résorption du sang épanché.

Les réunions secondaires, soit qu'elles aient lieu en rapprochant les surfaces suppurantes de la plaie comme cela arrive dans la cicatrisation immédiate, ou soit qu'elles se fassent par l'organisation de la cicatrice, ont toujours une durée d'une vingtaine de jours au moins et souvent de mois et d'années entières. Mais ce qui est plus grave dans ces plaies est qu'elles exposent à des accidents locaux et généraux. Nous avons parmi les premiers l'excès ou le défaut de la réaction, l'hémorrhagie secondaire, la gangrène, l'exfoliation des os et des tendons, la conicité du moignon, la pourriture d'hôpital, les adhérences profondes, la rétraction de la cicatrice. Nous avons parmi les accidents généraux, la phlébite, l'angéioleucite, la résorption purulente, l'érysipèle, le tétanos, les maladies intercurrentes et surtout celles de l'inflammation des grandes séreuses et de la muqueuse intestinale, le réveil d'une lésion organique endormie et quelquefois même la fièvre hectique des suppurations. Aucun de ces accidents n'arrive dans l'adhésion immédiate lorsqu'elle est conduite à bonne fin. Quant aux réunions mixtes, elles offrent les avantages ou les inconvénients de celle qui prédomine. Aussi une plaie devrait-elle suppurer sur un point de son étendue qu'on gagne immensément à faire guérir le reste par l'adhésion. (Commissaires: MM. Guérin, Robert et Bégin.)

— M. Cruveilhier commence la lecture d'un mémoire sur la paralysie musculaire progressive, dont la suite est remise à la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES HYDROPISIES ET DES KYSTES, OU DES COLLECTIONS SÉREUSES ET MIXTES DANS LES CAVITÉS NATURELLES ET ACCIDENTELLES; par M. J. Abeille, médecin de l'hôpital du Roule et médecin de l'hôpital du Val-de-Grâce, etc. — Paris, 1852. Chez J. B. Baillière.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Nous avons dit dans notre précédent article que les travaux modernes d'anatomie pathologique n'avaient fait, sur quelques points essentiels de l'histoire des hydropisies, que vérifier par des procédés démonstratifs plus directs et plus précis, l'étiologie assignée par les anciens à plusieurs espèces d'épanchements séreux. Nous devons saisir cette occasion de rendre hommage à l'esprit d'impartiale équité avec lequel M. Abeille, dans un aperçu historique esquissé à grands traits, a su rendre justice à tous en rapportant à chaque époque et à chaque auteur la part qui lui revient dans l'élucubration des nombreuses et difficiles questions qui se rattachent à cet important sujet de pathologie. C'est à propos de la thérapeutique surtout qu'il faut savoir apprécier la justesse des vues sur lesquelles les anciens avaient fondé leurs divisions pratiques des diverses sortes d'hydropisies et les indications qui s'en déduisent. Ils n'avaient pas attendu les révélations de l'anatomie pathologique pour reconnaître que, dans la majeure partie des cas, l'hydropisie ne constitue point une maladie à proprement parler; qu'elle n'est le plus souvent qu'un symptôme de lésions antérieures ou concomitantes, et que le traitement devait par conséquent reposer sur une double base: l'indication fournie par la lésion originelle et celle qui se déduit de la collection séreuse elle-même. Mais ce qu'ils avaient si judicieusement admis en principe avec ce tact d'observation auquel ne manquait que la précision des connaissances anatomiques et des procédés d'exploration qui font l'honneur de notre époque, se trouvait souvent en défaut dans la pratique, faute d'éléments suffisants de diagnostic. De là des préceptes de thérapeutique variés, rationnels dans leur formule générale, s'adressant ici à la lésion primitive soupçonnée, là à la plétore, là à l'anémie et à ses causes diverses; mais qui se traduisaient trop souvent à défaut d'une spécification suffisante de chaque cas particulier, en une pratique aveuglément empirique.

La thérapeutique des hydropisies, de nos jours, ne diffère pas au fond sensiblement de celle de nos devanciers. Elle repose sur la même distinction fondamentale des causes organiques qui les produisent et des indications du traitement local palliatif déduites de leur siége, et des conditions anatomiques spéciales aux cavités qu'elles occupent. Les progrès que l'anatomie pathologique et les études hématologiques ont fait faire au diagnostic étiologique de ces divers ordres d'épanchements, n'ont que très-peu ajouté aux ressources de l'art. Mais ce en quoi se traduit le plus manifestement leur influence sur le perfectionnement du traitement, c'est la détermination plus exacte, dans chaque cas particulier, de ces mêmes indications, l'appréciation mieux éclairée des résultats qu'on peut attendre de l'emploi des divers agents de la matière médicale, et partant une répartition plus intelligente des moyens d'action dont on dispose.

C'est ce qui ressort, en effet, de l'histoire particulière des hydropisies, et de l'exposé que fait l'auteur des diverses méthodes de traitement qui leur sont applicables.

La distinction établie par M. Abeille en hydropisies par altérations des membranes séreuses, hydropisies par altérations des solides autres que ces membranes, en hydropisies par altérations du sang et hydropisies mixtes reconnaissant pour origine la combinaison de ces deux ordres de causes; cette distinction assise sur sa véritable base scientifique, l'étiologie, reçoit ici la sanction de la pratique. C'est effectivement sur ces chefs principaux que se fonde toute la thérapeutique des hydropisies. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'énumération des divers traitements que réclament les causes organiques si nombreuses et si diverses des hydropisies; ce serait s'engager dans le domaine de la pathologie presque tout entière. Mais nous puiserons volontiers dans les chapitres consacrés au traitement spécial de chaque espèce en particulier, quelques exemples propres à faire ressortir le soin avec lequel M. Abeille a su se tenir au courant de tout ce qui pouvait intéresser son sujet.

Tout en spécifiant à la fin de chaque chapitre les indications particulière à chaque espèce, M. Abeille a réuni en un chapitre unique sous le titre de *Traitement de l'Anasarque en général*, l'ensemble des préceptes pratiques relatifs au traitement résolutif ou palliatif des suffusions séreuses, et il a examiné la valeur de chacune des méthodes purgatives, diurétiques et diaphorétiques, groupées sous le titre commun d'*Hydragogues*. Il a saisi cette occasion d'exposer les effets thérapeutiques remarquables qu'il a reconnus à la gomme gutte.

M. Abeille a remarqué que, donnée à 30, 40, 50 centigrammes, la gomme gutte produit d'abord une purgation violente; mais si l'on en continue l'usage en élevant la dose, chaque jour, de façon à arriver à 1 gramme et 1,50, il semble qu'il s'établisse une tolérance de la part des organes digestifs qu'on n'observe dans aucune autre circonstance, si bien qu'après avoir provoqué 10, 15, 20 selles par 24 h. dès le début, il n'en suscite qu'une ou deux au bout de quelques jours; mais en même temps à l'action purgative se substitue une action diurétique des plus intenses. Cette tolérance d'une part et cette action diurétique ont paru à M. Abeille d'autant plus remarquables, qu'il les constatait sur des malades chez qui toutes les médications appropriées étaient restées sans effets. Quant à l'efficacité curatrice de cette médication, elle se traduit par la petite statistique suivante:

La gomme gutte a été employée après essais inutiles de diverses médications, dans 14 cas d'anasarque, dont 12 compliquées d'autres épanchements séreux et notamment d'ascite. 5 de ces anasarques étaient consécutives à la néphrite albumineuse chronique; 1 à la scarlatine; 1 à un état squirrheux de la rate et à une hypertrophie du foie; 2 à une cachexie tuberculeuse avec péricardite chronique; 2 à une cirrhose du foie avec hypertrophie du cœur; 3 à des lésions organiques du cœur. Sur ces 14 cas, 3 ont dû être mis hors de cause par intolérance du médicament. Sur les 11 cas restant, où l'action diurétique a été manifeste, il y a eu disparition complète de la suffusion séreuse chez 6 malades, et disparition temporaire seulement avec récidive à court terme chez 3 malades, et diminution considérable de l'épanchement chez les deux derniers.

Ces résultats sont certainement dignes d'attention. Mais il ne faut pas oublier que la gomme-gutte à dose simplement purgative a donné à plusieurs praticiens, à M. Rayer notamment, des résultats à quelques égards aussi remarquables. Il nous a été donné à nous-même d'obtenir une prompte résolution d'une anasarque générale avec ascite et double épanchement pleurétique, avec des doses répétées de gomme-

gutte qui n'ont jamais dépassé de 25 à 30 centigrammes par jour, et sans autre effet apparent que des évacuations alvines.

L'indication de la paracentèse dans l'ascite peut aujourd'hui, grâce à la détermination plus précise des causes organiques de l'épanchement intrapéritonéal, être formulée d'une manière plus rigoureuse qu'on ne le pouvait faire jadis. Jusqu'à quel point la paracentèse agit comme moyen curatif; dans quels cas elle ne fait qu'aider à la guérison; dans quels cas elle est simplement palliative; à quelle époque de la durée et à quel degré de l'épanchement on doit recourir à l'opération; dans quelles circonstances il convient de s'en abstenir, par la crainte des effets fâcheux d'une déplétion subite sur les forces du malade, c'est ce que M. Abeille a apprécié avec un grand sens pratique et d'après les données les plus saines de l'expérience. Nous ne pouvons nous arrêter sur ces détails dont nous recommandons la lecture aux praticiens; mais il est un précepte dans lequel se résument en quelque sorte tous les autres, et que sa brièveté autant que son importance nous fait un devoir de rappeler ici: « Du moment où la paracentèse est jugée utile, il faut se hâter de la pratiquer dès que la quantité de liquide est suffisante pour garantir les intestins de l'action du trois-quarts, et prendre toutes les précautions pour empêcher l'air de pénétrer dans l'abdomen. » Nous signalerons encore ici, en passant, le jugement plein de réserve porté par l'auteur sur les tentatives hardies de traitement des épanchements ascitiques par les injections irritantes, tentatives qui ne seront pas suffisamment justifiées par leurs succès, tant qu'on n'en aura pas établi l'innocuité.

Une question pleine d'actualité, toute vieille qu'elle est, question en débat depuis Hippocrate, et sur laquelle les opinions ne sont pas encore fixées, question qui intéresse enfin au même titre la chirurgie et la médecine, la thoracentèse ne pouvait manquer d'arrêter l'attention de M. Abeille. La ponction évacuatrice de la poitrine peut-elle être considérée comme un moyen curatif de l'hydrothorax? peut-elle être dangereuse par elle-même? Tels sont les deux points d'un intérêt immédiatement pratique qu'il a cherché à résoudre. Ainsi posée et avec les documents actuels de la science, cette question était-elle susceptible d'une solution catégorique? A en juger par la divergence d'opinion entre les hommes les plus considérables de la science, par la stérilité des débats académiques sur ce sujet, et l'indécision qu'ont laissée dans les esprits les discussions dont elle a été l'objet au sein de plusieurs corps savants, il semblerait qu'elle n'est pas plus avancée aujourd'hui que du temps d'Hippocrate; ce serait une erreur de le croire.

A quoi tient ce défaut d'accord sur un point aujourd'hui expérimentalement résolu? M. Abeille nous paraît en avoir parfaitement saisi la raison, et en signalant la difficulté, il a eu l'avantage de chercher où ils sont les véritables éléments de sa solution. La thoracentèse est-elle par elle-même une opération inoffensive? Il est évident que la réponse est tout entière dans le choix des procédés: Qu'une méthode vienne à garantir des accidents produits par l'accès de l'air dans la plèvre, et la question n'est plus une question de nocuité ou d'innocuité, mais une question d'opportunité. Cette solution, M. Abeille l'a trouvée toute faite, non point dans des vues spéculatives, mais dans des faits. C'est dans la méthode de M. J. Guérin (la ponction sous-cutanée exercée avec le trois-quarts et la pompe à succion), appliquée sous ses yeux vingt-deux fois avec une innocuité parfaite sur 20 malades, sauf un seul cas d'accident dû à des circonstances spéciales prévues, que M. Abeille a trouvé tous les éléments de cette solution. Mais la question d'innocuité résolue, reste à résoudre celle de l'opportunité de l'opération. Celle-ci était simplifiée de beaucoup par la solution de la première. Du moment en effet où il était établi que la thoracentèse sous-cutanée est une opération sans danger, il ne restait plus qu'à établir les conditions qui réclament son emploi et celles qui s'y opposent. Nous croyons devoir reproduire ici comme le meilleur résumé de ce chapitre la conclusion suivante, dans laquelle M. Abeille formule ainsi son opinion sur cette question:

« La thoracentèse doit être pratiquée toutes les fois qu'un épanchement double ou simple, mais vaste, ayant résisté à tous les moyens mis en usage, compromet la vie du malade d'une manière prochaine ou éloignée. » Deux circonstances seules contr'indiquent, suivant M. Abeille, la thoracentèse; ce sont: d'une part l'existence d'une excavation tuberculeuse du poumon, surtout s'il existe une communication entre l'excavation et l'épanchement; et d'autre part l'existence de fausses membranes anciennes, solides, de consistance plus ou moins semi-cartilagineuse, ces pseudo-membranes pouvant devenir cause d'accidents graves à la suite de l'opération, soit en empêchant le déplissement du poumon, soit en entretenant béante l'ouverture thoracique.

Nous passerons sur l'histoire de l'hydropéricarde, de l'hydrocéphale, de l'hydrorachis et de l'hydrocèle, qui jurent quelque peu, pour le dire en passant, de se trouver ensemble; et nous arrivons à la dernière des hydropisies dont traite l'auteur, l'hydropisie des articulations ou l'hydarthrose. Deux modes de traitement sont particulièrement préconisés par M. Abeille dans l'hydarthrose: le traitement par le tartre stibié à hautes doses, impatronisé et chaudement prôné par M. Gimelle, et la ponction suivie de l'injection iodée. M. Abeille a réuni en faveur de cette dernière méthode 22 opérations pratiquées sur 20 malades (2 ayant dû être répétées), sur lesquelles il a constaté 12 succès. Une seule a été suivie d'un accident un peu sérieux, un flegmon diffus, mais qui n'a pas compromis la vie du malade. Ces résultats tendraient donc à démontrer l'efficacité de la méthode et jusqu'à un certain point son innocuité. Nous acceptons volontiers cette double conclusion. Mais on voudra bien nous accorder en retour le droit de demander si l'on est bien convaincu de l'utilité de l'injection iodée dans tous les cas dont il s'agit, et si, dans quelques-uns au moins, il n'y a pas lieu de penser qu'on eût aussi sûrement réussi avec de simples ponctions sous-cutanées aidées de la compression ou d'applications résolutives ou révulsives externes. Nous avons des motifs de croire que ce dernier procédé beaucoup plus simple réussirait, au moins dans un certain nombre de cas. Et dût-on réitérer la ponction, ce que son innocuité bien autrement certaine que celle de l'injection rendrait très-facile, nous aimerions mieux encore courir cette chance que celle, si minime qu'elle puisse paraître, d'un accident sur 20 opérations.

Nous pourrions terminer ici cette analyse, et nous le ferions d'autant plus volontiers que jusqu'ici, sauf quelques négligences de rédaction et quelques défauts de méthode dans la coordination des nombreux matériaux mis en œuvre, nous n'aurions eu que des éloges à donner à l'auteur pour le soin avec lequel il a réuni dans ce livre des documents précieux pour l'histoire générale des hydropisies et pour le talent d'observation clinique dont il a fait preuve dans ces intéressantes recherches. Mais on ne sait trop pourquoi à côté des hydropisies, qui, bien que comprenant déjà elles-mêmes des éléments pathologiques passablement disparates, et donnant lieu surtout à des considérations thérapeutiques d'ordres extrêmement différents, constituent après tout un groupe assez naturel par l'analogie du mécanisme de leur formation et de la composition du produit morbide qui en est le résultat; on ne sait trop pourquoi, dis-je, à la suite de ces hydropisies, M. Abeille a cru devoir faire l'histoire des kystes. Sans doute il y a entre les kystes et telles hydropisies circonscrites, entre les kystes à contenu séreux tels que les kystes ganglionnaires et certaines hydropisies articulaires par exemple, entre l'ascite et les kystes intrapéritonéaux tels que les kystes ovariques, plus d'un point d'analogie qui peut en rendre le rapprochement utile, soit sous le point de vue de leur communauté d'origine, soit sous le rapport du diagnostic différentiel. Mais à part ces quelques points de contact qui justifieraient de bien autres rapprochements encore, et si l'on considère le point de vue général sous lequel ont été envisagées les hydropisies au commencement de cet ouvrage, dans ce qu'elles ont de commun au double point de vue étiologique et symptomatologique, on cherche en vain l'intérêt qu'il pouvait y avoir à rapprocher deux ordres d'affections aussi dissemblables. C'est en quelque sorte une nouvelle série de monographies greffées sur une première, ou si l'on veut deux ouvrages en un seul volume. Ce plan accepté, nous ne ferons aucune difficulté de reconnaître que dans l'histoire tant générale que particulière des kystes, qui ne renferme pas moins d'une trentaine d'espèces différentes, comme dans celle des hydropisies, M. Abeille s'est montré partout observateur scrupuleux, praticien habile, également au courant des connaissances médicales et chirurgicales que comportait l'étude de ces deux sujets. En résumé son livre, nonobstant quelques-uns des vices de forme que nous avons signalés, est une œuvre de médecine clinique considérable, qui laissera sa trace dans l'histoire des progrès modernes de la médecine, et les importants documents qu'il renferme devront désormais être consultés par quiconque voudra s'occuper encore de l'histoire des hydropisies.

H. Brochin.

— Deux de nos illustrations médicales les plus chères, MM. Orfila et Louis, ont été atteints de pneumonie grave. Au même temps que nous sommes heureux d'annoncer la convalescence de M. Louis, nous avons la douleur d'ajouter que la situation de M. Orfila continue à inspirer les plus vives inquiétudes.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

MORT ET OBSÈQUES DE M. ORFILA.

18 mars 1853.

La tombe vient de se refermer sur les restes d'un homme qui fut une de nos amitiés les plus précieuses et une des gloires de la médecine contemporaine. Le samedi 12 de ce mois, à sept heures et demie du matin, M. Orfila, à peine âgé de 66 ans, avait cessé d'exister. Le lundi, à onze heures, le corps médical de Paris tout entier, auquel s'était joint un nombreux concours d'illustrations appartenant aux sciences, aux lettres, aux arts, à la magistrature, à l'industrie, à toutes les classes élevées de la société, est venu rendre un dernier et éclatant hommage à l'ancien président de l'Académie, à l'ancien doyen de la Faculté, au créateur de la toxicologie, au savant médecin légiste, à l'administrateur supérieur, à l'illustre fondateur de l'Association des médecins de Paris, à l'homme éminent par les qualités du cœur, du caractère et de l'esprit. Nous n'avons plus à annoncer ni cette fin prématurée qui a jeté la consternation dans tous les esprits, ni cette magnifique et funèbre ovation dont la nouvelle, comme une consolation, s'est répandue d'un bout de l'Europe à l'autre. Mais si nous arrivons trop tard pour publier un événement qui a causé un deuil public et exprimer les regrets universels dont chacun porte le témoignage dans son cœur, c'est un devoir et un besoin pour nous de consacrer à cette dernière et noble page d'une existence où se comptent en si grand nombre les travaux éclatants, les actions utiles, les services rendus, quelques lignes dictées par la reconnaissance universelle et par notre reconnaissance particulière.

Les discours prononcés sur la tombe de M. Orfila, et que nous reproduisons plus loin, font connaître, dans leurs moindres détails, toutes les particularités de la vie de ce grand médecin. On y trouve rappelés, avec un soin religieux, les principaux actes qui ont illustré sa carrière comme professeur, comme administrateur, comme savant, et comme bienfaiteur de la profession. Riche nomenclature qui suffirait à illustrer presque une génération d'hommes d'élite. Ce sont là les faits intéressants de la biographie et de l'histoire de M. Orfila. Quoique connus de tous, on les relira avec un douloureux intérêt, au milieu des expressions de regret qui les entourent comme d'un cadre de deuil. Cette tâche a été noblement remplie, au nom de la Faculté, par M. le professeur Bérard; au nom de l'Académie, par M. Dubois (d'Amiens); au nom de l'Association des médecins de Paris, par M. Perdrix; au nom de l'École de pharmacie, par M. Bussy; au nom de la Société médicale d'émulation, par M. Barth; enfin, au nom des élèves, par M. Rouet; sans oublier M. de Salvandy, naguère chef de l'instruction publique, qui a publié les paroles éloquentes que l'état de sa santé ne lui a pas permis de prononcer. Les souvenirs pieusement rassemblés à ce moment suprême ont été comme autant de drapeaux victorieux qu'on a fait flotter sur le cercueil de cet illustre soldat de la science. Nous reproduisons avec bonheur cette éclatante et douloureuse légende. Mais si l'homme de bien, si l'homme utile, si l'infatigable savant a été célébré comme il le méritait, dans ses attributs extérieurs; si, au moment de se séparer de sa dépouille mortelle, on a voulu montrer une dernière fois à tous ce que tous avaient vu s'échapper de cette noble tête, ce que tous vaient vu sortir de ce regard plein de lumière et de feu, ce que tous avaient appris aux accents de cette voix vibrante et convaincue, on a laissé intact et convert le foyer d'où se sont échappés tant d'éclairs de vérité. Les sources de cette noble intelligence sont restées inexplorées sous les abondantes ondées qui les couvrent. Les liens par lesquels toutes les belles choses de la vie de M. Orfila se tiennent, s'enchaînent et ne font qu'une seule et belle chose, n'ont pas été recherchés. Il reste donc à faire revivre par l'idée l'homme dont l'existence matérielle vient de cesser. Cette tâche difficile, nous ne renonçons pas à l'entreprendre, avec les réserves que commande notre insuffisance, mais aussi avec les excuses que mérite notre attachement pour une mémoire si digne et si chère. Toutefois, ce n'est pas au moment du tumulte et de l'agitation causés par une perte si récente qu'une semblable étude peut être tentée. Inspirée par une douleur recueillie, elle ne peut être adressée qu'à une douleur recueillie. Il faut laisser à l'âme le temps de reprendre son alliance avec l'esprit, pour obtenir d'elle la faculté de reconstruire et de faire comprendre toute la personnalité intellectuelle et morale d'Orfila.

Mais dans cette manifestation si élevée et si douloureuse de l'opinion publique, manifestation qui a dépassé même les espérances des amis d'Orfila, quel dédommagement aux ennuis d'une vie ardente et agitée! Et quelle satisfaction vive n'éprouvons-nous pas à en faire ressortir ce qu'elle renferme d'enseignement utile pour la science et de consolation pour le savant! Hier encore les inimitiés suscitées par des froissements d'opinion, de position et d'intérêt, les rivalités entretenues par un levain de jalousie qui ne fait jamais défaut à quiconque marche et s'élève, grondaient sur le seuil de M. Orfila. Quel changement subit à la nouvelle de sa mort! L'opinion publique, qui semblait être restée indifférente et silencieuse, se réveille et se révèle. Et en même temps qu'elle couronne tout haut l'homme que la veille elle laissait livré aux appréciations dénigrantes, elle semble rejeter à un demi-siècle de distance ceux qui tenaient encore cette gloire en échec; car nous les avons vus de près, nous les avons entendus de nos oreilles ces tuteurs de la renommée, qui l'empêchent de se commettre avec des supériorités trop jeunes ou trop discutées. M. Orfila était du nombre de ceux qu'ils ne trouvaient ni assez calmes, ni assez reposés, ni assez stériles pour cette union. Lui-même, tout pénétré qu'il devait être des immenses progrès imprimés par lui à la science, des éclatants services rendus par lui à la profession, tout ému qu'il se sentait de l'émotion causée par ses récentes libéralités en faveur de la médecine et des médecins, ne pouvait se défendre de secrètes inquiétudes et de vagues appréhensions. Soldat couvert de nobles cicatrices, il ne se croyait pas à l'abri de nouvelles blessures; et dans un dernier épanchement intime, il nous avait laissé voir un atome d'amertume au fond de cette coupe de louange versée par la reconnaissance et l'admiration de ses confrères. Mais quelle compensation et quelle surprise enchanteresse pour cette âme ulcérée, si elle avait eu un avant-goût de cette réparation éclatante et improvisée! Nous ses élèves, nous ses amis, nous les continuateurs de son œuvre, recueillons pour le maître et l'ami le bonheur qui ne s'adresse plus qu'à son ombre! Apprenons que le jour de la justice est souvent bien près du jour de la persécution; ainsi que l'a dit le poëte: « La mort assiste presque toujours aux fiançailles du génie avec la gloire. »

JULES GUÉRIN.

Il faut rappeler le souvenir des obsèques de Dupuytren et de Broussais

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XVIII.

DES SÉPULTURES CHEZ LES ANCIENS ROMAINS, AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE ET DE LA MÉDECINE.

(Suite et fin. — Voir les numéros 6 et 11.)

A quelques milles de Rome, sur la voie Appienne, surgit le grandiose tombeau élevé à Cecilia Metella, femme du riche Crassus, vers l'an 700 de Rome. C'est une tour ronde de 100 pieds de diamètre, revêtue de gros blocs de travertin encore admirablement joints, et couronnée par une superbe frise en marbre blanc représentant des festons et des bucrânes; elle repose sur un soubassement carré, et sa hauteur totale est de 60 pieds. La chambre sépulcrale ne mesure que 30 pieds de diamètre, et les parois ont conséquemment tout autant et même plus d'épaisseur. A cette chambre, terminée jadis en voûte conique, aujourd'hui éboulée, on arrive par un étroit couloir qui a près de 40 pieds de longueur, et qui se fermait par une double porte, dont l'une extérieure, et l'autre située à 27 pieds de l'entrée. La solidité de ce tombeau est telle que, surmonté de créneaux au moyen âge, elle a servi de tour féodale, citadelle d'un manoir occupé successivement par les Gaetani, les Savelli, les Colonna, les Orsini, et que défendue en 1312 par Jean de Sabello, elle soutint un siége en règle contre l'empereur Henri, auquel elle ne se rendit que faute de vivres. Si cette imposante masse de pierre n'avait pas été concédée comme carrière d'exploitation en 1588, elle serait encore intacte aujourd'hui après plus de dix-huit cents ans, les injures des saisons glissant sans l'entamer sur ce grand rocher séculaire; mais les démolisseurs en ont jeté à bas une tranche, entamant un flanc et une partie du sommet.

Le tombeau de la famille Plantia, à l'entrée du pont de Lucano, en allant à Tivoli, a également servi de forteresse au moyen âge.

Le monument de Caïus Certius, aujourd'hui enchâssé dans les murs de Rome, appelle l'attention au même titre que celui de Cecilia Metella, c'est-à-dire comme construction d'une véritable crypte dont les épaisses parois étouffaient toutes les émanations. C'est une pyramide quadrilatère, toute revêtue de marbre blanc; elle a 125 pieds romains de hauteur verticale, et chaque côté de la base en mesure 100 au niveau de la base du soubassement de travertin sur lequel elle repose. La chambre sépulcrale, dont on ignore l'entrée antique, n'a que 20 pieds de long sur 12 de large et 15 de hauteur. Ce grand monument, qui surpasse en élévation le quart de la pyramide de Chéops, fut bâti en trois cent trente jours, selon les désirs de Caïus Cestius, l'un des septemvirs des Epulons, en l'an 719 de Rome.

pour se faire une idée de la foule immense qui a voulu accompagner M. Orfila à sa dernière demeure. Dès dix heures du matin, le vaste appartement qu'habitait M. Orfila, les escaliers, la cour et la rue Saint-André-des-Arts étaient remplis d'une foule immense de médecins, d'élèves, de notabilités de tout genre dans les sciences, les lettres, les arts, la magistrature, l'armée. A onze heures précises, les professeurs de la Faculté de médecine en costume sont arrivés. L'Académie de médecine l'a bientôt suivie. Le cortége s'est mis en marche dans l'ordre suivant :

Les quatre coins du poêle étaient portés par M. Bérard, inspecteur général du haut enseignement; par M. P. Dubois, doyen de la Faculté de médecine; par M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, et par M. Bussy, directeur de l'École de pharmacie.

La famille du défunt suivait le char.

Puis venaient la Faculté, l'Académie, le bureau et la commission générale de l'Association de prévoyance, l'École de pharmacie, les professeurs de l'École d'application de médecine militaire du Val-de-Grâce, un nombre considérable de médecins et d'hommes distingués, parmi lesquels on remarquait M. de Salvandy, M. Thénard, M. Dumas, M. Saint-Marc Girardin, M. Chomel, M. Boulay (de la Meurthe), M Davenne, directeur de l'assistance publique, enfin les élèves en médecine, qui formaient une masse compacte et impénétrable.

Un bataillon de la garde nationale rendait les honneurs militaires au commandeur de la Légion d'honneur.

La vaste église de Saint-Sulpice n'a pas pu contenir tout le cortége. La messe a été chantée par la maîtrise de l'église, à laquelle s'étaient réunis les chœurs du Conservatoire de musique. (UNION MÉDICALE.)

Les obsèques de M. Orfila ont eu lieu aujourd'hui avec une grande solennité ; des fonctionnaires d'un ordre élevé, la Faculté tout entière, une députation de l'Académie de médecine, de l'École du Val-de-Grâce, nombre de personnages célèbres, une foule immense de docteurs et d'étudiants en médecine, remplissaient la vaste enceinte de l'église Saint-Sulpice. Des discours ont été prononcés sur la tombe de l'illustre défunt. M. Bérard, au nom de la Faculté, M. Dubois (d'Amiens) pour l'Académie de médecine, M. Perdrix pour l'Association de bienfaisance des médecins, dont M. Orfila était le fondateur; M. Barth pour la Société médicale d'émulation, ont loué tour à tour l'éloquent professeur, le savant médecin-légiste, véritable créateur de la toxicologie en France, l'administrateur habile ; ils ont loué également les belles et nobles qualités privées qui avaient conquis à M. Orfila de nombreuses et d'illustres amitiés dans la science, dans la littérature et dans la société.

Nos premiers peintres, sculpteurs et un grand nombre de musiciens se sont réunis aux corps scientifiques pour rendre les derniers devoirs à M. Orfila : c'est tout un hommage rendu à la science par les beaux-arts reconnaissants. On sait que M. Orfila avait en la plus grande estime les arts et les artistes. Ses salons étaient notamment le sanctuaire de la bonne musique ; aussi M. Auber a-t-il délégué à M. Leborne la direction des élèves du Conservatoire, qui ont chanté le *Pie Jesu* de M. Panseron. Le *Miserere* de M. Fétis a été interprété par MM. Poncbard père, Battaille, Jourdan, Charles Poncbard, Ricquier-Delaunay et Nathan, de l'Opéra-Comique. M. Lefébure-Wély tenait le grand orgue de Saint-Sulpice, et les artistes habituels des chœurs de cette église ont chanté la messe célébrée en l'honneur de l'illustre défunt. (CONSTITUTIONNEL.)

DISCOURS PRONONCÉS SUR LA TOMBE DE M. ORFILA.

DISCOURS DE M. BÉRARD, AU NOM DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

« Messieurs,

» Il appartenait au doyen de l'École de rendre hommage à la mémoire de l'ancien doyen, de l'homme illustre dont la dépouille mortelle vient d'être déposée dans cette tombe. Ce devoir pieux, le chef de notre compagnie l'avait accepté, lorsque j'ai demandé qu'il me fût permis de le remplir. Quel titre avais-je à cet honneur? Aucun. Mais la reconnaissance d'un disciple pour le maître qui l'a comblé de ses bienfaits, peut usurper un privilége qui devait être réservé au talent ; et maintenant, à l'aspect de cette foule nombreuse et consternée, qu'une même pensée a amenée dans le champ du repos, j'hésite. Je sais que ma parole ne pourra répondre à cette démonstration si éloquente de la douleur publique.

» La mort frappe sans relâche sur notre malheureuse compagnie; elle enlève coup sur coup à l'enseignement ses plus glorieux représentants : hier Richard, aujourd'hui Orfila ! Ah! cette perte est cruelle entre toutes celles qui ont porté le deuil dans nos âmes!

» Élèves des Écoles, venez avec nous pleurer sur cette tombe, pleurez!... Cette parole si claire, si instructive, si pénétrante, vous ne l'entendrez plus! Pleurez!... Ce maître que vous chérissiez, et qui mettait son bonheur à orner votre intelligence, vous l'avez vu pour la dernière fois.

» Et vous, membres du corps médical, vous aussi, amis d'Orfila, ne vous séparez pas de nous à ce moment suprême, vous accorderez quelque témoignage de sympathie à l'expression de nos regrets, car nul ne se préoccupa plus que lui des intérêts moraux et professionnels des médecins, nul ne fut plus accessible aux charmes de l'amitié, nul ne fut plus fidèle à son culte.

» Qu'il me soit permis de retracer en quelques mots les principaux accidents de cette vie si dignement, si utilement remplie.

» Messieurs, il y a bientôt un demi siècle qu'un jeune homme aux traits réguliers, à la physionomie intelligente et fine, quittait son pays natal pour venir à Paris entendre les leçons de quelques-uns des professeurs qui y brillaient à cette époque, et dont la réputation était devenue européenne. Il était dans l'avenir de ce jeune étranger de créer une science nouvelle, de jeter un éclat sans égal dans l'une des chaires de l'École de médecine de Paris, d'être placé à la tête de l'administration de cette École, d'enrichir ses collections anatomiques et de la doter de cliniques nouvelles, d'organiser une partie de l'enseignement médical en France, de prendre part aux graves délibérations de l'administration des hôpitaux de Paris, de siéger dans le conseil supérieur de l'instruction publique, de fonder une Société secourable pour les médecins tombés dans la détresse ou pour les familles de ces médecins, de servir encore la science et l'humanité en instituant, de son vivant, des legs d'une singulière munificence. Il lui était réservé de connaître tout ce que les honneurs dignement conquis, les louanges méritées ont de plus enivrant ; mais il lui était réservé aussi de boire à cette coupe amère que l'adversité tient en réserve à côté des heureux du jour!

» Ce jeune homme c'était Orfila ; il était né à Mahon (île Minorque), le 24 avril 1787.

» Les circonstances qui avaient préparé son départ pour la France montrent déjà cette nature exceptionnelle, cet amour de la science, ce goût passionné pour le vrai, qui le distinguèrent dans le reste de sa carrière. A Mahon, on vent le former à la *dispute*, mais il s'en dégoûte, il sent qu'on fausse son esprit, et que la science doit reposer sur des bases plus solides ; à Valence, en 1804, son maître lui enseigne *que l'air et l'eau sont des éléments!* Mais les noms des

---

Les deux mausolées les plus fameux de Rome étaient celui d'Adrien et celui d'Auguste. Celui-ci, vaste rotonde, égale au dôme du Panthéon ou à celui de Saint-Pierre, entourée de quatorze chambres sépulcrales, était une véritable hypogée, un tumulus, grâce à la montagne de terre sous laquelle on l'avait enfoui. Des arbres croissaient sur cette hauteur artificielle, qui servait de promenade et se terminait par la statue équestre de l'empereur. Le soubassement de ce tombeau avait 225 pieds sur chacune de ses faces. Manoir feodal au moyen âge, le mausolé d'Auguste sert aujourd'hui de cirque et d'amphithéâtre à l'usage des écuyers et des saltimbanques.

Mais le monument qui donne la plus vaste idée de la solidité et du grandiose de ce genre de construction, c'est sans contredit le mausolée d'Adrien, appelé aujourd'hui môle ou fort Saint-Ange. A Nerva, dernier empereur qui avait trouvé place au mausolée d'Auguste, succéda Trajan, qui fut enseveli sous la colonne qui porte son nom. Adrien construisit une nouvelle nécropole impériale, immense tour ronde dont le soubassement carré a 275 pieds de face, et qui ellemême aujourd'hui, malgré les arrachements barbares qui l'ont dégradée, a encore 200 pieds de diamètre. Elle était entièrement revêtue de plaques de marbre et ornée de pilastres surmontés d'un riche entablement. Des groupes équestres et des centaines de statues garnissaient la tour et le soubassement. Un char pouvait monter jusqu'au sommet par une rampe peu rapide en spirale qui s'enroulait dans l'épaisseur massive du monument; cette rampe aboutissait vers le centre du pâté, à une petite chambre sépulcrale dans laquelle on a trouvé la magnifique et gigantesque urne de porphyre, dont le couvercle sert aujourd'hui de fonts baptismaux à Saint-Pierre. Pour le dire en passant, la main impie du fanatisme a souillé les urnes les plus sacrées pour en disperser la poussière au vent. Ainsi, lorsque l'on découvrit, en 1780, le sépulcre des Scipions, les ossements de cette vieille race de héros furent dispersés sur la terre, et ces nobles dépouilles fussent restées mêlées aux débris immondes des brutes, si une main pieuse ne les eût recueillies et transportées loin de Rome. Trop vraie parole de Scipion mourant dans l'exil : Ingrate patrie, tu n'auras pas mes os, puisque, après vingt siècles, sa patrie semble encore répudier les glorieux restes de cette race héroïque !

Pour donner une juste idée de la solidité et de la masse du mausolée d'Adrien, nous ajouterons que cet indestructible rocher sert, depuis des siècles, de citadelle à Rome. C'était l'inexpugnable repaire d'où de nobles brigands s'abattaient sur le peuple et faisaient la guerre aux papes. C'est là que la trop fameuse Marosie usa trois maris au métier difficile de rechercher la souveraineté de Rome; c'est là encore que plusieurs papes, enlevés par leurs rebelles feudataires, gémirent emprisonnés ou périrent par la faim, la corde ou le poison. Je ne sais combien de siéges soutint cette citadelle romaine, depuis celui où les gens de Bélisaire, à court de munitions, écrasèrent les Goths en précipitant sur eux les statues de marbre dont les arts déplorent aujourd'hui la perte. Contre ses murs bien des efforts échouèrent, voire même ceux de l'empereur Frédéric, en 1167. Le peuple, las enfin d'être pillé et exploité par les nobles, et voulant détruire leurs repaires, décréta, au commencement du XIVe siècle, sa démolition, qui avait été déjà tentée en vain en 1191 ; mais le vieux rocher d'Adrien résista, son écorce seule fut écorchée.

On va bientôt voir, quand nous aurons parlé de la voie Appienne, que ces des-

Lavoisier, des Berthollet, des Fourcroy, avaient franchi les limites de la France. Orfila s'était procuré leurs livres et avait cessé d'écouter son maître. Cependant, l'Université de Valence était accusée d'insuffisance, et on menaçait de la supprimer. Elle annonce une sorte de tournois scientifique entre ses élèves et ceux des Universités voisines. Orfila s'y présente, il fait triompher cette Université qui ne lui avait rien enseigné, et ce maître qui, dans sa candeur, demandait à son élève : Qui donc vous a appris tout cela? Le bruit de ce succès se répandit, et bientôt la junte de commerce de Barcelone envoyait en France le jeune Orfila, à titre de pensionnaire, pour y étudier la chimie dans ses applications à l'industrie et aux arts. Mais la guerre allumée entre la France et l'Espagne, une guerre longue et acharnée, interrompit les communications entre la junte et son jeune pensionnaire. Et lorsque plus tard, celui-ci, mû par un sentiment d'exquise délicatesse, mettait à la disposition de ses anciens protecteurs ces trésors de la science qu'il avait amassés dans notre pays, la junte ruinée et disloquée ne pouvait plus donner suite à ses projets, mais déjà la France avait adopté cet enfant de l'Espagne. Que de séduction n'offrait-elle pas à un jeune homme avide de s'instruire! Vauquelin l'avait introduit dans son laboratoire, Fourcroy lui avait confié le soin de préparer pour lui quelques leçons de chimie organique.

» Bientôt Orfila ouvre un amphithéâtre particulier, il y donne des leçons de chimie, de médecine légale et même d'anatomie. C'est dans ce modeste laboratoire qu'il va jeter les fondements d'une science nouvelle, la *toxicologie*.

» Désormais la justice ne restera plus désarmée ou plutôt incertaine, hésitante devant le crime. Des réactions subtiles indiqueront les traces les plus fugitives du poison versé par une main criminelle; elles en décèleront la présence, alors même qu'il sera masqué par les aliments ou les boissons; elles les poursuivront dans les humeurs animales et jusqu'au sein de nos tissus.

» Désormais aussi plus d'un meurtrier reculera devant la perpétration d'un crime qu'il n'aura plus l'espoir de dissimuler. Pas un des livres publiés avant la toxicologie d'Orfila ne donnait la moindre idée des procédés délicats inventés par cet habile expérimentateur. On savait chercher certains poisons dissous dans l'eau distillée; mais étaient-ils mélangés au vin, au lait, à la bile, au bouillon, on ne les retrouvait plus. Il suffirait d'une telle découverte pour la gloire d'un savant, elle lui donnerait encore des titres incontestables à la reconnaissance de la société.

» Ce n'était que le prélude des succès qui attendaient M. Orfila. Sur la proposition de Hallé, l'auteur de la toxicologie avait pris place parmi les membres correspondants de l'Institut, et peu de temps après l'École ouvrait ses portes à celui qui devait captiver, sans jamais la fatiguer, l'attention des générations d'élèves qui se sont succédé depuis 1819 jusqu'à 1853.

» Les circonstances de sa nomination lui font trop d'honneur pour que je me résigne à les passer sous silence. Le jour de l'élection, Hallé, souffrant et bien près de la tombe, se fait transporter à l'École. Chacun s'étonne et s'apprête à féliciter l'illustre malade de l'amélioration survenue dans sa santé « Ne vous » y trompez pas, dit-il en prenant place, je ne suis pas mieux, mais je n'ai pas » voulu laisser échapper une occasion de rendre service à la Faculté en venant » voter pour M. Orfila. » Sur quoi le vénérable Boyer, prenant la parole : « J'étais » irrésolu, dit-il, je ne le suis plus, et je voterai aussi pour M. Orfila. » Quelle nomination fut jamais mieux justifiée! Quel succès égala jamais ce succès inouï dans les fastes de l'enseignement!

» Les envieux (et depuis longtemps déjà Orfila avait mérité d'en rencontrer) se demandaient si, pour ce toxicologiste célèbre, la médecine légale ne serait pas réduite à l'histoire des poisons. Orfila débute; le vaste amphithéâtre de la Faculté ne peut suffire à la foule venue pour l'entendre. Il choisit pour sujet de ses premières leçons un point de médecine légale étranger à la toxicologie. Le lendemain, les auditeurs étaient revenus à la leçon. Les jours suivants, l'amphithéâtre était encore plein; il en fut de même pendant toutes les leçons du semestre, et pendant les quatre années que M. Orfila professa la médecine légale et pendant les vingt-neuf ans qu'il consacra à l'enseignement de la chimie médicale! On se demande le secret d'une telle fortune professorale. Ne le cherchez pas dans l'élégance prétentieuse et châtiée du langage ni dans la pompe du discours, l'élève pourra venir pendant quelques séances pour entendre un professeur éloquent, mais il l'abandonnera s'il n'est qu'éloquent. Instruire, voilà tout le secret d'obtenir l'assiduité d'un auditoire. C'était le secret de M. Orfila, il visait à la clarté du langage et non à arrondir une phrase; il savait à propos sacrifier les superfluités, les choses accessoires, pour développer les parties fondamentales d'une question; il était méthodique, mais il ne tombait pas dans l'excès des divisions et subdivisions scolastiques; pour chaque proposition il donnait la démonstration expérimentale lorsque celle-ci était possible, car il savait qu'une expérience grave mieux un fait dans la mémoire qu'une simple description orale. Son élocution était facile; sa voix, bien timbrée et puissante, pénétrait dans toutes les parties de l'amphithéâtre; il s'animait, se passionnait parfois dans ses démonstrations, sans jamais cesser de se posséder. La mémoire, cette faculté si injustement dépréciée, si indispensable au professeur, n'était jamais en défaut chez M. Orfila.

» Joignez à ces avantages des traits nobles et expressifs; l'âge semblait ajouter chaque jour à leur distinction, sans rien enlever à leur charmante régularité.

» Voilà bien des éléments de succès, et ce n'est pas tout encore. La science faisait de nouveaux progrès, et cependant M. Orfila voulait en présenter chaque année le tableau complet aux élèves; il portait à cinq quarts d'heure la durée de ses leçons, et multipliait celle-ci vers la fin du semestre, au point d'en élever le nombre à 80 au lieu de 60. Pardon, messieurs, pour la simplicité de ces détails, mais ils peignent mieux le professeur que je ne pourrais le faire en un autre langage, et ils avivent chez les élèves qui m'écoutent le sentiment de la perte irréparable qu'ils ont faite.

» Quelle ambition ne serait satisfaite d'une telle carrière dans le professorat? Orfila ne rêvait pas d'autre gloire. Mais son mérite allait appeler sur lui les honneurs, et avec eux, mais dans un avenir encore lointain, les soucis cuisants qui en sont trop souvent le cortége. Je ne sais s'il avait désiré le décanat, mais à coup sûr il ne l'avait pas demandé. L'histoire de sa promotion n'offre pas moins d'intérêt que celle de son élection au professorat.

» La révolution de 1830 avait rendu à la Faculté les professeurs frappés par l'ordonnance de 1822. L'illustre Antoine Dubois, promu au décanat, mais peu désireux de le conserver, pria M. Orfila de l'accompagner au ministère pour y traiter d'une affaire administrative. A peine ils sont entrés dans le cabinet du ministre, que M. Dubois s'exprime en ces termes : « Monsieur le ministre, je » suis âgé, peu jaloux de conserver des fonctions administratives, je viens vous » prier d'accepter ma démission de doyen. Permettez-moi de vous présenter » M. Orfila, pour qui je demande la place vacante. » Le lendemain, la nomination de M. Orfila était signée. Voilà une nouvelle phase dans la vie de notre collègue. Il va devenir administrateur; il restera toxicologiste habile, car il a travaillé jusqu'à son dernier jour au perfectionnement de la science qu'il avait créée. Les soins du décanat ne compromettent point la régularité de son enseignement, car, avant tout, il est professeur; rien ne peut balancer dans son cœur le prix qu'il attache à la reconnaissance des élèves; et s'il veut imposer à ses collègues l'exactitude dans l'accomplissement de leurs devoirs, il sait qu'il doit leur en donner l'exemple. Son activité suffira à tout. Les cours seront faits désormais avec régularité; les examens deviendront sérieux; les élèves prendront exactement leurs inscriptions. A la place de ce bâtiment mesquin, hideux, désigné sous le nom de *clinique* sur les affiches des cours, et qui n'en avait que le nom, va s'élever une construction élégante, régulière, spacieuse, où seront installées deux véritables cliniques, l'une de chirurgie, l'autre d'accouchements; institution précieuse, où des médecins de toutes les parties du monde viennent aujourd'hui recueillir avec nos élèves les leçons du fils d'Antoine Dubois. Des salles de dissection nouvelles ont remplacé ces réduits fétides et insalubres, où les plus laborieux de nos élèves compromettaient leur santé. Enfin la création du musée Dupuytren et d'un jardin botanique, la transformation de nos galeries où se trouvent accumulées aujourd'hui tant de richesses : voilà les

---

criptions ne sont pas oiseuses au point de vue de l'hygiène publique.

Sans doute un certain nombre de tombeaux se trouvait dans l'enceinte de la ville, malgré les lois, à cause des exceptions admises, et bien plus encore par suite de l'extension successive de la muraille d'enceinte; mais la plupart garnissaient les voies romaines, à partir des portes, notamment les voies Appienne, Latine, Flaminienne, etc. La *via Appia*, sur une longueur de 12 milles, de Rome à Albano, étoit une véritable rue de morts, où les tombeaux, pressés les uns contre les autres, se succédaient sans interruption des deux côtés. Nibby a compté 200 tombeaux hors de terre, dans ce trajet; les fouilles ordonnées par Pie IX démontrent qu'il y en a plusieurs milliers. Dans tous ces tombeaux, dont un grand nombre fastueux, on reconnait toujours les mêmes principes : d'épaisses murailles et des clôtures hermétiques isolent complétement les cadavres et donnent les bénéfices de l'ensevelissement souterrain. De solides sarcophages de tuf, de travertin ou de marbre reçoivent les cadavres et se referment soigneusement sur eux, et ces sarcophages sont eux-mêmes recélés par des chambres sépulcrales ménagées dans la maçonnerie massive. Il y a plus : quelques sépulcres n'ont pas de caveau central, et l'urne funéraire figure comme une pierre perdue dans la masse des autres matériaux; tel est le tombeau du boulanger Eurysacès, à la porte Majeure.

Le long de la voie Appienne, si intéressante aujourd'hui surtout, on remarque un certain nombre de grands *tumuli* artificiels, entre autres deux, fort considérables, situés en face l'un de l'autre. Le visiteur s'arrête ordinairement à la *casa tonda*, immense tombeau en forme de tour ronde, sur la plate-forme de laquelle on a bâti une maison d'exploitation et planté un verger de vingt oliviers! Les portes des sépulcres ne s'ouvraient jamais sur les voies, mais du côté des champs; sur la route, une inscription indiquait les noms et les qualités des individus inhumés, et, selon la belle expression de Varron, rappelait aux passants qu'ils payeraient un jour leur tribut à la mort : *Et ideo secundum viam, quo prætereuntis admoneant et se fuisse et illos esse mortales.*

Ces détails n'ont pas besoin de commentaires; il en ressort bien évidemment que, grâce aux principes qui présidaient à la construction des sépultures dans l'ancienne Rome, aucun inconvénient pour la salubrité publique ne pourait résulter de l'existence de tombeaux sans substructions, dans l'intérieur de la ville et à ses portes le long des voies.

Le mode de sépulture qui nous paraît digne, entre tous, de mériter l'attention du médecin et de l'économiste, c'est le *columbarium*. On appelle ainsi des caveaux dont les murailles sont creusées, comme un colombier, de niches ordinairement demi-circulaires destinées à recevoir les urnes cinéraires. Sur la voie des tombeaux, à Pompei, on nous a montré un petit *columbarium* appelé Tombeau des Gladiateurs; le sépulcre de Virgile, sur la grotte de Pausilippe, à Naples, n'est autre chose qu'un *columbarium;* nous avons aussi rencontré de pareilles sépultures sous la colline de Bauli, près du cap Mysène, le long de la rampe où Virgile place les Champs-Élysées; mais c'est Rome qui possède les *columbaria* les plus vastes et les mieux conservés. Le plus remarquable était celui qui a été découvert, en 1721, sur la voie Appienne, et dont Gorius nous a laissé une description complète. Il contenait, dans ses niches demi-circulaires, les cendres de 1,500 individus; il était destiné aux gens de la maison de Livie, femme de l'empereur Octavien Auguste. On n'a pas respecté ce monument si digne

fruits de l'administration de M. Orfila. Plusieurs fois, pendant une période de dix sept ans, la Faculté exprima par ses votes qu'elle était reconnaissante des efforts du doyen. M. de Salvandy, qui les avait généreusement encouragés, voulut les récompenser ensuite en donnant au musée anatomique de la Faculté le nom de l'administrateur habile qui lui avait fait subir une si heureuse transformation.

»Dans le conseil des hôpitaux, où M. Orfila avait été appelé, il donnait chaque jour de nouvelles preuves de ce tact exquis, de cette entente des affaires, de ce bon sens pratique, qui formaient le caractère de son administration. L'existence des cliniques, la pratique des autopsies pouvaient devenir et devenaient parfois l'occasion de conflits entre le conseil des hospices et la Faculté. Le doyen apportait dans ces débats un esprit de conciliation qui n'excluait pas la fermeté, et on le vit dans une occasion envoyer au ministre de l'intérieur sa démission, qui ne fut pas acceptée.

»L'Académie de médecine n'a point perdu le souvenir des luttes que M. Orfila a dû soutenir dans son sein. Naguère encore, son argumentation précise, nerveuse, méthodique, nourrie de faits, jetait à flots la lumière et fixait l'opinion de l'assemblée sur une des plus hautes questions que l'Académie ait eu à résoudre. Mais une voix éloquente vous dira bientôt ce que fut M. Orfila dans les discussions de l'Académie, et comment, élevé au fauteuil de la présidence, il y apporta cet art suprême et délicat de diriger les délibérations d'une assemblée. C'est à un autre ami d'Orfila que je laisserai le soin de dire ce qu'a produit la Société de prévoyance fondée par l'ancien doyen. Une pensée charitable et généreuse, nouvelle forme de cette sollicitude active avec laquelle il embrassait les intérêts du corps médical!

» Enfin Orfila avait gravi l'échelon le plus élevé dans la hiérarchie universitaire. Le roi l'avait appelé dans le conseil supérieur de l'instruction publique. Ce fut alors qu'il organisa les Écoles préparatoires et fit goûter au ministre ces réformes intelligentes qui devaient rendre les examens plus probants et rebausser la valeur du diplôme de docteur en médecine.

» Quelle belle vie, messieurs, et que cette félicité est bien méritée! Il semble que l'âme se repose doucement en voyant cette récompense anticipée accordée au travail et au noble emploi des facultés de l'esprit! Cette félicité, Orfila ne la devait pas seulement à ses succès dans la carrière des sciences, de l'enseignement et de l'administration. L'amitié avait embelli sa vie. Ce serait un touchant épisode que le récit de ses liaisons avec un jeune artiste de son pays et une famille distinguée qu'il avait connue à Nantes. Passionné pour les arts, il avait uni son sort à une jeune personne aussi remarquable par ses talents que par les grâces de son esprit et l'amabilité de son caractère. Son salon était le rendez-vous d'une société d'élite, dans laquelle il avait étendu le cercle de ses amitiés.

»Qui n'eût porté envie à cette existence? Mais avant de prononcer sur le bonheur d'un homme, il faut attendre sa mort. La révolution de février éclata. L'un des premiers actes du nouveau gouvernement fut la destitution du doyen de la Faculté de Paris. Les infortunes s'enchaînent comme les événements heureux. Après avoir remplacé le doyen, on le tourmenta sur les actes de son administration

»Orfila ne voulut pas répondre. Les merveilles qu'il avait fait éclore dans l'intérêt des études étaient là, et répondaient pour lui. Elles exciteront encore la reconnaissance des élèves et des hommes de science, lorsque depuis longtemps sera effacé le souvenir des tristes débats qu'elles ont provoqués.

»Il parut supporter avec une fermeté stoïque la nouvelle position qui lui était faite. Mais qui oserait calculer les ravages qu'un tel effort pouvait produire dans une organisation vigoureuse, chez un homme passionné, habitué au pouvoir depuis longues années, et pour qui la louange était devenue une sorte de besoin, tant il l'avait souvent commandée par les bienfaits de sa gestion?

»Orfila chercha une diversion à de pénibles pensées dans les succès d'enseignement qu'il a obtenus jusqu'à sa dernière leçon, dans l'affection des élèves, qui ne lui a jamais manqué, dans la société de ses amis, qui tous s'étaient pressés autour de lui dès que l'infortune l'avait frappé. Mais à cette nature active il fallait encore un autre aliment, il le chercha, il le trouva dans les douceurs de la bienfaisance. On sait la munificence des legs qu'il a destinés à l'École de médecine, à l'Académie et à d'autres établissements. D'un bout de la France à l'autre, les médecins ont accueilli par leurs acclamations cet acte d'une libéralité qui aura peu d'imitateurs.

»Messieurs, je ne sais quel triste pressentiment m'assiégeait lorsque j'entendais M. Orfila annoncer qu'il donnait *de son vivant*, pour surveiller et diriger l'exécution de ses volontés; il me semblait voir dans ce langage trop confiant une sorte de défi jeté à la destinée humaine; hélas! la mort devait frapper le fondateur avant la réalisation légale du bienfait. Ces adresses de félicitations que la province lui fait parvenir encore aujourd'hui, c'est sur sa tombe qu'il faudra les déposer!

»Orfila avait fait leçon la veille du jour où il a pris le lit pour ne plus s'en relever; cette dernière leçon l'avait singulièrement fatigué; mais il avait eu le courage d'aller jusqu'au bout; c'était la mort du soldat sur le champ de bataille. Son poumon droit s'était pris d'emblée; l'affection s'offrit de suite avec un caractère de gravité qui en fit présager l'issue funeste.

»Le bruit qu'Orfila est en danger se répand dans Paris. De tous côtés on se porte à sa maison: amis, médecins, élèves; ceux qui arrivent interrogent avec anxiété la physionomie de ceux qui sortent. Pour exciter une telle sollicitude, il fallait qu'il y eût chez Orfila autre chose encore que les qualités de l'homme public et du savant. Demandez à ceux qui l'ont vu dans son intérieur, ils vous diront comment Orfila savait se faire aimer. Un caractère égal, une douceur inaltérable, de la gaîté, des dispositions bienveillantes, faisaient trouver dans son commerce un charme tout particulier.

»La situation d'Orfila empira. Je n'essayerai pas de peindre la douleur d'une famille éplorée, le dévouement et le courage de la compagne de sa vie.

» Il avait demandé et reçu, trente-six heures avant sa mort, les secours de la religion. Le samedi, à sept heures et demie du matin, il rendait le dernier soupir.

»Mais le nom d'Orfila ne sera pas rayé de la liste des médecins français; déjà la Faculté de médecine de Paris a conféré le titre de docteur à un neveu de notre grand toxicologiste. Il portera dignement, j'en juge par ses premiers travaux, le nom de l'homme célèbre auquel il a prodigué, pendant ces tristes journées, tous les soins de la piété filiale.

»Orfila! maître vénéré! tu m'as accueilli dès mes premiers pas dans la carrière que tu avais parcourue avec tant d'éclat; tu as soutenu mon courage dans ces luttes difficiles qui devaient un jour me faire asseoir à tes côtés; tes bontés pour moi furent inépuisables; reçois avec indulgence ce témoignage bien imparfait de ma reconnaissance.

» Adieu, Orfila! adieu! »

DISCOURS DE M. DUBOIS (D'AMIENS), AU NOM DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

« Messieurs, l'Académie de médecine tout entière se sentira cruellement frappée dans la personne de M. Orfila.

» Elle vient de perdre un de ses plus illustres membres, un de ses plus beaux ornements.

» Cette lumière tout à l'heure encore si vive, si resplendissante, vient de s'éteindre à jamais.

» Aussi, messieurs, dans ce profond accablement où nous plonge une mort aussi soudaine qu'imprévue, dans cette consternation générale, les paroles que je vais faire entendre au nom de l'Académie ne seront-elles que l'expression d'une douleur commune et comme la première explosion des regrets de tous ceux qui ont connu M. Orfila.

» Ce dernier coup, messieurs, ravive pour ainsi dire toutes nos douleurs. Dans le court espace de moins d'une année, nous avons vu successivement tomber autour de nous MM. Rochoux, Récamier, Dizé, Castel, Réveillé-Parise, Richard,

---

d'intérêt, dont on ignore même aujourd'hui la place précise, mais dont beaucoup d'inscriptions sont conservées au Vatican. Le marquis de Campana, protecteur et savant ami des arts et de l'antiquité, ayant découvert en 1830, près de l'ancienne porte Latine, un *columbarium* intact, orné encore de fresques gracieuses et fraîches, garni de cippes, d'urnes, de sarcophages, embelli par des chapelles et des bas-reliefs en stuc, se fit un devoir de conserver chaque chose à sa place; de sorte qu'aujourd'hui on peut, pour ainsi dire, surprendre les habitudes romaines sur le fait. Ce monument, connu sous le nom de *Columbarium de Pomponius Hylas*, semble avoir été destiné à recevoir un petit nombre de personnes de distinction.

Non loin de là, existent deux autres grands *columbaria*, véritables cimetières, qui méritent toute notre attention. Ce sont de vastes caveaux qui occupent chacun un espace de 25 pieds en longueur comme en largeur, et dont l'élévation en atteint 35 ou 40. Chaque paroi est percée de 9 étages de niches, *loculi*, en forme de gueules de four, construites en voûtes à l'aide de petites pierres de travertin taillées avec le plus grand soin, et recouvertes de stucs et de peintures. Dans chaque niche on voit l'ouverture de 2 vases de terre, *ollæ*, maçonnés jusqu'à la gueule dans l'épaisseur de la cloison qui sépare les étages. Ces *ollæ*, de la capacité de 3 à 4 litres, sont les urnes cinéraires. On en compte, y compris celles qui sont engagées dans des sortes de plates-bandes, le long des murs, 1,200 dans un columbarium et 1,500 dans l'autre. Dans ces niches étaient rangés des vases de toute forme destinés aux libations et à recevoir les mets offerts aux dieux mânes. En regard de chaque *olla*, une inscription, *titulus*, rappelle le nom du défunt, ses titres, ses qualités, et bien souvent les regrets de ceux qui lui survivaient. On y retrouve presque les mêmes phrases que dans nos cimetières modernes; le cœur a eu le même langage à toutes les époques du monde et la voix de la douleur est toujours la même: *filio pientissimo; dulcissimæ conjugi; matri carissimæ; patrono indulgentissimo; conjugi benemerenti; sit tibi terra levis; hic est et non est; amorem habuit; ne tangito, o mortalis, reverere manes deos*, etc., etc. Parmi ces inscriptions touchantes nous en avons remarqué une, souvent répétée, qui nous a paru impertinente, c'est le regret des veuves à leurs maris, *indulgentissimi!*

Un très-petit nombre de niches, plus vastes et mieux ornées, contiennent un cippe de marbre ou un vase cinéraire de matière précieuse, ou encore un buste, un bas-relief; ce sont les sépultures des gens plus riches qui voulaient se distinguer du commun, ou des personnages auxquels leur mérite faisait décerner ces honneurs posthumes.

Les *columbaria* anciens étaient destinés soit à une famille, soit aux gens d'une grande maison, ou bien, cimetière, pour le public, recevaient les cendres de ceux qui achetaient une place, enfin, comme à Naples aujourd'hui, aux sociétaires d'une confrérie. Des deux *columbaria* que nous venons de décrire, l'un a toujours servi aux gens de l'impératrice Livie, et l'autre, fondé pour la maison de Pompée le Grand, reçut plus tard la même destination que le premier. Dans les cimetières construits dans un but de spéculation, les familles achetaient une ou plusieurs urnes, ainsi qu'on peut le lire sur les *tituli*, indiquant l'acquisition d'un nombre déterminé d'*ollæ*. Ces inscriptions spécifient que la sépulture était individuelle, *sibi*, ou destinée également à la famille, *sibi et suis*, et même qu'elle devait servir aux affranchis et à leur postérité, *sibi et*

Devilliers et Andral père. Une tombe était à peine fermée qu'une autre était ouverte. Puisse la mort se lasser de frapper dans nos rangs.

» C'est que lui aussi, M. Orfila, appartenait à cette génération qui nous a précédés dans la science.

» De soixante-dix membres nommés en 1820 pour composer l'Académie de médecine, cinq seulement restaient parmi nous : M. Orfila était un de ces glorieux débris, et il était le moins âgé des survivants, comme en 1820 il avait été le plus jeune de ses soixante-neuf collègues. Génération d'hommes éprouvés, éminents, qui sont tombés comme une moisson, afin de faire place à une autre,

» Telle est, messieurs, la destinée des êtres vivants. Mais, du moins, dans cette carrière semée de tant de débris, il est d'honorables souvenirs, qui se dressent pour ainsi dire devant les nouvelles générations, comme pour leur servir d'exemples et de guides. Il est de grandes mémoires qui surgissent du sein de cette poussière, comme pour l'ennoblir et commander nos respects.

Ainsi, messieurs, le nom de M. Orfila, le nom du créateur de la toxicologie, de l'éminent jurisconsulte médical, du grand et intègre administrateur restera à jamais parmi nous comme une des gloires les mieux acquises de notre temps.

» Vous me permettrez, messieurs, de remettre à une autre époque la tâche de vous exposer tous les incidents, toutes les phases de cette existence si laborieuse, si utile et si bien remplie ; de vous dire comment, né loin de la France, M. Orfila était d'abord venu, au nom de son gouvernement, compléter parmi nous ses études médicales ; comment, ayant fait ensuite de notre pays sa patrie adoptive, il y était resté pour le doter de ses nombreux travaux, pour se placer au nombre des classiques les plus renommés, et pour entrer dans ses écoles comme l'un de ses plus illustres professeurs.

» Et la France, messieurs, n'avait pas été ingrate pour lui pendant cette première partie de son existence ; nous l'avions vu arriver à une sorte de dictature médicale.

» Doyen de la Faculté de médecine de Paris, il était à la fois l'administrateur de ce grand corps et l'un des maîtres les plus suivis et les mieux écoutés.

» Successeur de Cuvier au conseil de l'instruction publique, il y défendait les intérêts du corps médical et veillait à sa dignité.

» Membre du conseil général des hospices, il y exerçait une tutelle active et bienfaisante sur tous les chefs de service.

» Membre de notre Académie, il participait à son administration, plaidait pour elle devant les tribunaux et l'éclairait de ses lumières dans les grandes discussions.

» Fondateur et président perpétuel de l'Association de prévoyance des médecins de Paris, il tendait à toutes les infortunes une main protectrice et secourable.

» Mais une grande catastrophe politique enveloppant M. Orfila dans le désastre général était venue le précipiter de cette haute position si justement, si noblement acquise.

» Il aurait pu, il aurait dû dès lors se reposer dans sa gloire, rester le professeur chéri des élèves, et contempler avec mépris l'ingratitude de quelques-uns et la malveillance de quelques autres.

» L'Académie, d'ailleurs, comme pour le venger d'odieuses persécutions, s'était empressée de l'élever à l'honneur insigne de la présider ; elle avait voulu montrer à tous que M. Orfila avait conservé l'estime de ses collègues et de tous les honnêtes gens.

» Mais, messieurs, il est de ces natures exquises et délicates qui, par cela même qu'elles aiment éperdument la gloire, qu'elles s'enivrent de triomphes longtemps disputés, se sentent mortellement blessées dès que viennent les jours de revers, d'injustice et de disgrâce.

» Et M. Orfila était de ce nombre. Le vautour, depuis 1848, était attaché à sa proie.

» Et cependant, messieurs, alors que par un triste retour des choses humaines il lui fut donné de mieux connaître les hommes qu'il ne l'avait fait peut-être au temps de sa prospérité, il s'était vu entouré de nouveaux et nombreux amis ; et ceux-ci étaient d'autant plus sûrs que, méconnus en d'autres temps, ils lui étaient venus quand il ne pouvait plus rien faire pour eux.

» Mais il n'a pu se consoler. En vain il en appelait lui-même à sa haute raison.

» En vain il avait répondu à l'expansive amitié et aux applaudissements des élèves par un redoublement de zèle et d'activité dans son enseignement ; en vain il s'intéressait plus que jamais à nos discussions académiques et il y prenait la plus grande part ; sa blessure restait saignante, et c'est de lui surtout qu'on aurait pu dire :

Hæret lateri lethalis arundo !

» Ses amis le voyaient dépérir avec une mortelle inquiétude, effrayés qu'ils étaient de ces alternatives de maladies soudaines et de rétablissements incomplets.

» Un voyage aux Pyrénées avait paru fortifier un moment cette constitution si douloureusement ébranlée.

» Et c'est surtout ici, messieurs, que nous devons admirer cette généreuse nature, ce noble caractère de M. Orfila. Lui aussi sentait le besoin de distraire son âme, d'arracher sa pensée à ces tristes et sombres préoccupations. Mais si d'autres, pour cela, en appellent à des excès que le plus souvent on ne pourrait avouer, lui va se jeter dans des *excès* inouïs de désintéressement, de bienfaisance et de philanthropie.

» De son vivant, il conçoit et réalise l'idée de distribuer par une sorte de testament anticipé des libéralités dont on ne pourrait trouver d'exemple que dans le testament de Lapeyronie.

» Tous les corps savants, l'Académie de médecine en tête, y auront une part ; l'association de prévoyance n'y est pas oubliée. Que dis-je, elle représentera en quelque sorte la famille de M. Orfila. Si, en effet, l'Académie de médecine, toujours désireuse de bien placer ses récompenses, ne trouvait point de concurrents dignes de ses rémunérations, ce n'est point la famille de M. Orfila qui viendrait redemander à l'Académie les fonds que celle-ci n'aurait pas décernés ; c'est à l'association de prévoyance que ces fonds seraient dévolus.

» Heureuse combinaison ! qui, du moins pour M. Orfila, ne permettra pas qu'on vienne changer en une amère dérision le titre si bien mérité de *bienfaiteur de l'Académie !*

» Hélas ! messieurs, il y a peu de jours encore, nous en étions à nous demander si, par une distinction toute particulière, nous ne devions pas inscrire le nom de M. Orfila sur une table de marbre blanc, et non sur nos tables de marbre noir.

» Qui aurait pu, en effet, nous faire présager une mort aussi prochaine ? Nous qui venions d'entendre cette parole si claire, si vive et plus vibrante que jamais, dans une récente discussion ? Nous qui demain peut-être tournerons encore nos regards sur la place qu'il laisse vide, tant son souvenir nous est présent !

» Ce nom, messieurs, sera donc inscrit comme les autres sur nos tables de marbre noir ; placé à côté de ceux des Portal, des Itard et des Capuron, ce sera un nom de plus ajouté à cette liste funéraire ; mais l'Académie n'oubliera pas que M. Orfila avait voulu faire pendant sa vie ce que les autres s'étaient réservé de faire après leur mort.

» Adieu donc, Orfila ! Adieu illustre et regrettable collègue ! Adieu pour la dernière fois ! Que ton ombre se console ; ta mémoire ne périra pas ; elle vivra dans les annales de la science, dans le cœur de tous tes amis, et longtemps encore tu seras l'entretien d'une ardente et studieuse jeunesse !

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. PERDRIX, AU NOM DE L'ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE LA SEINE.

« Messieurs,

» Il m'était réservé de faire un jour la cruelle épreuve de ce que j'avais souvent compris, de ce que j'avais toujours redouté ! Il m'était réservé de sentir qu'il est des natures chez lesquelles l'âme, comme anéantie sous l'oppression de

---

suis, libertis libertabusque et posteris eorum. Certaines lettres signifient que le monument et l'*olla* ne devaient pas se transmettre en propriété aux descendants N. H. S. *Non heredes sequitur*, ou bien qu'au contraire il devait revenir aux héritiers. H. M. H. S. *Hoc monumentum heredes sequitur*. Enfin d'autres initiales apprennent que le défunt avait pensé, de son vivant, à se ménager une dernière demeure, V. S. P. *Vivus sibi posuit*.

Au moment où nous écrivons, un autre *columbarium* vient d'être découvert et déblayé, près des deux dont nous nous sommes occupé. Il semble être d'un ordre plus relevé et d'une date postérieure aux deux autres, puisqu'il commence à recevoir la cendre des morts, sous le règne de Tibère, époque de la clôture des deux précédents. Ses murailles ne sont plus creusées par des niches uniformes, mais recèlent des *loculi* de configuration et de capacité très-diverses. La plupart sont de véritables sépultures de famille, fermées quelquefois par une petite porte en marbre blanc taillé à jour, et contenant soit une *olla* gigantesque, soit plusieurs *ollæ* de moindre dimension. Un ambassadeur étranger, mort à Rome pendant sa mission, a reçu la sépulture dans ce *columbarium*. Nous l'avons déjà dit, les dimensions si considérables données à cette époque aux *ollæ*, ou encore leur multiplication pour une même famille, fait comparé à l'exiguïté des urnes du temps d'Auguste et à l'affectation d'une seule ou d'un petit nombre à une famille, y compris sa descendance, ont pour nous une évidente signification. Jusqu'au temps d'Auguste, l'enveloppement du cadavre dans l'amiante n'était que très-peu ou pas usité ; aussi recueillait-on seulement quelques parcelles de cendres, qu'une *olla* exiguë suffisait à contenir ; mais, postérieurement à cet empereur, on put isoler et récolter toute la cendre, aussi fallut-il agrandir la capacité ou multiplier le nombre des *ollæ*.

L'autorité s'est inquiétée à bon droit, dans nos grandes villes, notamment à Paris, des vastes espaces que la dernière demeure des morts ravit à l'exploitation des vivants ; de là, ces obstacles opposés à l'obtention des concessions à perpétuité, et les règlements relatifs au relèvement des cadavres à certaines époques. Mais, d'autre part, la piété filiale dans toutes les classes, et, dans la caste élevée, l'esprit de race, si noble et si utile quand il est bien entendu, se sont émus en pensant que les vieux ossements de leurs pères seraient un jour ravis à leur culte et confondraient leurs débris avec la commune poussière. Le mot *tombe de mes aïeux*, autrefois si rempli d'émotions, d'encouragement pour les bons, de reproches pour les pervers, n'a plus de sens aujourd'hui, grâce aux progrès de l'esprit et à la décadence des sentiments, et les ordonnances semblent avoir pris à tâche d'accélérer la dissolution en formulant des prescriptions qui sont loin d'en retarder la marche.

Nous avons vu que, dans l'ancienne Rome, la génération vivante visitait à chaque instant la génération passée, le long de la voie publique ; mais cette profusion de tombeaux sur le sol le plus utile allait jusqu'à l'abus, et le législateur moderne se serait à juste titre inquiété de la perpétuation d'un tel usage. Les *columbaria*, au contraire, nous semblent réaliser la conservation individuelle de la dépouille des morts sans empiétement notable sur le domaine de l'activité humaine, et sans la moindre influence nuisible sur la salubrité publique.

De temps en temps, notamment aux Férales, aux Lémurales, ces petites nécropoles, mornes et religieuses, mais sans terreur et sans dégoût, étaient animées par les parents qui, ne voulant pas que la mort rompît les liens de la fa-

certaines douleurs, est impuissante à commander à la pensée et reste muette devant un cercueil!... Le cœur, chez moi, plein d'admiration, avait, vous le savez, chers collègues, des élans pour louer M. Orfila et trouvait des paroles faciles pour manifester ses impressions; aujourd'hui je sens toujours les battements précipités de ce même cœur, mais je ne trouve plus que des larmes, et je n'ai ni la force ni la volonté de me faire violence pour les suspendre!

» Quelque étrange que vous semble le caractère de ma douleur, quelque brutale qu'elle soit peut-être, respectez-la, messieurs, cette douleur! Il y a des natures qui s'inclinent et se résignent; il en est d'autres qui se soulèvent et se révoltent devant la mort prématurée: telle est ma nature, en ce moment du moins, et je ne me demande pas si c'est bien ou si c'est mal. J'ai vu la mort étreindre une vie qui nous était chère et l'étouffer. M. Orfila n'est plus; je vois son cercueil, je sens ma douleur, et je ne trouve en moi que désolation et désespoir!

» Ne sachant comment il me serait possible de remplir ma triste mission, j'ai cherché les illusions qui trompent, mais qui charment, et j'ai cru entrevoir des réalités qui consolent. Un moment j'ai détourné la tête, et j'ai vu M. Orfila bien encore plein de vie et de bonheur au milieu de collègues reconnaissants!

» J'ai vu le savant illustre, l'éminent professeur, honoré de la grande manifestation du corps médical de France!

» J'ai vu l'homme de bien, le fondateur d'une œuvre sainte, le cœur plein d'émotions et comme d'impatience à la pensée de voir bientôt son œuvre personnifiée dans cet hommage offert par l'Association des médecins de la Seine, tout à la fois à son bienfaiteur et à la digne compagne de sa vie, qui a secondé et encouragé les généreuses intentions et les actes de libéralité de l'époux qui vient de lui être si cruellement ravi! Je me suis demandé s'il n'y a pas des moments opportuns pour mourir, et je me suis dit: Si l'admiration et la reconnaissance publiques sont comme des palmes ou des couronnes, M. Orfila meurt dans un triomphe! M. Orfila est mort dans une ovation!...

» Mais voilà qu'illusions et réalités m'abandonnent, et que, ramenant malgré moi mes yeux sur ces restes inanimés, je ne vois plus qu'un corps muet et glacé devant des amis inconsolables! Et pourtant je ne voudrais pas vous quitter sans laisser dans vos esprits, déjà si attristés, des impressions moins amères, vous surtout, messieurs, qui gardez dans votre cœur le souvenir de l'attachement, du dévouement et des bienfaits du digne fondateur de l'Association de prévoyance! Pourquoi faut-il que, dans cette angoisse de mon âme, un impérieux devoir m'arrache au silence et à l'isolement où ma douleur aurait besoin de se réfugier. Mais, dans cette triste occurrence, je ne m'appartiens pas, je le sais; je suis l'homme de l'Association, et l'Association qui pleure me dit: Je veux qu'un suprême adieu soit adressé ici à mon fondateur, à mon bienfaiteur! Je veux que celui qui l'a honoré en mon nom, dans des jours de joie, le bénisse en mon nom dans ce jour de deuil!... Eh bien! chers collègues de l'Association, c'est un adieu que vous voulez que j'adresse à M. Orfila; vous n'exigez rien de plus. Vous ne me demandez pas l'histoire entière de sa vie! Grâces vous soient rendues, puisque vous avez compris et que vous savez bien que, dans ce douloureux moment, toutes les pages de cette belle vie viennent se résumer pour nous dans ce peu de mots: vie d'activité et de labeurs, vie de dévouement et de bienfaisance, vie complétée avant l'âge, vie brisée avant le temps! Qu'attendre de plus de ma douleur? Quel est celui de vous qui ignore la vie de M. Orfila? Quel nom est plus de retentissement, de prestige, d'autorité dans l'enseignement, dans la science, dans l'administration? Qui ne sait les travaux, les découvertes, les services, les titres et les gloires de cette intelligence prodigieuse d'activité, prodigieuse de recherches, prodigieuse de résultats? Et d'ailleurs, cette vie, pourquoi ne la dirais-je pas ici, a été écrite par M. Orfila lui-même; il me l'a dit, il y a quelques années, au moment même où, dans sa retraite de Passy, il y consacrait chaque jour, dès grand matin, quelques instants. J'ai respecté la douleur d'une famille si cruellement éprouvée: je n'ai point voulu parler de ce pieux monument; je n'ai point demandé le manuscrit de cette vie que M. Orfila envisageait sous trois points de vue travaux scientifiques, enseignement, administration. Un jour d'ailleurs, si ce n'est aujourd'hui même peut-être, ces pages d'un intérêt si puissant appartiendront, je pense, aux organes officiels et éloquents des corps savants; de l'Académie et de la Faculté de médecine, qui auront, suivant l'usage, à prononcer l'éloge de cette grande illustration scientifique.

» Pour moi, chers collègues, qui parle ici au nom de l'Association de prévoyance, de cette œuvre de bienfaisance que j'appelle l'œuvre sainte de M. Orfila, pourquoi entreprendrais-je une tâche douce à mon cœur, il est vrai, puisqu'il s'agirait toujours de M. Orfila, mais peut-être au-dessus de mes forces. Encore une fois, ce n'est point un éloge que vous me demandez, c'est un hommage modeste, un hommage simple comme un dernier adieu! Que cet éloge, chers collègues, serait pâle dans ma bouche auprès de l'éloge qui est dans le cœur de tout ce qui m'entoure!

» Que l'Association se rassure, M. Orfila a connu son attachement, M. Orfila a compris toute l'étendue des sentiments qu'elle lui a voués! Il a goûté, croyez-le, chers collègues, cette douce jouissance, puisée dans ces sentiments que vous aimez à lui manifester, dans ces sentiments si vifs d'une reconnaissance vraie, dont, il faut l'avouer, à la louange des uns, j'ai presque dit à la honte des autres, il a dû trop souvent éprouver le besoin pour tempérer l'amertume de l'injustice et de l'ingratitude contre lesquelles son cœur généreux et juste, son âme incomprise, ne l'ont pas toujours protégé! Mais vous vivrez, digne fondateur de l'Association de prévoyance, dans le souvenir et dans le cœur de ces hommes de bien qui vous ont apprécié et honoré, de ces hommes de bien que non-seulement vous aviez su réunir autour de vous, mais encore à qui vous aviez appris à se connaître, à s'estimer, que vous aviez rapprochés et unis dans les liens d'une sympathique confraternité! Longtemps l'union confraternelle fut contestée; votre persévérante sollicitude l'a rendue désormais incontestable! Vous vivrez dans l'œuvre dont fûtes le créateur et le bienfaiteur, dans une de ces œuvres dont la fondation fait à elle seule les hommes vertueux! Vous vivrez, nouveau Montyon, dans l'éternelle reconnaissance de ceux dont vous vous êtes constitué le protecteur et le soutien, de ces déshérités de la fortune, et pour emprunter à l'honorable docteur Foissac une poétique image, de ces pèlerins de la science tombés au milieu de leur route pénible! Les veuves des médecins morts pauvres au service de l'humanité diront aussi, en vous bénissant, le nom de leur bienfaiteur aux orphelins, qui le répéteront et le garderont avec un pieux respect! Et ces générations d'élèves que vous avez tant aimés, que vous avez instruits et dotés, et pour qui votre œuvre de prévoyance fut aussi fondée, comme un encouragement à la moralité, à la dignité, à l'honneur professionnels, vos chers élèves, qui hier encore saluaient avec orgueil et reconnaissance l'illustre maître, bientôt s'inclineront, dans un respectueux recueillement, devant l'image de celui qui voulut être leur bienfaiteur, de celui qui fonda, uniquement pour leur instruction, ce riche et incomparable musée où, par une disposition écrite et sacrée, il a voulu que fût placée la touchante suscription qui indique et résume ses paternelles intentions pour les étudiants en médecine!

» Mais le souvenir de tant de bienfaits, de si belles et nobles actions, nous fait sentir plus douloureusement encore toute l'étendue de notre perte, toute la stérilité de nos regrets! Il faut se séparer, il faut s'arracher à cette tombe et dire le suprême adieu!

» Une subite et tardive pensée vient de traverser mon intelligence! Puisse-t-elle rendre cet adieu moins pénible, cette séparation moins cruelle, en laissant dans nos âmes une espérance, une sainte croyance!

» Dieu envoie sur cette terre et fait briller à nos yeux éblouis, comme un reflet de lui-même, de sublimes intelligences, et quand il les rappelle à lui, c'est pour nous laisser comprendre et croire qu'il est une autre patrie, patrie des grands cœurs et des grands courages! patrie des vertus et des gloires! patrie qu'on ne quitte plus quand on y est rentré! vie nouvelle qui ne nous abandonne plus! Cette vie désormais immuable, c'est l'immortalité! Eh bien! chers collègues, croyons ensemble que M. Orfila a été une de ces sublimes intelligences qui nous a éclairés et éblouis, un de ces génies bienfaisants qui nous a visités et inspirés, que Dieu a fait passer devant nous, qu'il a rappelé vers lui et qu'il fait vivre dés-

---

mille, venaient faire des libations, semaient la tombe de fèves, offraient le repas funèbre aux mânes, et jonchaient de fleurs l'urne chérie et le sol d'alentour:

. . . . . Manibus date lilia plenis,
Purpureos spargam flores. . . . .
(Virgile, Énéide.)

Floribus innumeris et olenti spargere tymbra.
(Stace.)

Douce offrande qui faisait disparaître l'urne de la mort sous le tapis d'un printemps perpétuel comme le regret et le souvenir:

Spirantesque crocos, et in urnâ perpetuum ver.
(Juvenal.)

Nous aurons une idée assez complète, quoique succincte, des sépultures de l'ancienne Rome, quand nous aurons dit un mot de la grande nécropole appelée catacombes, inextricable labyrinthe qui s'enlace sous la ville entière et dans ses environs.

Les catacombes, *arenariæ*, n'ont été autre chose, dans l'origine, que des carrières ouvertes pour l'extraction de la pouzzolane, *arena*, dont les veines ou filons sont suivis par les corridors souterrains. Nombre des premiers chrétiens, qui appartenaient pour la plupart à la classe ouvrière, y ont travaillé eux-mêmes, comme l'indiquent des inscriptions, où ils se qualifient de *fossores, fossorii*. Un empereur condamna en masse les chrétiens à ces durs labeurs, *ad arenam sodiendam*. Familiarisés avec ce labyrinthe, ils y célébrèrent les mystères de la religion naissante et y ensevelirent leurs morts, qu'ils ne voulaient pas voir confondus avec les cadavres des païens. Pour remplir leur nouvelle destination, les catacombes durent subir des changements et des augmentations consistant surtout en couloirs nouveaux, *cryptæ novæ*, en évasement ou chambres pouvant servir de chapelles ou de lieu de réunion, enfin en ciels ouverts ménagés dans les endroits déserts de la campagne. Le nombre des adorateurs du Christ allant toujours en croissant, il fallut multiplier en proportion les nouvelles voies souterraines, qui prirent une telle extension, qu'à Sainte-Agnès extra-muros, par exemple, elles surpassent beaucoup en développement les carrières primitives. Là, un simple coup d'œil suffit pour faire distinguer les catacombes païennes des catacombes chrétiennes; les premières sont irrégulières, tortueuses, et on leur a donné, pour extraire le plus possible de pouzzolane, des dimensions aussi grandes que le permettait la consistance du terrain. Immédiatement au-dessous de la portion des carrières que nous avons visitées à Sainte-Agnès, se trouvent les catacombes chrétiennes, formant un étage plus profond; les deux labyrinthes superposés sont mis en communication par des escaliers et par des puits s'abouchant dans l'un et dans l'autre. Mais la nécropole chrétienne a des caractères qui ne permettent pas de douter qu'elle n'ait été expressément creusée pour sa destination.

Les corridors qui la constituent forment des allées ordinairement droites, se croisant avec d'autres couloirs également rectilignes. On leur a donné juste les dimensions nécessaires pour servir à la sépulture, sans s'inquiéter de la recherche de la pouzzolane. A Sainte-Agnès ils n'ont d'ordinaire que la largeur et l'élévation nécessaires pour laisser passer commodément un homme; d'autres

ormais de cette vie nouvelle et immortelle de l'immortalité!

» Adieu donc, monsieur Orfila! adieu donc, homme de bien, homme au noble cœur, cher président, adieu! L'Association poursuivra votre œuvre, elle en prend ici l'engagement par ma voix, et chacun de ses bienfaits sera comme un pieux hommage rendu à la mémoire à jamais vénérée de son fondateur! »

DISCOURS DE M. BUSSY, AU NOM DE L'ÉCOLE DE PHARMACIE.

« Messieurs,

» Cette tombe, si inopinément ouverte, ne se refermera pas pour toujours sur la dépouille mortelle de notre éminent confrère, sans que l'École de pharmacie, elle aussi, n'ait payé à sa mémoire le tribut de douleur et de regrets qu'elle lui doit.

» M. Orfila appartenait à l'École de pharmacie; il lui appartenait par sa position officielle de délégué de la Faculté de médecine, il lui appartenait surtout par la nature et par la direction de ses travaux, par le concours actif qu'il lui a prêté pendant plus de trente années, par les liens d'une estime et d'une affection réciproques dont les témoignages honorables survivront au triste événement qui nous réunit et rappelleront aux générations futures des étudiants et des professeurs de notre École l'intérêt que M. Orfila prenait au perfectionnement des sciences qu'on enseigne.

» Ce n'est pas, messieurs, en présence de la douleur unanime, et si vivement sentie, de tous ceux que la reconnaissance ou l'amitié réunissent autour de ce cercueil, qu'il serait opportun d'apprécier en détail les immenses travaux et les grands services rendus par l'homme dont nous déplorons la perte; mais qu'il nous soit permis de rappeler en peu de mots ce qu'il a fait pour cette branche des sciences médicales qu'on désigne sous le nom de pharmacie.

» Ce fut dans le laboratoire de Vauquelin, directeur de l'École de pharmacie, que M. Orfila puisa les premières notions de chimie.

» Toute sa longue carrière scientifique fut presque entièrement consacrée à l'application des connaissances acquises près de cet illustre maître, qu'il devait remplacer un jour avec tant d'éclat comme professeur de chimie à la Faculté de médecine.

» Il s'appliqua particulièrement à la recherche et à l'étude des poisons. Dès son début, il chercha à coordonner les matériaux épars et incomplets qui existaient alors sur la toxicologie, il y ajouta le résultat de ses innombrables expériences et des recherches de toute nature qu'il entreprit sur ce vaste sujet; il en fit un corps de doctrine, une véritable science qui relève de la chimie sans doute, mais qui possède cependant des procédés et des méthodes d'investigation qui lui sont propres.

» Il ne suffisait pas à M. Orfila d'avoir créé une science en quelque sorte nouvelle; il ne lui suffisait pas de la propager par un enseignement qui a été l'un des plus brillants et des plus suivis de la Faculté : il fallait encore assurer cet enseignement dans l'avenir; mais on ne peut espérer de rencontrer fréquemment dans le même homme des connaissances profondes en anatomie et en physiologie unies à l'habitude des vivisections et à celle des manipulations chimiques indispensables pour mener à bonne fin les plus simples recherches sur les poisons.

» Pour résoudre le problème, il fallut le diviser.

» Il y a dans la toxicologie deux points de vue très-distincts: l'un qui comprend les symptômes de l'empoisonnement, les lésions des tissus et le traitement médical; l'autre, plus exclusivement chimique, comprend la recherche et la détermination de la substance toxique, soit pour éclairer le traitement par l'indication de contre-poisons appropriés, soit pour diriger les poursuites de la justice ou pour former l'opinion du jury.

» Cette dernière partie de la toxicologie est, comme nous l'avons dit, plus particulièrement du ressort de la chimie et des sciences naturelles. Les pharmaciens, obligés par leur profession à connaître, à manipuler journellement les substances toxiques, en possession de laboratoires et d'appareils de chimie, sont naturellement désignés pour des recherches de cette nature.

» M. Orfila, trouvant dans les écoles de pharmacie tous les éléments nécessaires à l'enseignement de la toxicologie chimique, a cherché à l'introduire dans ces établissements : il y a réussi.

» C'est avec sa coopération, avec l'appui qu'il nous a donné, que des chaires de toxicologie et de chimie légale ont été instituées dans les diverses écoles de pharmacie.

» Cet enseignement assure aujourd'hui à la société et à la pratique médicale une suite d'hommes instruits, sur le zèle et l'expérience desquels elles auront droit de compter.

» Par un dernier témoignage de l'intérêt qu'il portait aux études pharmaceutiques, et aux élèves qui s'y vouent, M. Orfila a fondé à notre école un prix pour la solution d'une série de questions pratiques de pharmacie pure ou de chimie appliquée à l'extraction des principes actifs des médicaments, pour l'analyse des humeurs normales de l'économie, et pour celle des produits pathologiques qui se forment dans des conditions déterminées, enfin pour le perfectionnement des moyens d'analyse des eaux minérales.

» Ce prix fondé à perpétuité et qui, suivant le vœu du fondateur, devra toujours porter sur des objets pris dans le cercle que nous venons d'indiquer, sera, n'en doutons pas, un puissant moyen d'émulation pour la jeunesse de nos écoles. Il sera pour la médecine et en particulier pour la pathologie une source nouvelle de perfectionnement et de progrès.

» Unissant la pratique à l'enseignement, joignant l'exemple au précepte, M. Orfila a été pendant de longues années l'interprète le plus accrédité de la science auprès des tribunaux. Nous avons tous présentes à l'esprit ces dépositions émouvantes qui captivaient l'attention non-seulement des jurés et des magistrats, mais qui, franchissant l'enceinte de la cour d'assises, tenaient le public et la France entière suspendus aux lèvres de l'expert, alors que, déjouant les combinaisons les mieux calculées en apparence, il faisait passer sous les yeux de l'auditoire ces taches accusatrices extraites du parenchyme même des organes de la victime. Appelé quelquefois à partager ses travaux, nous avons pu être témoin du zèle, de l'ardeur juvénile qu'il y apportait et du courage qu'il mettait à défendre ce qu'il croyait être la vérité.

» Depuis plusieurs années, cependant, M. Orfila avait renoncé aux expertises légales, mais par des motifs étrangers à la science et sans avoir rien perdu toutefois des brillantes qualités qui ont été jusqu'à son dernier jour l'heureux privilége de cette nature d'élite.

» Hier encore il trouvait le secret d'intéresser l'Académie de médecine sur la composition de l'opium, et la savante assemblée, captivée longtemps par le charme de cette parole animée, était loin de prévoir qu'elle entendait pour la dernière fois le professeur éloquent auquel nous rendons aujourd'hui un dernier hommage, l'ami généreux de la jeunesse studieuse, le protecteur éclairé de la science, qui emporte dans la tombe notre affection et nos regrets. »

DISCOURS DE M. BARTH, AU NOM DE LA SOCIÉTÉ D'ÉMULATION.

« Messieurs,

» L'homme éminent dont nous pleurons la perte a droit encore à quelques paroles de regrets et de reconnaissance.

» La Société médicale d'émulation a voulu lui adresser, par ma voix, un dernier hommage, et je remplis cette mission avec empressement, parce qu'elle me permet de joindre à ce témoignage public de haute estime, l'expression d'un sentiment personnel de gratitude et d'affectueux souvenir.

» C'est un éloge bien sincère et bien désintéressé que celui qu'on vient déposer au bord d'une tombe, et c'est ce qui m'encourage à dire de M. Orfila que peu d'hommes ont eu plus de titres à la considération générale.

» Partout où il a passé, dans sa carrière trop courte et pourtant si bien remplie, il a figuré avec distinction, avec éclat, partout il a laissé un souvenir impérissable de ses hautes qualités.

» L'immense auditoire qui se pressait à ses cours est un témoignage irrécusable de l'esprit clair et lucide du professeur.

---

fois pourtant, mais par exception, ils acquièrent un peu plus d'amplitude, en hauteur surtout. Ils présentent les mêmes caractères aux catacombes de Saint-Sébastien, appelées aussi cimetière de Saint-Calixte. Ces réseaux d'étroits corridors forment un seul ou plusieurs étages superposés. Leurs parois verticales sont criblées de niches sépulcrales disposées suivant trois ou quatre lignes ou rangées, à peu près comme un casier à trois ou quatre étages. Dans les *arenariæ* ou véritables carrières qu'on nous a montrées à Sainte-Agnès, les parois sont arquées, inégales, sans tombeaux, et la section perpendiculaire à la longueur donnerait une surface cinq à six fois aussi étendue que la même coupe pratiquée sur les catacombes chrétiennes. Telle est la multitude de ces cases à cadavres que, d'après des calculs approximatifs, plusieurs centaines de mille, on dit même des millions de chrétiens, auraient été ensevelis dans ce labyrinthe dont les nombreuses branches, mises au bout les unes des autres, formeraient, il est vrai, des centaines de kilomètres. Les niches, fouillées dans la pâte consistante d'un tuf arénacé, ont presque toujours la dimension d'un cadavre, mais quelques-unes sont si exiguës qu'elles n'ont jamais reçu que des débris de corps d'adultes ou des cadavres d'enfants. Quelques autres, au contraire, comme l'indiquent ces mots de basse latinité : *bisomus, trisomus*, ont recueilli plusieurs morts. Ces niches sépulcrales étaient fermées par des briques placées de champ, jointes et recouvertes par un solide mortier, ou bien encore par une table de pierre, voire même de marbre blanc. Une petite ampoule contenant autrefois du sang, aujourd'hui de la poussière, et fixée dans le mortier, vers la tête ou d'autres symboles, par exemple une palme, indiquent que les saintes reliques d'un martyr reposent dans les tombeaux que ces signes distinguent. Quand, à la lueur des flambeaux, on parcourt ces lugubres replis, si bien faits pour être la dernière demeure des hommes, on voit encore blanchir au fond de leur bière entr'ouverte et à peine éclairée, de vieux ossements qui tombent en poussière quand on vent les saisir; et le *reverteris in pulverem* revient à la mémoire au milieu de circonstances qui en augmentent singulièrement la terreur et la solennité.

De temps en temps des portes donnent entrée dans des caveaux, *cubiculæ*, destinés aux assemblées, au catéchisme, ou à la célébration des mystères sacrés. Ces chambres sont en général peu spacieuses; parmi les douze ou quinze que nous avons visitées dans les catacombes de Sainte-Agnès et de Saint-Sébastien, nous n'en avons pas trouvé qui puissent contenir plus de vingt-cinq à trente personnes; mais on dit qu'il en existe ailleurs d'un peu plus vastes, ou encore qu'on les trouve réunies en groupes dont la contenance totale peut aller à cent personnes environ.

La messe se célébrait, dans ces chapelles, sur le tombeau des martyrs, qui alors ne consistent plus dans une excavation en forme de bière, mais dans une sorte de sarcophage placé sous une arcade taillée dans le vif des parois. Des stucs tapissant les murs et la voûte, et recouverts de fresques qui manquent souvent d'art, mais non de sentiment, un ou deux fauteuils de pierre pour les prêtres, des bancs grossièrement taillés pour les fidèles, quelques lampes suspendues au plafond ou placées dans des niches, composent la simple ornementation et l'ameublement de ces églises primitives. Quelquefois aussi, dans ces sombres profondeurs, on rencontre une source ou un puits destinés au baptême des catéchumènes, et dont l'eau pure et vierge n'a jamais été troublée par aucun usage pro-

» L'établissement d'une clinique d'accouchement, la fondation du Musée Dupuytren, la création d'un autre musée qui porte son nom et qui, sous sa puissante impulsion, fut achevé dans l'espace de quelques semaines, sont des monuments qui attestent sa capacité comme administrateur et comme doyen de la Faculté.

» L'Académie a rendu un éclatant hommage à son mérite et à son talent, en l'appelant naguère encore à l'honneur de la présider.

» Dans le conseil supérieur de l'instruction publique, peu d'hommes ont rendu plus de services à la médecine : la France est couverte d'institutions qui lui doivent leur origine.

» Au sein du conseil des hôpitaux, personne n'a mieux servi la science et ceux qui la cultivent. Il suffit de rappeler l'énergique résistance avec laquelle Orfila combattit et fit rejeter, par une démission noblement proposée, une mesure des plus funestes aux vrais progrès de la médecine pratique.

» Comme président-fondateur de l'association de prévoyance, qui fut plus digne de la haute estime que lui a témoignée la Société, en le renommant chaque année comme par acclamation, et en lui conférant ainsi de fait une présidence perpétuelle, si quelque chose ici-bas peut mériter ce nom.

» Tous ceux qui ont approché Orfila se rappellent avec admiration cette rare intelligence, cette prodigieuse activité, et cette exactitude merveilleuse dans l'accomplissement des nombreux devoirs de sa haute position.

» Au milieu de ses occupations multipliées, M. Orfila a su consacrer quelques moments à la Société médicale d'émulation, et la Société conserve un précieux souvenir de sa participation active à ses travaux. Elle s'honore de le compter au rang de ses membres et elle s'enorgueillit de pouvoir ajouter le nom d'Orfila aux noms illustres de Bichat, d'Alibert et de Larrey, ses fondateurs.

» Ces noms glorieux, espacés dans la vie d'une société, sont de puissantes conditions de prospérité et d'avenir. Pour celle que j'ai l'honneur de représenter ici, le souvenir d'Orfila, joint à celui de tant d'hommes célèbres qui lui ont appartenu depuis son origine, sera un puissant motif d'émulation, et comme une tradition de travail et d'ardeur scientifiques, qu'elle a mission de conserver et de transmettre à ses successeurs.

» Quel immense et imposant concours, messieurs, si toutes les sociétés de France, toutes les institutions qui ont reçu de M. Orfila quelque lustre ou quelque bienfait, se trouvaient réunies autour de sa tombe !... Toutes du moins s'associeront à nous dans l'expression de leur douleur, comme naguère dans le tribut de leur admiration et de leur reconnaissance... Et, puisqu'il faut mourir, heureuse, au moins, la destinée de celui qui a pu recueillir tant de marques d'estime pendant sa vie, et qui inspire, après sa mort, de si universels regrets. »

DISCOURS DE M. DE SALVANDY.

« Messieurs,

» Il y a quelques jours à peine, le savant illustre, l'illustre professeur, l'administrateur intègre, infatigable, intrépide, l'homme de bien éminent et excellent, était chez moi plein de vie, plein de feu, parlant de la science avec amour, de ses travaux avec confiance, me racontant ses créations, m'exposant ses vues, portant sur le plus lointain avenir ce grand et ferme regard que nous avons tous connu, qui jaillissait de sa belle et noble tête, comme une ardente lumière, d'un foyer plus ardent encore. Et voilà que nous nous pressons autour de son cercueil ! Citoyens de tous les rangs et de tous les âges, nous accourons pour envoyer un cri d'adieu à sa tombe, pour chercher des consolations à cette grande perte, en parlant de tout ce qui nous reste de lui... Heureux, pour mon compte, si je pouvais reproduire exactement ses pensées, graver dans vos souvenirs tout ce qui demeure ineffaçable dans le mien ! Lui seul, avec cet accent de la conscience et de la supériorité qui faisait arriver si profondément sa vibrante voix à l'esprit et à l'âme, lui seul pouvait bien révéler pleinement ces trésors d'intelligence, de volonté, de dévouement, de courage dont Dieu l'avait doté. Il ne les exposait pas, il les trahissait. A chacune de ses paroles, la passion et le génie du bien éclataient en lui.

» Depuis cinq ans, les événements avaient mutilé cette puissante existence. L'administrateur n'était plus. Cette grande partie de sa haute intelligence et de sa noble mission avait péri de la main de nos vicissitudes, longtemps avant que tout le reste pérît tout à coup de la main de Dieu. Le professorat, la science, les institutions utiles avaient profité de cette lacune de sa vie. Je sais ce que l'État y avait perdu, ce qu'il y perdait, alors surtout que dans les conseils qu'avaient si longtemps éclairés son expérience et sa sagesse, tout était en question, y compris ces conseils mêmes, et avec eux tous les établissements, toutes les règles, toutes les maximes : car la fragilité était le lot commun de l'enseignement, de l'État et de la société. D'autres diront, avec savoir et autorité, ce que fut jusqu'au dernier jour le maître de la science, l'instituteur de la jeunesse, l'homme de bien éprouvé, créateur, magnifique, inépuisable. J'entends vous parler du grand administrateur, des services qu'il rendit à ce titre, de ce que nous lui avons dû tous. Ce sera payer à la fois la dette de la reconnaissance personnelle et celle de la justice publique.

» Orfila, que la nature avait fait si robuste, que les martyres volontaires de périlleuses expériences et les martyres forcés d'afflictions de toute nature, en l'éprouvant rudement, n'avaient pu abattre, semblait devoir par cela même, avec toute cette jeunesse de l'esprit, du cœur et de l'activité qui brillait en lui, nous être conservé longtemps encore. Il comptait soixante-six ans à peine. Il était né le 27 avril 1787, quand le monde, reposé d'une grande lutte qu'avait dominé l'alliance féconde de la France et de l'Espagne, semblait entrer pour longtemps dans le repos et allait entrer dans les convulsions. Il naquit à Mahon, sur ces rochers isolés des îles Baléares, contemplant de l'œil, dès son enfance, les deux empires, comme pour choisir un jour entre les deux patries. Il avait les génies différents de toutes deux : l'activité investigatrice, féconde, novatrice de l'une, et la fermeté d'âme, la patience résolue, la persévérance intrépide de l'autre. Jeune, témoin de la guerre maritime où l'Espagne était de nouveau engagée de concert avec la France, il fut marin d'abord et visita ces rivages de l'Orient et du Midi que les grands ancêtres de la médecine moderne, les Grecs et les Arabes, ont illustrés ; ils parlèrent vivement à son imagination ; par degrés, il se sentit entraîné, des sciences mathématiques qui avaient été son apprentissage nécessaire, vers les sciences naturelles, vers les sciences médicales surtout, par un instinct invincible. Cet instinct supérieur ne le destinait pas à la carrière du praticien honorable et dévoué dont les secours cherchent les souffrances individuelles, en disant, comme Ambroise Paré : « Je les soigne : Dieu veuille les guérir ! » Sa vocation devait être celle du médecin scientifique et inventeur qui se préoccupe de l'humanité entière, qui travaille à pénétrer les causes des affections humaines pour arriver, par la voie des acquisitions nouvelles de la science, aux moyens généraux de les prévenir, de les tempérer ou de les guérir. Cette vocation devait le tourner par degrés vers la France. Encore ce ne fut pas lui qui se donna à la patrie adoptive, prête à se saisir et à s'honorer de lui ; ce furent ses concitoyens qui firent ce choix plus que lui-même. A Valence, à Barcelone, des succès exceptionnels avaient fixé l'attention publique sur ce jeune homme marqué du sceau des intelligences supérieures. Les autorités sentirent qu'un état stationnaire et arriéré des connaissances publiques n'allait pas à la vive flamme qu'il portait en lui. Il était arrivé en quelques années à savoir tout ce qui s'enseignait dans son pays. Qui pouvait méconnaître qu'on savait davantage ailleurs ? La révolution, qui par ses tristesses et ses servitudes avait refoulé le génie des lettres, avait laissé l'asile de la science à l'esprit français. L'esprit français s'y était précipité. Alors brillait la phalange de savants, de chimistes, de praticiens illustres dont la gloire a séduit, dont les leçons ont préparé tous les maîtres dont nous nous enorgueillissons aujourd'hui, et qui m'environnent. La junte de Barcelone résolut d'envoyer à cette phalange glorieuse un soldat de plus. Orfila vint. C'était en 1807. Il ne devait plus nous quitter. Il se sentit sur son vrai théâtre ; il trouvait l'emploi de toutes ses forces. Il apercevait dans l'ordre de ses études des routes inconnues, et y marchait guidé par les plus vives lumières. Disciple opiniâtre, qui ne connaissait point le repos, il s'égala aux maîtres successivement par le travail, par l'esprit de recherche, par la sagacité ingénieuse qui découvre et qui appli-

---

fane, depuis ces époques lointaines de foi et de mystère.

Ces *cubiculæ*, taillées architecturalement, n'ont le plus souvent aucun ciel ouvert ; mais cependant quelquefois un puits les fait communiquer avec l'air extérieur. Des profondeurs de la terre, le chrétien persécuté pouvait apercevoir, comme une espérance, un lambeau du ciel, à travers les ronces et les clématites qui pendent encore aujourd'hui en festons dans l'antique sanctuaire, et plus d'un passant surpris dut s'arrêter au bord du soupirail d'où s'exhalaient des chants mystérieux.

Maintenant que les principaux caractères de la nécropole chrétienne nous sont connus, reprenons notre rôle de médecin et recherchons si, en nous plaçant à ce point de vue, nous ne pourrions pas interpréter quelques faits obscurs du passé.

On sait que les catacombes servaient de refuge aux chrétiens aux époques de persécution ; mais la multitude y cherchait-elle asile pour un temps plus ou moins prolongé, ou les groupes les plus menacés s'y cachaient-ils quelques heures ou un jour seulement ? C'est à cette dernière supposition qu'il faut évidemment s'arrêter. Ces étroits couloirs ne sont que des lieux de passage, et non point de rassemblement ni de séjour ; on n'y marche guère qu'un à un : c'est à peine si deux personnes peuvent s'y croiser. Quant aux *cubiculæ*, nous avons vu quelle est leur exiguïté ; les mystères s'y célébraient pour des groupes, et non pas pour une population. Trois autres circonstances devaient aussi s'opposer au séjour d'un nombre élevé de chrétiens.

C'est d'abord la prompte viciation de l'air non renouvelé de ce labyrinthe. Lorsque, dans notre exploration des catacombes de Sainte-Agnès, nous nous trouvions tous six, munis de petites bougies, dans une chapelle, nous sentions bientôt notre respiration gênée. Or les ciel-ouverts, moins rares alors qu'aujourd'hui, n'ont cependant jamais été nombreux, comme il est facile de s'en assurer par l'intégrité des voûtes, et leur efficacité était d'ailleurs d'autant moins grande qu'ils s'ouvraient dans ces étages profonds et ignorés dans lesquels les chrétiens eussent demandé probablement un asile plus secret dans les temps de persécution.

Parmi les ciel-ouverts des catacombes de Sainte-Agnès, il en reste un dont le percement avait sans doute été impérieusement exigé par l'accumulation des fidèles sur ce point. A partir de la superficie du sol, il s'évase en forme de silos ou d'entonnoir renversé, et sert comme de grande antichambre intermédiaire à deux chapelles, dans lesquelles on pénètre par de petites portes. Ces sanctuaires, l'un destiné aux hommes, l'autre aux femmes, pouvaient contenir chacun vingt-cinq personnes environ.

En second lieu, pensez-vous que le mode d'occlusion des niches sépulcrales était si hermétique que des fissures et des filtrations ne livrassent passage ni aux exhalaisons ni aux détritus de ces milliers de cadavres incrustés dans toutes ces parois, tellement criblées qu'elles ressemblent à un rayon de miel ? Non sans doute. Ajoutons enfin que les persécutions arrivant par hourrasques, les inhumations se faisaient par centaines, sinon par milliers ; de sorte qu'une partie des catacombes devenait sans doute inhabitable dans ces jours mauvais, où ce refuge était précisément le plus nécessaire.

En troisième lieu, le manque de ressources alimentaires eût accéléré l'agonie des fidèles, dans ces noirs souterrains où ils eussent trouvé une mort presque

que, par cette rectitude des grands esprits qui met l'imagination, comme une servante active et docile, à la disposition du jugement et de la vérité. Parmi toutes les voies ouvertes devant lui, il en aperçut d'inexplorées, qui du moins, comme des filons négligés dans les mines où on va chercher l'or, devaient donner à un labeur nouveau de nouvelles richesses. Il se voua tout entier à les interroger, à en tirer les trésors qu'elles renfermaient.

» Vous savez mieux que moi, messieurs, quels furent ses débuts, quelles furent ses conquêtes. Jeunes hommes qui m'écoutez, il était pauvre, mais laborieux, ami vrai de la science, résolu à remplir sa carrière. Pour suivre les grands maîtres, il se fit maître lui-même. Il institua un cours libre pour pouvoir fournir à ses manipulations, à ses expériences, à ses découvertes. Deux branches de savoir en particulier l'attirèrent : la médecine légale et la toxicologie, deux sciences qu'il créa, on peut le dire; car il les classa, il les constitua, il les développa; sciences positives et d'une action immense, diverses par leur nature et par leur portée, l'une qui était toute d'observation et de pratique, l'autre pleine de recherches, de combinaisons nouvelles, de résultats imprévus qui deviennent à leur tour des fils conducteurs de plus, toutes deux ayant au fond de lui-même un lien commun, en ce qu'elles répondaient aux deux principales facultés de son esprit, l'investigation savante et l'application utile, actuelle, générale. Toutes deux servaient également cette grande chose qui dans ce temps-là était le but instinctif de sa pensée, l'intérêt public. Dans le monde entier, qui ne sait quel instrument nouveau toutes deux furent dans sa main pour élever et agrandir le ministère et presque le sacerdoce du médecin, en faisant de ce savant autorisé et impartial la lumière de l'administration, de la justice, de la législation. Les secours qu'il a instruit les sciences médicales et la puissance publique à se demander, à se prêter réciproquement dans l'intérêt commun des hommes, peuvent n'être pas appréciés encore de la foule. Il y a là une partie latente de sa gloire que chaque jour fera mieux sentir. Mais qui n'a vu avec émotion, quelquefois avec terreur, l'espèce d'infaillibilité dont il revêtit la justice humaine pour la poursuite des crimes les plus lâches, les plus faciles, les plus redoutables, quand il paraissait devant le magistrat comme un magistrat, devant le juré comme un oracle, devant le coupable comme le destin. On avait cherché inutilement dans les viscères la preuve du crime. Il enseigne à trouver le témoin irrécusable dans les dernières profondeurs de l'organisation humaine, et l'arrêt formidable de sa bouche, en établissant la sécurité de la société, devient l'arrêt solennel de la justice.

» Ainsi se déclarait cette autre grande mission d'Orfila, qui le destinait, soit par ses créations personnelles, soit par ses fonctions publiques, à compter parmi les grands serviteurs de l'État, dans un temps où l'État était plus que jamais difficile à servir. L'homme n'est pas un être simple comme la foule l'imagine. Des facultés corrélatives, quoique diverses, se prêtent un mutuel appui. J'ai entendu Cuvier dire souvent, à propos de deux emplois différents de son génie dans chacun desquels il excellait : « On voudrait que je sacrifiasse à l'histoire » naturelle le conseil d'État, et on ne sait pas que je n'apporterais point dans » l'histoire naturelle la même puissance de travail, si le conseil d'État, qui » m'intéresse et qui me charme, ne me donnait, par cette satisfaction inté- » rieure et par cette diversion, des forces de plus. »

» Tel était Orfila. Nous avons vu que de disciple, il était devenu maître à son tour. D'un cours libre, la restauration l'avait fait passer à une chaire dans cette grande Faculté de Paris qui est le foyer principal et le principal sanctuaire de la science dans le monde entier. C'était le prix naturel de ses travaux, de sa renommée, de l'éclat qui s'attachait déjà à ses œuvres et à sa personne. Mais là, sur cette scène nouvelle, de nouvelles qualités éclatèrent. On savait d'avance son élocution facile, son exposition lumineuse, variée, saisissante, son action sur le jeune auditoire suspendu tout entier à sa parole; on sut maintenant sa fermeté, son énergie, son autorité. Le grand professeur n'enseigne pas seulement; il gouverne. Il a la décision, le courage, les responsabilités de tous les gouvernants. Dans cette forte épreuve de l'homme entier, le caractère donne sa mesure comme l'esprit. Il en a été ainsi des hommes d'élite qui m'écoutent. Ainsi se montra entre tous Orfila.

» C'était dans les premières années de la restauration, quand les vives étincelles de libertés longtemps proscrites développaient parmi nous, à côté de biens immenses, cette flamme active mais inquiète dont nous ne devions que trop connaître les effets. Les écoles pouvaient-elles ne pas s'en ressentir? Les mouvements qui se succédèrent mirent en lumière chez Orfila les fortes qualités qui, dans le professeur, font connaître et respecter l'homme. Il se désignait ainsi lui-même, dans cette carrière glorieusement fournie, pour une carrière plus vaste et plus haute. Les événements la lui ouvrirent. Le gouvernement de 1830, qui avait besoin de plus de forces parce qu'il avait plus d'obstacles, l'appela ainsi presque simultanément à l'honneur de faire partie du conseil général des hôpitaux et du conseil général de la Seine, de diriger la Faculté de Paris, de siéger dans le conseil royal de l'instruction publique, de tenir particulièrement en main toutes les branches de l'enseignement médical, en même temps qu'il concourait à la discussion et à la conduite de tous les intérêts généraux de l'enseignement public et de son organisation dans tout le royaume. C'est alors qu'il fut véritablement à sa place. Dans tous ses postes, il se montra immédiatement à la hauteur de ses nouveaux devoirs. L'étendue de l'esprit, la fermeté des vues, l'intelligence des moyens, la poursuite résolue des grands résultats, la résistance invariable aux passions de toute nature, la sagacité dans les règles à imposer, dans les institutions à établir, dans la discipline à maintenir et quelquefois à créer, toutes ces choses, qui sont l'âme et le génie de l'administration, se trouvèrent en lui éminentes. Il eut un mérite plus grand, dont on peut juger aujourd'hui. Parmi tous les courants qui agitaient l'opinion publique, maîtresse souveraine des destinées publiques, il se rangea invariablement, sans bruit comme sans faiblesse, du côté du pouvoir qui luttait avec courage pour défendre la société du péril de ses entraînements et les libertés elles-mêmes du péril de leurs excès. Dans le département ministériel où il avait une si grande place, les dépositaires successifs de l'autorité trouvèrent en lui la collaboration loyale, dévouée, fidèle du savant et de l'honnête homme. Ce département, dans la situation menacée où était le pays à son insu, avait une mission à part dans le travail commun du gouvernement. Il avait charge d'âmes sur la société; il devait porter le remède aux sources du mal. C'était aux esprits et aux âmes qu'il devait donner des forces contre les pentes fatales qui nous entraînaient. C'était par la jeunesse, par ses maîtres, par les institutions faites pour elle, par l'esprit dont elles seraient pénétrées, qu'il devait, avec l'aide de Dieu, assurer l'avenir. Indépendamment des directions générales, on pensait que coordonner, étendre et honorer l'enseignement était un des moyens de le rendre à la fois plus fécond et plus salutaire. Orfila fut un ouvrier admirable de cet ensemble de travaux et de desseins. Faut-il dire ce qu'il fut notamment pour la vaste branche de service qui était plus particulièrement confiée à sa sollicitude et à ses lumières? L'enseignement médical et pharmaceutique dans tout le royaume, vous le savez comme moi, messieurs, vit partout, pendant ces dix-huit années, se multiplier les réformes, les améliorations, les réorganisations intelligentes, les créations utiles. Je ne fais que rendre à M. Orfila ce qui lui appartient, en disant ici sur sa tombe, à l'égard de tous ses actes qui forment un code tout particulier, qu'il fut le promoteur la plupart du temps, le conseiller et le régulateur toujours.

» Mais nos écoles préparatoires, nos écoles de pharmacie, nos Facultés, nos cours libres, nos cliniques, nos amphithéâtres, toute cette forte constitution de l'enseignement médical, qui l'a placé si haut dans notre pays, n'était qu'une partie des devoirs de l'administration supérieure, qu'une partie des méditations et des veilles d'Orfila. Son esprit généralisateur suivait avec zèle l'administration dans une voie plus vaste, et souvent l'y devançait. Comment oublier toutes les vues qu'annonçait la *Caisse de prévoyance* dont il prit seul l'initiative, qui fut son bonheur et son ouvrage? C'était la profession même qu'il devait élever de plus en plus dans l'intérêt de la science, des familles et de la société. Le corps médical, par ses conditions d'études, par ses lumières, par ses services, et, ce qui vaut mieux, par son dévouement toujours charitable, souvent héroïque, est une part essentielle et considérable de la société française. Sa constitution importe aux intérêts les plus chers et

---

aussi certaine et bien moins glorieuse que celle du martyr confessant son Dieu, à la face du ciel et de la multitude accourue aux jeux sanglants de l'amphithéâtre.

Il résulte de ce qui précède que les catacombes chrétiennes sont essentiellement une nécropole, et que la foule des disciples du Christ n'a pu leur demander asile pendant un nombre de jours suffisant pour laisser passer la persécution. Les carrières, proprement dites, eussent pu, à la rigueur, cacher quelque temps un certain nombre de chrétiens, mais elles étaient trop connues des païens pour offrir un refuge sans danger. Le labyrinthe souterrain a servi probablement de voies secrètes pour sortir de la ville, ou pour s'échapper d'un lieu menacé ou cerné, et se répandre de là dans la campagne. Des groupes d'individus, objets d'une persécution particulière, ont également pu leur demander une plus longue retraite. Enfin, l'initiation et l'instruction des catéchumènes avait sans doute souvent lieu dans les catacombes, et on y disait l'office pour un nombre restreint d'individus, quand la surveillance était trop active contre le culte extérieur; mais la foule des chrétiens a eu besoin de plus vastes lieux pour ses réunions et pour la célébration des mystères sacrés.

Les catacombes de Naples ont un tout autre caractère que celles de Rome. Ce n'est plus un dédale de ruelles étroites, mais de larges et hautes allées, et parfois, par exemple à Saint-Louvier-des-Pauvres, de véritables cathédrales souterraines, avec leurs pilastres et leurs vastes nefs. On prétend que 40,000 hommes pourraient séjourner dans ces immenses carrières de tuf. Quoi qu'il en soit, nous concevrions que les chrétiens y eussent pu trouver un refuge en masse et pour un certain temps, tandis que cette supposition n'est point admissible pour les catacombes romaines. Les excavations napolitaines ont aussi servi de nécropole, et l'on y trouve encore de grandes niches contenant les ossements entassés de nombreux cadavres, mais il y a loin de là à la profusion des sépultures dans les cryptes de Rome; aussi, les premières, plus curieuses que celles-ci comme local, n'offrent pas le même intérêt comme souvenirs chrétiens, et ne remplissent point l'âme de celui qui les parcourt, de ces sentiments solennels et religieux qui font déborder le cœur dans la nécropole chrétienne de la ville éternelle.

F. JACQUOT.

— La Faculté de médecine de Montpellier vient d'être atteinte de nouveau dans une de ses notabilités. M. Hip. Rech., professeur de pathologie médicale, membre de Légion d'honneur, a été frappé le 8 mars, au milieu de sa famille, d'une attaque d'apoplexie foudroyante. Tous les soins qui lui ont été donnés immédiatement ont été impuissants. La mort a été presque instantanée.

La science médicale, les nombreux élèves qui se pressaient à ses leçons, la ville de Montpellier qu'il a dotée d'un établissement de la plus haute utilité, la maison d'aliénés dirigée par ses soins avec tant de dévouement et d'habileté, ses malades, devenus ses amis reconnaissants, font en la personne du professeur Rech une perte immense, qui sera vivement sentie par le corps médical tout entier.

M. Rech avait à peine atteint sa soixantième année.

les plus élevés de l'État. Le gouvernement et la législation devaient venir en aide à son organisation. Le corps lui-même avait le sentiment, exprimait le vœu de réformes profondes, d'améliorations étendues. Vous vous rappelez ces nombreuses assises, sous le nom de congrès médical, qui présentèrent un spectacle nouveau, celui d'une délibération libre des intérêts communs, où domina la sagesse; elle y domina au point que la voix du gouvernement, faisant connaître loyalement les résolutions auxquelles il était arrêté, rencontra, au milieu de la diversité des sentiments la presque unanimité des adhésions. Ai-je besoin de dire qu'en cette grave conjoncture, comme en toute autre, le gouvernement trouva dans l'expérience et la sagesse de l'habile conseiller, de l'illustre doyen, sa force et sa lumière? Orfila eut la satisfaction de voir la constitution professionnelle sortie de tant de travaux préliminaires auxquels il avait pris une si grande part, passer avec succès par l'une des délibérations les plus solennelles, les plus prolongées, les plus éclatantes qui aient honoré les assemblées législatives sous la monarchie constitutionnelle.... Il ne la vit pas arriver au terme de ces fortes épreuves. La monarchie constitutionnelle n'était déjà plus! Orfila, presque seul dans tout cet ordre d'enseignement et de travaux qui l'avaient illustré, fut entraîné dans sa ruine. C'est une distinction que sa mémoire peut accepter. Pour prix de l'adoption de la France, il l'avait servie avec fruit et avec éclat pendant dix-huit années prospères et libres.

« La Faculté de médecine de Paris gardera éternellement son souvenir. La bonne discipline intérieure, l'intelligente sévérité des examens, le patient labeur des élèves, l'assiduité dévouée des maîtres, dont il donnait le modèle en même temps que le précepte, la bonne répartition des moyens infinis d'études réunis ou développés par sa vigilance infatigable, toutes ces choses qui sont l'œuvre et la gloire de tous, mais où sa main fut empreinte plus qu'aucune autre, seront des monuments de sa gloire, autant que ces autres monuments visibles et immortels qui entourent l'École ou la remplissent, et qui suffiraient seuls à léguer son nom à la reconnaissance des générations à venir. D'autres travaux, d'autres créations ne permettront pas davantage que l'oubli atteigne ce nom respecté. Il y a les œuvres où sont consignés les progrès qu'il fit faire par lui-même à la science, et qui resteront autant que la science même. Il y a celles où il convia toute cette jeunesse, qui se presse sur son tombeau, à faire comme lui, à vivre soldats et martyrs de ces branches des connaissances humaines qui ont pour but, entre toutes les autres, l'étude et le service de l'humanité. Nos Facultés, nos écoles, nos académies, nos cités perdront-elles jamais la mémoire de ces libéralités magnifiques qui semblaient ne devoir être qu'un acte de sa carrière, et qui en auront été le terme, comme si elle ne pouvait être plus dignement couronnée! On se demandait, je lui demandais moi-même, dans cet entretien si récent qui devait être le dernier, et qui est maintenant sacré pour moi, pourquoi il avait ajouté, de son vivant, à l'institution généreuse et excellente du musée Orfila, toutes ces riches et doctes fondations qui font de lui le Montyon des sciences médicales et de la santé publique. « Pourquoi? me dit-il. Parce que j'aime la science et la jeunesse » avec passion. Cette jeunesse, que j'ai fait travailler de mon mieux partout, » tant que j'y ai pu quelque chose, j'ai voulu lui tailler du travail *pour deux* » *cents ans!* et quant à la science, convaincu qu'il y a de grands secrets à ap- » profondir dans l'organisation humaine, dans la cause et la nature des affections » qui abrégent ou flétrissent l'existence, j'ai voulu tracer moi-même la route, » avoir la perspective de diriger les premiers efforts, pour être sûr que d'autres » feront après moi ce que je ne puis pas demander à la Providence le temps » d'accomplir. »

» C'était son testament qu'il me dictait à mon insu! Le temps ne devait pas lui être laissé d'achever son ouvrage, de tracer les premiers programmes, de suivre de l'œil les premiers résultats. Il n'a pu que recueillir l'écho anticipé des bénédictions et des regrets qui resteront attachés à sa mémoire. La Providence, comptant les œuvres plus que les années, avait marqué les jours de cette vie si honorable et si remplie. Bien remplie, en effet; car, trop long pour cette enceinte, que de choses ce discours a omises! ses titres scientifiques véritables, ses œuvres charitables sans nombre, ses qualités attachantes et charmantes. L'homme d'intérieur, l'homme du monde, était accompli en lui comme l'homme d'études, comme l'homme pratique, comme le serviteur de l'État, comme le grand organisateur; l'ami des arts, comme l'ami des pauvres; le gérant de l'assistance publique, comme le défenseur éclairé de l'ordre et des lois. Le saisissement douloureux de la société entière à la nouvelle inattendue qu'Orfila n'était plus, la douleur incomparable d'une famille digne de lui, d'une compagne qui mérita de faire le bonheur de sa vie, cet immense concours, ces regrets, ces larmes, sont un hommage qui vaut mieux pour sa mémoire que les honneurs qui vinrent le chercher. Il remplace ceux qui lui manquèrent. Maîtres illustres qui fûtes ses collaborateurs, ses amis et quelquefois ses élèves, élèves laborieux, qui êtes ses légataires et qu'on est heureux de voir se presser à ses funérailles, un seul mot convient à l'inconsolable affliction de ce moment et aux pensées religieuses de ce lieu : Faites honneur à son testament et imitez sa vie! »

PATHOGÉNIE.

DES KYSTES DERMOÏDES ET DE L'HÉTÉROTOPIE PLASTIQUE EN GÉNÉRAL; communiqué à la Société de biologie en août 1852, par M. le docteur LEBERT.

(Suite. — Voir le n[os] 46, 51 et 52 de 1852 et 9 de 1853.)

CARACTÈRES CLINIQUES DES KYSTES DERMOÏDES OVARIENS.

1° Il n'est pas rare de voir ces tumeurs exister, sans que pendant la vie rien ne dénote leur existence, et nous avons été trop souvent nous-même témoin de ce fait pour ne pas insister sur l'innocuité de ces tumeurs, tant que l'affection est simple et peu étendue. Le volume, dans ces cas, ne dépasse souvent pas celui d'un œuf. La graisse, les poils, les os, les dents, sont renfermés dans une poche si parfaitement close, que les organes voisins n'éprouvent aucune atteinte de la présence de ces substances étrangères. En thèse générale, les kystes dermoïdes de l'ovaire sont latents lorsque leur volume n'est pas très-considérable, lorsque l'ovaire n'est pas le siége d'une autre altération et que la paroi interne du kyste donne exclusivement naissance à la production dermoïde.

2° Si la maladie ne reste pas latente dans un bon nombre de cas, tout ce que nous venons de dire s'applique au moins au début de la plupart des cas. Plus tard, lorsque la tumeur prend un accroissement plus considérable, des douleurs et du malaise dans le flanc correspondant au développement de l'ovaire, dans le droit plus souvent que dans le gauche, fixent l'attention des malades. Déjà à ce moment le palper abdominal, pratiqué d'une manière attentive, peut faire reconnaître l'existence d'une tumeur dans cette région. La marche et le développement de l'engorgement ainsi appréciable, présentent en général les caractères de l'hydropisie ovarienne enkystée ordinaire. Peut-être les douleurs sont-elles plus vives que dans l'hydropisie ovarienne ordinaire. Du reste, si quelques malades sont en proie à des souffrances intenses, chez d'autres on constate des douleurs sourdes ou simplement des malaises dans la région indiquée.

3° Dans plusieurs observations nous avons vu noter un écoulement vaginal abondant, séreux ou séro-purulent. Dans le cas de Rénéaume, une religieuse, atteinte de mélancolie, se jette par la fenêtre, et à l'autopsie on trouve un kyste dermoïde dans l'un des ovaires qui n'avait point été reconnu pendant la vie. La malade avait eu pour principal symptôme un écoulement puriforme, qui par les trompes était entré dans l'utérus et sorti par le vagin.

4° Le dérangement des fonctions menstruelles a été noté dans quelques cas, mais les observations n'offrent sous ce rapport rien de fixe. Chez plusieurs malades la suppression complète des règles, chez des femmes, jeunes encore, a coïncidé avec le moment où les premiers signes de tumeurs abdominales se sont manifestés.

5° Parmi les signes les plus importants à connaître, nous indiquerons l'hydropisie abdominale qui en général ici est enkystée et a son siége dans le kyste dermoïde lui-même, qui peut atteindre, comme nous l'avons vu, des dimensions extrêmement considérables. Il est difficile de distinguer, dans ces cas, l'hydropisie ovarienne ordinaire de celle qui est la conséquence d'une hydropisie enkystée dermoïde. Cependant il y a un symptôme qui, dans un certain nombre de cas, doit mettre sur la voie : c'est la sortie de poils avec le liquide hydropique, lorsqu'on pratique l'opération de la paracentèse. C'est ce qui est arrivé entre autres dans l'observation de Brisseau (1). Dans le cas d'Autenrieth il y avait également une hydropisie ovarienne, et plusieurs fois la paracentèse a dû être pratiquée; mais il n'est sorti par cette opération qu'un sérum plus ou moins teint de sang. Dans ces cas comme dans plusieurs analogues, il y avait en même temps une hydropisie ovarienne simple à côté des kystes dermoïdes. Dans les cas de Winsbip, quatre ponctions ont également été pratiquées. L'hydropisie a encore existé dans les observations d'Anderson (2) et dans celles de Ballard (3). Le ventre, dans ce dernier cas, avait atteint un développement énorme; il y avait en même temps œdème des membres inférieurs, mais aucune opération n'a dû être pratiquée. Dans le cas de Cleghorn, la paracentèse donna issue, avec le liquide hydropique, à une masse graisseuse et pileuse. L'hydropisie, quoique non ponctionnée, a été constatée aussi dans une des observations de Mœderer et dans le cas de Schacher. Nous avons en tout noté les phénomènes cliniques dans 43 cas, et sur ce nombre se trouvent 8 cas d'hydropisies enkystées; par conséquent, c'est une des terminaisons fréquentes. Quant à la sortie des poils et d'autres substances par les parois abdominales, nous en parlerons avec détail tout à l'heure.

6° Des accidents du côté des voies urinaires ont été notés également dans un certain nombre de cas. De la dysurie, de la rétention d'urine, les accidents inflammatoires du côté de la vessie, de la pili miction, et la sortie même de plusieurs autres substances avec les urines ont été observés un certain nombre de fois. Dans le cas de Saxtorph (4), la rétention d'urine s'est montrée à plusieurs reprises; elle était accompagnée chaque fois d'un déplacement subit de la matrice qui, replacée par ce chirurgien, fit alors cesser les accidents des voies urinaires; ces accidents étaient dus à une tumeur dermoïde dans le flanc droit, qui avait acquis un développement énorme. Des accidents du côté de la vessie, avec *sortie d'un produit anormal*, sont bien

(1) Brisseau, OBSERVATIONS, p. 34. 1834.
(2) Anderson, EDIM. MED. AND SURG. JOURNAL, t. II, p. 180. Édimb., 1806.
(3) Ballard, CORVISART, JOURNAL, t. XII. p. 131. 1806.
(4) Saxtorph, ACT. SOC. MED. HAVNIENS, vol. II, n° 18, p. 259. 1779.

plus importants encore à connaître, parce qu'ils dénotent une des terminaisons des plus curieuses de cette affection, savoir : la communication de la tumeur ovarienne avec la cavité de la vessie. Voici en quelques mots l'analyse des principaux faits de ce genre, déjà réunis et fort bien commentés dans l'excellent travail de M. Rayer sur la pili-miction : 1° Une femme de 24 ans, enceinte pour la deuxième fois, éprouve des douleurs vésicales; ses urines deviennent troubles et sont mêlées de poils ; son mari lui en retire au moyen d'un crochet mousse. Delpech (1) extrait plus tard de cette vessie un corps dur. Cette opération donne un soulagement momentané, mais au bout de deux mois les accidents se reproduisent. Ce chirurgien fait alors une nouvelle tentative et il retire de la vessie un os, des membranes couvertes de poils, et il trouve dans cet os une alvéole avec une dent molaire. L'extraction avait été faite par une incision urétrale. La malade a parfaitement guéri. 2° Dans l'observation de Marshall (2), une femme âgée de 40 ans avait éprouvé depuis quatre ou cinq ans des douleurs abdominales, revenant par intervalles et suivies d'un grand développement du ventre. Il existait en même temps un écoulement vaginal puriforme. Plus tard de fréquentes rétentions d'urines survinrent, et c'est alors que la malade rendit, au milieu de douleurs vives, quelques portions d'os, dont un de plus d'un pouce de longueur. La malade maigrit, dépérit et succombe. A l'ouverture du corps on trouve une communication entre la vessie, très-dilatée, et une tumeur de l'ovaire contenant du pus, une substance graisseuse, beaucoup de cheveux et cinq dents. L'utérus était à peu près normal. 3° Le cas de beaucoup le plus curieux de ce genre est celui observé par M. Larrey (3), communiqué en 1842 à l'Académie de médecine. Voici le résumé de ce fait, tel qu'il se trouve rapporté dans les ARCHIVES DE MÉDECINE. Le sujet de l'observation est une jeune femme de 33 ans, bien constituée, mariée jeune et mère de trois enfants. En 1836, peu de jours après son dernier accouchement, elle vit apparaître une tumeur douloureuse à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic. Bientôt les urines devinrent purulentes et glaireuses. En 1841, la tumeur, qui s'était accrue progressivement et occupait l'espace compris entre l'ombilic et le pubis, s'ouvrit extérieurement et donna issue à du pus mêlé de détritus calcaire. Trois semaines après, il se présenta à l'ouverture une masse de cheveux inégaux que la malade enlevait souvent elle-même, et qui plus tard avait l'apparence d'une longue mèche adhérente au fond de la fistule et saillante au dehors. Au bout de quatre mois, cette voie anormale livra passage à l'urine qui continua à en sortir, tandis que le canal de l'urètre donnait issue à du pus, à des cheveux, à des graviers, et même une fois à une concrétion ossiforme; enfin il se développa une pierre dans la vessie. Pour remédier à une situation aussi grave, M. Larrey eut recours à une opération fondée sur les principes de la taille hypogastrique : il incisa la fistule directement en bas, extirpa une tumeur fibreuse, sur laquelle était implantée la mèche de cheveux, pénétra ensuite dans la vessie après avoir fendu le trajet de communication, et en retira le calcul par la même ouverture. Une sonde fut placée à demeure, et des pansements méthodiques en assurèrent la guérison, qui faillit cependant être compromise par une variole confluente. Aujourd'hui la cicatrice de la plaie, bien consolidée depuis cinq mois, n'a plus besoin que d'un bandage pour être maintenue comme une hernie de la ligne blanche. 4° Hamelin (4), médecin américain, a observé le cas suivant : Une femme âgée de 24 ans accouche à terme d'un enfant mort; vingt-deux jours après elle succombe à une fièvre puerpérale. A l'autopsie on trouve la vessie très-distendue et en partie en état de mortification; elle renferme une matière fétide mêlée de cheveux; il existe une large communication entre la vessie et une tumeur de l'ovaire droit qui contient dans sa cavité des poils, de la matière grasse et une substance osseuse. 5° Dans l'observation de Phillipps (5), une femme âgée de 30 ans, avait éprouvé dès sa jeunesse, à diverses époques, de la difficulté pour uriner. Depuis deux ans les symptômes d'une phlegmasie vésicale se manifestèrent, l'hypogastre devint le siége de douleurs vives et de tuméfaction, la dysurie augmenta, la tumeur s'étendit bientôt en haut et atteignit presque la région du foie. Les symptômes du côté de la vessie se suspendirent, et la malade succomba avec les symptôme d'une péritonite. A l'autopsie on trouva dans le péritoine un épanchement sanguinolent et dans l'ovaire une tumeur enkystée, contenant une matière crémeuse et une touffe de cheveux. La vessie était très-distendue et contenait également une large touffe de cheveux, et de plus une portion d'os renfermant une dent incisive. La communication entre la vessie et la tumeur ovarienne avait lieu au moyen de trois ouvertures. 6° Dans l'observation de Delarivière (1), une femme âgée de 58 ans, souffrait depuis sept ans de pesanteur dans le bas-ventre et de temps en temps d'envies pressantes d'uriner ; les douleurs hypogastriques devinrent plus vives et la dysurie augmenta. Un chirurgien qui sonda la malade donna issue à une quantité considérable de pus. Le soulagement ne fut que momentané, et la malade ne tarda pas à succomber après beaucoup de souffrances et après avoir présenté pendant plusieurs jours des vomissements et de la diarrhée. A l'autopsie on trouva dans la vessie plusieurs os et un petit peloton de poils, le tout renfermé dans la portion d'un kyste dont on vit encore les vestiges distincts.

Les cas dont nous venons de donner l'analyse prouvent que la communication entre la vessie et les tumeurs dermoïdes n'est pas excessivement rare. Ils démontrent de plus qu'il faut y penser chaque fois qu'une malade rend des poils par les urines et qu'on s'est assuré qu'il n'y a pas quelque tromperie au fond. Cette supposition est également permise lorsque la pili-miction se présente chez un homme, car nous avons vu plus haut que les kystes dermoïdes, superficiels ou profonds, n'étaient pas rares en dehors de toute connexion avec l'ovaire. Dans un cas de ce genre que M. Dennecé a observé, ce jeune chirurgien distingué m'a dit avoir constaté que les poils avaient leur bulbe et étaient encore en partie accompagnés de glandules sébacées, ce qui parle encore hautement en faveur de leur origine dermoïde.

7° Nous avons déjà parlé plus haut, dans l'exposé anatomique de ce travail, de l'ouverture de ces tumeurs au dehors, qui alors forment des fistules à la surface des parois abdominales. Nous possédons cinq faits de ce genre. L'un d'eux vient d'être rapporté avec quelques détails : c'est celui observé par M. Larrey. Un second fait a été présenté récemment à la Société anatomique : c'est celui observé par M. Jarjavay, cas dans lequel une femme de 40 ans environ avait présenté d'abord des douleurs abdominales vives, ensuite une tumeur sous-ombilicale, puis la formation d'un abcès qui s'ouvrit dans la région hypogastrique, près de l'ombilic, et donna issue à du pus et à des poils. Cette ouverture resta fistuleuse, la suppuration persista et fit succomber la malade dans le marasme. A l'autopsie on put constater l'existence d'un kyste ovarien pili-graisseux. Parmi les observations anciennes, nous citerons le fait rapporté par Fabrice de Hilden (2), qui raconte qu'une femme devint hydropique quelque temps après ses couches et que trois jours avant sa mort, il y eut une rupture spontanée de l'abdomen par l'ombilic d'où il sortit vingt litres d'eau avec beaucoup de poils. A l'autopsie faite par Thomas Plater, en présence de l'auteur et de Bauhin, on trouva dans l'ovaire droit une tumeur renfermant de la graisse et des poils ; ce fait a été rapporté par Blancard, sans qu'il ait indiqué la source à laquelle il l'avait puisé. Anderson a décrit au commencement de ce siècle le cas déjà cité plus haut, d'une femme âgée de 30 ans qui, neuf ans auparavant, était accouchée pour la première fois, deux ans plus tard pour la seconde fois, et qui depuis cette époque éprouva des douleurs dans le flanc droit. Cependant elle eut encore deux couches à deux ans de distance ; mais c'est surtout pendant une cinquième grossesse, que les douleurs du flanc droit augmentèrent. Cependant l'accouchement eut lieu à terme, mais depuis ce moment elle dépérit et devint hydropique. Une ponction pratiquée deux mois après ses couches, ne la soulagea que temporairement et bientôt après un abcès s'ouvrit près de l'ombilic et continua à suppurer pendant sept mois jusqu'à l'époque de la mort. Cette malade avait rendu quelquefois des poils avec le pus de sa fistule abdominale. A l'autopsie on trouva qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire droit, adhérent au péritoine et à l'ombilic, renfermant des poils et trois dents. Dans le cas de Vallerand de la Fosse (3), dont nous avons rapporté les détails anatomiques, un kyste pili-graisseux s'était ouvert à la partie inférieure droite de l'abdomen, et la malade avait rendu souvent des poils longs et blonds mêlés avec du pus ; elle avait beaucoup maigri et éprouvé des douleurs vives et elle mourut dans le dépérissement.

Nous citons à cette occasion un cas plein d'enseignements utiles pour le praticien, celui de Laflize (4), qui constata chez une jeune fille de 18 ans une tumeur à la partie latérale et postérieure gauche de l'abdomen ; il fit à sa surface une application de potasse caustique et donna issue à du pus avec une masse stéatomateuse et une boucle de cheveux fort longs. Dix-neuf jours après l'opération, on retira un corps dur de trois à quatre pouces de long avec un noyau osseux au centre et montrant huit dents disposées circulairement, dont six molaires, une canine et une incisive ; il

(1) Delpech, OBSERVATION DE PILI-MICTION. (CLIN. CHIR. DE MONTPELLIER, t. II, p. 521. Paris, 1828.)
(2) Marshall-Paul, ARCH. GEN. DE MÉD., t. XVIII, p. 282. 1828.
(3) Larrey, KYSTE PILEUX DE L'OVAIRE, COMPLIQUÉ, etc. (MÉM. DE L'ACAD. DE MÉD., t. XII, et ARCH. GÉN. DE MÉD., 3e série, t. XV, p. 510. 1842.)
(4) Hamelin, OBSERVATIONS SUR DES CHEVEUX TROUVÉS DANS L'INTÉRIEUR DE LA VESSIE. (BULL. DE LA SOC. DE L'ÉCOLE, n° 4, p. 58. 1808.)
(5) Phillips, MED.-CHIR. TRANSACT., vol. II, p. 427.

(1) Delarivière, JOURNAL DE MÉD. ET DE CHIR. DE VANDERMONDE, t. X, p. 516. Janvier, 1759.
(2) Fabrice de Hilden, OBS. CENT., Voy. obs. XLVIII.
(3) Vallerand de la Fosse, CRUVEILHIER AN. PATHOL, t. II, p. 167. Paris, 1816.
(4) Laflize, BACHER, JOURNAL DE MÉDECINE, p. 301. 1792.

y avait en outre deux autres dents incomplétement développées sortant à peine de leurs alvéoles, une molaire et une incisive. La plaie se cicatrisa et la femme guérit parfaitement. Nous avons là un exemple que les chirurgiens pourraient imiter, avec chance de succès, dans des circonstances analogues.

8° Nous venons de passer en revue les cas d'ouverture des kystes dermoïdes au dehors ou dans la vessie; mais ils peuvent s'ouvrir aussi ailleurs, quoique plus rarement. Nous avons déjà parlé plus haut de la perforation dans le péritoine, qui dans le cas de Bauhin, observé en 1578, avait donné lieu à une mort subite.

Dans l'observation de Nisten (1), une jeune fille de treize ans, encore vierge, dépérit et meurt dans le marasme, et à l'autopsie on trouve une poche dermoïde suppurée, ulcérée, communiquant avec la cavité abdominale. Le fait de Jasinsky (2) est encore plus remarquable : c'est le seul qui, à notre connaissance, ait donné lieu à une communication directe avec le vagin. Ce fait se rapporte à une femme âgée de 28 ans, qui après son quatrième accouchement eut des flueurs blanches très-abondantes, des douleurs vives dans le vagin et une tumeur qui s'ouvrit en donnant issue à un liquide puriforme. On découvrit de plus à la partie postérieure gauche du vagin un corps dur qui pendant le coït causait des douleurs au mari et une excoriation à la joue d'un cinquième enfant qu'elle mit au monde. On s'enquit alors par le toucher de l'existence d'un sac entre l'utérus et le vagin et de plusieurs corps durs, et on fit successivement l'extraction de quatre dents, dont deux molaires et deux incisives. La couronne de l'une des premières était légèrement cariée, ces dents paraissaient implantées dans un os dont l'extraction ne fut pas possible.

Nous avons recueilli deux exemples aussi dans lesquels des kystes dermoïdes se sont ouverts dans le rectum : le premier appartient à Millman-Coley. C'est le cas d'une femme âgée de 28 ans, dont les règles sont supprimées depuis cinq ans ; depuis cette époque elle éprouve un poids au-dessus du pubis, des douleurs dans le flanc droit, où on constate l'existence d'une tumeur. Peu à peu la femme dépérit et tombe dans un état hectique. Plusieurs années après le commencement des accidents, un abcès s'ouvre par le rectum, et au bout de quelques semaines la malade semble guérie ; mais bientôt les douleurs abdominales reviennent et sont surtout vives à la pression entre le pubis et l'ombilic; la fièvre, des vomissements, des douleurs dans les seins, de la dyspnée, de la strangurie, un poids fort incommode dans l'abdomen surviennent. De nouveau une amélioration se manifeste pendant près d'un an, ensuite retour des mêmes accidents et mort subite. A l'autopsie on trouve dans le péritoine un liquide foncé mêlé d'un air fétide ; les épiploons sont en partie gangrenés, l'ovaire droit a le volume d'une tête de fœtus à terme et paraît squirrheux. A sa partie antérieure se trouve un kyste gélatineux renfermant en outre une matière graisseuse du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur a pénétré dans l'S iliaque et s'y trouve entourée de matières fécales. Nettoyée et examinée avec soin, la surface interne s'y trouve couverte de petits poils blancs implantés, et sur un point existent beaucoup de cheveux de 3 à 4 pouces de long. Dans un autre endroit de la paroi interne on aperçoit une dent bicuspide dans un os semblable à un maxillaire supérieur ; on trouve de plus trois incisives renfermées dans des capsules. Près de la base de la tumeur on constate un trajet qui conduit de l'intestin à l'ovaire droit, et qui constitue la cicatrice d'une ancienne fistule. La matrice renferme un fœtus de cinq mois. Le second fait est bien plus curieux encore, il appartient à M. Bouchacourt (3) (de Lyon), qui a cru avoir affaire à un produit de conception retenu dans le bassin par inclusion. Voici ce fait : Une jeune fille âgée de 5 ans et demi, pâle, sujette à la constipation, rend un jour beaucoup de pus par l'anus. Cet écoulement purulent continue pendant sept mois ; déjà quinze jours après le commencement de cette suppuration, une mèche de cheveux châtain-clair sort par l'anus. La suppuration était arrêtée depuis quelque temps, lorsqu'un jour la malade est prise de ténesme et de la sensation d'un corps étranger dans l'anus. On y constate l'existence d'une tumeur adhérente par un pédicule à la paroi du rectum ; elle est expulsée : une double ligature est jetée autour du pédicule pour prévenir l'hémorrhagie, et l'enfant guérit. La tumeur, qui a 9 centimètres de long sur 11 de circonférence, offre des poils à sa surface interne, et plusieurs dents implantées dans une portion osseuse que l'auteur compare à des restes d'os de la face; toutefois nous ne trouvons dans les détails rapportés aucune preuve de l'existence d'un fœtus, et nous ne pouvons y voir autre chose que l'existence d'un de ces kystes dermoïdes renfermant de la graisse, des poils, du cartilage, des os et des dents.

9° Les kystes dermoïdes ovariens peuvent opposer de grands obstacles à l'accouchement lorsqu'ils sont situés entre la matrice et le rectum, et même sans avoir établi aucune adhérence anormale. La connaissance de ces faits est par conséquent indispensable pour l'accoucheur. Nous trouvons un exemple curieux de ce genre rapporté par Merriman (1), où une tumeur de ce genre faisant saillie dans le vagin, rendit l'accouchement si difficile que la craniotomie a dû être pratiquée; la mère succomba, et à l'autopsie on trouva entre le rectum et le vagin un kyste renfermant des poils, de la graisse et des dents. Mais le cas de beaucoup le plus remarquable de ce genre, est celui rapporté par Baudelocque (2). C'était une tumeur longue de six à sept travers de doigt, large d'environ un pouce et demi. Une de ses extrémités, semblable à la moitié d'un gros œuf de poule coupé en travers, est une espèce de roche osseuse garnie intérieurement de neuf dents solides et bien conformées, parmi lesquelles se remarquent des incisives, des canines et plusieurs molaires; le reste de cette tumeur était d'une nature stéatomateuse, et contenait beaucoup de cheveux assez longs et entrelacés dans l'humeur qui la constituait. On prit la partie osseuse de la tumeur pour une exostose du sacrum. Baudelocque, après avoir rejeté l'opération césarienne, proposée par deux accoucheurs consultants, fit la version et employa le forceps pour extraire la tête. L'enfant était mort et la mère mourut le troisième jour. A l'autopsie on trouva comme cause de la dystocie la tumeur décrite située dans l'ovaire. Nous avons rapporté plus haut le cas du docteur Jasinsky, où une tumeur semblable ouverte dans le vagin blessa la joue de l'enfant pendant le passage par une dent de la tumeur qui faisait saillie.

10° Si les deux faits cités prouvent, à ne pas en douter, l'influence dystocique de ces tumeurs, nous avons des preuves peut-être moins directes de l'influence fâcheuse de ces tumeurs sur les accouchements dans les faits que nous allons rapporter : nous voulons parler de l'influence des kystes dermoïdes sur la mortalité des femmes enceintes et des femmes en couches. Sur 43 cas dans lesquels des détails cliniques sont rapportés, nous ne trouvons pas moins de 7 cas dans lesquels les femmes sont mortes pendant la grossesse ou en couche. Il y a donc là quelque chose de plus qu'une simple coïncidence. Sur ces sept cas, deux fois la mort a eu lieu pendant la grossesse. Dans le fait communiqué à la Société de biologie dans le courant de cette année par MM. Schnepf et Davaine (3), une femme âgée de 38 ans, mère de neuf enfants, succombe dans le troisième mois de sa dixième grossesse. On trouve le fœtus bien conformé dans l'utérus, et tout l'ovaire droit est remplacé par une tumeur du volume du poing, située au-dessus du cœcum; elle renferme de la sérosité purulente et une masse pili-graisseuse du volume de la moitié d'une orange, de plus quelques parcelles d'os. Le second cas est celui de Gooch (4), qui a vu succomber une jeune dame âgée de 25 ans, dans le neuvième mois de sa grossesse, avec les symptômes d'une péritonite. Depuis plusieurs années déjà elle portait dans le côté gauche une tumeur qui donnait lieu à des douleurs sourdes et à des envies fréquentes d'uriner. A l'autopsie, on trouva l'utérus gangrené du côté gauche, renfermant un fœtus presque à terme. La tumeur de l'ovaire gauche, du volume d'un melon, montre aussi un commencement de gangrène; on y trouve un litre environ de matière athéromateuse, mêlée avec beaucoup de poils, dont quelques-uns montrent un bulbe évident. Il y a de plus, sur un point de la paroi, un os qui renferme une incisive et une autre dent incomplète, et tout près de là on trouve dans la paroi de l'ovaire un petit sac renfermant une canine.

Les 5 cas dans lesquels les femmes ont succombé en couche sont les suivants : le premier est celui de Schamberg (5). Il y est dit que la femme est morte après un accouchement laborieux, et qu'il existait une tumeur ovarienne très-volumineuse renfermant de la graisse et des poils. Le second cas est celui de Hamelin, que nous avons déjà rapporté plus haut; la femme succomba le vingt-deuxième jour après les couches à une fièvre puerpérale. On se rappelle qu'il existait dans ce cas une communication entre la tumeur ovarienne et la vessie. Le troisième cas se trouve rapporté dans le catalogue du musée de Boston (6) : c'est celui d'une femme âgée de 21 ans qui portait une tumeur dermoïde très-considérable dans le bassin, et qui est morte à la suite de ses premières couches. Le quatrième cas est décrit dans l'iconographie pathologique de M. Cruveilhier (7); il se rapporte à une femme qui meurt un mois après l'accouchement, et chez laquelle on trouve un double kyste pileux. Le cinquième cas, enfin, appartient à Carus (8), et se rapporte à une femme morte en couche également et montrant à l'autopsie une tumeur pili-graisseuse du volume d'un œuf de

(1) Nysten, Corvisart, Journal, t. V, p. 144-49.
(2) Jasinsky, Graefe N. Walther, Journal, t. XII, p. 3.
(3) Gazette Médicale, p. 635. 1850.

(1) Merriman, Med.-chir. Transact., t. III, p. 52 et 63.
(2) Baudelocque, L'art des accouchements, t. II, p. 269-74, 6e édit. Paris, 1822.
(3) Gazette Médicale, p. 317. 1852.
(4) Gooch, Med. and chir. obs., p. 110-17. London, 1772.
(5) Schamberg, dans Naboth, De sterilitate mulierum. Lipsiæ. 1707.
(6) Catalogue of the anat. museum of Boston, p. 215. Boston, 1847.
(7) Cruveilhier, Anat. pathol. du corps humain, 18e livraison.
(8) Carus, Salzburger-Zeitung, t. III, p. 126. 1822, Jahresbericht, etc.

ponle située dans l'ovaire droit. Il résulte de ces faits que la présence des kystes dermoides dans l'ovaire peut devenir le point de départ d'accidents inflammatoires graves pendant la grossesse et pendant les couches ; elle prédispose en outre, au développement de la fièvre puerpérale.

11° La terminaison, dans un hon nombre de ces cas, lorsque la tumeur est considérable et qu'elle a cessé de se montrer à l'état latent, est, après avoir donné lieu à des douleurs, à la constatation d'une tumeur, à l'hydropisie, aux divers symptômes, en un mot, que nous venons de passer en revue, de conduire à un marasme terminal. On observe alors de la fièvre, de la diarrhée, souvent des vomissements, du dérangement des fonctions digestives, de l'amaigrissement progressif, la perte des forces et la mort dans un épuisement extrême. Nous avons nolé cette terminaison dans un septième des cas environ, et dans plusieurs la fièvre hectique a été occasionnée par l'ouverture des tumeurs au dehors et la suppuration prolongée. Chez trois malades, la mort est survenue plus promptement par suite d'une péritonite aiguë; et on comprend très-bien qu'une tumeur volumineuse puisse déjà donner lieu par elle-même à cette terminaison fâcheuse à laquelle prédispose encore l'inflammation suppurative dont les parois du kyste peuvent devenir le siége.

(*La fin à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'EMPLOI DE LA JUSQUIAME DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE ; par M. le docteur MICHÉA.

(Suite. — Voir les numéros 4, 8 et 10.)

Jusque vers le milieu du dix-huitième siècle, on avait éloigné scrupuleusement cette plante de l'usage intérieur, parce que, administrée de cette manière, on la regardait comme un poison redoutable. Mais à cette époque, une illustration de l'École de Vienne, le médecin de l'empereur d'Autriche, le baron de Storck essaya de l'introduire dans la pratique (1). Selon lui, c'était un excellent sédatif dans la manie et plusieurs autres névroses soit de la sensibilité, soit de la motilité. Il se servait de l'extrait fait avec le suc purifié de jusquiame noire. Il commençait par un demi-grain et un grain de cet extrait mêlé à du sucre, puis il montait graduellement jusqu'à six, huit et dix grains par jour. Toutefois la médecine française, plus timide, et prévenue d'ailleurs contre Storck depuis ses travaux sur la cigüe ; la médecine française, dis-je, n'adopta point ce médicament. En Angleterre, Fothergill en vanta, au contraire, beaucoup les effets dans le traitement de certaines vésanies (2). Il débutait par cinq grains d'extrait, matin et soir, et allait graduellement jusqu'à trente grains et plus par jour. Il conseillait de ne point dépasser cette dose, sous peine de voir survenir des vertiges et de la stupeur.

Malgré les assertions de Greding et de Joseph Frank, qui contribuèrent beaucoup au discrédit de la jusquiame dans le traitement de la folie, ce médicament ne fut point oublié en Angleterre comme il le fut en France.

Aujourd'hui, chez nos voisins, beaucoup d'aliénistes prônent les vertus de cette plante. Il en est même qui les vantent avec une sorte d'enthousiasme. « L'opium et la jusquiame, dit M. Holland, sont des médicaments sans lesquels ma thérapeutique se trouverait désarmée. » Selon M. Winthle, on obtient de grands succès de l'emploi de la jusquiame dans les cas de manie. Cet aliéniste la donne dans du porter, de la bière, du café, et rarement les malades en découvrent la présence.

M. Oliver préfère la jusquiame à l'opium dans la première période de la manie. Il l'administre en teinture, à la dose de 6 à 8 grammes toutes les quatre heures pendant le jour, et de 9 à 15 grammes en une seule fois, le soir. Le docteur Prichard met également la teinture de cette solanée au-dessus de l'opium. Le docteur Bryan assure que ses résultats sont aussi efficaces, mais moins prononcés, et que par cela même son usage peut être plus généralement conseillé que celui des opiacés. Cependant il est d'autres aliénistes, M. Watson, entre autres, qui affirment n'avoir retiré que des désappointements de l'emploi de la jusquiame.

Nos recherches expérimentales sur les propriétés thérapeutiques de la jusquiame portent sur dix aliénés sans distinction d'âge, de sexe et de genre de délire. La préparation à laquelle nous avons eu recours a été exclusivement l'extrait préparé avec les parties fraîches de la plante.

(1) LIBELLUS QUO DEMONSTRATUR HYOSCIAMUM, STRAMONIUM, etc., etc. Vindobonæ, 1762.

(2) Voyez son travail inséré dans le premier volume des MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MED. DE LONDRES, p. 310.

CATÉGORIE DES MALADES CHEZ LESQUELS LA JUSQUIAME A PRODUIT LA GUÉRISON.

OBS. XVIII. — M. N., âgé de 56 ans, cultivateur des environs de Paris, est d'une constitution moyenne et d'un tempérament nerveux. Il sort d'une famille où il n'y a pas eu d'aliénés.

En 1850, à la suite de quelques chagrins domestiques, il devient sombre et taciturne. Il ne tarde pas à s'imaginer qu'on trame un complot contre sa liberté, et à tout moment il croit voir des gendarmes venant le chercher pour le conduire en prison, et de là à l'échafaud.

Ce malade, qui nous fut adressé par le docteur Debeney, entra en maison de santé le 22 mars de la même année.

M. N... a toujours les mêmes craintes imaginaires. Il pâlit et tremble dès qu'il aperçoit une figure étrangère, et on ne peut pénétrer dans sa chambre sans qu'il pousse des cris et se prosterne à terre, à l'instar d'une victime qui implore la pitié de son bourreau. Apyrexie, appétit normal, aucune lésion physique.

Le 23, j'administre 0,05 d'extrait de jusquiame en suspension dans du vin.

Du 24 mars au 4 avril, cette dose est chaque jour augmentée de la même quantité.

6. Le malade, qui en a ingéré hier 7 décigr., se plaint de nausées, de céphalalgie et de sécheresse du gosier.

A partir de ce jour, la jusquiame est toujours administrée, mais en diminuant chaque jour la dose de 5 centigr.

16. Commencement d'amélioration. L'idée fixe a moins de ténacité. Le malade s'en préoccupe moins.

18. Le mieux se soutient. Suspension du médicament. J'administre du jalap et de la magnésie (5 décigr. de chaque) pour vaincre une constipation opiniâtre à laquelle le malade était en proie depuis huit jours.

Le 25, reprise de la jusquiame à la dose d'un décigramme. Amélioration de plus en plus appréciable. M. N..., qui avait pris sa famille en antipathie, demande à voir sa femme et ses enfants.

Du 26 avril au 1er mai, la dose du médicament est chaque jour augmentée d'on décigramme.

3. Le délire partiel a entièrement disparu. Le médicament est suspendu.

Le 17, le malade sort de l'établissement avec l'intégrité parfaite de sa raison. Depuis lors la guérison ne s'est pas démentie.

Sauf l'âge déjà un peu avancé, ce malade se trouvait dans des conditions favorables à la guérison. La folie n'était point le développement d'un germe transmis par voie de génération, et le sujet en était atteint pour la première fois. La jusquiame fut administrée en deux reprises séparées par un assez court intervalle. La convalescence arriva graduellement, sans oscillation et sans secousse, au bout de cinq semaines de traitement. L'amélioration était déjà notable au bout du vingt-cinquième jour. La médication donna lieu à quelques symptômes de l'ordre somatique, entre autres à la constipation, à des nausées et à de la céphalalgie.

OBS. XIX.—Mademoiselle Élise R... est âgée de 22 ans; elle a une constitution robuste et un tempérament sanguin; elle est parfaitement réglée. Ses parents n'ayant pas consenti à son mariage avec un jeune homme d'une condition inférieure à la sienne, jeune homme pour lequel elle avait conçu depuis longtemps une vive affection, elle en éprouva un violent chagrin, et au commencement du mois de mars de l'année 1850, on s'aperçut qu'elle perdait la raison.

Cette demoiselle, qui nous fut adressée par le docteur Latour (de Pithiviers), entra en maison de santé le 19 du même mois.

Mademoiselle R... est en proie à un délire partiel d'un caractère érotico-religieux. Elle s'imagine que son amant s'introduit chaque jour dans la maison sous divers déguisement: que tantôt il revêt le costume d'un maçon, tantôt celui d'un jardinier. Elle prend pour cet individu la plupart des hommes qu'elle aperçoit ; elle les appelle et les provoque à converser avec elle.

Elle assure d'un autre côté que Dieu lui envoie des anges, sous la forme de belles jeunes filles habillées de blanc, qui voltigent à l'entour de son lit, surtout au moment de son réveil, et qui déposent sur sa tête des couronnes de roses et d'immortelles. Nulle autre conception délirante. Apyrexie. Absence de toute espèce de lésion dans les principaux organes.

Le 21, la malade prend 0,05 d'extrait de jusquiame.

La dose est élevée chaque jour de la même quantité jusqu'au 30, où cette dose est de 5 décigr. Mêmes symptômes.

31. L'extrait de jusquiame est administré à doses décroissantes jusqu'au 8 avril. Les hallucinations de la vue s'affaiblissent.

9. L'emploi de la jusquiame est suspendu.

Le 13, le médicament est repris. La dose de 5 centigr. est élevée chaque jour de la même quantité jusqu'au 21.

22. Plus d'hallucinations de la vue. Les illusions de ce même sens tendent aussi à disparaître. La malade est beaucoup moins dominée par les sentiments érotiques. Suspension de la jusquiame.

29. L'amélioration est de plus en plus manifeste.

5 mai. Convalescence complète.

14. La malade sort de l'établissement. Depuis lors elle n'a pas cessé de jouir de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Ici la quantité de jusquiame ingérée est moins considérable que dans le cas précédent. La malade n'en a jamais pris plus de 5 décigr. par jour. Néanmoins il survient de l'amélioration au bout de dix-neuf jours de trai-

tement, amélioration qui consiste dans l'affaiblissement des hallucinations. Peu à peu ces phénomènes s'évanouissent tout à fait, et enfin la guérison du délire partiel est complète au bout du quarante-deuxième jour.

Obs. XX. — M. Alexandre G..., commis marchand, est âgé de 20 ans. Il est né d'une mère qui devint folle huit jours après qu'il eut perdu la raison. Le délire éclata le 3 juillet 1851, à la suite d'une vive contrariété déterminée par une perte d'argent. Il eut aussi pour autre cause une joie excessive produite par le renoncement d'une de ses sœurs à la vie monastique qu'elle avait embrassée depuis quelque temps.

Entré en maison de santé le 15 du même mois, ce malade offre une agitation extrême: il marche ou il court, il parle et gesticule sans cesse. Sans avoir positivement de la fureur, il s'échauffe et s'irrite à la moindre contrariété. Il parle avec une volubilité très-grande. Il contrefait souvent la voix et le geste des personnes qui l'entourent. Sa mémoire est plus développée qu'avant sa maladie. Il déclame des fragments de tragédie, à la grande surprise de ses parents qui ne l'avaient jamais vu débitant des vers. Absence de délire sensorial et de conceptions extravagantes. Apyrexie. Les digestions sont faciles, l'appétit excellent, les évacuations régulières. Le malade ne souffre nulle part.

16. 0,05 d'extrait de jusquiame.

Du 17 au 27, cette quantité est chaque jour doublée.

28. Il survient une amélioration notable. Agitation moindre; moins de volubilité dans les paroles; un peu de céphalalgie. (Suspension de la jusquiame.)

4 août. Plus de mal de tête. Amélioration de plus en plus appréciable dans l'état de l'intelligence.

Du 8 au 15, la jusquiame est reprise aux mêmes doses croissantes.

16. Suspension du médicament. Le malade a presque recouvré son état normal; il apprécie à sa juste valeur l'excitation maniaque à laquelle il était naguère en proie. Il demande à rentrer dans sa famille.

Le 22, il sort de l'établissement tout à fait guéri.

Ici, en dépit d'une prédisposition héréditaire, la maladie cède encore très-promptement. L'amélioration est déjà évidente au bout de douze jours, quand le sujet n'avait encore ingéré que 3 grammes 9 décigrammes d'extrait de jusquiame, et au bout d'un mois et quelques jours, sous l'influence d'une seconde reprise de la médication, la convalescence était complète.

Obs. XXI. — Mademoiselle Pauline L..., professeur de piano, a 22 ans, une bonne constitution et un tempérament nervoso-sanguin; elle a été réglée à 15 ans. Il n'y a pas eu d'aliénés dans sa famille.

N'ayant pu épouser un jeune homme pour lequel elle avait une vive inclination, elle en éprouva un chagrin profond, qui fut la cause déterminante de sa folie.

Cette malade, qui nous fut adressée au commencement de juillet 1850 par notre honorable confrère le docteur Moreau (de Tours), est en proie à la panophobie et à la misanthropie la plus extrême. Renfermée dans un mutisme complet à l'égard de tous les étrangers, c'est à peine si elle consent à répondre aux questions que lui adresse sa mère. Ordinairement elle le fait par monosyllabe. Non-seulement elle fuit la société, mais encore elle évite de se trouver face à face avec les personnes qui lui sont inconnues; elle rebrousse chemin quand elle en aperçoit quelqu'une qui vient dans sa direction.

J'ai beau la presser de questions, il m'est impossible de lui arracher aucune parole, et cependant le jeu de sa physionomie, très-mobile, me prouve qu'elle saisit à merveille le sens de mes expressions. Elle tient presque constamment ses yeux fixés vers le sol; cependant elle les dirige toujours à la dérobée sur la figure de ceux qui lui parlent, en cherchant à y lire le fond de leur pensée. Elle a en aversion tous les membres de sa famille, à l'exception de sa mère. Très-négligée dans sa toilette, il faut la contraindre à se coucher, se lever et s'habiller. Elle refuse très-souvent de prendre des aliments. Ce n'est qu'en la menaçant de la douche et de la sonde œsophagienne qu'on parvient à la faire manger et boire.

Apyrexie; sommeil passable; un peu de dysménorrhée; garde-robes assez régulières. Aucun symptôme hystérique.

10 juillet. 5 centigrammes d'extrait de jusquiame en suspension dans du café au lait.

Du 11 au 24, cette dose est chaque jour doublée.

25. La malade, qui a ingéré hier 7 décigrammes et demi d'extrait de jusquiame, se plaint d'avoir le gosier de séché. Cessation du médicament. (Prescription: Eau d'orge et chiendent pour boisson.)

30. Aucune amélioration.

Du 7 au 23 août, reprise de la jusquiame aux mêmes doses croissantes.

24. Mademoiselle L..., qui en a ingéré hier 8 décigrammes et demi, est dans un état mental notablement meilleur, elle est moins sauvage, ne refuse plus de manger, soigne mieux sa toilette, commence à parler et à travailler à l'aiguille. (Cessation de l'emploi du médicament.)

26. Les règles coulent avec beaucoup d'abondance.

31. L'amélioration se soutient.

Du 1er au 11 septembre, l'extrait de jusquiame est administré de nouveau de la même manière que les fois précédentes.

12. Hier la malade en a pris 5 décigrammes et demi.

15. Convalescence pleine et entière.

25. Mademoiselle L... sort de l'établissement pour rentrer dans sa famille. Depuis lors je la rencontre souvent dans Paris; elle jouit de l'intégrité la plus complète de son intelligence.

Dans ce cas, l'extrait de jusquiame a été ingéré à trois reprises: d'abord 6 grammes en quinze jours, puis 7 grammes 6 décigrammes en dix-sept jours; enfin 3 grammes 3 décigrammes en onze jours. L'amélioration ne s'est déclarée qu'à la fin de la seconde reprise; mais à partir de ce moment jusqu'à la convalescence, elle n'a subi aucune oscillation.

Obs XXII. — Madame D..., femme d'un messager du département de l'Aisne, est âgée de 51 ans; elle a une constitution robuste et un tempérament bilioso-nerveux. Il n'y a point eu d'aliénés dans sa famille. Elle a cessé d'être réglée depuis environ deux ans. Elle n'a jamais eu jusqu'ici de maladies nerveuses d'aucun genre.

L'établissement des chemins de fer ayant détruit en majeure partie l'industrie de son mari, et le seul fils qu'elle avait ayant péri de mort violente, entraîné par une roue de moulin, ces deux accidents lui causèrent une profonde douleur. Madame D... ne trouvait de relâche à son chagrin que dans l'usage des liquides alcooliques. Elle commença par boire modérément du vin blanc et du vin rouge; mais plus tard elle finit par en prendre avec excès.

Au mois de juin 1850, le mari de cette femme crut remarquer du trouble dans son intelligence; il fit appeler M. le docteur Lejeune (de Laon), qui constata en effet l'existence d'un délire sensorial, et qui nous adressa presque immédiatement la malade.

Placée en maison de santé le 6 juillet, madame D... est dans l'état suivant: elle est en proie à des hallucinations et à des illusions de l'ouïe qui ne lui laissent presque aucun moment de repos. La nuit, elle entend le hennissement des chevaux de son mari; elle entend aussi le bruit de la roue du moulin où a péri son fils. Alors elle se voit chez elle; elle se lève, dans le but d'aller donner à manger aux chevaux ou d'aller vaquer à ses occupations de ménagère.

Dans la journée, elle prétend que les oiseaux qui viennent se poser sur sa fenêtre, ou que ceux qui voltigent autour d'elle quand elle se promène dans le jardin, lui adressent des injures, qu'ils l'appellent *bête*, *folle*, etc.

Point d'autres désordres intellectuels. Sommeil presque nul; appétit médiocre; absence de fièvre et de tremblement des membres; aucune souffrance physique; garde-robes assez régulières.

11. Je prescris à la malade 5 décigrammes d'extrait de jusquiame.

Du 12 au 25, le médicament est administré à doses croissantes; il est augmenté chaque jour de 5 centigrammes.

26. La malade, qui en a ingéré hier 7 décigrammes et demi, éprouve de la soif et une grande sécheresse à la gorge. (Cessation de l'emploi du médicament; eau d'orge pour boisson.)

27. Aucun changement dans l'état mental.

Du 8 au 24 août. Reprise de l'extrait de jusquiame, aux mêmes doses croissantes.

25. Madame D... en a ingéré hier 8 décigrammes et demi. Elle offre une amélioration très-notable. Elle ne croit plus à la réalité de ses illusions et hallucinations de l'ouïe; cependant elle a encore de fausses sensations. Constipation; sécheresse de la gorge; trouble de la vue; soif très-vive. (Prescription: Cessation de l'usage du médicament; eau d'orge pour boisson; lavement avec addition de 20 grammes de follicules de séné.)

Du 5 au 14 septembre, l'extrait de jusquiame est administré de nouveau et de la même manière.

15. Hier madame D... en a pris 5 décigrammes. Plus d'hallucinations et d'illusions des sens.

20. Sortie de l'établissement.

Ici, au premier abord, on aurait pu croire que nous avions affaire au délire des ivrognes; mais l'absence de tremblement des extrémités et la durée des symptômes devaient bientôt éloigner l'esprit de ce diagnostic. L'abus des boissons alcooliques doit évidemment entrer en ligne de compte comme élément étiologique; mais cette cause ne fut pas la seule. Si c'eût été un *delirium tremens*, les hallucinations se fussent évanouies avec beaucoup plus de facilité, et sous l'influence d'une quantité de jusquiame beaucoup moins considérable.

Obs. XXIII. — M. Barnabé P... est âgé de 59 ans; il est d'une constitution médiocre et d'un tempérament nerveux. On ignore s'il y a eu des aliénés dans sa famille. Il a toujours été d'un caractère entreprenant et aventureux. Très-embarrassé dans ses affaires et soutenu même par son beau-frère, il ne rêvait que fortune et position brillante.

Au commencement d'avril 1851, il fut atteint d'une pleuro-pneumonie pour laquelle il fit appeler le docteur Coqueret. Au moment de la convalescence de cette affection aiguë, un délire partiel se déclara.

Placé en maison de santé le 12 du même mois, il offre l'état suivant: il a des hallucinations de la vue; il aperçoit des globes lumineux qui descendent du plafond de sa chambre, et qui s'entre-choquent et se brisent. Il s'imagine que ces visions sont un avertissement de Dieu, qui lui annonce que les châtiments de l'enfer l'attendent en expiation de toutes les fautes qu'il a commises. Cette conception délirante absorbe toutes ses pensées, assombrit son visage et lui rend insupportable l'idée du commerce social. Sommeil léger, et ne durant pas au delà de quelques heures; appétit médiocre; garde-robes normales; apyrexie; aucune souffrance physique.

15. 5 centigrammes d'extrait de jusquiame.

Du 16 au 20, le médicament est augmenté chaque jour de la même quantité.

21. Sommeil plus profond et plus prolongé; hallucinations de la vue beaucoup

moins fréquentes; quelques nausées; sécheresse au gosier; constipation. (Suspension de la jusquiame; lavement avec 60 grammes de gros miel.)

Du 25 au 30, reprise du médicament aux mêmes doses croissantes.

1er mai. Absence d'hallucinations; à peine quelques vertiges de l'idée fixe.

8. Convalescence complète.

15. M. P... sort de l'établissement. La guérison date actuellement de huit mois, et il continue de jouir de toute l'intégrité de sa raison.

Dans ce cas, 1 gramme d'extrait de jusquiame ingéré en six jours a suffi pour diminuer la fréquence des hallucinations de la vue et procurer du sommeil. A la fin de la seconde reprise du médicament, le délire sensorial n'existait plus; cependant il y avait encore quelques traces de l'idée fixe, symptôme qui fut le dernier à disparaître.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

(Suite et fin.)

II. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Les numéros de juillet 1852 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Tribut à la chirurgie de l'oreille*; par M. Clarke. 2° *Rapport de 25 cas de calculs urinaires, pour lesquels la taille bilatérale a été pratiquée trente-trois fois*; par M. P. Éve. 3° *Cas de diabète sucré*; par M. Frick. 4° *Emploi du chlorure de sodium dans le traitement de la fièvre intermittente*; par M. Laltimore. 5° *Nouvelles observations sur la nature et la cause de la production des tubercules*; par M. Matthew Troy. 6° *Du phosphate de chaux dans la phthisie*; par M. Kneeland. 7° *Remarques sur la formation de l'acide urique et ses formes de cristallisation*; par M. Wen Mitchell. 8° *Considérations sur des cas de médecine opératoire obstétricale, avec quelques particularités sur une nouvelle opération*; par M. Gardner. 9° *Cas de resection des os maxillaire supérieur et malaire*; par M. Daniel Brainard.

CAS DE CALCULS URINAIRES TRAITÉS PAR LA TAILLE BILATÉRALE; par M. EVE.

Cette communication offre, outre l'intérêt d'une statistique assez complète, celui d'une modification au procédé opératoire apporté à l'exécution de la taille bilatérale. Commençons par celle-ci.

L'irrégulière configuration des parties sur lesquelles l'incision extérieure doit être pratiquée empêche ordinairement de lui donner exactement la forme en croissant, indiquée par Dupuytren. M. Eve trouve beaucoup plus commode de commencer par une petite incision longitudinale sur la ligne médiane; puis de son extrémité postérieure, il fait partir deux autres incisions, s'écartant entre elles à peu près comme les branches d'un Y, et dont chacune vient se terminer au milieu de l'espace compris entre l'anus et l'ischion.

Cette incision n'a pas seulement l'avantage d'être plus commode à exécuter, elle met aussi plus sûrement le rectum à l'abri d'une lésion accidentelle; car le point où l'on est, dans la taille bilatérale, le plus exposé à blesser cet intestin est le raphé. Or, dans le procédé que nous venons de décrire, le bistouri est sur la ligne médiane, à une distance de l'anus beaucoup plus grande que lorsqu'on fait l'incision curviligne.

Sur 25 calculeux traités par M. Eve, il y avait 23 hommes et 2 femmes; 16 étaient au-dessous de 13 ans, 7 entre 20 et 35, 1 de 65 et 1 de 77 ans.

4 de ces malades succombèrent après avoir été opérés, savoir: 3 par suite de l'opération, 2 par érysipèle et 1 seulement directement par l'effet de l'opération. Les 21 autres guérirent. Des 19 opérés en premier lieu, 1 seul mourut, et encore cette terminaison ne fut pas due à la lithotomie; 17 étaient rétablis quinze jours après avoir été taillés. Dans aucun cas, il n'est resté de fistule, ni il n'y a eu de reproduction de la pierre.

Dans 21 cas il n'existait qu'un calcul, 2 dans un autre, 3 dans un troisième, 117 dans un quatrième. La chaux formait la base principale de la plupart de ces concrétions. L'acide urique n'y entrait pas habituellement.

DU CLIMAT ET DES MALADIES DE LA CALIFORNIE; par JAMES BLAKE, M. D., F. R. S.

L'auteur compare le climat de la Californie pendant l'hiver à celui de Rome, à cette différence près que celui de Rome est sujet à plus de variations pendant la saison froide à cause des vents qui soufflent de l'Apennin, tandis que la vallée du Sacramento n'est parcourue que par des brises du nord et du sud, et est complétement à l'abri des vents de l'est.

On n'y remarque pas non plus ces variations soudaines de température qui ont lieu dans les États-Unis proprement dits, sur les bords de l'Atlantique. Pendant les mois d'hiver, l'air est très-humide, les rosées extrêmement abondantes, et l'atmosphère quelquefois chargée de brouillards. L'été se caractérise par la température élevée des jours, la fraîcheur des nuits et la sécheresse de l'atmosphère.

La vallée du Sacramento et celle du Saint-Joachim courent du nord au sud, dans une longueur de 300 milles sur 40 à 80 milles de largeur. Elles sont peu élevées au-dessus des cours d'eau et sujettes à des inondations qui couvrent quelquefois une étendue considérable du pays (10 et 20 milles) et laissent après elles des eaux stagnantes, des marais qui sont desséchés en été par les rayons d'un soleil ardent. Le sol de ces vallées est formé d'alluvion, de sable ou d'argile compacte; au-dessous des couches superficielles se trouve un terrain d'alluvion généralement mêlé de sables qui, sans empêcher généralement la filtration des eaux, la rend très-lente.

Il serait difficile de déduire de ce mémoire quelque chose de positif sur la nature des maladies. L'auteur a observé, en 1850, à une époque où l'émigration faisait arriver des flots de population des régions de l'ouest. On comprend que les maladies qui se sont montrées sur ces hordes de voyageurs, dont la plupart avaient traversé toute la largeur de l'Amérique du Nord, peuvent ne rien avoir de particulier avec les maladies propres au pays où ils arrivaient. La diarrhée et la dyssenterie ont été les deux affections les plus fréquentes et les plus graves; à leur suite, le choléra s'est montré et a dû faire un grand nombre de victimes sur une population à peine logée, mal nourrie et accablée de fatigues.

Parmi les affections particulières au climat, on peut citer, en hiver, le typhus fever, le rhumatisme, l'érysipèle, la pneumonie, le catarrhe bronchique est assez rare. En été, on pouvait penser de prime abord que, sous cette latitude, dans un pays souvent inondé, et où de vastes surfaces d'eau sont soumises à l'évaporation pendant plusieurs mois de l'année, que les maladies si improprement nommées paludéennes devraient être très-fréquentes. Cependant on n'observe généralement que quelques cas légers de fièvre intermittente; pendant l'été et l'automne de 1851, on n'admit à l'hôpital de Sacramento que 12 cas de fièvres de cette origine. Parmi les indications du traitement, il est bon à noter que malgré cette absence presque complète d'effets caractéristiques de la malaria, le sulfate de quinine réussit à merveille dans la dyssenterie; la diarrhée, l'érysipèle, le rhumatisme, etc.

Le climat de la région des mines ressemble en grande partie à celui de la vallée, et il est nécessaire de s'élever à une plus grande hauteur dans les montagnes pour ressentir des différences de température. Toute cette partie est extrêmement salubre, et on y vit presque impunément en plein air pendant dix mois de l'année avec le simple abri d'un arbre ou d'une tente.

L'auteur conclut, en terminant ce travail, que la Californie présente des conditions de salubrité bien supérieures à celles des autres parties de l'Union, et que cette circonstance contribuera à en faire prochainement un des États les plus florissants de cette partie du monde.

PATHOLOGIE DU DIABÈTE ET ÉTUDE DES EFFETS DES DIFFÉRENTS MOYENS DE TRAITEMENT SUR CETTE AFFECTION; par M. FRICK (de Baltimore).

M. Frick est un observateur exact, qui s'est occupé à plusieurs reprises d'analyses des différents liquides de l'économie. L'observation qu'il nous donne aujourd'hui est d'une grande valeur, et nous ne craindrions pas de nous aventurer en disant qu'il en existe à peine deux semblables dans la science.

Il s'agit d'un diabétique, qui pendant trois semaines fut soumis à différents régimes sans prendre aucun médicament; on pesa chaque jour les aliments et l'urine, et on s'assura de la présence du sucre dans l'urine, la sueur, les fèces, les matières des vomissements, celles de l'expectoration bronchique, la salive, le sang et le pus d'un abcès. On peut voir ainsi que les différents modes d'alimentation n'empêchaient point la présence du sucre qui diminuait seulement quand on ne faisait pas usage d'aliments sucrés ou farineux.

Un tableau détaillé des diverses observations, annexé au mémoire, démontre que la quantité d'urine rendue ne peut point servir à mesurer le degré de gravité de la maladie, la quantité d'urine variant suivant la quantité des boissons, l'abondance de la transpiration et le nombre des évacuations fécales. Dans aucune circonstance la quantité d'urine n'a dépassé celle des boissons. La quantité du sucre éliminé n'est pas toujours en proportion de la quantité d'urine, et ne dépend pas par conséquent de celle des boissons; on peut donc en quelque sorte permettre aux malades de satisfaire leur soif. L'auteur s'étant assuré préalablement que l'urine des diabétiques contenait tous les matériaux solides de l'urine normale a pu reconnaître par un procédé particulier d'extraction toute la quantité de sucre

rendue dans les vingt-quatre heures; et comme en même temps on tenait note de la quantité et de la qualité des aliments, on a pu connaître la quantité de sucre ou de substances capables de subir la transformation sucrée qui étaient ingérées. En comparant chacun de ces résultats, on trouve que quoique pendant cinq jours le malade n'ait pris aucune substance susceptible de fournir du sucre; cependant il perdait chaque jour 707 grains de ce sucre par les urines. C'est là la démonstration clinique du fait annoncé par M. C. Bernard, à savoir que la formation du sucre est dû à une autre cause qu'à la transformation des éléments amylacés et sucrés des aliments. Prenant ce fait en considération, on voit qu'à mesure qu'on ajoute aux aliments certaines quantités d'aliments amylacés ou sucrés, on augmente directement la quantité de sucre contenue dans les urines. Il est aussi important de constater que pendant les quelques heures qui suivent les repas, la quantité de sucre éliminé est à peu près la moitié de la perte totale. Après les repas, la quantité de sucre et d'urine augmente régulièrement pendant quatre heures; ensuite elle décroît.

L'auteur ne croit point aux nombreuses guérisons de *diabètes* publiées dans ces dernières années. Afin de déterminer l'influence des divers agents thérapeutiques, il a été nécessaire de connaître, par une analyse approximative, la quantité de sucre contenu dans les urines et les selles. Ce travail une fois fait, en dehors de toute médication et pour déterminer cette première donnée indispensable, on l'a répété après une administration suffisamment prolongée des divers médicaments. C'est ainsi qu'on est arrivé aux résultats suivants :

1° La strychnine exerce l'influence la plus grande sur la quantité de sucre éliminé. Le malade est resté sous l'influence de ce médicament pendant diverses périodes, dont la durée totale peut être évaluée à quatre mois. Sous l'influence de doses d'un vingtième de grain, la quantité de sucre diminua de plus de la moitié; avec un sixième de grain, de plus des trois quarts.

2° L'iodure de potassium n'eut que peu ou point d'influence.

3° La créosote fut plutôt nuisible.

4° L'huile de foie de morue augmenta en toutes circonstances la quantité de sucre.

5° Il en est de même de l'ergot de seigle, du whiskey, etc.

III. THE CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW.

Les numéros de janvier à septembre 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Cas de hernie étranglée, ayant offert une difficulté particulière pendant l'opération, et guérie sans fièvre*; par M. Harris. 2° *Cas de rupture de l'utérus; mort en trente-huit heures*; par M. Peudleton. 3° *Maladie kystique de l'ovaire, étudiée à l'aide du microscope*; par M. Barnett. 4° *Examen microscopique des cheveux dans le favus*; par M. Browne. 5° *Cas d'intro-susception*; par M. Bailey. 6° *Développement énorme d'une tumeur stéatomateuse*; par M. Crane. 7° *Cas de monstruosité observée par MM. Cohen et Durr.* 8° *Remarques sur la fièvre typhoïde*; par M. L. Brodie. 9° *Cas de cancer du foie, absence du pancréas, et occlusion presque complète du duodénum*; par M. Linah. 10° *Mode d'agir de l'huile de foie de morue*; par M. Thomas. 11° *Cas de fracture du crâne, avec dépression, suivie de tétanos traumatique, dans lequel le trépan fut appliqué avec succès*; par M. Geddings. (Le coup avait porté sur le côté droit du front. Les symptômes convulsifs ne commencèrent que treize jours après l'accident, dont jusque-là les suites avaient été extrêmement simples. Comme ils allaient en augmentant, on dut pratiquer l'opération le vingt-cinquième jour. Elle se borna à relever un fragment déprimé et à enlever quelques esquilles. Son effet fut assez prompt et pleinement satisfaisant.) 12° *Pathologie et traitement de la pneumonie typhoïde.* 13° *Cas d'adhérence du placenta avec hémorrhagie utérine terminée par la mort*; par M. Mayes. 14° *Spina ventosa*; par M. Mettaner. 15° *Cas de fracture du crâne où la table interne éclata dans une plus grande étendue que l'externe*; par M. Boling. 16° *Considérations sur la mort du fœtus dans la matrice*; par M. Bailey. 17° *Empoisonnement par le plomb*; par M. Frost. 18° *Remarques sur le rapport — étiologique et pathologique — qu'on suppose exister entre la pneumonie et la fièvre automnale ou périodique*; par M. Laroche. 19° *Remarques sur la fièvre typhoïde*; par M. Douglass. 20° *Des propriétés et du mode d'administration du veratrum viride*; par M. Brauch. 21° *Adhérence du placenta; emploi topique de la créosote pour effectuer sa séparation*; par M. Felder. 22° *Cas de plaie du cou par arme à feu, suivie de phénomènes intéressants*; par M. Miller. (Il y eut paralysie d'abord d'une moitié du corps, puis de l'autre, l'emploi de l'électricité et l'administration de la noix vomique furent très-favorables.)

CANCER DU FOIE, ABSENCE DU PANCRÉAS, ET OCCLUSION PRESQUE COMPLÈTE DU DUODÉNUM; par M. LYNAH.

Cette observation intéressante est relative à une femme de 45 ans, qui, s'étant toujours bien portée jusque-là, fut affectée d'abord de douleurs dans l'hypocondre droit. Elle maigrit considérablement, perdit l'appétit. Le peu d'aliments qu'elle prenait était vomi, au bout de deux ou trois heures, mal digéré et mélangé d'une mucosité altérée. Elle était très-constipée. En touchant le ventre, on ne sentait qu'une tuméfaction dure, uniforme, remplissant presque entièrement la cavité abdominale. Elle s'affaiblit de plus en plus; le moindre mouvement l'essoufflait. L'œdème des extrémités inférieures se déclara; et elle mourut après quatre mois et demi de maladie.

L'autopsie montra que le foie s'étendait à droite jusqu'à la fosse iliaque, à gauche jusqu'au milieu de la région lombaire. Quant à sa structure, elle était tellement altérée qu'on ne pouvait la reconnaître et qu'une figure seule, dit l'auteur, en donnerait une idée suffisamment claire.

La présence de ce corps volumineux avait produit un déplacement considérable des viscères abdominaux. Les intestins étaient refoulés en bas, de telle sorte que le colon transverse se trouvait au-dessus du pubis. Au contraire, l'estomac, repoussé par en haut, avait à son tour déprimé dans le même sens le diaphragme, ce qui réduisait d'autant la capacité de la poitrine.

L'extrémité pylorique de l'estomac fut trouvée très-épaissie. Une adhésion considérable existait entre son extrémité cardiaque (saine) et le foie. Le duodénum était presque oblitéré dans toute sa longueur, admettant à peine une sonde, et tellement changé dans son aspect qu'on ne le reconnaissait que difficilement pour un intestin. Il était situé le long du rachis, évidemment dévié de sa direction normale par le changement de position de l'estomac.

On ne put parvenir à découvrir le pancréas, quoiqu'on l'ait cherché avec un très-grand soin, et qu'on ait examiné séparément les plus petites fibres. — Les autres viscères offraient leur apparence naturelle.

DE LA MORTALITÉ OCCASIONNÉE PAR LA FIÈVRE JAUNE A PHILADELPHIE PENDANT LES DIVERSES ÉPIDÉMIES DE 1699 A 1820, COMPARÉE A LA MORTALITÉ DÉTERMINÉE EN D'AUTRES LIEUX PAR LA MÊME AFFECTION; par M. R. LAROCHE.

Les personnes qui s'occupent de statistique médicale consulteront avec fruit ce mémoire, dans lequel l'auteur a rassemblé un grand nombre de faits relatifs à 122 épidémies de fièvre jaune entre les tropiques et dans la zone tempérée, à 60 épidémies dans les États-Unis (New-York, Boston, etc.), et à 15 épidémies dans la ville de Philadelphie. Il résulte de ces documents que peu de villes situées entre les tropiques, la Nouvelle-Orléans et Charlestown exceptées, ont été aussi souvent atteintes par la fièvre jaune que Philadelphie avant 1820, et qu'aucune d'entre elles n'a eu à déplorer une mortalité aussi grande. Le chiffre de cette mortalité a varié à Philadelphie de 1,2 à 1 sur 3,86, donnant une moyenne de 1 mort sur 2,53 malades, tandis que, dans les autres épidémies comparées dans ce travail, la mortalité a varié de 1 sur 1,08 à 1 sur 10.

On remarque que la mortalité des diverses épidémies varie suivant les mois de l'année. En Amérique, le mois le plus meurtrier est celui de septembre (New-York, 1799 et 1822; Baltimore, 1819; Charlestown, 1807, 17, 19, 24, 27, 38, etc.). Pour l'Europe, on arrive à des résultats analogues, à Barcelone, dans les vingt-quatre villes espagnoles, à Livourne, etc.; la mortalité a toujours été prédominante en septembre.

De plus, la mortalité varie suivant les diverses époques d'une même épidémie; à Boston, en 1798, sur les 20 premiers malades, on n'en sauva pas un; à Barcelone, suivant M. Rochoux, au commencement de l'épidémie de 1821, la mortalité comprit les dix-neuf vingtièmes des malades. Il en est de même à Livourne, à Malaga, etc.

La mortalité varie encore, dans la même épidémie, dans les différentes parties d'une même localité. Berthe, en indiquant la mortalité de Séville en 1800 pendant la fièvre jaune, établit que, dans quelques districts, elle ne s'éleva pas à plus d'un dix-huitième ou d'un vingtième des malades, tandis que dans d'autres elle monta au quart, au tiers, à la moitié.

REMARQUES SUR LES RELATIONS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES DE LA PNEUMONIE ET DES FIÈVRES PÉRIODIQUES; par R. LA ROCHE.

Ce rapport de causalité, qui semblera peut-être paradoxal à nos lecteurs, compte cependant en sa faveur un grand nombre d'autorités médicales et des plus compétentes; nous citerons Sydenham, Cleghorn parmi les anciens, et parmi les modernes, Gannini, Folchi, Santorelli, en Italie; Lafond, Gouzée, Ramel, Reveillé-Parise, en France; Armstrong, Lopkins, Calvert, Pritchett, en Angleterre; Jones, Lee, Strobhart, Rumph, Gayles, en Amérique.

Nous négligeons à dessein d'en citer une foule d'autres qui ont prétendu, d'une manière très-explicite, que la pneumonie n'était, dans tous ses degrés et dans toutes ses variétés, qu'une forme particulière de fièvre rémittente. Il faudrait s'entendre sur une question semblable, avant de chercher à la résoudre. Ainsi, s'il est démontré que, dans les pays à fièvre, les pneumonies sont très-fréquentes au printemps et nulles en été et en automne, on pourrait se demander si la saison, aidée de la température, en donnant à certains organes plus d'activité, ne détermine pas la localisation de l'affection, ici sur les organes respiratoires, là sur les organes digestifs. Il y aurait à déterminer la part de cette cause avant d'aller plus loin dans ces raisonnements sur la nature de diverses affections. Quant à dire que les fièvres rémittentes pneumoniques, les fièvres pernicieuses, pleurétiques, etc., ne sont que des degrés ou des variétés de la fièvre intermittente simple, il y aurait à se demander si la pneumonie, la pleurésie, la dyssenterie, ne sont pas tout simplement des complications dans ses affections. Il faut analyser avant de conclure, et c'est ce que n'ont pas fait les auteurs sur lesquels s'appuie M. La Roche; aussi les résultats auxquels ils sont arrivés n'ont point cette rigueur et cette exactitude qui caractérisent les choses démontrées.

IV. CANADA MEDICAL JOURNAL AND MONTHLY JOURNAL.

Les numéros de juillet, août et septembre 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Cas de maladie cérébrale, accompagnée de symptômes anormaux et funestes*; par M. Sewel. 2° *Sur l'inversion de l'utérus*; par M. Iffland. 3° *Leçon clinique sur le diagnostic des maladies du cœur*; par M. Howard. 4° *Cas d'expulsion d'hydatides de l'utérus*; par M. Kingdom. 5° *Ablation heureusement pratiquée d'une tumeur de la parotide*; par M. Macdonnell. 6° *Considérations sur l'infanticide*; par M. Iffland. 7° *Cas de ptyalisme saturnin*; par M. Hill. 8° *Cas de tumeur vasculaire de l'urètre de la femme, avec quelques remarques sur l'ulcère variqueux de la matrice*; par M. D. 9° *De la péricardite aiguë*; par M. David. 10° *Cas d'anévrisme latent de l'aorte thoracique, compliqué d'oxalurie*; par M. Hall. 11° *Cas d'hémorrhagie interne après la parturition*; par M. Petch.

CONSIDÉRATIONS SUR L'INFANTICIDE; par M. IFFLAND.

Une femme peut-elle accoucher sans l'avoir prévu, et expulser son enfant en allant à la selle? Les auteurs classiques admettent en principe ce fait; mais les exemples ne s'en produisent que bien rarement dans la pratique. Il importe donc de le mettre hors de doute, d'autant plus que, dans de certaines conditions de moralité, cet accident pourrait souvent être regardé comme un crime, ou que, réciproquement, un infanticide réel et volontaire pourrait vouloir se dissimuler sous l'apparence d'un accident fortuit. La portée qu'il est susceptible d'avoir en médecine légale donne donc un haut degré d'intérêt au fait que nous allons raconter.

Obs. — Au mois de mai dernier, M. Iffland fut appelé en toute hâte auprès de madame P., jeune femme mariée depuis dix mois. La malade lui apprit qu'étant enceinte, mais ayant, à son compte ainsi qu'à celui de sa mère, plus de trois semaines encore à attendre avant d'accoucher, elle avait été prise, le matin même, de violentes coliques comme pour aller à la selle. Elle se rendit aux lieux d'aisances, situés à peu de distance de la maison; mais pendant qu'elle était sur le siége, les souffrances devinrent si vives que tout mouvement était impossible et qu'elle perdit presque connaissance. Tout d'un coup elle eut la sensation de quelque chose pressant fortement en bas, jeta un cri (entendu par sa mère) et sentit un corps se détachant d'elle et tombant dans la fosse d'aisances. La tête de l'enfant rencontra dans sa chute une pièce de bois qui faisait saillie sur le bord de l'ouverture; il résulta de ce choc une large déchirure du cuir chevelu au niveau du pariétal droit, mais sans fracture. Le cordon ombilical fut mesuré; il avait 19 pouces de longueur et était rompu près de son extrémité placentaire. L'enfant, bien développé et paraissant à terme, survécut trois ou quatre heures.

— Cette femme avait heureusement un caractère d'irréprochabilité qui éloignait d'elle tout soupçon de culpabilité; mais dans le cas où le médecin concevrait des doutes sur la véracité d'un pareil récit, il ne devrait point négliger de s'assurer, par la mensuration du bassin, si ses diamètres ont réellement assez d'ampleur pour permettre une expulsion aussi prompte et aussi complétement inaperçue.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 14 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

COMPRESSION PARTIELLE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE EXERCÉE SUR DEUX POINTS DE CE CORDON NERVEUX.

M. Jobert (de Lamballe) rapporte un second fait de compression partielle de la moelle épinière exercée sur deux différents points de ce cordon nerveux.

Il m'a paru très-intéressant, dit M. Jobert, de suivre cette compression dans ses effets si opposés, suivant qu'elle s'éloignait ou se rapprochait de l'extrémité céphalique du prolongement nerveux dont il s'agit.

Il est en effet curieux de voir la paralysie directe de la moelle épinière cesser à la manière de celle qui est déterminée par un nerf comprimé. Les effets de cette compression sont par conséquent tout à fait mécaniques, et ne sont immédiatement dangereux qu'autant qu'ils sont le résultat d'une pression exercée sur l'un des points où la moelle ne peut cesser un instant son travail vital sans danger de mort. C'est ainsi que la compression de la moelle dans l'endroit d'où partent les nerfs qui se rendent au bras, n'amène que la paralysie de celui-ci.

Au contraire, lorsque l'influence mécanique a lieu, comme chez notre malade, dans le voisinage de l'origine des nerfs qui fournissent l'aliment vital au cœur et aux organes de la respiration, la mort arrive promptement.

L'observation qui fait le sujet de ce travail ne laisse rien à désirer quant aux résultats produits par la compression exercée sur la moelle épinière à des hauteurs différentes.

Nous la reproduisons textuellement.

Périostite vertébrale cervicale; compression latérale du côté gauche de la portion cervicale de la moelle; paralysie directe; cessation de la paralysie par l'ouverture de l'abcès; mort prompte, par la compression de l'extrémité céphalique de la moelle épinière.

Obs. — Sterner (Catherine), âgée de 24 ans, domestique, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 15 janvier 1853; elle paraît bien constituée, est d'une taille moyenne et d'un tempérament lymphatique.

Il y a un moins un an que cette malade se plaignait de douleur dans le cou et d'une gêne dans les mouvements de flexion et d'extension de la tête.

Ces souffrances allèrent en augmentant; les ganglions cervicaux s'engorgèrent. D'abord isolés et mobiles, ils se sont groupés et soudés entre eux dans l'espace de deux mois. L'aggravation de ces symptômes fut bientôt suivie d'une plus grande gêne dans les mouvements de la tête, et c'est alors qu'on vit paraître une tumeur volumineuse sur la partie latérale gauche du cou.

Plusieurs mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle ressentit des fourmillements dans le bras gauche, et peu à peu se dessinèrent tous les symptômes de la paralysie de ce membre. Cette paralysie la força à entrer dans un hôpital, où elle reçut les premiers secours de la chirurgie.

Le chirurgien de cet établissement fit cesser la compression par l'ouverture de l'abcès. La plaie resta fistuleuse; les douleurs du cou ne cessèrent pas, et les mouvements demeurèrent difficiles.

En sortant du premier hôpital, après six semaines de séjour, elle entra à l'Hôtel-Dieu, où elle succomba à de nouveaux symptômes de compression de la moelle épinière.

Voici dans quel état se trouvait la malade le 16 janvier :

1° Elle était d'une pâleur extrême et anémique.

2° Elle portait au côté gauche du cou une tumeur volumineuse, tendue, chaude, rouge violacé, présentant une petite ouverture fistuleuse.

3° La déglutition est normale.

4° Les mouvements de rotation de la tête sur l'axis sont abolis.

5° La flexion et l'extension sont très-douloureuses et presque impossibles.

6° Des douleurs lancinantes, profondes, et une céphalalgie intense accablent la malade; elle est sous l'influence d'un mouvement fébrile.

Comme on le voit, la situation était alarmante, et je m'efforçai de combattre les accidents par une médication locale et générale. C'est pour faire cesser l'inflammation et vider le foyer que je fis une large incision à la tumeur; du pus et un séquestre sortirent par la plaie. La portion d'os était de la grosseur du bout du doigt; elle était formée de tissu excessivement raréfié et friable.

Le soir, la céphalalgie et la fièvre, quoique moins intenses, persistaient.

Le 18, la céphalalgie n'a pas cessé; la face est rouge; la bouche est amère et la fièvre continue.

Les 19, 20, 22, 24, 26, la malade s'alarme sur sa position, et est persuadée qu'elle ne guérira pas.

Le 27, cette femme a été prise pendant la nuit d'un délire vague; cependant elle reconnaît tout le monde.

L'autopsie est faite trente deux-heures après la mort.

Le cadavre est sans roideur et n'offre aucune trace de putréfaction. Le cerveau contient dans les ventricules un peu plus de serosité que d'habitude. On rencontre çà et là sur la pie-mère quelques taches sanguinolentes qui pénètrent la substance cérébrale sans l'altérer. Cette dernière présente du piqueté à la coupe. Les organes thoraciques sont sains; les poumons sont gorgés de sang à leur partie postérieure, et cependant ils crépitent.

Les viscères abdominaux sont également gorgés de sang, et n'offrent pas d'autre particularité. Le côté droit du cou ne présente rien de particulier.

Le côté malade laisse voir un foyer placé en avant du muscle trapèze, remontant jusqu'à l'apophyse mastoïde.

Les scalènes sont en partie refoulés, en partie détruits. Autour de la poche, les tissus sont indurés. Çà et là quelques brides nerveuses et vasculaires la traversent. Les vaisseaux carotidiens ont été déplacés et rejetés en dedans.

La partie profonde du foyer est représentée par les deuxième, troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales, altérées à des degrés variables.

L'axis est divisé immédiatement en arrière de son apophyse articulaire gauche. Cette perte de substance porte sur l'arc latéral de la vertèbre. Le tissu osseux est nécrosé, très-friable. Cette altération se prolonge à 2 centimètres en arrière de la solution de continuité.

L'arc de la troisième vertèbre cervicale est presque entièrement détruit du côté gauche; il en reste à peine 1 centimètre et demi. L'apophyse articulaire a

disparu. Le tissu osseux y présente les mêmes altérations que sur l'axis. Cette altération se prolonge jusqu'à l'apophyse épineuse.

En avant, le col de l'apophyse transverse et le pédicule qui la supporte sont également altérés; le tissu de conjugaison n'existe plus.

La quatrième vertèbre cervicale n'a pas de solution de continuité. L'apophyse articulaire n'a pas de périoste. L'articulation de la quatrième avec la cinquième est altérée; il n'y a plus de cartilages. La facette articulaire de la cinquième vertèbre cervicale est érodée; son articulation avec la sixième est envahie. Ces diverses lésions circonscrivent une excavation dont les méninges forment le fond. Ces membranes sont épaissies, noirâtres et baignées de pus; la moelle a sa couleur normale. Du côté droit, l'axis seul est fracturé. La solution de continuité a lieu à la partie la plus postérieure de l'apophyse articulaire; elle comprend 3 ou 4 millimètres de la surface articulaire. L'atlas et ses articulations sont sains.

Cette observation est remarquable par la marche de la maladie, la variété des symptômes et les troubles fonctionnels qui se sont fait connaître à diverses périodes de l'altération, qui méritent de fixer sérieusement l'attention des pathologistes.

Et d'abord, il est impossible de ne pas arriver de suite à la connaissance d'une périostite vertébrale, suivie de graves lésions ayant leur siége dans les articulations des masses apophysaires, les arcs et les apophyses cervicales transverses, lesquelles ont été érodées, nécrosées, et partiellement détruites.

Ce que j'ai pu découvrir à l'autopsie se retrouve constamment aussi dans les périostites des os longs et courts. Ne voit-on pas, en effet, ces os se nécroser, s'ulcérer, et les articulations avoisinantes s'enflammer? Toutes ces lésions se sont retrouvées sur la pièce dont il s'agit.

L'examen de ces altérations fait voir que la périostite vertébrale est accompagnée de douleurs violentes, comme dans les inflammations du périoste des membres, de phlogose des parties environnantes, en particulier des ganglions et des articulations de la colonne vertébrale. C'est la même gravité, c'est la même fâcheuse terminaison pour cette ostéite vertébrale que pour les ostéites aiguës des membres.

Mais ce qui intéresse surtout dans cette observation, c'est le trouble provoqué par la compression de la moelle épinière, survenue à différentes reprises.

Nous voyons sur notre malade deux compressions partielles exercées à des hauteurs différentes, et avec des résultats entièrement dissemblables. C'est là, je crois, un exemple unique de deux compressions partielles sur le même malade.

Il n'est pas besoin de rappeler que d'abord la compression du cordon de la moelle épinière a produit la paralysie du bras, qui a cessé après l'évacuation du pus. On voit donc la paralysie directe se produire, sans que le membre du côté opposé eût offert le moindre changement dans la sensibilité et la myotilité. Il n'est pas commun de voir des lésions de ce genre et des exemples de paralysies directes, sans doute parce qu'il est très-rare que l'altération ou la compression se borneut à un point limité de la moelle épinière, et voilà pourquoi la paralysie est si rarement directe. Toutefois la paralysie directe est parfaitement en rapport avec les connaissances anatomiques.

Ce n'est pas la première fois que nous voyons la moelle épinière comprimée par du pus, sans danger pour son organisation intime. Plusieurs fois j'ai observé des paralysies mécaniques, si l'on peut s'exprimer ainsi, déterminées par la compression de cet organe, par ce liquide. Ce cordon nerveux a été comprimé par du pus pendant six mois, chez un jeune homme affecté d'incurvation tuberculeuse de la colonne vertébrale. La paralysie disparut aussitôt que le foyer s'ouvrit spontanément. Rien ne s'habitue mieux par conséquent à la compression exercée par un liquide que la moelle épinière. La compression ne gêne donc alors que momentanément les fonctions de la moelle, qui n'en continue pas moins à porter son heureuse influence vitale sur tous les autres organes, à l'exception de celui où se rendent les nerfs qui partent du point comprimé. Nous voyons la vie se terminer rapidement chez notre malade, par une seconde compression exercée sur l'extrémité céphalique de la moelle épinière pendant un mouvement de la tête, et nous voyons la mort arriver après quelques convulsions et non instantanément, à la manière d'une lumière que l'on souffle, comme cela été dit dans la première observation dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie. Quoique la vie n'ait pas disparu sans orages, il est évident que, pendant la compression exercée par le mouvement de la tête sur l'extrémité céphalique de la moelle épinière, la mort est devenue inévitable, le point comprimé se trouvant dans le voisinage de l'endroit si ingénieusement appelé le *nœud vital* par M. Flourens.

Ce nouveau fait vient confirmer et corroborer les expériences du savant physiologiste, puisqu'il démontre que si la compression s'était exercée sur un point plus élevé de la moelle épinière, l'instantanéité de la mort eût été la même que chez la première malade qui fut le sujet d'une communication à la savante compagnie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur et du commerce accuse réception du rapport adopté par l'Académie de médecine, dans la séance du 30 novembre 1852, sur les épidémies relatées dans les comptes rendus parvenus à cette compagnie savante pour l'année 1851, et applaudit à la résolution qu'elle a prise de décerner, à partir de cette année, un certain nombre de médailles, en récompense des preuves de zèle et d'instruction données par les médecins des épidémies et des médecins inspecteurs des eaux minérales.

Le même ministre adresse un exemplaire d'un travail de M. Buig, médecin inspecteur des eaux minérales d'Olette (Pyrénées-Orientales).

— M. Bonjean (de Chambéry) adresse une note sur l'emploi de l'ergotine contre les hémorrhagies qui se produisent dans la fièvre typhoïde.

— M. Bernstein (Achille) adresse une lettre sur l'étiologie du choléra, qu'il attribue à l'existence d'un miasme dans l'atmosphère, etc.

— M. Mouchet adresse une lettre sur la fièvre paludéenne endémique à Bone.

— M. Rouis, médecin aide-major de première classe à l'hôpital militaire d'Aumale (division d'Alger), adresse une observation d'un cas d'abolition des facultés vocales chez un sujet atteint d'abcès du lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche.

— M. le Président annonce à l'Académie la perte immense qu'elle vient de faire et que le corps médical de France tont entier vient de faire avec elle. Dans cette grave circonstance, le bureau a pensé que, pour mieux honorer la mémoire de M. Orfila, l'Académie devait suspendre ses travaux.

En conséquence, après l'élection fixée à ce jour et la lecture du discours prononcé par M. Dubois (d'Amiens) au nom de l'Académie aux obsèques de M. Orfila, la séance a été levée.

Voici le résultat du scrutin :

Nombre des votants, 77; majorité, 38.

La liste de candidature porte :

En première ligne, M. Requin.

En deuxième, *ex æquo*, MM. Barth et Beau.

En troisième, M. Sestier.

En quatrième, M. Moreau (de Tours),

En cinquième, M. Durand-Fardel.

Au premier tour de scrutin :

M. Requin obtient.	48 voix.
M. Barth.	11
M. Moreau.	8
M. Sestier.	6
M. Beau.	4
M. Durand-Fardel.	1

En conséquence, M. Requin est proclamé membre de l'Académie.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'empereur.

Après la lecture du discours de M. Dubois l'assemblée se sépare.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1853;

par M. le docteur E. Le Bret, secrétaire.

(Suite.)

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

II. — Anatomie pathologique et pathologie.

3° Observation d'un anévrisme du ventricule gauche, situé au-dessous des valvules sygmoïdes, avec saillie dans l'oreillette droite; par M. Caron.

M. Caron expose les détails d'une observation concernant une femme de 29 ans, qui a succombé en quelques jours à l'hôpital Sainte-Marguerite, sans autres symptômes qu'une fièvre intense, de l'oppression croissante, de l'œdème des jambes et un peu de diarrhée. Point de matité à la région précordiale; les battements du cœur étaient réguliers, les bruits paraissaient un peu clairs et comme argentins; au deuxième temps, on constatait un souffle doux, ayant son maximum à la pointe et se prolongeant dans les grosses artères.

M. Caron a mis sous les yeux de la Société la principale pièce provenant de l'autopsie, dont nous donnons ici la relation.

L'autopsie a été faite trente heures après la mort.

L'abdomen contenait une quantité de sérosité que l'on peut évaluer à un litre. Les principaux organes conservaient leurs rapports normaux, excepté le foie qui présentait des dimensions considérables; il remontait jusque sous les fausses côtes comme d'ordinaire et il descendait jusqu'au niveau de l'épine iliaque inférieure. La coupe de cet organe n'y présenta aucune altération de structure; il n'y avait pas de pus. La rate était considérable; elle présentait à ses deux extrémités sa structure, sa couleur et sa consistance normale, mais à sa partie moyenne et dans l'étendue de 2 à 3 pouces, elle offrait un tissu beaucoup plus résistant, d'une coloration jaunâtre, limité à la circonférence par une ligne d'une forme bien plus intense, et n'ayant ni l'aspect du pus ni du cancer.

Le péritoine ne présentait pas de traces d'inflammation.

L'utérus et ses annexes étaient à l'état normal; l'utérus seul avait un volume encore un peu plus gros que d'habitude. Les deux plèvres contenaient une quantité notable de sérosité citrine, nulle part de fausses membranes. Les deux poumons étaient sains, nulle part ils n'offraient d'abcès ni d'induration.

Le péricarde était un peu adhérent au cœur; il contenait un peu de sérosité, sans fausses membranes.

Le cœur était volumineux, couvert de plaques blanches anciennes, décrites sous le nom de plaques laiteuses. Ses cavités, qui étaient dilatées, étaient remplies de caillots de sang noir. L'orifice mitral était complétement sain. L'orifice aortique présentait l'altération suivante: des trois valvules sygmoïdes, une seule était séreuse, c'est celle qui correspond à l'orifice mitral; elle cache l'orifice d'une artère coronaire qui ne paraît pas dilatée.

Les deux autres valvules sont profondément altérées dans leur structure;

elles sont considérablement épaissies, méconnaissables et transformées en une matière analogue à celle qui constitue les végétations qu'on observe habituellement au niveau des orifices du cœur; de plus toutes deux sont complétement décollées à leur bord adhérent de la paroi artérielle; elles adhèrent par leurs deux extrémités; l'une d'elles correspond à la deuxième artère coronaire qui ne parait pas dilatée.

Ces deux valvules forment la partie supérieure d'une excavation capable de loger une pomme d'apis, située dans le ventricule gauche, immédiatement au-dessous de l'origine de l'artère et reposant, en mieux paraissant creusée sur la paroi interventriculaire. Les bords de cette cavité sont très-irréguliers, saillants dans le ventricule et formés de la même matière que les valvules de l'aorte.

La tumeur contient un liquide sanieux, qu'à l'œil nu on aurait pris pour du pus, mais que le microscope a démontré n'être qu'un amas de globules blancs et de globules rouges du sang altérés. Le fond de la tumeur est tapissé par une espece de fausse membrane; il est très-irrégulier et présente trois culs-de-sac, desquels on exprime en abondance le liquide sanieux dont j'ai parlé.

Le reste du ventricule gauche ne présente rien à noter.

Le ventricule droit n'offre rien de particulier; les valvules de l'orifice tricuspide étaient saines; mais immédiatement au-dessus d'elles on trouvait une tumeur grosse comme une petite noisette, faisant saillie de 5 ou 6 lignes dans l'oreillette et correspondant au fond de la tumeur du ventricule gauche. Le doigt introduit par le ventricule n'est séparé de l'oreillette que par une mince épaisseur de tissu. Du sommet de cette petite tumeur partait un court pédicule auquel était appendue une petite tumeur noirâtre tout à fait semblable à un grain de raisin, contenant dans son intérieur un liquide semblable à celui du ventricule et examiné au microscope par M. Robin, il ne contenait rien autre chose que des globules blancs et des globules rouges. On n'a pas pu saisir de communication entre cette petite tumeur et la cavité du ventricule. Dans aucun de ces deux liquides on n'a trouvé de globules de pus.

Le cerveau n'a pas été examiné.

4° HÉMATOCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE AVEC VÉGÉTATIONS FIBRINEUSES; communication de M. BROCA.

M. Broca présente une pièce relative à une hématocèle de la tunique vaginale, dont l'intérieur est tapissé de végétations fibrineuses, et qui communique avec une seconde poche contenant, ainsi que la première, un liquide séro-sanguinolent. Cette lésion remonte à une date ancienne et se rapporte à certains cas d'hémorrhagie de la tunique vaginale déterminée sans contusion préalable.

5° COXALGIE; RAMOLLISSEMENT DES OS PLACÉS AU-DESSOUS DE L'ARTICULATION MALADE; communication du même.

M. Broca met sous les yeux de la Société un exemple de coxalgie trouvé sur le cadavre d'un enfant à l'École pratique. Il montre le tissu osseux érodé sur la surface de la tête fémorale; le cartilage épiphysaire n'a pas été une barrière pour le travail inflammatoire. Il rappelle ce qu'il a établi, à savoir que lorsqu'une tumeur blanche a existé, les os placés au-dessous de l'articulation malade sont ramollis. Les pièces présentées en font foi; cet état de ramollissement est visible dans tous les os inférieurs à la coxalgie, excepté cependant dans les phalanges. Cette exception a toujours été constatée par M. Broca. En présence de la largeur des mailles du tissu ramolli, de la rosée sanguine qu'on en exprime, il avait cru aux traces d'une inflammation, mais c'est évidemment l'effet de l'immobilité du membre; les phalanges, qui agissent encore, échappent seules au ramollissement.

5° EXTRAIT D'UN TRAVAIL SUR LA DISSOLUTION DES CALCULS URINAIRES; par M. BENCE-JONES; communication de M. CHARCOT.

En 1846, pour la première fois, l'auteur essaya de dissoudre, à l'aide d'une batterie galvanique, les calculs urinaires préalablement plongés dans une solution de nitrate de potasse; son but était de décomposer le sel de potasse, au contact du calcul, sous l'influence de la pile, et de permettre ainsi l'action chimique des agents mis en liberté. Quelques résultats furent obtenus avec l'acide urique, au contact du pôle négatif, mais ils furent peu décisifs.

Pendant l'été de 1852, les circonstances étant plus favorables, les mêmes expériences furent reprises. Un fragment très-volumineux d'un calcul d'acide urique put être dissous dans une forte solution de nitre, alors que ce sel eut été décomposé à la surface de ce calcul par l'action de 5 paires de plaques; on essaya ensuite, sur de plus grandes quantités, l'action combinée de solutions plus faibles portées à la température du corps humain, et de piles électriques de pouvoirs divers. Les résultats obtenus dans les expériences sur les calculs d'acide urique sont indiqués dans le tableau suivant :

	Durée.	Degré de concentration et température de la solution.		Puissance de la pile.	Quantité dissoute.
1re exp.	4 h.	Solut sat.	212°	10 pair. de plaq.	1/2 grain.
2e —	6 h. 5 m.	Id. 1/4; eau 3/4.	109°	5 —	11 grains.
3e —	6 h. 10 m.	Solut. sat.	101°	10 —	14 —
4e —	6 h. 20 m.	Id.	100°	10 —	16 —
5e —	6 h. 45 m.	Id.	106°	10 —	12 —
6e —	3 h. 17 m.	Id.	98°	20 —	27 1/2 gr.
7e —	6 h. 30 m.	Sol. sat. 1/8; eau 7/8.	98°	20 —	22 grains.

La perte fut déterminée en desséchant les calculs, au bain-marie, avant et après chaque expérience. Le diamètre des électrodes employés était beaucoup moindre que celui des calculs. Des électrodes d'un diamètre bien plus considérable pourraient être introduits dans la vessie.

Les expériences sur les calculs d'oxalate de chaux placés dans diverses solutions donnèrent les résultats suivants :

	Durée.	Degré de concentration et température de la solution.		Puissance de la pile.	Quantité dissoute.
1re exp.	7 h.	Sol. nit. pot. sat. 1/4; eau 3/4.	90°	5 paires.	1/2 grain.
2e —	7 h.	Id.	104°	10 —	2 grains.
3e —	6 h. 15 m.	Sulfate de soude	101°	10 —	2 —
4e —	5 h. 45 m.	Sel commun	102°	10 —	1 grain.
5e —	6 h. 10 m.	Sol. sat. nit. pot. 1/4; eau 3/4.	108°	20 —	6 grains.
6e —	3 h. 19 m.	Nit. sol. 1/4; eau et phosphate de soude 3/4.	110°	20 —	1 grain.
7e —	3 h. 15 m.	Id. avec bichromate de potasse.	111°	20 —	2 grains.
8e —	3 h. 17 m.	Solut. satur. de nit. pot. 1/2; eau 1/2.	110°	20 —	2 1/2 gr.
9e —	2 h. 50 m.	Sol. sat. nit. pot. 1/4; eau 3/4.	91°	20 —	2 1/2
10e —	3 h.	Id.	100°	40 —	5 grains.

Les calculs d'oxalate de chaux ne peuvent donc être attaqués que très-difficilement par la solution de nitrate de potasse, qui agit énergiquement sur les calculs d'acide urique; l'action de cette solution est, dans ce cas, au moins quatre fois plus lente.

Dans d'autres expériences où les calculs consistaient en un mélange d'oxalates et d'urates, d'oxalates et de phosphates, on trouva que la dissolution s'opérait avec bien plus de rapidité que dans les cas où il s'agissait d'oxalate de chaux pur.

Voici les résultats obtenus dans les expériences sur les calculs phosphatiques :

	Durée.	Degré de concentration et température de la solution.		Puissance de la pile.	Quantité dissoute.
1re exp. Un fragment de phosphate de chaux dur.	7 h. 15 m.	Sol. av. nit. 1/4; eau 3/4. . . .	102°	10 paires.	15 gr.
2e exp. Id. fusible.	1 h. 13 m.	Id.	96°	20 —	31
3e — Id. id.	3 h. 23 m.	Solut. saturée de nit. 1/8; eau 1/7.	98°	20 —	67
4e — Phosp. de chaux.	6 h. 30 m.	Id.	98°	10 —	20

L'action s'exerçait ici presque exclusivement au pôle négatif. On expérimenta aussi sur des billes de carbonate de chaux.

	Durée.	Degré de concentration et température de la solution.		Puissance de la pile.	Quantité dissoute.
1re exp.	5 h. 30 m.	Sol. sat. nit pot 1/4; eau 3/4.	104°	10 paires.	27 1/2 gr.
2e —	6 h. 30 m.	Sulfate de soude.	101°	10 —	4 1/2

On voit donc, en résumé, qu'en opérant la décomposition de solutions étendues de nitrate de potasse à la surface des calculs, on obtient en une heure la dissolution de 2 à 9 grains d'acide urique; tandis que, dans le même laps de temps, on peut dissoudre de 2 à 25 grains d'un calcul phosphatique. Avec l'oxalate de chaux, la décomposition de la solution étant plus rapide que dans les cas précédents, la dissolution de 1/4 de grain à 1 grain par heure est une limite qu'on ne peut dépasser.

MM. Dumas et d'autres chimistes ont essayé d'agir sur les calculs au moyen de l'électricité; mais le principe dont ces auteurs sont partis, diffère essentiellement de celui qui a servi de guide dans les expériences relatées dans cette note. Ici l'action galvanique est employée tout simplement pour mettre en liberté des agents chimiques à la surface des calculs. Au lieu d'appliquer les forces mécaniques ou les puissances électriques à la destruction de ces corps, c'est la force chimique qui est mise en usage; mais cette force est alors dirigée, gouvernée par l'action galvanique.

Il est donc certain que, par les moyens indiqués plus haut, des calculs alcalins ou acides peuvent être dissous avec une grande rapidité, soit en dehors de la vessie, soit même dans l'intérieur de cet organe. Il ne reste plus, pour obtenir ce dernier résultat, qu'à surmonter des difficultés d'exécution, en imaginant un instrument qui remplira les conditions suivantes :

1° Conduire l'électricité à la surface du calcul renfermé dans la vessie;

2° N'exercer aucune action chimique sur la membrane muqueuse urinaire;

3° Permettre enfin l'injection d'un courant d'une solution de nitrate de potasse.

III. — PATHOLOGIE VÉGÉTALE.

SUR LES ALTÉRATIONS DU CHOU POTAGER PAR DIVERS INSECTES; par M. RAYER.

On sait que plusieurs chenilles, celles du papillon du chou, du papillon de la rave, de la noctuelle du chou, que le puceron du chou (*aphis brassicæ*) et diverses espèces d'altises causent des dommages plus ou moins considérables aux semis et aux plants des choux, dont elles mangent les tiges et les feuilles.

Les *larves* de quelques autres insectes attaquent et altèrent les tiges et la racine du chou potager. La larve du *charançon chlore* vit dans la tige des choux et la perfore; la larve d'un autre insecte (la *mouche brassicaire*) y fait naître des tubercules dont le nombre et le volume sont variables. M. Rayer met sous les yeux des membres de la Société plusieurs jeunes pieds du chou potager (*brassica oleracea* Linn.) présentant de ces tubercules, dont l'intérieur contient des larves offrant plusieurs points de ressemblance avec les larves du *baris picinus* et *cuprirostris*, décrits par M. Léon Dufour (ANNALES DE LA SOCIÉTÉ ENTOMOLOGIQUE, 2e série, t. IV, p. 453). Ce savant entomologiste a rencontré ces larves à la

partie inférieure et dans le collet de vieilles tiges des choux de nos jardins; c'est dans de jeunes plants, au contraire, que M. Rayer les a observées.

IV. — Tératologie végétale.

NATURE DE L'EXCROISSANCE FIBRO-SPONGIEUSE QUI SE DÉVELOPPE ACCIDENTELLEMENT SUR LES NOEUDS DE LA TIGE DU POA NEMORALIS; NATURE D'UNE GALLE GLOBULEUSE OBSERVÉE SUR DIFFÉRENTS CHÊNES DANS LE SUD-EST DE LA FRANCE; par M. le docteur E. Germain (de Saint-Pierre).

Parmi les excroissances végétales désignées sous le nom de *galles*, une des plus curieuses et des plus communes a jusqu'à ce jour été méconnue et considérée par les botanistes comme une production normale, bien qu'accidentelle, de la plante.

Je veux parler de la pelote fibro-spongieuse qui se développe fréquemment sur les nœuds de la tige du *poa nemoralis*. Depuis Scheuchzer, qui a mentionné et bien figuré cette forme accidentelle, les auteurs ont décrit dans les flores cette pelote fibreuse, située aux articulations de la tige comme constituée par des fibres radicales adventives. Elle occupe en effet la place qu'occupent les fibres radicales adventives lorsqu'il s'en développe sur les tiges des graminées, et présente la même apparence; mais il suffit de pratiquer une coupe transversale de la tige au niveau de cette production anormale, pour en découvrir l'origine et la véritable nature.

Cette pelote spongieuse est une galle présentant quelque analogie avec le bédéguar du rosier. Dans une loge uniloculaire développée sur une des parois de la tige, on trouve deux ou trois larves d'insectes qui s'y sont développées. Je les ai rencontrées à l'état de nymphe, et remplissant exactement toute la cavité de la loge.

La loge qui renferme ces insectes est lisse à l'extérieur comme à l'intérieur; ses parois sont assez minces. Il est remarquable que les excroissances radiciformes de la tige se développent seulement sur la paroi de la tige opposée à celle où la loge se trouve située; c'est en se recourbant en dedans que ces excroissances radiciformes entourent la loge insectifère.

L'excitation déterminée soit par la tarière de l'insecte mère, lors du dépôt des œufs, soit par la présence et le développement des insectes sortis de ces œufs, n'agit donc pas, dans ce cas, d'une manière locale, mais sur une partie de la tige située en dehors de la loge insectifère.

Il est à remarquer que cette galle n'a été rencontrée sur aucune autre espèce du genre *poa*, bien que ces espèces soient assez voisines entre elles. C'est l'espèce, et non l'habitat de l'espèce dans les bois humides, qui détermine le choix de l'insecte; car j'ai rencontré accidentellement le *poa nemoralis* croissant sur un mur exposé au soleil et présentant des galles nombreuses. Je n'ai pu me procurer l'insecte parfait; mais il est de ceux qui éclosent dans la galle, et dont la larve s'enfonce dans le sol pour y subir ses transformations. Il sera donc facile de recueillir l'insecte parfait.

J'ai parlé, dans une communication récente, d'une galle globuleuse commune dans la région méridionale de la France, sur le chêne commun et sur le *quercus toza*. Cette galle, décrite ou figurée par plusieurs auteurs, me semble différer essentiellement, par sa structure, de la galle globuleuse, commune aux environs de Paris, et qui se développe à la surface des feuilles du chêne. Si cette galle méridionale est, comme je suis porté à l'admettre, le résultat de la piqûre d'un bourgeon entier et non d'une feuille isolée, la couronne de tubercules qui surmonte cette galle globuleuse, représente peut-être un verticille ou une spirale de feuilles à un état rudimentaire.

V. — Chimie.

NOTE SUR LA PROPORTION DE L'URÉE EXISTANT DANS LE SANG D'UN ALBUMINURIQUE COMPARÉ AU SANG D'UN HOMME SAIN; par M. Verdeil.

Les accidents généraux qui accompagnent si souvent la présence de l'albumine dans les urines ont été de la part de M. Freirichs l'objet de recherches intéressantes. Ainsi ce savant a observé que du carbonate d'ammoniaque injecté dans le sang de chiens auxquels on a enlevé les reins, produisait des symptômes tout à fait semblables à ceux que l'on observe dans l'anémie. M. Freirichs a injecté de l'urée dans le sang de chiens auxquels on avait également enlevé les reins; mais les symptômes observés lors de l'injection du carbonate d'ammoniaque ne se sont pas manifestés, et les chiens sont morts naturellement des suites de l'opération qu'ils avaient subie. Le sang des chiens dans lequel de l'urée avait été injectée, a laissé voir les quantité assez notables de carbonate d'ammoniaque.

M. Freirichs se fonde sur ses observations pour conclure à ce que l'urée qui séjourne dans le sang des albuminuriques se transforme en carbonate d'ammoniaque, et peut causer ainsi les accidents qui accompagnent les affections des reins.

M. Rayer nous a engagé à rechercher dans une saignée provenant d'un albuminurique quelle pouvait être la quantité d'urée existant dans ce sang, comparée à la quantité d'urée qui existe dans la même masse d'un sang normal. Nous avons obtenu l'urée par le procédé suivant.

Le sang est coagulé au bain-marie après l'avoir acidifié légèrement au moyen de quelques gouttes d'acide acétique. La liqueur claire séparée par la filtration du coagulum est évaporée au bain-marie dans une capsule. Lorsque le liquide a été réduit au dixième de son volume, on le mélange avec de l'alcool à 36° jusqu'à ce qu'une nouvelle addition de celui-ci ne trouble plus la liqueur. Au bout de vingt-quatre heures le liquide est filtré, puis évaporé de nouveau jusqu'à concentration; on ajoute alors un peu d'eau acidulée d'acide sulfurique. Les graisses, qui étaient en dissolution à l'état de savons, sont décomposées par l'acide et deviennent insolubles; on filtre de nouveau, ou neutralise le liquide avec du carbonate de baryte, puis on évapore et dessèche complétement dans le vide. La masse sèche est traitée par de l'alcool absolu froid qui dissout l'urée. En ajoutant à la dissolution alcoolique le double de sa masse d'éther, il se formera un précipité et l'urée parfaitement pure restera seule en dissolution dans le mélange d'alcool et d'éther et pourra être obtenue à l'état cristallisé en l'évaporant sur un verre de montre.

Au moyen de ce procédé, nous avons extrait d'une saignée une grande quantité d'urée qu'il ne nous a pas été possible de doser exactement.

La saignée provenant d'un malade non albuminurique renfermait aussi de l'urée que nous sommes parvenu à isoler par le même procédé d'extraction. La quantité d'urée que nous avons obtenue dans cette saignée était extrêmement petite, et la proportion de cette substance dans les deux sangs peut être exprimée par le nombre de 1 : 20.

Ces résultats, parfaitement prévus et qui ne font que confirmer les observations antérieures, viennent ils à l'appui de l'opinion de M. Freirichs? Il nous semble qu'ils démontreraient que la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque n'est pas aussi rapide qu'on le penserait d'après les expériences de ce savant, puisqu'on trouve de l'urée en si grande proportion dans le sang des albuminuriques. Quant à la décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque; les expériences de M. Freirichs qui a constaté la présence de ce composé dans le sang de chiens auxquels il avait injecté de l'urée, mettent le phénomène hors de doute. Nous-même nous avons pu constater que le sang de l'albuminurique ne pouvait pas se coaguler à cause de sa grande alcalinité, et que la coagulation n'a pu s'effectuer qu'après l'addition de quelques gouttes d'acide acétique, et cette alcalinité, nous avons tout lieu de le croire, provenait de la présence du carbonate d'ammoniaque.

Par l'extraction de l'urée dans une saignée provenant d'un sang normal, nous avons répété l'expérience faite précédemment dans notre laboratoire par M. le docteur Hervier qui, le premier, est parvenu à isoler l'urée et à déterminer sa présence dans la petite quantité de sang que comporte une saignée.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'alcoolisme chronique; par le docteur Magnus Huss (chronische alcools-krankheit); traduit du suédois par le docteur Von dem Busch. — Stockholm, 1852.

Notre époque, si féconde en productions variées dans les sciences médicales, n'est pas cependant à beaucoup près aussi favorisée par la valeur et l'importance des travaux publiés que par les apparences trompeuses d'une exposition souvent facile et claire, d'un résumé concis des recherches des autres, d'une compilation en un mot, utile souvent, mais qui ne marque aucun progrès réel dans nos connaissances.

Aussi devons-nous accueillir d'une manière tout particulièrement favorable les travaux originaux lorsque, basés sur l'observation exacte, sur une longue expérience, guidés par un esprit philosophique et élevé, ils ont atteint le double but de doter la science de notions théoriques nouvelles et d'applications pratiques utiles.

Tel est en deux mots le caractère du livre de M. le docteur Huss. Nous ne connaissons malheureusement pas assez en France les productions scientifiques des pays scandinaves. Personne pourtant n'ignore que c'est de ce pays que sont sortis plusieurs des grands réformateurs des sciences, parmi lesquels nous nous contenterons de citer les noms de Linné et de Berzélius. Mais outre ces coryphées des progrès de l'esprit humain, la Suède en particulier ne cesse de produire des hommes qui, chacun dans leur sphère, contribuent d'une manière active à l'avancement des sciences. Qui de nous ne connaît sous ce rapport les belles et profondes recherches du célèbre physiologiste de Stockholm, de Retzius.

Avant de donner l'analyse du livre de M. Huss, qu'il nous soit permis de dire quelques mots de l'auteur. M. Huss est depuis longtemps professeur de clinique et médecin d'un grand hôpital de Stockholm. Dans son livre sur l'alcoolisme, nous avons trouvé avec bonheur l'application des meilleures méthodes d'observation : des faits cliniques recueillis avec grand soin, les expériences les plus ingénieuses chaque fois que l'étude au lit du malade a paru insuffisante, une connaissance des plus approfondies enfin de tout le groupe des maladies toxiques dont l'alcoolisme ne constitue qu'une espèce.

Nous venons de faire connaître l'esprit et l'auteur du livre. Le lecteur jugera, par l'analyse qui va suivre, si nous avons jugé trop favorablement l'un et l'autre.

L'ouvrage est divisé en deux parties, précédées d'une longue introduction. Celle-ci traite d'abord en résumé les changements anatomiques produits par l'alcool soit dans le tube digestif, soit dans le sang,

dans lequel on observe un excès de matières carbonées et de graisses. L'auteur trace ensuite la distinction importante entre les suites immédiates, l'empoisonnement pour ainsi dire aigu, qui caractérise l'ivresse, et le *delirium tremens*, qui est une manifestation aiguë d'un empoisonnement déjà prolongé par l'alcool. Il se prononce avec beaucoup de prudence sur la combustion spontanée dont il n'a point observé d'exemple.

La première partie du livre se compose d'observations, et c'est ici que nous avons été heureux de constater une bonne méthode de recueillir les faits cliniques, des points de vue de classification importants, et, à la suite de chaque fait, des réflexions fort instructives. L'auteur distingue les faits à symptômes physiques, psychiques et mixtes. Parmi les groupes symptomatologiques physiques, M. Huss cite les faits de cinq principales catégories d'empoisonnement chronique par l'alcool, savoir : forme prodromique, paralytique, anesthésique, convulsive et épileptique. A côté de guérisons nous voyons des cas d'amélioration, d'autres suivis de mort, ces derniers accompagnés d'autopsies soigneusement faites. Les manifestations psychiques sont divisées en celles de mélancolie, de démence, de manie et d'hallucinations. Plusieurs faits, enfin, montrent la combinaison des deux ordres de phénomènes, et nous recommandons sous ce rapport, comme tout particulièrement instructive, la lecture de la trente-sixième observation. L'auteur démontre ensuite que les diverses espèces d'eaux-de-vie produisent, par un long abus, des effets analogues. Il met enfin en regard avec le fait précédent, des observations d'empoisonnement par le seigle ergoté, par le phosphore, par le plomb, par le mercure et par l'arsenic.

Après avoir ainsi mis sous les yeux du lecteur une partie de ses pièces justificatives, l'auteur aborde dans la seconde partie la description générale.

Dans le premier chapitre, il nous donne une revue historique fort érudite des travaux anciens et modernes sur cette maladie, et on est frappé de trouver, entre autres déjà, dans la quatre-vingt-quatorzième épître de Sénèque, une fort bonne description de l'alcoolisme ; rien d'important dans la vaste littérature sur ce sujet n'a été oublié. Dans le second chapitre, l'auteur définit l'alcoolisme chronique comme produisant des modifications dynamiques et fonctionnelles dans les centres nerveux, avec trouble et lésions consécutives, soit dans ces centres, soit dans les divers viscères. Ainsi, altération fonctionnelle primitive et altérations matérielles consécutives.

En passant à la symptomatologie, dans le troisième chapitre, l'auteur analyse d'abord les troubles de la locomotion. Viennent en première ligne les tremblements des mains et des bras, de la langue et des lèvres, etc. Sans être constants, ils diminuent après l'ingestion des boissons stimulantes. La diminution des forces, surtout celle des muscles volontaires, apparaît ensuite; elle atteint d'abord les membres inférieurs, les genoux surtout, ensuite les mains et les avant-bras; le malade continuant à abuser de l'alcool, voit peu à peu la faiblesse passer à l'état de paralysie complète. D'autres symptômes du mouvement sont les soubresauts, les tics, les tiraillements spasmodiques, surtout dans les mollets; plus tard arrivent des attaques convulsives qui présentent de la ressemblance avec la chorée, n'ayant aucun type fixe, précédées de maux de tête et suivies d'une grande prostration des forces. Ce n'est qu'à une période tardive que ces attaques prennent la forme épileptique.

Parmi les troubles sensitifs, les malades se plaignent d'abord de fourmillements qui se développent souvent en même temps que les tremblements. Leur apparition dans la jambe est un des symptômes caractéristiques de l'alcoolisme. L'hypéresthésie et le tic douloureux ont coexisté quelquefois avec l'alcoolisme, mais sans avoir rien de caractéristique. L'anesthésie, au contraire, marche presque toujours de pair avec l'affaiblissement musculaire. Elle commence par les doigts et les orteils, et s'étend ensuite le long des membres. La vue s'affaiblit; les pupilles se dilatent et se contractent mal; la vision est troublée lorsqu'elle est fixée sur un objet; des mouches volantes, des vertiges, des bourdonnements dans les oreilles accompagnent cet état. La prononciation des paroles se trouble également, les malades balbutient et parlent d'une manière confuse, les hommes deviennent d'abord indifférents pour les plaisirs sexuels et impotents ensuite. Chez la femme, les désirs sont d'abord augmentés malgré la diminution des sensations, plus tard ces désirs cessent.

En parlant des phénomènes psychiques, l'auteur insiste sur le fait qu'il n'y a pas de cause plus puissante de perturbation de la vie morale et intellectuelle que l'abus de l'alcool. Il passe en revue les phénomènes les plus fréquents, bien que non pathognomoniques, tels que les hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, de la sensibilité, les monomanies suicide, homicide, incendiaire. Il décrit avec soin le penchant irrésistible de ces individus à s'enivrer, qu'il désigne sous le nom d'œnomanie, qui les dérobe sous ce rapport de plus en plus à l'influence de la volonté; il indique quelques traits de ressemblance entre celle-ci et la nymphomanie, tout en insistant sur la différence du développement quelquefois spontané de cette dernière. L'œnomanie n'est point continue, mais périodique, avec des intervalles plus ou moins prolongés. L'auteur parle avec un peu moins de détail de la démence, de la manie ordinaire ou furieuse des ivrognes. Ce chapitre se termine par l'énumération des symptômes du côté des autres organes. Ceux de l'estomac et des intestins sont les plus communs et précèdent le plus souvent les symptômes du système nerveux. L'estomac devient le siége d'une gastrite chronique, le foie s'engage et passe souvent à l'état gras ou à celui de cirrhose. Les ivrognes sont également prédisposés à la maladie de Bright, aux affections du cœur, à l'altération athéromateuse des artères et à la dilatation des vaisseaux du cerveau. La bronchite chronique est fréquente chez eux; la pneumonie aiguë termine souvent leur existence. La peau des ivrognes est ordinairement sèche, rude, quelquefois d'un gris terreux, et fréquemment le siége de l'eczéma et du prurigo. Toutes les maladies intercurrentes offrent un caractère plus grave chez les ivrognes que chez les autres malades.

Le quatrième chapitre s'occupe principalement des diverses formes déjà indiquées de l'alcoolisme chronique, pour classer les matériaux antérieurement indiqués.

Le cinquième chapitre renferme les données importantes de l'anatomie pathologique. Les centres nerveux n'offraient dans quelques cas aucune altération, bien que la paralysie et l'insensibilité eussent atteint leur plus haut degré de développement. En thèse générale, l'anatomie n'a point fait connaître ici des altérations en rapport constant avec les symptômes, fait fréquent, du reste, dans l'histoire des empoisonnements chroniques. La dilation des grands et des petits vaisseaux du cerveau a été souvent observée et tient peut-être à la fréquence des congestions cérébrales chez les ivrognes. Le grand nerf sympathique, ainsi que d'autres nerfs du corps, ont été examinés sans donner de résultat positif.

Le sixième chapitre s'occupe de la marche, de la durée et du pronostic de l'alcoolisme. La forme prodromique et paralytique commençante se termine par le retour à la santé, si la cause du mal n'agit plus. La forme anesthésique comporte un pronostic bien plus grave; cependant des faits de guérison ont été observés. La forme hyperesthésique est plus grave encore; cependant, même pour les formes convulsives et épileptiques, la guérison est encore possible, si le malade renonce à l'abus des alcooliques. Des hallucinations et la manie peuvent quelquefois guérir, si l'état de la constitution s'améliore. Ce sont surtout les récidives qui aggravent la maladie et qui finissent par la rendre incurable. L'auteur met une grande réserve à juger la question de la transformation de l'alcoolisme en une autre maladie. Une affection intercurrente peut complétement masquer ses symptômes, quelquefois une affection aiguë telle que le typhus, l'érysipèle, la fièvre intermittente, ont fait complétement disparaître les signes de l'alcoolisme chronique.

La mort survient par l'extinction des forces nerveuses et assimilatrices, ou par suite des altérations secondaires, telles que la cirrhose du foie, ou par une inflammation chronique des voies digestives.

La marche de la maladie est lente, irrégulière, mais progressive. Sa durée varie selon la constitution des malades. Le pronostic est en rapport avec les modifications du régime, lorsque le malade sait s'y astreindre.

Le septième chapitre s'occupe du diagnostic, et ici nous trouvons un parallèle tracé de main de maître, entre l'empoisonnement par l'alcool et celui par les divers métaux à action lente, ainsi que par le seigle ergoté. C'est dans ce chapitre aussi que la question grave et importante de la paralysie progressive est traitée.

L'auteur arrive à la conclusion que, bien qu'il existe beaucoup de ressemblance entre la paralysie progressive et l'alcoolisme, ces deux affections se distinguent cependant par leur marche, leurs symptômes psychiques et leurs complications. L'élément étiologique est important, ainsi que cet autre fait que la paralysie diminue lorsque le paralytique ivrogne est soumis à un régime convenable, ce qui n'est point le cas lorsque la paralysie progressive reconnaît d'autres causes.

L'étiologie est traitée dans le huitième chapitre, et sans trop s'arrêter à l'entraînement moral de l'abus de l'alcool, l'auteur étudie surtout l'action progressive du poison sur l'organisme. L'eau-de-vie dont les malades observés se servaient était celle de pomme de terre, non débarrassée de l'huile âcre particulière qu'elle renferme.

Sous ce rapport l'auteur a été favorisé en ce sens qu'il a pu étudier une maladie à causes moins complexes que les autres savants, qui ont plutôt observé l'alcoolisme par suite de l'abus de boissons assez variées.

Parmi les causes prédisposantes, l'auteur passe en revue l'action du climat, des saisons, de l'habitation, de l'hérédité; l'influence de l'âge, du sexe, du tempérament, de la constitution, de la profession et du genre de vie.

Voici en résumé quelques-unes de ses vues à ce sujet. Le climat du Nord augmente le désir et la nécessité imaginaire des ouvriers de prendre des alcooliques. Le séjour des villes présente bien plus fréquemment l'alcoolisme que les campagnes. Ses effets se manifestent de préférence chez les individus mal logés et mal nourris. L'âge de prédilection a été de 35 à 45 ans. Sur 139 malades il y a eu 123 hommes et 16 femmes seulement; les constitutions fortes et les tempéraments sanguins y ont paru prédisposés. L'influence des professions n'a point pu être nettement déterminée. La quantité d'eau-de-vie ingérée en moyenne, par l'ouvrier de la capitale de la Suède, peut s'estimer à 300 grammes d'eau-de-vie par jour, l'alcool étant à 33°. Cependant cette quantité journalière est souvent largement dépassée. Des expériences fort ingénieuses faites en commun avec M. le professeur Dahlstrœm, sur l'ingestion prolongée de l'alcool chez des chiens, ont produit des symptômes en tout analogues à ceux de l'alcoolisme chez l'homme. L'auteur a expérimenté ensuite séparément l'huile essentielle qui se trouve dans l'eau-de-vie de pomme de terre, et celle-ci n'a point produit d'effet toxique. Sans nier que cette huile puisse aider à produire des effets fâcheux de l'alcoolisme, c'est autant l'ingestion de l'alcool lui-même qui en est la cause essentielle. Pour épuiser cette analyse séparée de l'action des substances contenues dans l'eau-de-vie, M. Huss a également expérimenté une substance volatile particulière qui se forme quelquefois dans l'eau-de-vie fabriquée avec des matières détériorées, ou lorsqu'elle est d'une mauvaise fermentation, substance cyanogène. Le résultat a été négatif, de même pour l'expérimentation de la solanine, de l'ergotine; des mélanges étrangers, tels que l'acétate de cuivre; des mélanges par falsification, tels que les baies de bois-gentil et de poivre rouge d'Espagne, etc. C'est donc l'abus de l'alcool seul qui produit l'alcoolisme.

Parmi les causes occasionnelles, l'auteur cite l'ivresse réitérée, les attaques de délire, les maladies aiguës fébriles dans la convalescence desquelles l'alcoolisme se manifeste volontiers. Les chagrins et la cessation subite de l'usage des liqueurs favorisent l'invasion de la maladie.

Dans le neuvième chapitre, le professeur de Stockholm démontre la spécificité de l'empoisonnement alcoolique, et il discute avec beaucoup de sagacité les objections faites et possibles. L'altération se produit d'abord localement dans les voies digestives, le foie, les poumons, les reins, la peau, mais l'intoxication ne prend les proportions de l'alcoolisme que lorsque le sang est profondément modifié, et c'est alors aussi que les manifestations du côté des centres nerveux ont lieu. Nous recommandons tout particulièrement la lecture de ce chapitre, qui témoigne d'un esprit sagace et sévère, et qui prouve que l'auteur sait aussi bien faire la synthèse philosophique que l'analyse des détails.

Le dixième et dernier chapitre s'occupe du traitement qui doit consister à éloigner l'élément étiologique, à améliorer les fonctions digestives, ainsi que celles du système nerveux. L'abstention de l'abus de l'alcool est donc la condition essentielle, puis vient l'usage des amers et des toniques aidés d'un régime substantiel. Parmi les divers moyens qui ont paru exercer une action salutaire sur le système nerveux, nous citerons l'emploi de l'huile empyreumatique de pomme de terre (*fermentoleum solani*), à la dose de 5 à 10 centigrammes, quatre à six fois par jour. Cette substance n'a point été employée, que je sache, avant M. Huss. Il passe ensuite en revue la valeur thérapeutique de l'opium, du campbre, de l'assa fœtida, de l'arnica, de la noix vomique, du phosphore, des ferrugineux, ainsi que des bains de diverses espèces.

On voit, d'après cette analyse, à quel point le livre de M. le professeur Huss est riche en bonnes observations, en faits nouveaux et en remarques importantes. Il s'adresse à la fois au physiologiste, au médecin et aux autorités chargées de veiller sur l'hygiène publique. Aussi devons-nous, en terminant, exprimer le vœu qu'un tel livre soit bientôt rendu accessible à tout le public scientifique de France, par une bonne et judicieuse traduction.

H. Lebert.

VARIÉTÉS.

— Aussitôt que la nouvelle de la mort de M. Orfila a été connue à Angers, les professeurs de l'École de médecine se sont réunis et ont rédigé la lettre suivante, qui a été adressée immédiatement au président de la commission chargée de la souscription Orfila.

Monsieur le président,

Au moment où l'École de médecine d'Angers se réjouissait avec vous des honneurs que vous alliez rendre à M. Orfila ou nom de ses élèves, de ses amis, de ses admirateurs, nous apprenons que la mort l'a enlevé, et qu'un jour de fête s'est changé en un jour de deuil. Cette nouvelle nous a frappés d'une manière aussi douloureuse qu'inattendue; car il y a peu de jours même, nous recevions d'honorables preuves de sympathie de la part de l'illustre professeur. Pourquoi faut-il ajouter à la douleur, déjà si vive que nous ressentons, celle de n'avoir connu la mort du bienfaiteur de notre École qu'alors qu'il n'était plus possible d'aller lui adresser un dernier adieu! C'était pour nous un devoir que nous regretterons toujours de n'avoir pu remplir.

La commission que vous présidez, monsieur, va sans doute s'occuper de l'érection d'un monument funèbre, destiné à perpétuer la mémoire de celui dont la vie tout entière fut consacrée aux progrès de la science, au perfectionnement des institutions médicales et à l'*honorabilité* de la profession. Les professeurs de l'École d'Angers s'associent d'avance à tout ce que vous jugerez convenable de faire pour atteindre ce but.

Agréez, etc.

Suivent les signatures de tous les professeurs de l'École.

Angers, 14 mars 1853.

— Par une disposition expresse de son testament, M. Orfila avait prescrit que son corps ne fût pas embaumé; mais il avait voulu que l'autopsie en fût faite. Cette triste opération a été pratiquée. L'un des poumons a été trouvé à l'état d'hépatisation grise.

— M. Louis, qui a été atteint de pneumonie, est entré en pleine et franche convalescence.

— Concours de l'agrégation. — Les dernières épreuves du concours de l'agrégation (argumentation des thèses) commenceront vendredi prochain, 18 mars.

Voici l'ordre dans lequel les argumentations auront lieu :

Vendredi 18 mars, MM. Blain des Cormiers et Milcent; lundi 21, MM. Bonchut et Leudet; mercredi 30, MM. Léger et Empis (Simonis); vendredi 1er avril, MM. Lasègue et Gubler; lundi 4, MM. Frédault et Aran; mercredi 6, MM. Delpech et Hérard; vendredi 8, M. Tholozao.

Présentation de candidats a la chaire d'anatomie vacante dans la Faculté de médecine de Montpellier.

Dans sa séance du 12 mars 1853, la Faculté, appelée à présenter une liste de candidats, a voté au scrutin secret et a désigné :

Premier candidat : M. Benoit, agrégé et conservateur du musée anatomique de la Faculté de Montpellier;

Second candidat : M. Lacauchie, professeur d'anatomie à l'hôpital d'instruction militaire du Val-de-Grâce, à Paris.

Quatorze candidats s'étaient présentés, savoir :

MM. Barangear (de Lyon);
Barnetche, professeur d'anatomie et d'accouchements à l'École secondaire de Bordeaux;
Batigne, ancien agrégé de la Faculté de Montpellier;
Bayle, professeur agrégé de la Faculté de Paris;
Benoit professeur agrégé de la Faculté de Montpellier;
Bourdel, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier;
Chrestien, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier;
Courty, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier;
Dozous;
Lacauchie, professeur d'anatomie à l'hôpital d'instruction militaire du Val-de-Grâce;
Pons (de Montpellier);
Quissac, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier;
Rigaud, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg;
Sanson, professeur agrégé de la Faculté de Paris.

Quelques-uns de ces candidats se sont retirés avant la décision du jury.

—L'épreuve écrite pour le concours de l'agrégation en chirurgie a été faite le 9 de ce mois. La question donnée aux candidats était ainsi conçue: *Anatomie chirurgicale de la glande parotide; tumeurs de la région parotidienne.*

— Un concours pour une place d'aide d'anatomie à la Faculté est ouvert depuis lundi, 7 mars; tous les élèves en médecine sont admis à concourir.

— M. le professeur Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, s'est trouvé aussi dans une position alarmante. Une épistaxis, longtemps incoercible, a donné de vives inquiétudes à ses amis. Nous apprenons avec une vive satisfaction que cet accident n'a eu aucune suite.

— La grippe prend chaque jour plus d'extension à Beaupréau (Maine-et-Loire) et dans les environs. Jusqu'à présent elle a fait peu de victimes; mais on craint qu'elle occasionne de grands ravages si la température persiste dans ses variations.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

L'amélioration de l'état sanitaire en ville et dans les hôpitaux et l'absence de communications importantes à nos Académies permettent à la GAZETTE MÉDICALE de s'occuper un instant du concours pour l'agrégation, actuellement ouvert à la Faculté. Ce concours par lui-même fait assez peu de bruit, mais il peut donner lieu à quelques remarques sur l'état des esprits et des doctrines dans le premier corps enseignant de la médecine de l'époque.

De ce qu'il n'y a pas dans l'école de Paris de doctrine officiellement enseignée, il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui soutiennent encore que la Faculté de médecine de Paris n'a point de dogmes à elle, qu'il n'y a pas d'école de Paris à proprement parler. C'est là une grave erreur, ou plutôt c'est une méprise qui peut être dissipée d'un seul mot. L'école de Paris n'est pas nécessairement confinée dans les murs de la Faculté. Sa doctrine est partout, dans les livres, dans les cours, dans les Académies; et c'est de ce fond commun, du substratum de toutes ces manifestations qu'on peut l'abstraire. Définie dans ses caractères propres, c'est la médecine organique : c'est, en anatomie, l'étude des tissus; en physiologie, l'étude de la fonction dans l'organe et par l'organe; en pathologie, la détermination du siége et du diagnostic de la lésion matérielle; en étiologie et en thérapeutique, la production initiale et la disparition immédiate de cette lésion; en d'autres termes c'est, partout et toujours, la matière et les sens. Qu'il y ait des esprits trop élevés parmi ceux qui appartiennent à ce que nous appelons l'école de Paris pour rester parqués dans les limites de ce matérialisme médical, cela se conçoit et n'a pas besoin d'être remarqué. Mais le fond et la généralité de la doctrine n'en sont pas moins là où nous les plaçons et tels que nous les définissons. Or, partant de cette donnée, quelle est la physionomie, la signification doctrinale du concours de l'agrégation actuellement ouvert à la Faculté de Paris ?

La jeunesse qui se présente à ce concours peut être considérée comme une émanation de l'école. Les concurrents sont en quelque façon les rejetons des juges, et à ce titre, on peut regarder les premiers comme les continuateurs des seconds. Cela est incontestable, et pour peu qu'il y ait, dans ce concours, un esprit assez osé, assez téméraire pour parler un langage de protestant, il aurait fort peu de chance d'être admis parmi les serviteurs du temple. Les concurrents et les juges ne font donc pour ainsi dire qu'un. Cette identité déclarée et reconnue, que voyons-nous dans cette exhibition des idées ? Deux choses également patentes : la persévérance dans les doctrines fondamentales, et un sentiment général d'insuffisance de ces dernières, qui porte les esprits, comme à leur insu, dans des directions nouvelles.

De la part des juges, cette double tendance se manifeste par les sujets de leçons ou de thèses, dont partie appartient toujours aux préoccupations de l'organicisme: aux lésions matérielles, à leur siége, à leur diagnostic, à la manière dont les causes les produisent; mais dont l'autre pénètre dans le domaine de l'humorisme, des épidémies, de la nosologie, de l'étiologie. De la part des concurrents, l'alliance de la foi et du doute n'est pas moins manifeste. Tous commencent par cette déclaration : « Il n'y a point de maladies sans lésion matérielle. » Tous font cette profession de foi avec la conviction des plus ardents néophytes; et pourtant il n'en est aucun qui ne se laisse aller à la dérive vers un ordre d'idées tout différent, si ce n'est opposé. Cette méprise a des inconvénients que, dans l'intérêt de ceux qui la commettent comme dans l'intérêt de la science elle-même, il n'est pas inutile de faire ressortir.

Quand MM. les concurrents affirment qu'il n'y a pas de maladie sans lésion matérielle, ils croient sincèrement affirmer une chose conforme à l'observation; c'est ce qui fait leur confiance et leur foi. Cependant il n'est pas difficile de leur montrer qu'ils commettent une double méprise; ils prennent une induction pour un fait; et, pour rester en apparence dans le fait, ils sont obligés d'attribuer au mot lésion un sens, une acception qu'il ne saurait avoir. Essayons de le leur faire comprendre.

Tous conviennent qu'en réalité il existe une foule de maladies dans lesquelles l'observation, aidée de tous les moyens d'investigation connus, n'est pas encore parvenue à découvrir la lésion qui en serait le point de départ. Cette absence de constatation leur importe peu; elle ne tient qu'à l'imperfection des méthodes de recherches, et ils sont convaincus que tôt ou tard on arrivera à combler cette lacune. L'épilepsie, l'hystérie, la rage, ne font pas exception à la règle. Mais qu'est-ce, en définitive, que cette affirmation ? Une induction de la théorie. Ils posent en principe qu'il n'y a point de maladie sans lésion, et ils en induisent que là où elle n'est pas constatée elle n'est que dissimulée, mais qu'elle existe. Ils ne s'aperçoivent pas qu'ils commencent par supposer la doctrine comme vraie, première hypothèse; et que sur la foi de cette première hypothèse, ils en admettent une seconde : l'existence nécessaire d'une lésion là où elle n'est ni vue ni démontrée. C'est donc par établir la certitude et la réalité de la théorie organicienne qu'il faudrait commencer; au lieu de cela, ils la posent d'abord comme certaine, pour affirmer ensuite la certitude d'un fait qui n'est rien moins que démontré. Donc première méprise.

Cependant, il est certaines maladies ou certains états morbides réalisés d'emblée par la mise en jeu de causes déterminées autres que des lésions organiques, et agissant autrement qu'en produisant ces lésions. En présence de ces faits, ils sont obligés de choisir entre une confession de l'insuffisance de la doctrine, ou une altération du sens donné par elle au mot lésion. Exemple : Sous l'influence de quelques gouttes de chloroforme, un individu tombe dans un état si voisin de la mort, que c'est la mort si on ne parvient à le réveiller. Qu'a-t-on fait pour cela? On a stimulé le plexus pharyngien avec l'ammoniaque, ou bien on lui a insufflé de l'air dans la poitrine; et, par des pressions sur le thorax, on l'a forcé de respirer. Dans l'un et l'autre cas, où était la lésion? Quel organe en était le siége? On ne répond pas directement, mais on affirme que le sang et le système nerveux devaient être le siége d'une altération quelconque. De même dans certaines syncopes, de même dans certaines affections épidémiques, de même sous l'influence des passions, de certaines affections morales vives; de même dans certains états nerveux développés sous l'influence de l'imitation. Eh bien! dans tous ces cas, pour ne pas s'avouer vaincu, on suppose encore une lésion quelconque, non plus du genre et de la qualité de ce qu'on avait admis pendant des années, mais une sorte de lésion insaisissable, occulte, une transformation, en un mot, du fait et de sa désignation acceptés jusqu'alors. Voilà comment nos concurrents se tirent d'affaire, à savoir; par une hypo-

Feuilleton.

ORFILA.

Hier encore nos regards attristés se tournant vers le souvenir d'Orfila ne pouvaient séparer sa pensée de son image. En rappelant les actes de sa vie si pleine et si active, nous ne pouvions les abstraire de sa noble figure, et chacune de ses œuvres était comme un des traits de sa personnalité encore présente à nos yeux. A mesure que nous nous éloignons du moment qui a consommé la douloureuse et éternelle séparation de l'homme d'avec son œuvre, une perspective mélancolique fait succéder à la vue trop immédiate des détails une douce impression d'ensemble qui les relie et les anime, et qui bientôt ne laisse plus dans notre esprit que l'homme idéal. Nous le voyons alors dans toute la généralité de son œuvre et dans toute la clarté de son génie : ce n'est plus le fait, c'est le système; ce n'est plus l'effet, c'est la cause, c'est sa pensée elle-même dégagée de tout ce qui pouvait l'obscurcir. Tel se montre à nos yeux aujourd'hui l'homme que tant de voix éloquentes ont célébré, il y a huit jours, sur le bord de la tombe, dans les actes les plus éclatants de sa trop courte existence.

Ceux qui ont approché de plus près Orfila pourront regarder comme téméraire la prétention de reconstruire cet homme si multiple et si divers. Par quel lien rattacher tant de qualités ou plutôt tant de personnes à la même personne : l'expérimentateur habile au savant professeur, le grand administrateur à l'éminent artiste, le créateur de nos codes universitaires à l'homme du monde d'une gaîeté si naturelle et si affable; car Orfila était tout cela, le même jour, à la distance de quelques heures. Mais son temps, distribué comme un cadran, était régulièrement espacé pour chaque chose. Les premiers rayons du matin le surprenaient à la composition de ses ouvrages; sa journée, partagée entre l'amphithéâtre, le laboratoire et les diverses administrations dont il était la lumière, le conduisait, à travers cent occupations qu'on aurait dit s'exclure, aux heures de repos de la soirée où les distractions de l'homme du monde et les causeries de l'amitié prenaient la place des préoccupations de l'homme public et du savant. Celui qui, sans le connaître, l'eût entendu, à ces heures de relâche, interpréter Mozart ou Rossini avec l'entrain de Lablache, ou qui l'eût vu tout entier aux attrayantes combinaisons du whist, ne se serait pas douté que l'homme enjoué, que l'artiste sémillant du soir, fût l'homme grave et le savant sérieux du matin. Où est le secret de ce contraste? Dans la variété des aptitudes, dans la diversité des facultés qui, a dit une voix éloquente, se reposaient l'une par l'autre, et, comme les couples de la pile, se fortifiaient réciproquement par le contact! Mais la vraie signification de cet esprit original, de ce caractère unique, ne saurait se lire dans les éléments dissociés de cette autre chimie organique appliquée à l'analyse de l'intelligence humaine. Ce sont autant de lettres mortes qui ne se vivifient que par leur ensemble, et ne parlent que par leur rapport. La personnalité morale d'Orfila ne se lit pas plus dans une de ses qualités isolées, que sa physionomie dans un de ses traits

thèse induite d'une autre hypothèse, et par une transformation de langage appropriée à la transformation des faits.

Nous pourrions citer des exemples de cette double méprise à l'occasion de la théorie des épidémies, des influences morales sur la production des affections organiques du cœur, des méthodes de classification en nosologie. Ce dernier sujet de thèse surtout, échu à un concurrent connu par son sens droit et ses sympathies pour le progrès, a fourni un autre exemple des plus curieux d'un compromis entre le présent et l'avenir. Ayant à opter entre les diverses bases possibles d'une bonne nosologie, il a conclu qu'il fallait en composer une mi-partie organicienne, mi-partie étiologique, mi-partie anatomique, mi-partie symptomatique. Et, en effet, le candidat, homme de ressources, est parvenu à constituer cet édifice, auquel il a donné le nom de nosologie *syncrétique*. Cela ne vent-il pas dire implicitement : la méthode organicienne est reconnue insuffisante; il faut chercher ailleurs, mais comme on n'a jusqu'ici rien qui puisse la remplacer, besoin est provisoirement de la conserver en nom, sauf à lui adjoindre une partie des idées qui aspirent à la déposséder. Compromis qui fait juger, et la situation des esprits qui le proposent, et la valeur des résultats qu'il produit.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR L'OBLITÉRATION DU CANAL DE STÉNON (lu à l'Académie de médecine); par M. BAILLARGER.

L'oblitération du conduit de Sténon, surtout quand elle n'a lieu que d'un côté, mérite à peine le nom de maladie. C'est d'ailleurs une altération qui peut, dans les investigations cadavériques, passer si facilement inaperçue qu'on ne doit guère s'étonner qu'elle n'ait pas été signalée. Cependant, outre que cette altération n'est pas très-rare, elle se révèle par un phénomène singulier et devient la cause d'une infirmité, légère sans doute, mais qui ne laisse pas que d'être très-génante. Il m'a semblé que sous ce double rapport son étude n'était peut-être pas sans intérêt pour la physiologie pathologique et pour la pathologie.

Je commencerai par rapporter quelques-unes des observations que j'ai recueillies et qui ont appelé mon attention sur ce point.

OBS. I. — La femme G..., âgée de 65 ans, est entrée à la Salpêtrière comme aliénée le 10 juin 1840. Cette femme est maigre et pâle ; ses digestions sont souvent pénibles ; sa constitution est très-affaiblie. Ayant eu un jour occasion d'assister à son repas, je remarquai que les joues étaient couvertes de gouttelettes de sueur très-nombreuses et occupant un espace tout à fait circonscrit. J'interrogeai la malade à ce sujet, et j'appris que ce suintement avait lieu à chaque repas depuis plusieurs années. Elle avait eu, peu de temps après son entrée à l'hospice, une double inflammation des joues qui s'était terminée par des abcès. Ces abcès avaient été ouverts, et les incisions faites ont laissé de chaque côté des cicatrices linéaires de plus d'un demi-pouce d'étendue. J'appris encore que cette exsudation, qui commençait et cessait constamment avec le repas, avait été autrefois plus abondante, mais qu'elle avait graduellement diminué.

Dans le mois de février dernier, la malade fut atteinte d'une double pneumonie à laquelle elle a succombé.

Je dus à l'autopsie examiner avec beaucoup de soin les glandes parotides et leurs conduits excréteurs. Voici ce que je trouvai.

Les deux glandes étaient complétement atrophiées, et ce n'est qu'avec peine que je parvins à découvrir les conduits de Sténon transformés en de très-petits cordons aplatis et comme celluleux. Cependant cette transformation ne se continuait pas jusqu'à l'ouverture des canaux dans la bouche. A un demi-pouce environ, on les retrouvait avec leur calibre et leur aspect ordinaire. Un stylet très-fin, introduit par l'orifice du canal, pénétra à peine à un demi-pouce, et on put facilement constater qu'il y avait au delà une oblitération complète.

Je crois qu'il est permis de rattacher à l'oblitération des deux canaux de Sténon trouvée à l'autopsie l'exsudation des joues observée à chaque repas. Cependant je reconnais que cette relation de cause à effet entre l'oblitération du conduit de Sténon et le suintement pourrait être contestée si elle n'était directement prouvée par les deux observations suivantes.

OBS. II. — La femme M..., âgée de 50 ans, est entrée dans mon service le 22 décembre 1840 pour cause de démence. Cette femme offre aussi à chaque repas un suintement abondant sur la joue gauche; mais ici l'origine du phénomène est très-différente de celle que j'ai indiquée dans l'observation précédente. La malade a eu pendant plusieurs années une fistule salivaire qui s'ouvrait au milieu de la joue sur le trajet direct du conduit de Sténon ; elle perdait à chaque repas une assez grande quantité de salive. La fistule a été guérie à l'aide des caustiques, et la joue a commencé à suinter aussitôt que l'orifice fistulaire a été fermé. Ce suintement était au début tellement abondant que la malade recueillait à chaque repas plusieurs onces de liquide, et qu'elle a pu ainsi en remplir une bouteille.

Il serait difficile de ne pas rattacher ici l'exsudation de la joue à l'oblitération du conduit de Sténon dont elle paraît, en effet, avoir été la conséquence immédiate ; dans tous les cas cette question me paraît pouvoir être définitivement jugée par le troisième fait que j'emprunte aux MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE CHIRURGIE.

OBS. III. — Duphénix rapporte qu'ayant eu à traiter une fistule salivaire récente, il eut recours à la compression, et l'établit d'une manière très-exacte à l'aide d'un morceau de liége. Le liquide qui coulait abondamment à chaque repas cessa de suinter par la fistule ; mais la compression ne put être continuée à cause du gonflement considérable de la parotide et des douleurs très-vives que la malade éprouvait. « Avant d'ôter l'appareil, dit Duphénix, je voulus être présent lorsque le blessé prendrait des aliments. Je remarquai qu'à mesure qu'il » mâchait, il se faisait à travers de la peau que couvre la parotide une transsudation d'une liqueur claire et transparente qui formait un nombre infini de » petites gouttelettes, lesquelles en se réunissant en formaient de plus considérables, et celles-ci en se joignant les unes aux autres faisaient une ou plusieurs traînées de liqueur qui coulait le long du col, de façon qu'on était » obligé de mettre un linge au-dessous pour la recevoir. Cette évacuation diminua un peu la douleur considérable qui s'était fait sentir dans la glande, » douze heures après l'application du morceau de liége, sans cependant que le » gonflement parût diminuer. »

La compression avait été continuée trop peu de temps pour guérir la fistule, et dès que l'appareil fut enlevé l'écoulement recommença par l'ouverture de la joue. Cet écoulement devint même si abondant qu'on put recueillir plus de 4 onces de liquide en moins d'une demi-heure. Plus tard une ouverture fut pratiquée dans la bouche; la salive coula par cette nouvelle voie et la fistule guérit. Quant à la sueur de la joue, elle n'avait pas persisté.

Il me paraît impossible de nier ici la relation de cause à effet entre le

---

Le programme de son intelligence est comme celui de sa journée. Tout y a sa place, tout s'y tient, tout s'y enchaîne ; à quelque endroit qu'on le regarde, on y trouve, comme dans son Musée, comme dans chacun de ses ouvrages, la parfaite concordance du tout avec les parties. Plus que personne Orfila était dominé par le sentiment du devoir. Ce sentiment était dans sa nature, dans ses instincts. Rien ne l'arrêtait. Il souffrait bien plus de ne pouvoir franchir l'obstacle que l'obstacle ne le faisait souffrir. Cette vertu de caractère, il l'appliquait à toutes les actions de sa vie : aussi bien à remplir ses fonctions qu'à servir un ami. Doué d'un grand bon sens, d'un esprit positif, il ne s'appliquait qu'à des choses immédiatement utiles et réalisables. Il possédait à un rare degré ce qui fait le succès de toute entreprise : une vue nette et supérieure de l'ensemble et des détails, une parfaite intelligence des moyens, de l'ordre dans leur distribution, de l'économie dans la richesse, et par-dessus tout une activité sans relâche et une persévérance sans bornes. Il avait foi en lui, et la connaissance parfaite qu'il possédait de lui-même et des autres lui a toujours donné la mesure de ce qu'il pouvait, et il n'a rien tenté qu'il n'ait mené à bonne fin. Tel a été, si nous ne nous trompons, la nature et en quelque façon la formule de cette supériorité si diverse et si une tout à la fois, de cette organisation rare, où même les parties qui manquent, ne font que donner plus de relief à celles qui y brillent ; car, quelle que soit notre admiration pour ce merveilleux esprit, nous ne saurions y voir ce qui ne s'y trouve pas; et c'est précisément parce que nous croyons voir ce qui s'y trouve, que nous n'avons pas besoin de recourir à des louanges postiches pour orner Orfila aux dépens de ce qui lui appartient.

Les actes de la vie d'Orfila sont comme les formes qui attestent et caractérisent ce fond riche et vigoureux. Pour peu qu'on apporte dans l'étude de leur évolution, dans l'appréciation de leurs rapports, quelque parcelle du sentiment qui les a produits, on est conduit pas à pas, à la reconstruction de ce merveilleux ensemble dont ici seul semblait avoir le secret.

Jusqu'en 1830, Orfila n'avait été que professeur, mais professeur exceptionnel. Riche d'une instruction qu'il avait acquise en appliquant à son profit les facultés qu'il allait bientôt mettre au service des autres, il eut le bonheur de rencontrer sur son chemin un de ces hommes qui ont l'instinct des hommes : le vénérable Antoine Dubois, alors doyen de la Faculté. Dubois, lui-même doué à un haut degré d'une de ces intelligences où toutes les qualités positives s'harmonisent, quoique âgé de 80 ans, avait conservé assez de sûreté de coup d'œil pour saisir chez un autre ce qu'il avait l'impartialité de ne plus trouver à un degré suffisant chez lui. Abnégation aussi rare que supérieure ! A la demande de Dubois, Orfila fut donc nommé doyen de la Faculté de Paris; c'est-à-dire chef de l'enseignement médical en France, tuteur des élèves et gardien des prérogatives de la profession. Il prit ce mandat au sérieux, et l'on peut dire que, pour la première fois depuis le rétablissement des écoles, le décanat fut reconstitué. Jusque-là, en effet, les hommes placés à la tête de la Faculté, ou bien s'y étaient trouvés comme investis d'une distinction purement nominale, ou bien comme mandataires du système politique qui régnait alors ; car Dubois, qu'on avait choisi, à l'issue de la révolution de 1830, comme dépositaire de l'arche sainte, n'avait accepté sa mission que pour la résilier aux premières lueurs du calme rétabli.

A peine Orfila était-il entré en fonctions, que sa présence est signalée par les

suintement si abondant de la joue et l'oblitération du conduit de Sténon. On voudrait éclairer ce point par des expériences sur des animaux qu'on ne pourrait arriver à une démonstration plus complète.

De ce qui précède, je crois pouvoir conclure que l'oblitération du conduit parotidien a, sinon toujours, au moins dans certain cas, pour symptômes un suintement plus ou moins abondant sur la joue, suintement qui se renouvelle à chaque repas et paraît produit par l'acte de la mastication.

Ce symptôme indique-t-il nécessairement une oblitération du canal parotidien? Peut-on, toutes les fois qu'on le rencontre, affirmer que cette altération existe?

On serait, ce me semble, en droit de le faire tant qu'il ne sera pas prouvé que l'espèce d'exsudation dont j'ai parlé se produit alors que le conduit de Sténon est parfaitement libre.

Il me reste à examiner la nature du liquide qui suinte sur les joues pendant l'acte de la mastication.

Duphénix croit que ce liquide est de la salive. « Il est évident, dit-il, » que la liqueur qui sortait à travers la peau n'était autre que la salive dont » le cours naturel avait été interrompu par la compression. »

Boyer, dans son TRAITÉ DE CHIRURGIE, indique un fait analogue observé par Barruel; il croit, comme Duphénix, que c'était de la salive qui suintait ainsi sous forme de rosée à la surface de la joue.

On peut donc, il me semble, regarder comme certain que le suintement dépend de l'obstacle qu'éprouve le cours de la salive. L'exsudation est produite par cet obstacle; elle cesse quand il disparaît, c'est ce que prouvent l'observation de Duphénix et les autres faits que j'ai cités.

La salive contient au moins 99 parties d'eau sur 100. Or on ne saurait, je crois, mettre en doute que l'eau qui forme ainsi les 99 centièmes du liquide de l'exsudation ne soit bien celle qui, dans l'état normal, eût dû servir à la sécrétion salivaire.

Quant à savoir si c'est la salive elle-même avec tous ses éléments, c'est une question que l'analyse chimique pouvait seule éclairer.

Du liquide a été recueilli à l'aide d'une pipette sur la joue de l'une des malades; ce liquide était blanc, comme lactescent; il contenait en suspension de très-petits grumeaux qui se déposaient sur les parois du vase. Il était d'ailleurs franchement alcalin et ramenait au bleu la teinture de tournesol rougie par un acide. Si on ajoutait à ce liquide de la dissolution filtrée d'amidon et qu'on tînt le mélange pendant quelques heures à la température de 30 à 40 degrés, on pouvait s'assurer que l'amidon était complétement transformé. Sa présence dans le mélange n'était plus iodiquée par la teinture d'iode.

M. Henri a trouvé ce liquide composé :

1° D'une matière grasse cristallisable tenue en suspension dans un liquide muqueux;

2° De mucus avec des traces d'albumine;

3° D'une matière animale soluble qu'il regarde comme étant probablement de la phtyaline;

4° D'une trace de diastase animale;

5° De phosphate de chaux, de chlorure de sodium, d'un sel alcalin et d'un produit ammoniacal.

Une autre partie de liquide présentée à la Société de médecine a été examinée par MM. Sandras et Bouchardat, qui sont arrivés à la conclusion suivante :

« Si l'on considère, disent-ils, l'alcalinité prononcée du liquide et son action spécifique sur la gelée d'amidon, on peut être en droit de conclure qu'il ressemble plus à la salive qu'à aucun autre liquide de l'économie. »

Tels sont les résultats des recherches chimiques; on voit qu'elles tendent à démontrer :

1° Qu'il y a la plus grande analogie entre la salive et le liquide de l'exsudation ;

2° Que cependant l'identité des deux liquides ne peut être regardée comme suffisamment démontrée.

C'est donc un point sur lequel il est permis de conserver des doutes.

Je crois d'ailleurs devoir faire remarquer que les analyses dont j'ai cité les résultats ont été faites avec de très-petites quantités de liquide. Il est des cas où l'abondance de l'exsudation permettra de répéter les recherches et de les faire plus complètes; peut-être alors la nature du liquide pourra-t-elle être définitivement jugée.

En résumé, il résulte de ce qui précède que l'oblitération du conduit de Sténon se révèle par le suintement sur les joues, d'un liquide fort analogue à la salive, suintement qui se renouvelle à chaque repas et qui peut persister jusqu'à la fin de la vie.

A l'appui de ce fait, que j'ai surtout pour but d'établir dans ce travail, je citerai trois autres observations dont la première m'a été communiquée par M. Roche, et les deux autres par les docteurs Robouam et Mathieu (de Beaune).

Ces observations présentent d'ailleurs quelques particularités intéressantes et propres à éclairer l'étiologie et le traitement.

TRANSSUDATION TRÈS-ABONDANTE DE LA JOUE GAUCHE A LA SUITE D'UN ABCÈS; SUPPRESSION PARAISSANT PROVOQUER DES ACCIDENTS.

OBS. IV. — M. L..., employé au ministère des finances, demeurant rue du Temple, 18, avait eu, à l'âge de 17 ans, un abcès dans la région parotidienne du côté gauche. A cette époque il habitait Dijon. Le chirurgien qui lui donnait des soins pensa que la glande parotide avait été détruite par cet abcès et par la longue suppuration qui en suivit l'ouverture, supposition rendue probable par la dépression très-marquée qui existait au-dessous et tout autour de la cicatrice et convertie en certitude par les phénomènes physiologiques qui succédèrent immédiatement à la guérison.

Depuis lors jusqu'à l'âge de 87 ans, époque de sa mort, arrivée en 1836, c'est-à-dire pendant 68 ans, M. L... n'a cessé, sauf de courtes interruptions dont je parlerai plus tard, d'être pris deux fois par jour d'une sueur partielle de la face, du côté de la parotide détruite, s'étendant de la moitié de la joue au bord inférieur de la mâchoire inférieure d'une part, et de l'autre, de l'angle et de la branche montante de cet os, jusqu'à la ligne médiane des lèvres et du menton. Cette sueur survenait immédiatement après le déjeuner et après le dîner; elle durait à peu près une demi-heure et diminuait graduellement pendant les dernières minutes. Elle était tellement abondante, que M. L... était obligé de se servir d'une serviette pour l'étancher, un mouchoir de poche, me disait-il, n'étant pas suffisant à cet effet.

Je n'ai connu M. L... que pendant les trois dernières années de sa vie, mais j'ai été témoin plusieurs fois de ce fait qui excitait vivement ma curiosité, et voici ce que j'ai observé. La sueur commençait, comme je l'ai déjà dit, immédiatement après les repas, la peau de la face, qui en était le siége devenait d'abord rosée, puis aussitôt elle se couvrait d'une multitude de petites gouttelettes limpides, brillantes, qui ne tardaient pas à se rassembler en grosses gouttes, et bientôt définitivement par ruisseler. La sueur coulait ainsi pendant une demi-heure à peu près, puis elle diminuait assez rapidement, en même temps que la peau pâlissait; enfin elle cessait complétement, la peau reprenait sa coloration naturelle, et tout rentrait dans l'état normal.

---

plus sages réformes. Elles portent à la fois sur tous les points des études et de l'enseignement. Elles commencent par le détail, mais elles sont inspirées par une vue d'ensemble. Cette vue, c'est l'exhaussement du niveau des études, l'accroissement de la valeur du médecin; c'est finalement la glorification de la profession. Beaucoup d'entre nous, frappés du discrédit où était tombée la médecine, avaient rêvé des réformes immédiates, mais incompatibles avec le système existant. Ne pouvant changer le système, Orfila songea à l'améliorer, à le rendre aussi parfait que possible. Dire tout ce qu'il a fait pour atteindre ce but, depuis la régularisation méthodique des cours et des examens jusqu'à la restauration des écoles secondaires reliées par une vue d'utilité commune aux écoles principales, ce serait faire l'histoire du système entier qui nous regit. Il avait remué la matière jusque dans ses fondements; il lui avait donné comme un nouveau souffle de vie. De notre part, cet éloge n'est pas suspect. Depuis 1830 jusqu'aujourd'hui, notre pensée a marché dans un sens directement opposé à celle d'Orfila. Mais tandis que nous ne faisions que des vœux stériles pour un nouvel ordre de choses encore trop loin, lui, à force de bon sens pratique, de fécondité de vues, d'esprit de ressources, parvenait à tirer d'une mine épuisée les richesses qui font encore sa fortune aujourd'hui. Mais en louant les actes, nous louons et nous définissons plutôt la force qui les a produits. Orfila travaillant sur ce canevas usé, faisait des prodiges au profit d'une jeunesse qui était son idole, et d'une profession qu'il avait incarnée en lui. Il donnait ainsi un éclatant témoignage du ressort supérieur qui le faisait mouvoir. Ce ressort, nous l'avons dit, c'est l'amour de la jeunesse médicale, l'amour de la profession pour laquelle étaient tous ses rêves, toutes ses ambitions, toute son ardeur. On ne l'a pas assez vu, ou du moins on ne l'a pas assez dit : comme un autre Vincent de Paule, il était possédé d'une vraie passion pour les élèves. C'était sa terre, c'était son bien, c'était sa famille, c'était son œuvre; et quiconque a compris toute l'étendue de cette passion, qui en a suivi toutes les phases, qui en a connu tous les sacrifices, qui en a vu tous les tressaillements, reconnaîtra que depuis le moment de son entrée à l'École jusqu'à son dernier jour, même alors qu'il s'était vu violemment arraché à son objet, Orfila n'avait pas cessé un instant d'être tout entier au bonheur de ses élèves chéris. Témoin la dédicace que, comme un dernier adieu, il leur a laissée en mourant. Il voulait leur instruction et leur bien-être; pour cela, il ne faisait pas seulement ouvrir des cours nouveaux et régulariser les cours anciens; il n'instituait pas seulement des dissections faciles, des examens sévères, des expériences à leur usage, il ne fondait pas seulement des musées à grands frais d'intelligence, de veilles et d'argent; mais il songeait encore aux plus petits détails : à faciliter la fréquentation des bibliothèques; à chauffer et à assainir les amphithéâtres. Sollicitude vraiment paternelle qui prévoit tous les besoins, et qui va jusqu'à parer aux moindres maux! Cette sollicitude, qui puise sa force et ses inspirations dans le cœur plus encore que dans l'esprit, est le lien caché qui anime et particularise chacun des actes d'Orfila. Ce lien, comme une trame sympathique, se retrouve dans les différentes fonctions qu'il a occupées parallèlement avec le décanat. A l'administration des hôpitaux, ce qui le préoccupe après le malade, c'est l'élève en médecine, c'est le médecin. Pour l'un, il rattache à l'École des cliniques jusqu'à lui séparées du centre de l'enseignement; pour l'autre, il coordonne, multiplie les services, rétablit les concours, assure et régularise la durée des fonctions. — Dans

La pensée ne me vint pas de faire analyser le produit de cette sécrétion, mais il n'y a pas, ce me semble, à le beaucoup regretter. La composition chimique de la sueur et de la salive offre si peu de différence, que l'analyse ne pouvait nous apporter aucune lumière. Dans les deux produits, en effet, on trouve de l'eau, un peu de matière animale, des hydrochlorates de potasse et de soude, et du lactate de soude. Quant aux acides acétique et phosphorique que contiendrait la sueur, au dire de quelques chimistes, et dont la présence, si elle était réelle, pourrait établir une différence entre ce fluide et la salive, on sait que Berzélius la nie formellement. Toutes les circonstances du fait prouvent surabondamment d'ailleurs que, chez M. L..., la sueur était supplémentaire de la sécrétion salivaire supprimée.

Dans deux circonstances, ai-je dit, cette sueur fut interrompue. La première fois, ce fut à l'occasion d'un refroidissement produit par un courant d'air glacé qui frappa M. L... à la face, et principalement sur le côté gauche. Des malaises que je n'ai pas observés, des douleurs dans le cou et la joue, de la perte d'appétit et un peu de fièvre, en furent les suites, mais ces symptômes ne durèrent que quelques jours, des applications chaudes, des fumigations sur la joue, rappelèrent promptement la sueur, et tous les accidents disparurent. La seconde suppression eut lieu pendant toute la durée, qui fut de trente jours, de la maladie à laquelle ce vieillard succomba. C'était une diarrhée, avec fièvre, que rien ne put arrêter. Bien que la diarrhée eût précédé la suppression de la sueur et qu'elle ne pût pas par conséquent être considérée comme l'effet, j'essayai de rappeler cette sécrétion. Tous les moyens échouèrent. Une ou deux fois les symptômes s'étant notablement améliorés, je voulus alimenter le malade avec de la panade, des œufs frais sans pain, la sueur ne se rétablit après aucun de ces petits repas. Est-ce parce que la mastication ne s'exerçait pas? Je le soupçonnai, et si le malade eût survécu, mon intention était de comparer les résultats de repas composés d'aliments liquides avec ceux de repas d'aliments solides.

TRANSSUDATION DE LA JOUE GAUCHE A LA SUITE D'UN ABCÈS.

Obs. V. — (Communiquée par M. le docteur Roboam.) — M. G......, premier clerc de notaire, est atteint, en mai 1833, d'une inflammation très-douloureuse, avec gonflement considérable dans la région parotidienne gauche; le troisième jour, elle disparaît comme par enchantement; vingt-quatre heures après, et sans cause appréciable, le testicule gauche devient très-douloureux, se gonfle, le crémaster se contracte spasmodiquement.

Trois jours se passent dans d'horribles souffrances. Au commencement du quatrième, tous les accidents disparaissent. Trente heures s'écoulent dans un état apparent de santé, puis des douleurs atroces et profondes, avec des efforts de vomissements, se manifestent dans la région épigastrique. Cinquante-cinq heures se passent dans un état des plus douloureux et des plus alarmants. Tout à coup les accidents se calment encore, et douze heures après, la parotide gauche se gonfle de nouveau et devient excessivement douloureuse, etc., etc. Un large vésicatoire est appliqué sur la partie malade.

Au bout de quelques jours, la fluctuation se fait sentir. Une petite incision est pratiquée à 4 lignes au-dessus de l'angle de la mâchoire, et au bout d'un mois, la guérison est complète.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir tout ce que ce fait offre de remarquable, on ne peut le lire sans penser à l'érysipèle ambulant si bien observé et si bien décrit par l'illustre Dupuytren. Mais le phénomène extraordinaire que nous voulons signaler et qui a succédé à l'inflammation du tissu parotidien gauche, c'est la rougeur circonscrite de cette région et son gonflement avec une transsudation aqueuse abondante, et toutes les fois que M. G... mange; et quand il mâche des aliments durs, ou qui excitent vivement son appétit, ces phénomènes sont encore plus marqués. Nous nous sommes assuré que de la salive sortait par l'orifice salivaire gauche, mais en moindre quantité, en apparence du moins, que du côté droit.

Il serait peut-être important pour la science de s'assurer que la transsudation qui se fait par la peau offre le caractère chimique de la salive.

TRANSSUDATION DE LA JOUE GAUCHE A LA SUITE D'UN ABCÈS; GUÉRISON APRÈS CINQ MOIS.

Obs. VI. — Le 22 juin 1822, je fus consulté par un homme de 30 ans, employé des droits réunis, sur un abcès qui occupait toute l'épaisseur de la joue gauche; il me parut avoir été produit par la carie de deux molaires de la mâchoire supérieure. Un petit abcès qui avait son siége sur les gencives de ces dents avait donné un peu de pus sans diminuer en rien la dureté ni le volume de la tumeur de la joue. Après l'usage de cataplasmes et de gargarismes émollients, j'obtins un peu de relâchement dans l'articulation des mâchoires. Je pus, à l'aide du doigt, sentir de la fluctuation, et j'ouvris cet abcès dans l'intérieur de la bouche. La joue était tellement distendue qu'il me fut facile d'éviter le canal de Sténon, dont l'ouverture se voyait béante au-dessus et en arrière de celle que j'avais pratiquée. Le malade guérit facilement, mais une quinzaine de jours après que je l'eus laissé comme guéri, il revint me voir et me montra que le mouvement des mâchoires déterminait chez lui ce qu'il appelait une sueur de la joue, et que je regardai comme une transsudation de salive à travers les pores de la peau, et qui était assez abondante, lorsque le mouvement des mâchoires se prolongeait, pour couler le long du col et mouiller sa cravate.

Je combattis cet accident par des cataplasmes astringents et par des gargarismes, mais je fus obligé d'en continuer l'usage pendant trois mois avant d'en obtenir quelque résultat. Cependant peu à peu cet écoulement diminua de quantité, et cinq mois après son apparition, il avait disparu complétement. Cet employé est resté à Beaune deux ans encore. Pendant tout ce temps, je l'ai vu sans qu'il se plaignît de cette transsudation. Depuis ce temps, je l'ai perdu de vue.

Je n'ai que peu de réflexions à ajouter à ces trois faits. Chez la malade qui est encore actuellement à la Salpêtrière, j'ai vu, comme dans l'observation de M. Roche, le suintement de la joue se suspendre pendant plus d'un mois, il était survenu un état profond de stupeur. Je ne saurais d'ailleurs affirmer que la suppression a précédé ou suivi l'aggravation des accidents cérébraux. La transsudation s'est rétablie aussitôt après la cessation de la stupeur.

Dans la troisième observation, la sueur de la face a été traitée par les cataplasmes astringents, et la guérison a eu lieu après cinq mois. Je rappellerai à cette occasion que Louis paraît avoir combattu un suintement à peu près semblable par des applications de colophane. Voici en effet ce qu'on lit dans le tome III des Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, p. 450 : « Quoique la plaie fût fermée, dit Louis, en parlant d'une fistule salivaire guérie, il sortit encore une espèce de rosée au travers de la cicatrice lorsque le malade mangeait. M. Contravoz remédia à ce léger accident. Il mit sur la cicatrice de la colophane en poudre, et par-dessus un emplâtre d'André de Lacroix. Enlevant cet emplâtre au bout de cinq ou six jours, il trouva la guérison parfaite. »

Le deuxième fait offre cela de particulier que la salive continuait à suinter, mais en moindre quantité par l'orifice du canal de Sténon. Mais si on réfléchit à l'afflux abondant de liquide qui se fait pendant la mastication, on comprendra facilement que le simple rétrécissement du canal peut aussi donner lieu au phénomène du suintement des faces. Cela arrivera surtout lorsque le conduit aura été momentanément oblitéré d'une manière complète, et que l'exsudation des joues en aura déjà été la conséquence.

Il résulte, des observations qui précèdent, que l'oblitération du conduit

---

les expertises judiciaires, il étend et anoblit l'intervention de la médecine. Avant lui, on interrogeait l'opinion du médecin : à l'opinion, Orfila substitue l'expérience; à la place du fait, il met la règle : et muni de cette double autorité, il ne dépose plus dans la cause, mais il dicte l'arrêt : « il paraît devant le »magistrat comme un magistrat, dit magnifiquement M. de Salvandy, devant le »jury comme un oracle, devant le coupable comme le destin. » Son exemple fait loi. Partout la toxicologie et la médecine légale voient leur sphère et leurs attributions s'agrandir, en même temps que le créateur de ces deux sciences fait rejaillir sur la profession entière le lustre de sa personne.

Le dernier mot de cette préoccupation passionnelle qui attache Orfila au médecin à tous les moments de sa carrière, se révèle avec éclat dans cette belle institution qu'il a créée au profit des infortunes médicales. L'Association des médecins de Paris, pour laquelle étaient toutes ses prédilections, qu'il a sauvegardée à travers tous les périls, dont il a assuré l'existence au milieu des conflits de la jurisprudence et de l'État, cette association qu'il a dotée comme une veuve chérie, qui était, à la fin de ses jours, son refuge et sa consolation, restera comme le couronnement de cette vie consacrée à l'amour du médecin et à la glorification de la profession.

Le professeur n'était qu'une partie du doyen. Le soin qu'Orfila mettait à assurer les premiers pas des élèves dans tous les sentiers de la médecine, il le montrait à les instruire. Son enseignement était comme son esprit : clair, positif, toujours riche et toujours attrayant. D'une exactitude et d'une conscience qu'on pourrait louer dans un autre, il a poussé ces qualités jusqu'au plus rare dévouement. Dans plusieurs des maladies qui avaient mis ses jours en danger, le dernier effort de sa santé vaincue, comme le premier acte de sa santé rétablie, a été pour sa chaire et ses élèves. Amour et sympathie bien réciproques! On ne l'a pas vu seulement à son dernier jour, quand la foule attristée encombrait toutes les avenues, on l'a mieux vu encore de son vivant, lorsque cette jeunesse sympathique venait, à la face d'un pouvoir irréfléchi, protester contre l'ostracisme qui l'avait si injustement dépossédé. Qui ne se rappelle la puissance magique avec laquelle sa parole conjurait l'orage? Qui n'a vu le prestige avec lequel il apaisait le flot montant jusqu'à lui? Cette puissance, ce prestige, il les devait à son cœur. Un courant mystérieux s'établissait entre ses élèves et lui; et par ce fil conducteur, d'âme à âme, sa pensée et sa volonté devenaient la pensée et la volonté de ses élèves. On lui a fait un mérite d'avoir, par cette voie mystérieuse, tempéré dans les jeunes âmes le trop ardent amour de la liberté. Nous qui avons aussi apprécié sa sagesse et sa modération, nous lui rendrons une autre justice : c'est d'avoir toujours cherché à protéger l'arche sainte qui lui était confiée contre le souffle des passions politiques, de quelque côté qu'il vînt. C'est pour cela que sa chute a été une faute et une iniquité.

Dans cette série d'actes si noblement homogènes, si étroitement reliés par un même sentiment et une même pensée, les découvertes du savant ne forment ni un hors-d'œuvre ni un contraste. Le doyen avait continué et généralisé le professeur, le professeur a fait le savant. C'est pour son enseignement, c'est-à-dire pour ses élèves, qu'Orfila cherchait des combinaisons et ouvrait des voies nouvelles. Son laboratoire était au service de son amphithéâtre; et si l'étincelle de vérité qui jaillissait de ses expériences prenait tout à coup les proportions qui illuminaient la science entière, on pouvait toujours reconnaître le

de Sténon succède tantôt à une solution de continuité de ce conduit, tantôt à une sorte d'inflammation adhésive de ses parois dans les cas de parotidites ou même de simples abcès du tissu cellulaire des joues.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ESSAI SUR L'EMPLOI DES INJECTIONS IODÉES DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSSENTERIE CHRONIQUE (mémoire présenté à l'Académie de médecine, le 20 juillet 1852); par M. le docteur DELIOUX, médecin en chef de la marine à Cherbourg, professeur aux Écoles de médecine navales, etc.

La dyssenterie a pour caractère anatomique incontestable une inflammation de la membrane muqueuse du gros intestin. Dans les formes graves et surtout sous l'influence des endémies et des épidémies qui sévissent dans les pays chauds, on peut invoquer en outre des lésions spéciales du sang et du système nerveux qui rallient plus ou moins la dyssenterie aux maladies typhoïdes, dans l'état aigu ; mais dans l'état chronique, la plupart du temps la lésion se localise si bien dans une portion limitée de l'appareil digestif que des indications thérapeutiques toutes nouvelles doivent en surgir. Alors la membrane muqueuse cæco-colique est rouge livide, boursouflée, ou même frappée d'une véritable hypertrophie qui envahit également la tunique musculeuse et le tissu cellulaire interposé. La surface interne de l'intestin est parsemée d'ulcères taillés à pic, souvent recouverts d'une exsudation pseudo-membraneuse ou de plaques gangréneuses; entre les tuniques intestinales sont très-souvent répandus de petits abcès multiples, remplis d'un pus phlegmoneux; enfin les ganglions mésentériques sont engorgés, volumineux et souvent aussi infiltrés de pus.

Ce sont ces *lésions organiques*, apanage ordinaire de la dyssenterie chronique, qui en constituent la gravité. Autour d'elles on trouve, même dans la cavité abdominale, les viscères importants de l'économie dans un état parfait d'intégrité; ainsi les poumons, le cœur, le cerveau et les nerfs céphalo-rachidiens sont sains ; il en est de même de l'estomac et de la majeure partie de l'intestin grêle; le foie lui-même, quand l'hépatite n'a pas compliqué la dyssenterie à son début ou dans son cours, n'offre le plus souvent aucune altération de dimension ou de texture ; aussi les facultés intellectuelles restent intactes chez le dyssentérique jusqu'à la dernière heure, et il traverse une longue période d'hectisme et de marasme avant de s'éteindre épuisé par les déperditions incessantes qui s'opèrent à la surface du gros intestin. Et ce qui contribue encore à soutenir son existence, malgré l'atteinte portée à l'action nutritive par les lésions profondes du cœcum et du colon, c'est que la nutrition peut s'effectuer et s'effectue réellement encore dans la partie la plus importante de l'appareil digestif. Il est impossible de ne pas avoir égard à cette délimitation providentielle imposée à la lésion morbide sur la longueur du canal gastro-intestinal, et il en découle deux conséquences d'un haut intérêt.

1° *La possibilité de nourrir le dyssentérique, en lui prescrivant les aliments que doit élaborer la digestion stomacale.*

Ces aliments sont les substances protéiques, telles que les pâtes riches en gluten, le poisson, les viandes et les bouillons dégraissés, les œufs dans une certaine mesure, à cause de leurs éléments gras, à l'exclusion des laitages, des préparations féculentes et sucrées, dont la digestion s'opérerait dans la portion intestinale du tube digestif, à proximité ou sur le théâtre même de la lésion morbide, ce qui aggraverait celle-ci, tout en laissant l'assimilation nutritive défectueuse et incomplète. Ce conseil, basé sur les inductions physiologiques les plus légitimes, rectifiera peut être les idées de ceux qui pensent offrir aux dyssentériques le régime qui leur convient en leur prescrivant, sous le faux titre d'aliments doux, légers, dépuratifs, rafraîchissants, etc., les potages maigres, les bouillies, les mets lactés et sucrés, qui, dans l'espèce, sont précisément les aliments les plus lourds, les plus irritants, les moins digestibles. On a beaucoup vanté le traitement albumineux dans la dyssenterie, et je suis loin d'en nier les bons effets, car je les ai fréquemment constatés; mais ce traitement se dédouble dans l'organisme en deux modes d'action très-différents, et l'on ne paraît point avoir songé à cette distinction ; injectées par la voie rectale, les solutions albumineuses agissent jusqu'à la valvule de Bauhin, comme topiques émollients, et comme tels ils peuvent modérer, modifier l'état inflammatoire local ; mais administrées par la bouche, elles n'ont et elles ne peuvent avoir qu'un pouvoir nutritif, car l'albumine est digérée, absorbée dans l'estomac, et il serait contraire aux notions les plus élémentaires de la physiologie d'admettre que l'eau albumineuse franchit le pylore pour aller modifier topiquement quelque point que ce soit de la surface intestinale. Ce n'est donc plus comme émollient, comme délayant, comme antiphlogistique, qu'agira l'albumine ingérée dans l'estomac, mais, au contraire, comme tonique analeptique, et mieux encore comme aliment ; et cet aliment protéique, si parfaitement assimilable, fait précisément l'opposé des saignées dont on a tant abusé dans la dyssenterie à tous les degrés, en soutenant l'organisme contre la dépression produite par l'excès des déjections alvines. Les individus atteints de dyssenterie chronique ont en général de l'appétit; sans doute il ne faut les laisser satisfaire à cette sensation qu'avec réserve; mais il ne faut pas non plus, en les tourmentant par la prescription d'une diète excessive, augmenter leur faiblesse et rendre chez eux le besoin de manger si impérieux qu'on les pousse à rechercher à tout prix des vivres dont l'abus et la mauvaise qualité deviennent si fréquemment l'occasion d'indigestions mortelles; je crois donc qu'en les alimentant par l'estomac on remplira la double indication d'entretenir leurs forces et d'éviter un surcroît de travail congestif du côté du gros intestin.

2° *La possibilité de modifier topiquement les lésions organiques du gros intestin en projetant à sa surface, par des injections rectales, divers liquides médicamenteux.*

Nous nous empressons de reconnaître la haute utilité des modificateurs généraux qui n'agissent que médiatement sur les lésions en question, en passant au préalable par les voies absorbantes, qui, par une action altérante inconnue dans sa nature, mais empiriquement bien constatée, changent les conditions morbides des humeurs et des solides. et au premier rang nous envisageons comme tels l'ipécacuanha, les préparations mercurielles, les préparations opiacées; si la dyssenterie aiguë cède mieux à l'emploi de ces médicaments que la dyssenterie chronique, dans celle ci, ils ont encore un degré d'efficacité qui les rend fort recommandables.

Mais lorsque toutes les sympathies éveillées par l'état aigu se sont apaisées, lorsque tous les symptômes ne paraissent dépendre que de la persis-

---

foyer d'où elle était partie : il avait éclairé le monde en instruisant son auditoire. C'est pour cela sans doute que l'aristocratie de certain lieu s'est toujours refusée à donner droit de cité aux découvertes plébéiennes d'Orfila : elles portaient le cachet de leur origine.

De toutes les qualités d'Orfila, il n'en est pas qui l'ait autant servi que son activité. L'homme supérieur pense d'ordinaire beaucoup plus qu'il n'agit. Mais lorsque, comme chez Orfila, l'action suit l'idée, quand elle y est adéquate, elle ajoute au mérite de l'esprit le mérite plus réel et plus utile de l'œuvre. Cependant celui qui marche toujours voit difficilement le chemin qu'il a parcouru. Orfila ne s'arrêtait jamais: ce qui fait que ses œuvres, d'une ordonnance admirable, d'un tissu merveilleux, d'une perfection presque irréprochable, sont des produits d'un instinct supérieur bien plus que les fruits d'une conception réfléchie: chez lui, le sens philosophique était superflu ; mais, en vertu d'un privilége qui n'appartient qu'à lui, ces produits n'en sont pas moins d'un ordre supérieur. Il ne faut pour le montrer que rappeler deux mémorables exemples: ses recherches toxicologiques et son Musée. Par les premières, il a révolutionné la science et l'art ; par le second, il a changé les assises de l'enseignement. Citer ces deux grandes choses, c'est résumer une dernière fois cette belle intelligence et ce grand caractère.

La révolution opérée par Orfila, dans la toxicologie, a la portée de ces découvertes générales, positives, que l'on peut faire toucher du doigt. Avant lui les poisons n'étaient recherchés que dans l'estomac et les intestins, à la surface des organes, parce que la science ne supposait pas qu'ils allassent au delà. Orfila montre que l'absorption les porte et les répand jusque dans les dernières molécules de l'organisme. Il détermine les lois de leur parcours, de leur distribution, de leur migration ; et finalement il enregistre les merveilleux procédés à l'aide desquels on les extrait des replis les plus cachés. Admirable conception scientifique, qui se résout immédiatement dans une application pratique non moins admirable ! Jusqu'à lui, on induisait les présomptions du crime ; lui, il a dégagé le crime même des profondeurs de l'organisme; et par lui plus de coupables qui échappent, plus d'innocents qui succombent. Et cette magnifique découverte, née dans le laboratoire de l'école, inspirée par le besoin de former la génération médicale nouvelle à la précision de l'expérience, à la sévérité des démonstrations, brille maintenant, comme une émanation de son génie dans le sanctuaire de la justice.

Même série de sentimens et d'idées, et nous ajouterons, même généralité de résultats dans la création du Musée d'anatomie comparée. Orfila est à Londres : il voit l'œuvre du génie et de la persévérance de Hunter. D'un coup d'œil il en mesure les proportions, il en comprend la portée. Surtout, à l'idée de doter sa patrie d'un pareil monument, il s'enivre d'avance du grand bienfait dont il va enrichir l'enseignement médical de France, c'est-à-dire ses chers élèves. En moins de trois mois, cette création, qu'on peut opposer, pour la richesse, l'ordonnance, l'entente supérieure, le fini de l'exécution, à ce qu'il y a de mieux en Europe, sort, comme une autre Minerve, de sa pensée vivifiante. Et voyez pourtant comment cette œuvre, si supérieure dans son idée, si pleine de magnificence dans son exécution, si précise et si claire dans ses détails, si vaste et si élevée dans son ensemble, a été conçue, exécutée et généralisée. C'est une étincelle qui semble être tombée d'en haut sur sa tête ardente. Elle l'illumine comme un prophète, il va droit au but avec la confiance, non de la froide

tance des lésions profondes du gros intestin, le thérapeutiste est disposé à tenter tous les moyens de modifier localement ces lésions qu'il peut atteindre directement, en poussant jusqu'à elles par la voie du rectum des médicaments dont l'expérience a vérifié la puissance de l'action topique, tout en laissant à ces médicaments la chance de modifier dynamiquement l'économie entière par suite de l'absorption intestinale. C'est dans ce double but que l'on met en usage les lavements albumineux, amylacés, émollients, de toute sorte, les lavements opiacés, ceux à l'azotate d'argent, à l'acétate de plomb, aux substances tannifères.

Quelque variées que soient les médications instituées contre la dyssenterie chronique, elles échouent trop souvent contre cette redoutable maladie pour qu'il n'y ait pas un certain intérêt à en poursuivre la guérison par de nouvelles expériences. Je viens de me livrer, en conséquence, à l'essai d'un médicament qui, à ma connaissance, n'a pas encore été employé contre la dyssenterie : c'est la teinture d'iode. Je me suis demandé s'il ne serait pas possible de modifier heureusement et peut-être de résoudre complétement les lésions intestinales de la dyssenterie chronique par l'emploi de lavements contenant une assez forte dose de solution alcoolique d'iode maintenue soluble dans un véhicule aqueux par l'addition d'une petite quantité d'iodure de potassium. Au premier abord, cet essai paraît aventureux, et je ne dissimule point qu'il y a eu de la hardiesse à le tenter ; en effet, les solutions d'iode sont extrêmement irritantes, et il était grave de les introduire dans la cavité d'un organe irritable et, de plus, actuellement enflammé ; néanmoins, depuis quelques années, tant de faits ont déposé en faveur de l'innocuité des injections iodées, que je m'en suis autorisé pour les étendre au traitement des lésions de la portion inférieure du tube digestif, d'autant mieux que ces injections ont été portées sur des surfaces qui, telles que le péritoine, sont bien autrement inflammables que la muqueuse intestinale. Pour assurer la moralité de l'expérience, j'ai tâté la susceptibilité du gros intestin à l'égard de la teinture d'iode, et progressivement je suis arrivé à la détermination des doses que j'indiquerai plus bas, sans aggraver la maladie et sans faire encourir aux malades l'apparence d'un danger.

En instituant ce mode de médicamentation, je me suis proposé d'opérer à la surface des ulcères, des abcès, des engorgements œdémateux et hypertrophiques du cœcum et du colon, un effet analogue à celui que l'on produit en usant du même moyen sur les surfaces découvertes affectées d'ulcères, de foyers purulents, d'engorgements irrésolubles, c'est-à-dire de forcer la cicatrisation des uns et la résorption des autres par un agent qui, soit par irritation substitutive, soit par tout autre procédé intime, mais inexpliqué, révèle, en définitive et journellement, dans la pratique chirurgicale, ses propriétés incarnatives, fondantes et résolutives.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. LONDON JOURNAL OF MEDICNE.

Les numéros d'avril à septembre 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Corps étrangers dans le globe de l'œil;* par M. Wh. Cooper. 2° *Remarques pratiques sur les saignées générales ;* par M. Hunter Semple. 3° *Cause et prophylaxie de la mort par le chloroforme ;* par M. Snow. 4° *Des rapports qui existent entre l'utérus et les troubles constitutionnels ;* par M. Mackensie. 5° *États morbides des reins qui donnent lieu à l'albuminurie;* par M. Handfield. 6° *Excroissances vasculaires des parties les plus exposées des membranes muqueuses et de certaines autres parties du corps ;* par M. Normand. 7° *Usage du thymus ;* par M. Wright. 8° *De la phlébite des nouveau-nés survenue à la suite de l'inflammation de la veine ombilicale ;* par M. Herepath. 9° *Suppression de la fièvre typhoïde par le cinchonisme;* par M. Dundas. 10° *De la pyélite ;* par M. Coulson. 11° *Nature des aliments ; remarques sur la variété de ceux qu'on doit fournir à une armée ou sur un vaisseau;* par M. Routh. 12° *Recherches sur le mode de procéder des agents thérapeutiques ;* par M. Powell. 13° *De l'inflammation du vagin ;* par M. Beck. 14° *Maladie de l'oreille interne s'étendant au cerveau ;* par M. Toynbee. 15° *Nature et traitement du cancer ;* par M. Ure. 16° *Kystes de l'intérieur de l'œil ;* par M. Cooper. 17° *Anévrisme de l'artère iliaque externe ; ligature de l'artère iliaque primitive : mort le quinzième jour ;* par M. Jones. 18° *Suppuration des os ; infiltration purulente de l'os* (second article) ; par M. Lee.

DES CORPS ÉTRANGERS DANS LE GLOBE DE L'ŒIL; par M. WHITE COOPER.

Il semble au premier abord que l'incision de l'œil et l'introduction d'une pince dans sa cavité doive aggraver l'inflammation dont il souffrait déjà par suite de la présence d'un corps étranger. Bien loin de là, cependant, l'opération pratiquée dans une semblable circonstance apporte, quelque irritante que soit sa manœuvre, un soulagement immédiat. L'observation suivante en offre un remarquable exemple.

OBS. — Thomas Trigg, âgé de 65 ans, de constitution affaiblie, fut reçu le 22 novembre 1851 à l'hôpital, dans le service de M. Wh. Cooper.

Six jours auparavant, pendant qu'il cassait des pierres sur une route, un éclat vint frapper violemment son œil droit, coupa la cornée et alla se loger derrière l'iris, entre cette membrane et le cristallin. Malgré un traitement actif, il y avait, lorsqu'on le vit, une inflammation aiguë de la conjonctive, de la sclérotique et de l'iris. Une vésicule sur le tiers inférieur de la cornée, près de la ligne médiane, marquait la situation de la blessure par laquelle le corps étranger avait pénétré. L'iris se projetait en avant, repoussé par un corps jaunâtre dont une portion était visible à travers la pupille quoiqu'elle fût contractée et un peu déformée. Il y avait un hypopion ; et quoique la lentille fût opaque et la vision entièrement abolie, l'action de la lumière était douloureuse. L'œil était le siége d'une souffrance qui ne laissait de repos au malade ni de jour ni de nuit. Cet état avait épuisé ses forces.

On appliqua d'abord quatre sangsues à la tempe droite. Le repos et l'obscurité unis à cette déplétion locale firent cesser l'inflammation aiguë, bien que la douleur névralgique continuât.

Décidé à faire l'opération, M. Cooper commença par chloroformiser le malade, puis, avec le couteau de Jaeger, il pratiqua une incision d'un sixième de pouce d'étendue au bord supérieur et externe de la cornée. Il introduisit alors de petites pièces recourbées de Charrière à travers la plaie, les porta jusque dans la pupille, et après une ou deux tentatives infructueuses, il finit par atteindre le corps étranger qui fut extrait enveloppé d'une lymphe plastique jaunâtre. On rapprocha alors les lèvres de l'incision cornéale ; on maintint les paupières juxta-posées par des agglutinatifs et recouvertes de linges mouillés d'eau froide. Le malade s'endormit ensuite paisiblement.

énumération de ses moyens, mais comme un général d'armée il court à la victoire avec le sentiment instinctif de ses forces. Voilà Orfila. Et avant que d'autres eussent mesuré, dans leurs supputations, toute la grandeur et la fécondité du résultat, cette grandeur et cette fécondité se révélaient d'elles-mêmes : c'était le mariage de l'anatomie et de la physiologie comparées avec la médecine ; c'était l'enseignement de l'École enrichi de toutes les richesses du Muséum ; c'était la science antique d'Hippocrate et de Galien agrandie de tout le domaine créé par le génie moderne des Vicq-d'Azyr, des Geoffroy-Saint-Hilaire et des Cuvier. N'est-ce pas avec raison que nous avons dit à une autre époque que ce chef-d'œuvre, Orfila l'avait fait à son image ? Et n'est-ce pas avec raison que, le premier, nous l'avons décoré du titre de : MUSÉE ORFILA (1), titre que la justice contemporaine a consacré, et que la postérité conservera, avec cette inscription si simple qui résume à la fois le cœur et la pensée du fondateur :

AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE!
J'AI FONDÉ CE MUSÉE, EN 1845, DANS L'INTÉRÊT DES ÉLÈVES
ET UNIQUEMENT POUR LEUR ÊTRE UTILE.

(1) GAZ. MÉD., année 1845, p. 693.

JULES GUÉRIN.

— M. John Pascal Grenfell, consul général, adresse au *Times* du 1er mars une lettre par laquelle il annonce que, dans sa haute sollicitude pour le bien-être des étrangers qui fréquentent le port de la capitale, S. M. l'empereur du Brésil a, par décret du 3 janvier de la présente année, fondé dans le voisinage de Rio-Janeiro un hôpital, sous le nom d'Hôpital maritime de Sainte-Isabelle, où tous les marins et autres personnes à bord des bâtiments qui peuvent arriver dans le port, atteints d'une contagion quelconque, ou soupçonnés d'en être atteints, seront reçus et traités avec le plus grand soin, et gratuitement, à moins qu'ils ne puissent et ne veuillent donner quelque chose à l'établissement.

— La réforme sanitaire, concernant les cimetières de Londres, tant demandée par M. Georges Walker, vient d'être proclamée à la chambre des communes par lord Palmerston. L'honorable secrétaire de la chambre s'est exprimé en ces termes : « Ainsi que M. Walker n'a cessé de le répéter depuis plusieurs années, les cimetières, dans l'intérieur de la ville de Londres, sont un foyer d'infection, une peste qui ne doit plus être tolérée. »

— M. le docteur A.-F. Talma vient, à l'occasion de la publication récente de ses MÉMOIRES SUR LA MÉDECINE DENTAIRE, d'être nommé membre correspondant de la Société de médecine de Bordeaux. En lui transmettant le diplôme, le bureau de la Compagnie, faisant allusion au célèbre tragédien, le félicite de ce que, dans une carrière si différente il soutient si dignement l'éclat d'un grand nom.

L'opération avait été pratiquée le 25. Le 26, le malade assura qu'il s'était trouvé infiniment mieux qu'il n'avait été depuis le jour de son accident. Les paupières étaient exemptes d'œdème et d'inflammation.

Le 30, on écarta les paupières. Pas d'inflammation; la cornée est transparente et sa blessure parfaitement réunie.

Le malade sortit le 4 décembre, l'œil en bon état et affranchi de toute douleur.

PRÉSERVATION DES CAUSES DE MORT QUI DÉPENDENT DU CHLOROFORME ; par M. J. SNOW.

La cause qui rend les effets du chloroforme mortels est le degré de concentration où sa vapeur existe dans l'air que le patient respire. Telle est l'explication, assurément fort peu compromettante, que M. Snow formule et appuie sur plusieurs expériences. Le moyen préservatif se trouve de lui-même ; on devra mélanger ou laisser pénétrer concurremment avec le fluide anesthésique une quantité suffisante d'air atmosphérique.

Quelques personnes, dit l'auteur, attribuent la mort survenue dans ces cas au manque de soins nécessaires pour choisir d'avance ceux qu'on soumet à l'inhalation. Mais l'expérience dément cette présomption : elle montre que le chloroforme mal administré peut faire succomber l'homme le mieux portant et le plus robuste ; tandis que, d'autre part, les gens faibles et malades le supportent sans inconvénient, s'il est donné avec les précautions convenables. Ce n'est néanmoins pas une raison pour négliger de tenir compte de la santé et de la constitution du sujet, lorsqu'on a à user du chloroforme sur un individu.

On a avancé, en second lieu, que le chloroforme est dangereux chez les sujets affectés d'une maladie de cœur. Mais, d'une part, on n'a constaté de signe d'affection du cœur prononcée sur aucun des malades ayant péri à la suite d'anesthésie artificielle ; de l'autre, M. Snow affirme avoir chloroformisé plusieurs fois sans accident des individus atteints de maladies de cet organe. Il exprime aussi cette opinion que, le pouls restant ordinairement à son type de fréquence ordinaire pendant l'action du chloroforme, cet agent peut, si l'on en porte trop haut l'inhalation, devenir un stimulant salutaire pour activer les contractions cardiaques.

Quant aux moyens à employer pour sauver les malades que le chloroforme a mis en danger, M. Snow remarque que les excitants ordinaires, l'ammoniaque, l'eau froide, les irritants mécaniques ne doivent avoir aucune puissance puisque le sujet, arrivé aux dernières limites de l'insensibilité, ne perçoit nécessairement plus l'impression tactile de ces causes extérieures. On peut cependant les mettre en usage, pourvu qu'ils ne fassent pas perdre un temps susceptible d'être consacré à des soins plus importants. Mais de tous ceux qu'ils paraissent avoir rappelés à la vie, il est bien probable que la plupart auraient repris spontanément connaissance.

Le remède le plus efficace en pareille circonstance est la respiration artificielle. Son effet, dit M. Snow, est presque immanquable, si l'on a pu la commencer une demi-minute après que la respiration naturelle a cessé. L'expérience suivante le lui a prouvé.

Un chat fut rendu insensible par l'inhalation de chloroforme. On fit alors une incision qui servit à fixer un tube dans sa trachée. Une vessie remplie d'air chargé de 4/100 de vapeur de chloroforme fut assujettie à ce tube, avec lequel un robinet servait à le mettre en communication à volonté. En faisant jouer à propos le robinet, le chat inspira et expira alternativement dans la vessie. On substituait toutes les trois ou quatre minutes à cette vessie une autre remplie d'air et de chloroforme dans la même proportion. La respiration s'affaiblit progressivement ; au bout de vingt minutes elle avait entièrement cessé. Les battements du cœur durèrent encore une demi-minute. On commença alors la respiration artificielle en assujettissant au tube de la trachée une vessie remplie d'air, sur laquelle on exerça une douce pression trente fois environ par minute. Le cœur recommença presque immédiatement à fonctionner avec une rapidité extrême, et au bout d'une minute le chat se remit à respirer de lui-même. On enleva la vessie, et dix minutes après il était hors d'atteinte des effets du chloroforme. On le soumit alors de nouveau à l'inhalation d'un air contenant 10/100 de chloroforme. La respiration et la circulation cardiaque s'affectèrent rapidement, devenant tantôt précipitées, tantôt excessivement faibles. Lorsque l'animal eut cessé de respirer depuis une demi-minute, on rétablit comme la première fois la respiration artificielle : en une ou deux minutes il put respirer spontanément. Très-peu de temps après, et sans attendre qu'il eût recouvré la connaissance et le mouvement volontaires, on recommença l'inhalation d'air contenant 10/100 de chloroforme. La respiration se supprima en six minutes. Les bruits du cœur devinrent difficilement perceptibles un peu avant que la respiration ne cessât ; et quand elle eut été arrêtée, aucun bruit cardiaque ne put plus être entendu. La respiration artificielle fut immédiatement instituée, et dans l'espace d'une demi-minute les mouvements du cœur recommencèrent. La respiration naturelle ne revint qu'un peu plus tard ; mais, en deux ou trois minutes, l'animal était entièrement remis des effets du chloroforme.

M. Snow pense que le chat aurait pu se rétablir spontanément, la première fois, de l'action du chloroforme, mais que dans la seconde et surtout dans la troisième expérience, la guérison a été complétement due à la respiration artificielle. Du reste, il avoue que le succès de cette manœuvre tint à la promptitude avec laquelle on put la mettre en usage ; il est donc extrêmement probable que, sur l'homme, le temps qu'on perdrait à organiser les moyens artificiels de respiration, empêcherait souvent d'en tirer un aussi bon parti.

MALADIE DE L'OREILLE INTERNE, SE PROPAGEANT PAR LE NERF AUDITIF A LA MOELLE ALLONGÉE ET A LA BASE DU CERVEAU ; par M. TOYNBEE.

De nombreuses observations ont été publiées pour démontrer que les maladies de l'oreille donnent souvent lieu aux affections du cerveau ou de ses membranes. M. Toynbee a déjà signalé, antérieurement, les trois voies par lesquelles la maladie peut s'étendre de l'oreille au cerveau : ainsi, elle progresse :

1° Des méats externes et des cellules mastoïdiennes aux sinus latéraux et au cervelet ;

2° De la cavité du tympan au cerveau ;

3° Du labyrinthe à la moelle allongée et au cerveau.

Il annonce ne devoir s'occuper ici que des cas relatifs à cette dernière catégorie.

Il est très-rare de voir la maladie débuter par le labyrinthe ; le plus souvent elle est communiquée à cette cavité par le tympan. Une des affections les plus communes de l'oreille, c'est l'inflammation catarrhale de la membrane muqueuse du tympan, qu'on a désignée jusqu'à présent sous le nom d'otorrhée ; l'ulcération en est rarement la suite, aussi est-il très-rare de trouver les attaches de l'étrier à la fenêtre ovale détruites et cet os expulsé de l'oreille. Ce dernier résultat se présente cependant quelquefois, comme le prouvent les observations précises qu'il a jointes à ce travail. L'étrier étant une fois expulsé, il existe alors une communication entre la cavité du tympan et celle du vestibule, et l'affection tympanique peut s'étendre à l'intérieur. Dans ce cas, la suppuration détruit la membrane du labyrinthe, gagne le nerf auditif, dont la substance peut être ou entièrement détruite ou simplement enflammée et indurée. Quel que soit celui de ces deux états qui se présente, l'inflammation du labyrinthe se propage à la base du cerveau, et il en résulte les plus graves lésions. Ainsi, le pus s'épanche entre l'arachnoïde et la pie-mère, sur toute la surface de la base du cerveau et entoure les nerfs dans leur trajet crânien ; le pont de varole, la moelle allongée peuvent être détruits par la suppuration, ou il se forme des abcès entre l'arachnoïde et la pie-mère. Dans quelques cas, la maladie envahit la moelle épinière dans une grande partie de son étendue.

La fenêtre ovale, restée ouverte par l'issue de l'étrier, n'est cependant pas le seul endroit par lequel la maladie puisse se communiquer du tympan au labyrinthe.

En examinant la paroi interne du tympan, on remarque que la partie externe des canaux semi-circulaires s'avance dans l'intérieur de la cavité du tympan, où elle forme une protubérance légère tapissée par une membrane muqueuse. Dans quelques cas d'ulcération de la muqueuse du tympan, cette petite portion de l'os est parfois affectée. Dans une des observations qui appartiennent à M. Toynbee, on distingue la carie occupant les bords d'un petit pertuis situé dans cette région. Bien qu'il ait à peine le volume de la tête d'une épingle, il est suffisant pour permettre à la maladie de s'étendre au labyrinthe, et de là au nerf auditif et à la base du cerveau.

Il importe de savoir que les symptômes effrayants et promptement mortels qui accompagnent ces affections n'ont le plus souvent pour prodrome qu'un écoulement par l'oreille.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE ; LIGATURE DE L'ILIAQUE PRIMITIVE ; MORT LE QUINZIÈME JOUR ; par M. ELLIS JONES.

OBS. — Morris Power, âgé de 34 ans, d'une constitution débile, entre à l'hôpital du Nord le 12 décembre 1851. Cet homme, employé à décharger les bâtiments de charbon, sentit, il y a environ quatre mois, en traînant un chariot plein de charbon, quelque chose céder dans le pli de l'aine ; et plusieurs jours après, il éprouva une légère douleur dans cette région, ce qui ne l'empêcha pas de continuer son travail.

Le malade raconte que c'est seulement depuis un mois qu'il s'est aperçu de la présence en ce point d'une tumeur, dont le volume et les pulsations ont attiré son attention. Elle est arrondie, assez volumineuse et située au-dessus du ligament de Poupart. La tumeur communique à la main une impulsion très-forte, et la compression de l'aorte y fait cesser les battements.

La compression, au moyen du tourniquet, qu'on essaya pendant quelques jours, ayant amené la mortification et l'ulcération des téguments, M. Jones se décida à pratiquer la ligature de l'artère primitive. La tumeur anévrismale avait

beaucoup augmenté; elle occupait alors toute la fosse iliaque droite, repoussant en bas le ligament de Poupart et s'élevant en haut et en dedans à un pouce et demi du nombril. Son diamètre vertical est de 7 pouces, d'un côté à l'autre on mesure 5 pouces et demi, et à le forme au-dessus de l'abdomen une saillie de 3 pouces.

Le malade est soumis aux inhalations de chloroforme. Après avoir incisé les téguments et décollé le péritoine, l'opérateur porta de dedans en dehors, au moyen de l'aiguille de Trant (de Dublin), une ligature sur le vaisseau. Les battements de l'artère cessèrent immédiatement dans la tumeur.

Le soir, le malade se trouve bien, le pouls est à 90. La tumeur s'est aplatie; ou n'y sent plus de pulsations; la température de la jambe est normale.

Quelques jours après, une inflammation érysipélateuse se déclare sur les bords de la plaie; l'abdomen météorisé, fluctuation légère dans la tumeur, écoulement d'une sérosité purulente et sanieuse. Les symptômes inflammatoires augmentent, et le malade succombe le quinzième jour.

La nécropsie justifia pleinement le diagnostic; la tumeur anévrismale est placée sur l'artère iliaque externe, la ligature est située à un pouce et demi au-dessous de la bifurcation de l'aorte. La tumeur est volumineuse, occupe toute la fosse iliaque; la gangrène a détruit ses parois en grande partie et commence a gagner les tissus environnants. Dépôt d'une matière purulente, grumeleuse, semblable à celle qui s'est écoulée pendant la vie. Les intestins sont parfaitement sains et ne présentent aucune trace de péritonite.

L'enchaînement et la nature des symptômes qui ont précédé la mort sont, dans cette observation, mentionnés d'une façon tellement sommaire qu'on ne peut guère décider s'il s'agit ici d'une péritonite consécutive aux manœuvres opératoires, ou d'une gangrène causée par la suppression de la circulation. En l'absence de données suffisantes pour élucider ces différents points, nous avons dû nous borner à citer ce fait comme un exemple de plus à ajouter à ceux qui prouvent le danger des ligatures, même le mieux indiquées, quand elles sont pratiquées sur des vaisseaux de cette importance.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

NOUVELLE MÉTHODE D'ANALYSE POUR LA RECHERCHE DES POISONS ORGANIQUES.

M. FLANDIN lit sous ce titre le résumé d'un mémoire qu'il termine par les conclusions suivantes :

Des recherches et expériences relatées dans ce mémoire, il résulte :

1° Qu'il n'est pas impossible de retrouver les principes immédiats organiques toxiques dans les cas d'empoisonnements criminels;

2° Que ces principes peuvent être retrouvés soit sur les points avec lesquels ils ont été mis en contact, soit dans les organes où ils ont été portés par l'absorption;

3° Qu'une putréfaction même avancée des matières animales auxquelles ils ont été mêlés n'en entraîne pas infailliblement la destruction ou la décomposition.

Ainsi, les poisons organiques, de même que les poisons inorganiques, sont des matières assimilables; ils pénètrent dans l'organisme par absorption; ils agissent sur l'économie par *action de présence*, et se retrouvent par conséquent dans les organes de la victime après la mort.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur adresse :

1° Un rapport de M. le docteur Closmadeuc, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Vannes (Morbihan), sur une épidémie dyssentérique qui a régné dans la commune d'Allaire, pendant l'année 1852;

2° Un rapport de M. le docteur Rue, médecin à Châteauroux (Indre), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette ville, pendant les derniers mois de 1852, jusqu'au 24 février de cette année;

3° Deux rapports, l'un de M. le docteur Chalette, médecin des épidémies de l'arrondissement de Châlons, sur une épidémie dyssentérique qui a régné à Marson (Marne); le second, de M. le docteur Foucault, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Épernay, sur une épidémie d'angine gangréneuse qui a régné à Champvoisy, même département;

4° Un échantillon, avec demande d'analyse d'une eau minérale puisée à la source de Siradan.

Le ministre de la guerre appelle l'attention de l'Académie sur un mémoire qui lui a été envoyé par M. le docteur Olive, ex-chirurgien de l'armée d'Espagne, demeurant à Alger.

— M. FLANDIN adresse un mémoire sur une nouvelle méthode d'analyse pour la recherche des poisons organiques. (Comm. : MM. Adelon, Burdin, Chevallier.) (Voir l'Acad. des sc.)

— M. C. VIARD, médecin à Montbard (Côte-d'Or) adresse une note sur un cas de plaie de tête par arme à feu (coup de pistolet à la région temporale droite), guérie sans extraction de la balle. (Comm. : MM. Langier, Larrey et Cerdy.)

Le même médecin envoie une note sur l'extirpation du premier métacarpien pour un cas de carie scrofuleuse des os métacarpiens de la main droite. (Même commiss.)

— M. DELABARRE fils adresse un mémoire sur l'éthérisation. (Commissaires : MM. Velpeau, Malgaigne, Adelon.)

— M. ROGÉ, pharmacien, adresse un flacon de collodion préparé pour l'usage médical avec la térébenthine et l'huile de ricin.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que, conformément à la décision qu'elle a prise dans la dernière séance, par acclamation, sur la proposition de M. Roux, les membres du conseil d'administration se sont rendus en son nom auprès de madame Orfila, pour lui exprimer la part qu'a prise la compagnie au malheur qui vient de frapper sa famille.

Madame Orfila a été très-sensible à ce témoignage de la part de l'Académie et elle en a remercié les membres du conseil, en les priant de transmettre ses remercîments à l'Académie.

— M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que, conformément à une décision prise dans une des précédentes séances, le conseil d'administration a arrêté ainsi qu'il suit la composition de la commission chargée de la révision de quelques-uns des articles du règlement :

MM. Baillarger, Ferrus, Bégin, Bousquet, Malgaigne, Gaultier de Claubry, Cazeaux, Adelon, Renault, Guéneau de Mussy, Bouiron.

MM. le président et le secrétaire perpétuel se joindront à la commission.

L'Académie adopte.

— M. ROBINET lit, au nom de la commission des remèdes secrets, plusieurs rapports sur des demandes d'application des décrets relatifs aux remèdes.

Les conclusions négatives sont approuvées sans discussion.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport dont M. Depaul a donné lecture dans une des précédentes séances.

Nous reproduisons un extrait de ce rapport.

DIX ANS DE PRATIQUE D'ACCOUCHEMENT DANS LE DÉPARTEMENT DE LA CREUSE. — SEIGLE ERGOTÉ. — RUPTURE DE LA MATRICE. — SYMPHYSÉOTOMIE. — OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE DANS LES CONDITIONS LES PLUS INSOLITES.

M. DEPAUL lit, en son nom et au nom de M. P. Dubois, un rapport sur un mémoire de M. Maslieurat-Lagémard, intitulé : DIX ANS DE PRATIQUE D'ACCOUCHEMENT DANS LE DÉPARTEMENT DE LA CREUSE.

Le mémoire de M. Maslieurat, dit M. Depaul, se compose d'une série de mémoires qui tous ont trait aux questions les plus importantes de la pratique obstétricale.

L'auteur débute par quelques considérations sur ce que l'exercice de notre profession présente de particulier dans les campagnes du département où il exerce. Ce qu'il dit pour le département de la Creuse a déjà été plus d'une fois remarqué pour beaucoup d'autres localités, où, malgré les conditions les plus défavorables, on voit les opérations les plus graves réussir avec une merveilleuse et presque constante facilité. Misère, préjugés, inobservation de la plupart des règles de l'hygiène, intervention souvent tardive de l'art, tout semble se réunir pour diminuer les succès qui sont cependant presque constants et dans tous les cas beaucoup plus nombreux que dans nos grands centres de population. A quoi tiennent ces différences? D'après M. Maslieurat, elles ne peuvent s'expliquer que par l'isolement et par la pureté de l'air au milieu duquel vivent les habitants des campagnes. Quoique cette remarque n'ait pas le mérite de la nouveauté, elle me paraît d'une vérité incontestable, et demande à être prise en sérieuse considération par les hommes qui ont pour mission de donner à l'assistance publique une direction aussi utile que possible dans l'intérêt de la conservation de nos semblables.

L'auteur, réunissant entre eux les faits de même nature, et ceux qui, ayant exigé son intervention, se sont prêtés aux mêmes procédés opératoires, les a divisés en neuf séries distinctes :

La première comprend six faits qui ont été présentés d'une manière collective et succincte. Ils se rapportent tous à des femmes près desquelles son intervention avait été réclamée en raison de la longueur insolite du travail. Après s'être assuré que cette prolongation n'avait en rien compromis la santé des mères ou la vie des enfants, notre confrère jugea qu'il ne fallait pas encore désespérer des ressources de la nature. Ses prévisions ne furent point trompées, et il fut témoin d'une prochaine et heureuse délivrance. Un seul cas cependant offrit une particularité qu'il est bon de signaler. La tête, en descendant, entraîna au dehors de la vulve le col de la matrice et une partie de son corps. Mais il suffit de soutenir cette procidence avec la main pendant les derniers efforts, pour que tout se fasse sans accidents.

Les faits de la deuxième série sont au nombre de cinq. Ils se rapportent tous à des accouchements qui se terminèrent spontanément et heureusement après avoir exigé la rupture artificielle des membranes. Quatre de ces femmes étaient primipares, la cinquième était multipare. Chez toutes, la dilatation était complète et les contractions utérines presque anéanties. Le travail durait depuis trente heures chez l'une, depuis trente-six heures chez une seconde, et depuis quarante-huit heures chez les trois autres. Dans tous les cas, il s'agissait d'une présentation du sommet. Ce résumé succinct des points principaux qui carac-

térisent ces observations suffit pour justifier pleinement la conduite de notre confrère et pour montrer que, dans ces diverses circonstances, il a su encore agir en se conformant aux saines doctrines.

La troisième série est consacrée aux cas dans lesquels l'auteur a cru devoir recourir à l'administration de l'ergot de seigle. Les six premiers sont relatifs à des femmes primipares, et j'insiste à dessein sur cette particularité. Les membranes étaient rompues depuis assez longtemps et le travail commencé depuis trente-six ou quarante-huit heures. Dans tous, les contractions utérines avaient sensiblement diminué ou même presque entièrement cessé. Que fallait-il faire? M. Maslieurat se décide pour le seigle ergoté; 1 gramme est donné en deux doses à chacune des femmes, et une terminaison heureuse est obtenue chaque fois; la contractilité de l'utérus se réveille, et en quelques heures toutes accouchent spontanément d'enfants vivants. Certes, un pareil résultat semble bien propre à justifier la conduite de notre confrère; je dois déclarer cependant que telle n'est pas ma manière de voir, et en cela je suis d'accord avec notre confrère lui-même, qui a vu, après une malheureuse expérience, ses premières impressions se modifier.

Voici, en effet, le résumé de la septième observation qui termine cette troisième série; quoiqu'elle constate un bien triste résultat, on ne saurait trop louer M. Maslieurat de la franchise avec laquelle il s'est empressé de vous la communiquer. Sa conduite en cette circonstance montre une fois de plus que les revers ne sont pas moins féconds en enseignements utiles que les succès les plus éclatants.

Une femme âgée de 30 ans, bien conformée, mais d'une constitution délicate et habituellement souffrante, avait déjà en une première grossesse qui n'avait offert rien de particulier ni dans sa marche ni dans sa terminaison. Elle était au terme d'une seconde grossesse qui avait été aussi naturelle que la première, lorsque notre confrère fut appelé près d'elle; le travail était commencé depuis quarante-huit heures, et les membranes déjà rompues depuis longtemps. Les douleurs, qui avaient été rares et faibles depuis le début, avaient entièrement cessé depuis dix à douze heures; la dilatation était complète, la tête se présentait et était déjà en partie engagée dans le détroit supérieur. Les conditions parurent favorables, et il fut administré deux doses de seigle ergoté de 50 centig. chacune.

Il était alors onze heures du matin; les contractions ne tardèrent pas à se ranimer, et notre confrère, forcé de s'absenter, recommanda qu'on vint le prévenir entre deux et trois heures, si l'accouchement n'était pas terminé. On ne vint le chercher qu'à six heures du soir, et comme il demeurait à deux lieues de la malade, il était sept heures quand il arriva près d'elle. Les choses avaient bien changé pendant son absence, il trouva le visage profondément altéré, le nez et les paupières bleuâtres, tous les traits horriblement contractés; la respiration s'opérait avec une extrême difficulté, elle était courte et saccadée; le pouls, filiforme et intermittent, avait une telle fréquence qu'il était presque impossible de le compter; le toucher vaginal ne permit plus de constater aucune partie fœtale, le doigt ne rencontra que des chairs molles et fongueuses dont la nature ne put être déterminée. Par l'abdomen, on sentait l'utérus revenu sur lui-même, s'étendant depuis l'ombilic jusque dans l'excavation pelvienne. Dans le flanc droit se rencontrait une seconde masse irrégulière et bosselée facile à déplacer, qui n'était autre que le corps du fœtus, dont la tête et les membres se reconnaissaient sans peine.

Malgré la gravité de son état, cette femme put encore raconter que les contractions utérines n'avaient pas été très-énergiques et que ce n'était que vers trois ou quatre heures que son ventre était devenu douloureux et que les troubles généraux dont il a été parlé s'étaient manifestés.

La gastrotomie fut proposée comme ressource extrême, mais elle fut repoussée par la malade et par la famille. La mort survint deux heures après.

Au milieu des tristes réflexions que cette issue malheureuse a fait naître dans son esprit, et tout en faisant ressortir les conditions favorables qui semblaient se prêter à l'emploi du seigle ergoté, M. Maslieurat déclare qu'il est impossible de ne pas attribuer aux contractions plus énergiques produites par cette substance la rupture de l'utérus; il regrette surtout d'avoir été obligé de quitter cette femme, et se promet bien pour l'avenir d'être beaucoup plus réservé dans l'emploi du seigle ergoté. Il rappelle, en terminant, les sages conseils donnés par notre collègue M. Danyau, dans un remarquable rapport qu'il a récemment lu dans cette enceinte.

Quant à moi, messieurs, tout en reconnaissant que la conduite de notre confrère est parfaitement excusable, puisqu'il n'a fait que se conformer aux préceptes les plus généralement reconnus, je déclare que j'aurais repoussé le seigle ergoté, aussi bien pour les cas qui semblent avoir été légitimés par le succès, que pour celui qui eut un si terrible dénoûment. Je sais depuis longtemps à quoi m'en tenir sur les dangers qui peuvent résulter de l'administration de cette substance, soit pour la mère, soit surtout pour l'enfant, et à part les indications qui naissent de certaines hémorrhagies, ou qu'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses couches, je crois que l'intérêt bien entendu des femmes n'aurait pas beaucoup à souffrir de sa suppression complète. Permettez-moi de vous dire comment je comprends qu'il faut se conduire dans les circonstances rares où on pourrait y avoir recours; je ne ferai que répéter ce que j'ai déjà consigné depuis 1847, dans mon TRAITÉ D'AUSCULTATION OBSTÉTRICALE. Quand le travail se prolonge au delà de ses limites ordinaires et qu'on croit urgent de hâter la terminaison de l'accouchement, on a quelquefois à décider s'il est préférable d'augmenter l'énergie des contractions utérines en administrant du seigle ergoté, ou de les remplacer par une extraction mécanique quand elles sont évidemment impuissantes, que cette impuissance tienne à leur faiblesse ou à une résistance exagérée. Quoiqu'il soit généralement reconnu aujourd'hui que ce médicament ne convient que pour les cas où un obstacle peu considérable se présente et où les contractions utérines qu'on va produire n'auront à s'exercer que pendant un temps assez court, je ne pense pas qu'on ait suffisamment apprécié toutes les conditions qui doivent le faire exclure. On n'est ordinairement appelé à prendre une décision qu'à une époque où le travail s'étant prolongé, il est possible qu'il ait déjà agi d'une manière fâcheuse sur le produit de la conception; intervenir alors par un moyen qui exagère la contraction utérine et dont l'action spéciale est de la rendre permanente avec des exacerbations comme tétaniques, ce serait augmenter le danger en faisant naître dans la circulation utérine des troubles encore plus profonds, qui ne tarderaient pas à devenir funestes par un mécanisme que j'ai déjà eu occasion d'indiquer ailleurs. La conclusion, on le comprend, c'est que dans les cas qui semblent le mieux indiquer l'emploi du seigle ergoté, il n'est prudent d'y recourir qu'après s'être bien assuré de l'état de la circulation fœtale; s'il résultait de l'examen qu'elle a déjà subi une influence fâcheuse, il serait très-formellement indiqué de renoncer à ce moyen. Le forceps qui, dans les cas simples et entre des mains habiles, est ordinairement inoffensif, devrait toujours avoir la préférence. Quelques minutes suffisent avec lui pour extraire l'enfant; un temps beaucoup plus long est presque toujours nécessaire, quand des contractions utérines sollicitées doivent l'extraire..... Je regarde donc comme une obligation de ne jamais administrer la poudre d'ergot, sans s'être préalablement assuré que le cœur fœtal se contracte avec une force et une régularité normales. Mais ce n'est pas tout, j'admets des cas, quoique peu nombreux, où il soit indiqué de recourir à ce médicament; il faudra, si on ne veut pas s'exposer à de cruelles déceptions, examiner fréquemment avec le stéthoscope et se tenir prêt à appliquer le forceps, dès que la circulation utérine présentera quelques-uns des caractères dont j'ai parlé.

La quatrième série comprend de nombreux accouchements prématurés observés chez la même femme, et qui ont paru provoqués par une démangeaison anormale de la peau.

La sixième série est consacrée à des accouchements qui durent être terminés avec le forceps.

La série suivante comprend les accouchements qui réclamèrent la version. Dans les deux cas où il fallut pratiquer cette opération, il s'agissait de présentation de l'épaule. L'enfant ne put être sauvé ni dans l'un ni dans l'autre, mais il est juste de dire que ce résultat ne saurait être imputé à notre confrère, qui ne put intervenir que dans les circonstances les plus défavorables. La première fois, parce que des manœuvres imprudentes avaient été employées avant son arrivée; la seconde, parce que son intervention fut réclamée tardivement, et alors que le liquide amniotique, écoulé depuis longtemps, avait permis à l'utérus de revenir fortement sur lui-même.

Un cas de symphyséotomie fait le sujet de la huitième série.

Au mois de novembre 1847, une femme était au terme d'une troisième grossesse et en travail depuis deux jours, lorsqu'elle fit demander les soins de notre confrère. Quoique les contractions eussent cessé depuis quelques heures, il la trouva très-fatiguée par la prolongation du travail. Comme les membranes étaient rompues depuis longtemps, et qu'il s'écoulait du méconium, il crut devoir recourir à une application de forceps. L'introduction des branches n'offrit pas de difficulté, mais à peine eut-il essayé quelques tractions, que l'instrument se brisa et qu'il fallut s'arrêter.

Il fit immédiatement prévenir son confrère, M. Gilet (de Rencourt), qui, vu les distances, ne put arriver que plusieurs heures après. L'opération fut recommencée alors avec un nouveau forceps; mais la tête fut trouvée si mobile au-dessus du détroit supérieur, qu'après quelques tentatives on se décida à pratiquer la version. La femme ne sentait plus remuer depuis longtemps, et par l'auscultation on ne perçut pas les battements du cœur fœtal.

Il fut facile d'introduire la main, de retourner l'enfant et de l'extraire jusqu'à la tête; mais celle-ci se trouva arrêtée au détroit abdominal, et toutes les tentatives qui furent faites, soit avec les mains, soit avec le forceps, furent inutiles.

Il fut alors décidé qu'on aurait recours à la symphyséotomie. Voici les détails de cette opération, qui fut pratiquée par M. Maslieurat. Je cite textuellement : « Une incision fut faite sur la ligne médiane de la symphyse, assez étendue pour permettre de couper le cartilage, mais limitée de manière à éviter en haut la paroi antérieure de la vessie, et en bas le corps caverneux. Cette section fut achevée avec un bistouri boutonné. L'écartement des os iliaques ne se fit pas seul; il fallut l'opérer en appuyant avec chaque main sur l'épine antérieure et supérieure de chaque côté. Nous entendîmes un léger craquement dans les articulations sacro-iliaques, et aussitôt les deux branches du pubis se trouvèrent assez écartées pour pouvoir admettre le doigt. » A ce moment une très-légère traction opérée sur le tronc de l'enfant fut suffisante pour entraîner la tête.

Un bandage de corps fut appliqué et suffisamment serré pour ramener au contact les deux surfaces momentanément séparées.

Trois jours après, cette femme fut prise de frisson et de douleurs très-vives dans tout le membre inférieur droit. Le lendemain, il était envahi par un gonflement considérable sans changement de couleur à la peau. La douleur était surtout vive sur le trajet de la veine crurale qui était dure ou bosselée.

L'état d'épuisement de la malade ne permit pas de recourir à un traitement énergique. On se contenta d'abord de fomentations émollientes, puis d'onctions faites avec l'onguent napolitain, et plus tard on eut recours à un bandage roulé modérément serré. Quinze jours après, cette femme put se lever et se livrer à ses travaux habituels. Depuis ce temps elle a eu une nouvelle grossesse qui n'a rien offert de particulier, et qui s'est très-heureusement terminée par la naissance spontanée d'un enfant vivant.

Messieurs, s'il était vrai que le succès légitimât toute sorte de tentatives, il ne me resterait qu'à m'incliner devant celui que je viens de vous faire connaître. Mais je ne pense pas qu'il en soit ainsi, et je vous demande la permis-

sion de vous soumettre quelques réflexions qui m'ont été suggérées par l'observation qui précède.

Je ferai remarquer d'abord qu'elle présente quelques lacunes qui sont d'autant plus regrettables qu'elles laissent dans le vague et dans l'obscurité certains points qui me paraissent fondamentaux, quand il s'agit de faire un choix entre les diverses opérations obstétricales. Il me paraît bien probable que le bassin de cette femme n'avait pas acquis ses dimensions ordinaires, et que cela explique les difficultés qui se sont présentées à l'occasion de deux de ses accouchements, mais cela n'a pas été rigoureusement démontré. Et en admettant que cela fût établi, n'était-il pas indispensable de savoir au juste à quel degré de rétrécissement on avait affaire. M. Maslieurat ne doit pas avoir oublié les faits nombreux qui ont passé sous ses yeux pendant son séjour à la Clinique d'accouchement, où il a pu voir avec quelle précision on parvenait à déterminer les dimensions d'un bassin. Ces notions sont maintenant devenues vulgaires, et il est peu de médecins parmi ceux qui se livrent d'une manière spéciale à la pratique des accouchements, qui ne les appliquent avec toute la rigueur désirable. J'exprimerai les mêmes regrets relativement au volume de l'enfant, et en particulier pour les diamètres de la tête, qu'il eût été facile de mesurer après l'accouchement. Quoi qu'il en soit, et tout en acceptant le fait tel qu'il nous est présenté, permettez-moi de rechercher rapidement s'il n'eût pas été possible d'agir par une opération beaucoup moins grave.

Au début de mes études médicales, la symphyséotomie était déjà tombée dans un grand discrédit, mais depuis quelques années elle me paraît avoir été à peu près abandonnée, et je ne crains pas de dire que c'est avec juste raison. Les dangers qu'elle entraîne ne sont méconnus par personne; mais on a très-diversement interprété les avantages qu'on peut en retirer, au point de vue de l'agrandissement du bassin. Il résulte pour moi, d'expériences que j'ai plusieurs répétées sur le cadavre que si l'on reste dans des limites d'écartement compatibles avec l'intégrité des symphyses sacro-iliaques, on augmente à peine l'étendue des diamètres sacro-pubiens, et qu'il y a eu beaucoup d'exagération dans ce qu'on a dit de contraire à cette proposition.

D'un autre côté, si, à une époque déjà éloignée de nous, la symphyséotomie a pu trouver sa raison d'être, je dirai presque son excuse, dans la pénurie d'opérations moins graves ou dans sa comparaison avec l'hystérotomie, il n'en saurait être de même depuis que l'obstétrique s'est enrichie des ressources nouvelles, et que la légitimité de quelques procédés jusqu'alors généralement et systématiquement repoussés a été mieux appréciée. On comprend que je fais allusion à l'accouchement provoqué et à l'embryotomie. Le premier de ces moyens était inapplicable dans l'espèce, c'est au second qu'à mon avis il aurait fallu donner la préférence. La mort de l'enfant ne pouvait laisser la moindre incertitude à cet égard. C'était bien aussi l'opinion de notre confrère, mais il se laissa détourner de cette bonne inspiration par la raison qu'il n'avait à sa disposition ni perce-crâne, ni céphalotribe. Je crois devoir dire que cela ne justifie pas, même après le succès qu'il a obtenu, le parti auquel il s'est arrêté, et je suis étonné qu'avec l'esprit ingénieux que je lui connais et l'habitude qu'il a des opérations, il n'ait pas pensé à improviser le premier de ces instruments, son forceps ordinaire pouvant ensuite avec un bassin aussi peu rétréci remplacer le céphalotribe. Au reste, M. Maslieurat le premier comprendra que si je fais ces observations, c'est bien moins pour céder à un besoin de critique que pour empêcher que ce précédent, malgré son heureuse issue, trouve des imitateurs.

Messieurs, je crains d'avoir déjà un peu abusé de votre patience; mais vous aurez reconnu, j'espère, qu'il m'était impossible d'être court dans l'analyse d'un travail qui comprend à la fois des sujets si variés et si importants. Je réclame encore quelques instants, car je dois encore vous parler d'une opération césarienne, extraordinaire à plus d'un titre, et qui termine le travail de notre confrère. Elle me paraît curieuse, non-seulement par le succès dont elle fut suivie, mais surtout par les conditions particulières dans lesquelles elle fut pratiquée. Certes il est arrivé plus d'une fois que malheureusement trompé par de fausses apparences, l'homme de l'art ait eu recours aux opérations les plus graves alors que cela était complétement inutile; mais je ne sache pas qu'après avoir positivement reconnu et publiquement déclaré qu'un bassin que d'autres avaient considéré comme très-vicié était parfaitement conforme et ne nécessitait aucune intervention, quoiqu'on se soit vu dans l'obligation de terminer une opération césarienne laissée inachevée par d'autres. C'est cependant ce qui est arrivé à M. Maslieurat.

Au mois de décembre 1846, se trouvant par hasard à 24 kilomètres de sa localité, il fut prié par trois confrères d'examiner une femme qui était en travail depuis deux jours, et près de laquelle ils étaient réunis pour pratiquer une opération césarienne qu'ils avaient jugée nécessaire.

Il constata que cette femme avait une très-petite taille, des jambes fortement contournées et une très-légère déviation de la colonne vertébrale. Mais il apprit en même temps que cinq grossesses avaient déjà eu lieu, et que toutes s'étaient terminées par un accouchement spontané. De plus il s'assura par l'examen direct que le bassin était plutôt large qu'étroit, et que la tête, quoique n'ayant pas encore franchi le détroit supérieur, trouverait, comme dans les accouchements précédents, des voies assez larges pour les traverser.

Il manifesta son étonnement du parti auquel on s'était arrêté et fit tous ses efforts pour qu'on moins préalablement on voulût bien tenter une application de forceps.

On lui objecta que la tumeur qu'il sentait au détroit supérieur n'était nullement la tête, mais bien une tumeur osseuse adhérente, développée probablement depuis deux ans, époque de son dernier accouchement. Tout ce qu'il put dire fut inutile, il resta seul de son avis, et l'on décida qu'on allait passer outre. Il déclara alors qu'il désirait se retirer ne voulant pas partager la responsabilité d'une pareille opération; mais sur les vives instances qui lui furent faites et espérant, comme il le dit, que sa présence pourrait peut-être éviter de nouveaux malheurs, il consentit à rester après avoir fait toutes ses réserves.

Aucun des trois confrères n'avait même jamais vu pratiquer cette opération. Ce fut le médecin ordinaire qui se chargea de l'exécuter; mais à peine avait-il incisé les parois abdominales, qu'il sentit son courage faiblir, et il déclara qu'il ne pouvait plus continuer. Il en fut de même des deux autres, et M. Maslieurat se trouva dans la cruelle nécessité de prendre le bistouri et d'achever une opération que seul il n'aurait jamais commencée. Après avoir divisé l'utérus, il put facilement extraire un enfant qui était mort, et ensuite le délivre.

La plaie intérieure fut réunie au moyen de la suture enchevillée, le ventre soutenu avec un bandage de corps, et un régime sévère prescrit. Les suites urent des plus heureuses, tout se passa à merveille et quelque temps après cette femme était parfaitement rétablie.

Un nouvel examen du bassin fait après l'extraction de l'enfant permit de reconnaître d'une manière positive que la *tumeur osseuse constatée par les trois confrères* n'était autre que la tête fœtale, car il n'en fut plus trouvé trace.

Il serait inutile de vous parler des émotions pénibles qui résultaient pour M. Maslieurat de la position critique dans laquelle il fut placé. Il suffit pour les comprendre de songer que, sans l'espoir d'une compensation, puisque l'enfant était mort, il se voyait contraint de sacrifier presqu'à coup sûr cette malheureuse femme, en terminant une opération que quelques instants auparavant il avait formellement condamnée. Il faut lui savoir gré de sa courageuse résignation et reconnaître que le parti qu'il crut devoir prendre était encore le moins défavorable. Qu'aurait-il pu faire, en effet? réunir la plaie abdominale, puis tenter l'extraction par les voies naturelles? Mais le temps vraiment sérieux de l'opération n'était-il pas déjà un fait accompli? Je veux parler de l'ouverture du péritoine.

Le succès inespéré qui a suivi cette opération vient confirmer les réflexions générales par lesquelles l'auteur du mémoire a débuté et sur lesquelles j'ai appelé votre attention au commencement de ce rapport. Si pour juger de la valeur de l'hystérotomie, en général, on ne faisait entrer en ligne de compte que les résultats obtenus dans les grandes villes et surtout dans les grands hôpitaux, on arriverait à cette triste conséquence que la mort des mères doit en être toujours ou à peu près toujours la fatale issue. Que si, au contraire, on fondait une statistique seulement sur les faits observés en province et surtout dans les campagnes, on serait conduit à considérer cette opération comme n'offrant pas beaucoup plus de gravité que la plupart des autres grandes opérations chirurgicales. Le département de la Creuse paraît s'être distingué dans ces dernières années par la constance des succès. En effet, depuis 1843, l'opération césarienne y a été pratiquée six fois, et six fois les mères ont survécu. Trois de ces observations vous ont été communiquées, en mai 1849, par M. le docteur Guisard (de Guéret). Deux autres ont été recueillies depuis cette époque, et appartiennent à M. le docteur Pezaud (d'Ahun). Enfin la sixième est celle dont il vient d'être question. Des succès aussi nombreux ont fait sur l'esprit de M. Maslieurat une vive impression, et il se demande en terminant si l'humanité ne devrait pas imposer comme un devoir de ne plus pratiquer l'hystérotomie dans les grands centres de population et faire adopter comme mesure générale d'envoyer plusieurs mois à l'avance les femmes qui devraient y être soumises, dans une campagne aérée et salubre.

Les quelques remarques critiques qui ont trouvé place dans mon rapport vous auront prouvé, j'espère, que j'ai entrepris sérieusement la mission que vous m'avez confiée; mais elles n'ont eu pour but de diminuer ni le mérite des nombreuses observations que renferme son nouveau mémoire, ni la valeur des judicieuses réflexions dont il les a presque toujours accompagnées. Je viens donc vous proposer :

1° De le remercier de son intéressante communication;

2° De déposer son travail dans vos archives;

3° D'inscrire de nouveau son nom sur la liste des candidats aux places de correspondant.

M. Gibert lit pour M. Villeneuve, absent par maladie, une argumentation dont nous résumerons les principaux points

L'argumentation de M. Villeneuve porte exclusivement sur la partie du travail de M. Maslieurat-Lagémard relative à l'emploi du seigle ergoté et sur les opinions émises à cette occasion par M. Depaul.

Fort de mon expérience sur ce sujet, je puis, dit M. Villeneuve, sans trop de présomption : 1° tranquilliser la conscience de M. Maslieurat-Lagémard à l'endroit de l'accident arrivé à une des femmes auxquelles il avait administré le seigle ergoté; 2° chercher à diminuer, s'il est possible, les craintes exprimées par l'honorable rapporteur sur l'emploi obstétrical de ce moyen

Sur les 7 cas dans lesquels M. Maslieurat a administré le seigle ergoté, les 6 premiers ont pour sujet des femmes de 22 à 25 ans dont quelques-unes en travail depuis 36, 40 et même 48 heures, avec présentation de la tête, étaient sans douleurs depuis 7, 8 et même 10 heures. La dose de seigle ergoté qu'il leur a administrée a été de 1 à 2 grammes, souvent donnée en deux fois et à une certaine distance. La femme chez laquelle ce moyen a eu l'action la plus prompte a été délivrée au bout d'une demi-heure. Chez les autres, il n'aurait agi qu'au bout de 3 à 6 heures. Aucune de ces femmes n'a éprouvé le moindre inconvénient, et toutes ont donné le jour à des enfants bien portants.

Dans ces faits, plusieurs choses ont étonné M. Villeneuve, d'abord de ne voir que des primipares chez lesquelles le plus ordinairement la délivrance n'est retardée que par la rigidité du col utérin ou l'étroitesse de la vulve; en outre, les sujets étant dans la force de l'âge et d'une contrée où les rudes travaux auxquels les femmes se livrent doivent être favorables au développement de leur énergie musculaire.

L'effet de ce moyen, excepté dans un seul cas, a été généralement tardif et tellement qu'on peut douter qu'il ait eu une action dans la plupart des autres cas, puisque la délivrance ne s'est opérée qu'au bout de plusieurs heures de l'administration qui en a été faite. Enfin M. Villeneuve fait remarquer qu'aucun des enfants dont les mères avaient pris du seigle ergoté n'eu a éprouvé de mauvais effets.

Quant à la septième observation rapportée par M. Maslieurat, celle où il s'agit d'une rupture de la matrice survenue après une administration du seigle ergoté, M. Villeneuve, après en avoir rappelé les principales circonstances, s'étonne que M. Maslieurat accuse le seigle ergoté de ce malheur, et il déclare s'en constituer le défenseur. Suivant l'ordre des accusations formulées par l'auteur du mémoire, M. Villeneuve rappelle que cette femme faible, habituellement souffrante, en travail depuis 48 heures n'eu a éprouvé que de très-légers effets, et que les quelques faibles douleurs qui sont survenues n'ont pas eu plus d'intensité que celles qui avaient eu lieu spontanément. Il y a donc loin de là à ces douleurs vives, incessantes qui résultent souvent de l'administration de l'ergot et durant lesquelles l'utérus en quelque sorte surminé reste dans un état de contraction permanente. Et pourtant personne n'a vu survenir durant ce summum d'action la déchirure de l'organe ainsi surexcité. Tous les auteurs qui ont parlé des ruptures spontanées de l'utérus pendant la parturition établissent qu'elles sont dues surtout à une perte de consistance, à une altération générale ou partielle des parois de l'organe. Or n'est-on pas en droit de croire, dans le cas présent, à une préexistence d'une pareille altération? C'est ce que M. Villeneuve croit pouvoir déduire des faits à lui connus et des citations des auteurs qui prouvent que cet accident n'est pas très-rare. D'ailleurs, cet accident fût-il très-rare, du moment où il est démontré que la rupture de l'utérus peut avoir lieu spontanément et dans des circonstances diverses, pourquoi cette femme qui en réunissait quelques-unes n'en aurait-elle pas été atteinte comme tant d'autres qui n'avaient pas pris d'ergot?

M. Villeneuve pense donc que la conscience de M. Maslieurat doit être parfaitement tranquille à cet égard, qu'il a donné l'ergot dans un cas qui réunissait toutes les conditions exigées par les plus timorés à l'endroit de cette substance et à une dose des plus faibles et dont la femme n'a dû à peine ressentir quelques effets; que la rupture qui n'a eu lieu probablement que quatre à cinq heures après l'emploi de l'ergot, c'est-à-dire lorsque cette substance ne pouvait plus avoir d'action, a dû se produire sous l'influence de conditions morbides générales ou partielles favorables à cet accident.

Passant ensuite au travail du rapporteur dont il veut aussi essayer la conversion, M. Villeneuve s'étonne d'autant plus de l'éloignement de M. Depaul pour le seigle ergoté, que moins qu'un autre à son avis, il devrait redouter l'emploi de cette substance, étant mieux que qui que ce soit à même de connaître et d'apprécier les conditions qui doivent en indiquer ou en contre-indiquer l'emploi; il s'étonne surtout que M. Depaul préfère le forceps au seigle ergoté, lorsque, par suite d'une trop longue inertie de l'utérus, on ne peut plus s'attendre à une délivrance spontanée. Et du parallèle que fait ici l'orateur entre les avantages et les inconvénients de ces deux moyens, il conclut en s'appuyant de son expérience personnelle et surtout de celle des auteurs, en faveur de l'emploi du seigle ergoté.

D'après tout ce que je viens de dire, dit en terminant M. Villeneuve, je suis le partisan de l'emploi obstétrical du seigle ergoté donné seulement, bien entendu, dans les cas qui en permettent l'usage, et que saura toujours apprécier tout praticien instruit et judicieux.

M. Depaul déclare qu'il se rendrait avec plaisir aux arguments de M. Villeneuve, si ces arguments l'avaient convaincu. Mais il n'en est pas ainsi, et après avoir écouté attentivement les motifs de son collègue, il ne trouve rien à changer à son opinion.

M. Villeneuve parait croire que le seigle ergoté borne son action à la contractilité organique de l'utérus. S'il en était ainsi, sans doute, cet agent ne serait point dangereux, puisqu'il ne ferait qu'accroître l'intensité des contractions intermittentes naturelles. Mais le seigle ergoté a d'autres effets. Indépendamment des douleurs intermittentes vives qu'il provoque, il produit en outre un état de tension continue, une contracture permanente de l'utérus dont M. Villeneuve ne parait pas avoir assez tenu compte, et qui constitue un véritable danger.

Je n'ai pas pu, dans mon rapport, dit M. Depaul, entrer à cet égard dans tous les détails qu'eût nécessité cette question, s'il s'était agi de la traiter d'une manière complète; je l'ai considérée principalement au point de vue de la conservation de l'enfant. Or, à ce point de vue il est incontestable que l'usage du seigle ergoté fait toujours courir un grand danger à la vie des enfants. Ce danger ne consiste pas seulement dans la compression exercée par la matrice d'une manière continue sur le corps des fœtus, il consiste surtout dans une action beaucoup plus directe, dans une action perturbatrice exercée sur la circulation fœtale, perturbation qui est révélée par l'auscultation et qui va, si l'action du seigle ergoté est continuée quelque temps, jusqu'à la mort du fœtus.

M. Villeneuve s'appuie de l'opinion du regrettable M. Devilliers qui a dit n'avoir pas observé, en constatant les décès, qu'il y eût une plus grande mortalité parmi les enfants nouveau-nés, depuis qu'on fait usage du seigle ergoté, qu'avant l'introduction de cet agent dans la thérapeutique obstétricale. C'est là, pense M. Depaul, une assertion vague et qui manque de preuves. Il faudrait, pour résoudre cette question, une statistique comparative. Cette statistique n'existe pas. Cependant M. Depaul croit pouvoir y suppléer jusqu'à un certain point par ses observations personnelles jointes à celles d'accoucheurs plus expérimentés et aux faits énoncés dans le travail de M. Maslieurat. Or, il résulte de ces faits que la proportion des mort-nés est plus considérable à la suite des accouchements provoqués par le seigle ergoté qu'à la suite des accouchements naturels ou terminés par le forceps. Enfin les faits de ruptures de l'utérus survenues à la suite de l'administration de cet agent, auxquels M. Maslieurat vient d'en joindre un exemple si frappant, prouveront à M. Villeneuve que le seigle ergoté n'est pas aussi innocent qu'il paraît le croire.

M. Villeneuve a terminé en me reprochant de préférer le forceps au seigle ergoté, et il a opposé à l'emploi du forceps, d'une part l'émotion et la répugnance qu'il inspire dans les familles, d'autre part ses inconvénients réels. M. Villeneuve m'a mis, ajoute M. Depaul, dans une position délicate, en me supposant en présence d'une personne chère... Eh bien! je n'hésite pas à le dire: oui, dans ce cas je donnerais la préférence au forceps sur le seigle ergoté.

Enfin quant à cette proposition exprimée d'une manière un peu absolue peut-être dans le rapport, qu'on ne préjudicierait pas beaucoup aux femmes en supprimant l'usage du seigle ergoté, je la maintiens.

M. Cazeaux, sans partager les opinions émises par M. Villeneuve et en se rangeant à celle du rapporteur, croit cependant devoir exprimer une petite dissidence qui le sépare de lui sur un point. Il pense comme M. Depaul, que le seigle ergoté a fait plus de mal que de bien. Cependant il est des circonstances où l'emploi du seigle ergoté est indiqué et dans lesquelles il peut rendre de grands services.

Lorsqu'il y a un obstacle manifeste à l'accouchement, évidemment il ne faut pas recourir au seigle ergoté; mais dans l'un de ces cas qui ont été prévus par l'auteur du mémoire, où il n'y a qu'inertie par prolongation du travail et par épuisement des forces, sans autre obstacle à surmonter que celui qu'oppose le périnée, dans ce cas, dis-je, le seigle ergoté peut-être avantageusement employé. S'il ne suffit pas, il rendra du moins plus facile et plus efficace l'application qui devra être faite ultérieurement du forceps. Il est une autre circonstance encore où le seigle ergoté est surtout indiqué: c'est lorsque l'inertie de l'utérus est portée au point de faire prévoir une hémorrhagie. C'est dans cette circonstance surtout que le seigle ergoté est appelé à rendre des services réels.

M. Depaul est entièrement du même avis que M. Cazeaux. S'il n'a pas spécifié cette indication du seigle ergoté, c'est qu'il n'avait pas eu à s'en occuper dans le rapport; mais il est évident qu'en excluant le seigle ergoté de la pratique obstétricale, il a bien entendu en excepter les cas d'hémorrhagie.

La discussion est close. Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

LÉSION TRAUMATIQUE DU SINUS LONGITUDINAL SUPÉRIEUR.

M. Gimelle, au nom d'une commission composée de MM. Bégin, Larrey et Gimelle, rapporteur, lit un rapport sur une observation de lésion traumatique du sinus longitudinal supérieur communiquée à l'Académie par M. Hutin, chirurgien en chef des invalides.

L'observation de M. Hutin prouve: 1° qu'un homme peut éprouver une fracture comminutive avec enfoncement des os du crâne dans une étendue considérable sans perdre connaissance; 2° que la guérison de ces blessures peut s'opérer sans accidents graves pour le blessé, quoiqu'il existe une perte de substance dans les os du crâne à travers laquelle les téguments de la tête ont contracté des adhérences avec la dure-mère; 3° qu'un homme peut conserver pendant plus de quarante ans, dans une vieillesse très-avancée, une saillie intérieure et accidentelle des os du crâne d'un centimètre de hauteur sur 10 de longueur, croisant et comprimant le principal vaisseau veineux sans éprouver d'accidents sérieux, quoique cet homme se livre habituellement à des excès de liqueurs alcooliques.

M. le rapporteur propose de remercier M. Hutin de sa communication, d'envoyer l'observation au comité de publication et d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places vacantes dans l'Académie. (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Notices sur les eaux minérales de la Belgique et sur les maladies épidémiques qui ont régné dans le royaume, de 1841 à 1850; par M. le docteur Sauveur, inspecteur général du service médical civil, membre de la commission centrale de statistique, etc. — Brochure in-folio.

Les deux notices dont se compose cette brochure sont extraites du Rapport décennal sur la situation administrative de la Belgique (1841-1850). Nous n'avons rien à dire de la première de ces notices, qui consiste en une simple énumération des sources les plus connues de la Belgique, avec indication quantitative et qualitative de leur composition chimique, d'après les dernières analyses qui en ont été faites. Mais nous avons pensé qu'il serait utile et intéressant pour nos lecteurs d'exposer sous leurs yeux les principaux résultats consignés dans la seconde notice, bien que son honorable auteur ait dû la restreindre aux seuls documents destinés à entrer dans le cadre d'un recueil administratif, et qu'il ait renvoyé pour une autre publication les considérations médicales dont ces documents devaient fournir le texte.

Pendant la période décennale de 1841 à 1850, la Belgique a été le théâtre de nombreuses épidémies. Mais deux d'entre elles, à cause de leur gravité et de leur généralité, ont presque exclusivement occupé l'attention du savant rapporteur : ce sont les épidémies de fièvre typhoïde qui ont sévi à diverses époques et dans des conditions très-différentes, de 1840 à 1845 et de 1845 à 1847, et l'épidémie de choléra de 1848-1849.

Le relevé des épidémies de fièvre typhoïde qui ont successivement sévi de 1840 à 1845 dans diverses contrées de la Belgique, ont donné lieu, de la part de M. Sauveur, à des recherches sur les causes déterminantes ou prédisposantes, sur l'influence des saisons, celle du sexe, de l'âge, etc., dont les résultats, rapprochés de ceux des statistiques faites dans d'autres lieux et dans d'autres temps, pourront contribuer un jour à jeter peut-être quelque lumière sur les questions encore si obscures qui se rattachent à l'étiologie des épidémies.

Les causes déterminantes des diverses épidémies constatées dans la période dont il s'agit, sont restées inconnues comme dans la généralité des épidémies. Quant aux causes prédisposantes, les auteurs des rapports partiels adressés à l'administration ont considéré en général comme telles : l'habitation dans des localités humides ou dans le voisinage des eaux stagnantes, des marécages et des amas de fumier infects ; l'encombrement des demeures basses, étroites, mal aérées et mal éclairées, où vivent les familles pauvres ; une alimentation insalubre ou insuffisante, et enfin les autres conditions qui entraînent la viciation de l'air respirable et la détérioration de la constitution physique des populations. Il y a eu des circonstances néanmoins où la maladie a paru se produire sans causes appréciables dans les localités considérées comme les plus saines, et où on l'a vue affecter de préférence les familles vivant dans l'aisance. Les auteurs des rapports et M. Sauveur lui-même gardent le silence sur le rôle que la contagion eût pu jouer dans le développement de ces épidémies, auxquelles toutes causes locales paraissent avoir été étrangères ; c'est sans doute une lacune volontaire que M. Sauveur s'est réservé de combler dans la publication plus détaillée qu'il promet.

Des médecins ont prétendu que la fièvre typhoïde est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. D'autres rapportent des observations contraires, et il en est qui, sans se prononcer d'une manière générale, admettent que, dans l'enfance, les garçons y sont plus prédisposés que les filles. Il résulte des documents que l'administration a reçus des différents points du royaume, que, sur un nombre de 947 personnes atteintes dans les campagnes de la fièvre typhoïde simple et ordinaire, 424 appartenaient au sexe masculin et 523 au sexe féminin. La fréquence plus grande de la maladie chez les femmes dépend de ce que les soins du ménage et ceux à donner aux malades de la famille, qui sont presque exclusivement leur partage, les retiennent davantage dans leurs demeures, et partant, au milieu des causes qui favorisent le développement de l'affection.

En résumant ce que les auteurs modernes écrivent touchant les âges, on trouve que la fièvre typhoïde est surtout fréquente de 9 à 14 ans ; qu'elle l'est moins de 5 à 8 ans ; que son maximum de fréquence est de 18 à 30 ans, et enfin, que dans les temps ordinaires, elle se manifeste rarement au-dessus de 40 ans. Ces données étant déduites de cas de fièvre typhoïde observés dans les villes, et particulièrement dans les hôpitaux, M. Sauveur a pensé qu'il était utile de consigner ici les résultats du dépouillement des rapports concernant les épidémies qui ont régné antérieurement à 1845, dans quelques communes rurales de la Belgique.

Voici ces résultats :

Sur 947 malades de l'un et de l'autre sexe, l'âge de

11 à 15 ans a donné.	16,7	pour 100
16 à 20 ans......	16,8	—
21 à 25 ans......	10,8	—
26 à 30 ans......	6,5	—
31 à 35 ans......	5,3	—
36 à 40 ans......	4,9	—
41 à 45 ans......	3,4	—
46 à 50 ans......	4,0	—

Ces chiffres correspondent :

Au tiers pour l'âge	de 10 à 20 ans.
Au sixième	de 21 à 30 ans.
Au dixième....	de 31 à 40 ans.
Au douzième ...	de 41 à 50 ans.

Relativement à l'influence des saisons ou plutôt à la répartition des malades dans les diverses saisons de l'année, afin de ne rien préjuger touchant leur genre d'influence, M. Sauveur a trouvé, d'après les indications qui ressortent des rapports relatifs à 94 des épidémies plus ou moins graves qui se sont déclarées en Belgique, de 1840 à 1845, en partageant systématiquement l'année en quatre périodes égales, que la première période comprend les mois de novembre, décembre et janvier ; la seconde ceux de septembre, août et octobre ; la troisième les mois de mai, juin, juillet, et la quatrième ceux de février, mars et avril.

La première période, comme on le voit, correspond à l'époque de l'année où les pluies, le froid, les neiges obligent les populations ouvrières à rester confinées dans leurs demeures, et par conséquent à vivre dans des espaces étroits, que rendent à la fois insalubres la chaleur des poêles, l'encombrement des individus et le défaut de renouvellement de l'air. Les rapports indiquent que la plupart des épidémies qui se sont continuées d'une année à l'autre, ont cessé vers l'époque de la reprise des travaux des champs, on pendant les mois de mai et de juin, qui offrent aux populations de nouvelles ressources alimentaires.

Il y a, comme on le voit ici, un fait qui, bien que produit par la saison, échappe en réalité aux influences directes des qualités de la saison elle-même : nous voulons parler de l'influence qu'exercent sur le développement de la fièvre typhoïde, le confinement et l'agglomération des familles dans une enceinte trop étroite pour se soustraire à l'action du froid ; influence qu'il faut bien distinguer de l'action du froid lui-même, qui y reste manifestement étranger.

Des épidémies de fièvres typhoïdes ont eu lieu aussi de 1846 à 1848 ; mais M. Sauveur en a fait un relevé séparé en raison des circonstances particulières qui devaient donner aux déductions à en tirer une signification toute spéciale. On se rappelle qu'à cette époque il y eut en Belgique une crise alimentaire à la suite de la maladie des pommes de terre et de la mauvaise récolte en céréales. Cette double circonstance a dû faire considérer les années 1846 à 1848 comme tout à fait exceptionnelles et anormales par rapport au développement et à la propagation de l'affection typhoïde épidémique. Cette affection, qui avait été rare en 1845, parut en janvier 1846 sur plusieurs points du royaume à la fois et particulièrement dans les Flandres, où, à cause du ralentissement des travaux de l'industrie linière, les effets de la maladie des pommes de terre se faisaient principalement sentir. Elle dura toute l'année 1846 et l'année 1847, et ne cessa que vers la fin du premier trimestre de 1848.

En divisant l'année en quatre périodes, comme on l'a fait pour les épidémies observées de 1840 à 1845, on voit que 95 des maladies arrivées pendant la crise alimentaire ont paru en novembre, décembre et janvier ; 56 en février, mars et avril ; 72 en mai, juin et juillet, et 128 en août, septembre et octobre. Cette dernière période occupe ici le premier rang ; elle se trouve au second dans le relevé des dates relatives aux affections des cinq années antérieures. Les troisième et quatrième périodes restent au même rang.

Le relevé des décès par communes et par cantons frappés de l'épidémie, montre qu'elle a particulièrement sévi dans les communes où, par suite de la décadence de l'industrie linière, la misère régnait parmi des populations sans travail et hors d'état de pouvoir se procurer une alimentation suffisante. Ce n'est qu'exceptionnellement que le mal a paru dans les communes à polders maritimes ; et enfin, M. Sauveur considère comme hors de doute qu'elle a été importée dans un certain nombre de localités par des individus sortis des prisons ou venant d'autres lieux infectés.

Les bulletins ne renferment pas les éléments nécessaires pour déterminer directement le rapport de la mortalité causée par la fièvre typhoïde avec les sexes et les âges ; mais en consultant les documents relatifs au mouvement de l'état civil, M. Sauveur a constaté que sur le surplus des décès de la période triennale de 1846-1848 sur les périodes égales précédentes, se montant à 46,541, il y a eu une plus grande proportion d'hommes que de femmes.

Quant aux âges, il a trouvé que les deux extrêmes de la vie ont été les plus épargnés, et que le maximum des décès n'a pas porté sur les âges où la fièvre typhoïde arrive le plus fréquemment, c'est-à-dire dans la période de 11 à 40 ans, mais sur les âges de 30 à 65 ans.

L'influence de la crise alimentaire de 1845-1847 ne paraît pas s'être traduite exclusivement par l'épidémie de fièvre typhoïde dont il vient d'être question ; une épidémie de dyssenterie observée dans les communes des provinces d'Anvers, de Brabant et de la Flandre orientale, en 1846, c'est-à-dire en pleine crise alimentaire, a été avec d'autant plus de fondement attribuée à cette circonstance par la plupart des médecins qui l'ont étudiée, que c'est là une des causes les plus communes de la dyssenterie épidémique. Cette étiologie est confirmée

d'ailleurs par le développement simultané de deux épidémies semblables qui éclatèrent en 1847, dans les hospices des vieillards de Tamise et de Menlebake, par suite du changement que la cherté des subsistances fit apporter au régime alimentaire de leurs hôtes.

La marche du choléra en Belgique est assez connue pour qu'on puisse se dispenser de la rappeler ici. Le caractère essentiellement épidémique du choléra, l'identité de ses symptômes et phénomènes caractéristiques, partout où il a sévi et sur quelque race d'hommes qu'on l'ait observé, laissent peu de part sans doute à l'étude des influences locales. Quelque faible que soit cette part cependant, il faut louer les efforts de tous ceux qui ont cherché à la reconnaître. Plusieurs médecins ont étudié l'influence que la nature du terrain avait pu exercer sur le développement et la marche du choléra. Il résulte de ces recherches que c'est sur les terrains les plus modernes que l'épidémie a pris généralement le plus d'extension. Tout en faisant sur ce résultat les réserves que commande l'incertitude des données sur lesquelles il repose, M. Sauveur a cru devoir étudier sous ce point de vue la marche du choléra en Belgique.

Voici les indications que lui ont fournies sur ce point les recherches faites au moyen de la carte géologique du royaume. Ces recherches se bornent aux 82 communes où le choléra a fait le plus de victimes dans les deux épidémies. Ces localités se répartissent comme il suit sous le rapport de leur situation géologique : terrains quaternaires, 54; tertiaires, 12; secondaires, 4; primaires, 12. Sur les douze qualités appartenant aux terrains primaires, cinq reposent sur le terrain houiller, sept sur le calcaire anthraxifère. Deux de ces dernières ont été fortement éprouvées par l'épidémie dans sa dernière invasion.

On a avancé, d'après les notices publiées sur la marche géographique du choléra, que les populations vivant sur le bord ou à proximité des eaux, étaient les plus exposées aux atteintes de la maladie. En passant en revue les localités où l'épidémie a régné dans les provinces de la Belgique, l'auteur a vu que l'humidité de l'atmosphère par l'évaporation des rivières, des étangs, etc., ne paraît pas être une des conditions essentielles de son développement. On trouve, en effet, qu'elle ne s'est pas manifestée dans un grand nombre de communes situées dans des bas-fonds humides, qu'elle a généralement épargné celles où la fièvre intermittente est considérée comme endémique, et qu'à l'exception de quelques localités, les points des Flandres où l'on rencontre beaucoup d'eau ont relativement moins souffert que des cantons d'autres provinces placés dans des conditions opposées.

Tous les historiens du choléra s'accordent à reconnaître que l'été est la saison où il prend le plus d'extension, et qu'il arrive fort rarement que l'influence des froids ne le ralentisse pas dans sa marche et dans ses effets. Les observations faites en Belgique confirment pleinement ces données, car le *maximum* des décès tombe, pour chacune des trois années, sur les mois de juin, de juillet et d'août, et le *minimum* sur ceux de novembre, de décembre et de janvier. Lorsque le fléau s'est abattu dans une localité pendant ces trois derniers mois, on l'a toujours vu marcher avec lenteur, ou même disparaître entièrement pour se réveiller ensuite sous l'influence du printemps.

Le rapport de la mortalité d'après le sexe n'a donné aucun résultat significatif. Tandis qu'en 1832 et 1833, la mortalité cholérique avait été un peu plus forte parmi les femmes que parmi les hommes, le contraire a eu lieu en 1849. Une circonstance purement accidentelle a donné lieu dans une localité à une élévation du chiffre de mortalité des hommes, dont, au point de vue statistique, on ne peut tirer aucune conséquence.

La répartition des décès par âge n'a fait que confirmer ce qui a été constaté partout où ont sévi les épidémies cholériques, savoir que les deux extrêmes de la vie sont les plus épargnés par la maladie, et que c'est l'âge viril qui en a le plus souffert. Ainsi, parmi les individus âgés de 30 à 60 ans, qui représentent le tiers de la population, la proportion des décès a été, pendant l'épidémie de 1849, de 40 pour 100 ou des deux cinquièmes. Mais la comparaison du chiffre des décès à celui des malades a donné un résultat inverse. Les deux points extrêmes de la vie ont donné la mortalité la plus élevée, et la période où elle a été la moins forte est celle de 30 à 60 ans.

L'étude de l'influence des professions n'a donné aucun résultat digne de quelque attention, si ce n'est que c'est parmi les ouvriers qui vivent le plus misérablement et que leur état oblige à travailler en plein air, que les décès ont été le plus nombreux.

Tels sont les faits principaux qui ressortent des relevés statistiques faits par M. Sauveur pour éclairer l'administration sur la situation sanitaire de la Belgique dans la période décennale de 1841 à 1850. Les commentaires dont M. Sauveur a cru pouvoir se dispenser d'accompagner ces faits, en eussent beaucoup augmenté la valeur sans doute; mais tels qu'ils sont et dans leur nudité même, ils méritaient d'être signalés comme ils méritent d'être inscrits dans les annales de l'épidémiologie.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

— La Faculté a procédé hier à l'élection des candidats à la chaire d'histoire naturelle, qui doivent figurer sur la liste de présentation. Après trois tours de scrutin, qui tous ont donné 11 voix à M. Martins, 11 voix à M. Moquin-Tandon et un billet blanc, M. P. Dubois, président de l'assemblée, a déclaré avoir voté pour M. Moquin, qui a été ainsi placé le premier sur la liste. M. Martins a été placé le second, et M. Ch. Robin le troisième.

— Le conseil académique a fait la présentation suivante pour la chaire de thérapeutique.

En première ligne, M. Grisolle (18 voix sur 20; une à M. Cazenave et une à M. Monneret).

En seconde ligne, M. Tardieu (15 voix contre 5 données à M. Monneret.)

En troisième ligne, M. Monneret (13 voix cotre 7 données à M. Bean.)

— MM. Bérard et Bounaud, qui n'ont pas accepté de faire partie du jury pour le concours des chirurgiens du bureau central, ont été remplacés par MM. Merel-Lavallée et Legendre. On croit que MM. Malgaigne et Laugier se retireront également; le jury devra donc être encore modifié.

— A la suite d'un concours ouvert près de la Faculté de médecine de Montpellier, M. Vincent Paulet a été nommé chef de clinique chirurgicale.

— Par décret impérial en date du 12 mars, une école de médecine et de pharmacie est établie dans la ville de Reims.

Pour la première organisation de l'école, la nomination des professeurs titulaires et adjoints sera faite directement par le ministre de l'instruction publique et des cultes.

— Le comité consultatif d'hygiène publique du ministère de l'intérieur, consulté sur la question de savoir « si la peste à l'état sporadique existe en Turquie et en Égypte, a cru devoir répondre de la manière suivante :

Il résulte des documents et des renseignements reçus ou recueillis par le comité consultatif d'hygiène publique de France :

1° Que la peste à l'état sporadique n'existe ni en Turquie, ni en Égypte, ni en Syrie ;

2° Que les administrations sanitaires de la Turquie et de l'Égypte, quoique susceptibles de quelques améliorations de détail, présentent cependant à l'Europe des garanties suffisantes pour admettre que l'existence de la peste ne peut échapper à leurs investigations;

3° Que les rapports des médecins sanitaires français en Orient mettent hors de doute la non-existence de la peste sporadique dans le Levant;

4° Que, dans l'intérêt urgent et considérable des relations internationales et du commerce maritime, il serait très-désirable que les gouvernements européens adoptassent, à l'égard des provenances de l'Orient, un système sanitaire en harmonie avec les faits démontrés par la science et par l'observation.

— M. le docteur Mélier est en ce moment à Marseille, où il est chargé, par M. le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, de mettre en harmonie l'institution des quarantaines et les règlements qui s'y rattachent avec les résolutions adoptées par le Congrès sanitaire international, résolutions qui ont déjà reçu la sanction ou l'adhésion de la plupart des gouvernements européens.

— Trois cas de choléra, dont deux assez graves, ont été observés à l'hôpital Cochin ; mais tous se sont terminés par la guérison.

—Une affection catarrhale épidémique règne à Montluçon et dans ses environs depuis le 20 février. Au moins la dixième partie de la population a déjà présenté des symptômes morbides plus ou moins graves. Toutes les affections offrent un caractère commun, la viciation des sécrétions cutanées et muqueuses. C'est donc une véritable *épidémie catarrhale*.

— Les nouvelles de Saint-Domingue, apportées par ***la Créole***, sont tristes. La fièvre jaune continuait encore à sévir à la fin de janvier. L'épidémie attaque surtout les jeunes gens de 18 à 30 ans. Ceux qui viennent dans le pays pour la première fois périssent à coup sûr, et les hommes déjà acclimatés ne sont point hors d'atteinte.

La Créole, ***le Napoléon***, ***la Perle***, ***l'Eugène***, ***la Betzi***, ont perdu près des trois quarts de leur équipage. Le brick de l'état ***le Génie***, commandé par M. de Kerigouet, capitaine de frégate, a été plus maltraité que les navires marchands. Parmi les Anglais et surtout les Américains, le fléau est plus terrible encore. On a vu des navires de cette dernière nation être abandonnés, après la mort de leur capitaine, par le reste des matelots éperdus, qui s'en allaient chercher, dans les plus épouvantables orgies, l'oubli de la terreur qui les dominait. Un navire belge a perdu tout son équipage, excepté le frère du capitaine. On a été obligé de mettre les scellés à bord.

— Nous lisons dans le Journal de Saint-Quentin :

« Le nombre des malades est assez considérable depuis quelque temps dans notre ville et dans les environs. Aucune maladie n'a cependant pris un caractère épidémique, et c'est aux variations de la température, à l'humidité causée par les neiges, aux changements qui se sont opérés dans l'atmosphère qu'il faut attribuer la plupart des affections signalées dans tous les rangs de la population. »

— Les journaux de la Martinique jusqu'au 28 janvier, et ceux de la Guadeloupe jusqu'au 3 février, annoncent une notable amélioration de l'état sanitaire.

— L'épidémie variolique règne en ce moment à Saint-Quentin.

— L'épidémie de fièvre typhoïde atteint beaucoup de familles ouvrières de Loignies.

— Dans le courant du mois de février, il est mort à Strasbourg 173 individus. Voici l'énumération des maladies qui ont amené le plus grand nombre de décès :

Apoplexie, 11; bronchite, 6; congestion cérébrale, 4; convulsions chez les enfants, 14; entérite, 9; faiblesse d'organisation, 11; fièvre nerveuse, 3; fièvre typhoïde, typhus, 2; hydropisie, 5; maladie organique du cœur, 4; marasme, 5; marasme sénile, 10; mort de vieillesse, 3; péritonite (inflammation du bas-ventre), 2; phthisie pulmonaire, 24; pneumonie (fluxion de poitrine), 10.

— Saint-Pétersbourg, 24 mars. — Le 24 février au matin, il y avait 149 malades en traitement; on a compté pendant cette journée 17 nouveaux cas, 7 guérisons, 7 décès; restaient 152 malades.

— La Société de médecine de Marseille propose pour sujet d'un prix de la valeur de 300 fr., qui sera décerné dans la séance publique de 1853, la question suivante :

1° De l'accouchement prématuré artificiel;

2° Dans quelles circonstances et à quelle époque de la gestation faut-il le pratiquer;

3° Quel est le meilleur moyen de le terminer.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être remis dans les formes académiques et avant le 1er septembre 1853, terme de rigueur, à M. le docteur H. Meli, secrétaire général de la Société, rue des Chartreux, n° 15, à Marseille.

— Un prix de 20 guinées a été fondé par lord Saint-Leonard's, chancelier d'Irlande, en faveur du meilleur essai sur la folie hypocondriaque.

Ce prix vient d'être décerné à M. le docteur Joseph Williams, par l'Académie de chirurgie de Dublin.

— Un décret, en date du 19 mars, crée pour le service des hôpitaux de la marine et pour celui des bâtiments de la flotte un corps d'infirmiers permanents qui fera partie de l'armée de mer, et fixe les conditions d'admission et le traitement de ces infirmiers.

Dans cette création, on a eu pour but de remplacer un certain nombre de condamnés aux travaux forcés qui, depuis l'existence des bagnes, remplissaient, dans les hôpitaux de la marine, les fonctions d'infirmiers servants.

— On écrit de Nantes, 9 février :

« Un des hommes le plus justement entourés de l'estime générale de ses concitoyens, l'un des membres les plus appréciés dans la Faculté de médecine de notre ville, M. Maisonneuve père, vient, à la suite d'une courte maladie, de terminer sa longue et honorable carrière. »

— On écrit de Nîmes, 22 mars :

« Le corps médical de notre ville vient de faire une nouvelle perte. Le docteur Jarras a succombé vendredi dernier à une longue maladie qui l'a enlevé à un âge où il pouvait encore utiliser, au profit de sa nombreuse clientèle, une science incontestée, un jugement sûr et une longue expérience. »

— M. Révelihe, nommé médecin en chef des hospices de Nîmes, en remplacement de M. Martin, décédé, a été installé, jeudi dernier, dans ses nouvelles fonctions.

— Un médecin distingué de Turin, M. le professeur Riberi, sénateur du royaume, vient d'être décoré par S. M. l'empereur des Français de la croix de commandeur de la Légion d'honneur.

— M. Geay, chirurgien aide-major au 74e de ligne, fait partie du service médical de l'hôpital militaire de Belfort.

— M. Gabriel Hecquio, médecin major de première classe, est nommé à l'hôpital de Nancy.

M. Emile Beroier, médecin major de deuxième classe, est nommé au 8e dragons.

M. Louis-Joseph Gneory, médecin major de deuxième classe, est nommé au 47e de ligne.

M. Charles-Jules Delcominete, médecin aide-major de deuxième classe, est nommé à l'hôpital de la division de Constantine.

M. Nicolas-François-Auguste Martinet, médecin aide-major de deuxième classe, est nommé à l'hôpital de la division de Constantine.

— Il est question de promulguer en Angleterre une loi qui rendra la vaccine obligatoire. Il paraîtrait que les parents seront tenus de faire vacciner leurs enfants à un âge prévu par la loi.

— Le docteur Forbes Winslow a été élu président de la Société médicale de Londres.

— La petite ville de Chantelle, chef-lieu de canton dans le département de l'Allier, n'ayant pas d'hôpital, plusieurs personnes ont eu l'heureuse idée de faire un appel à la générosité des habitants. Une souscription a été ouverte, et en moins de deux mois elle a déjà atteint le chiffre de 32,000 fr.

— On lit dans le Progrès d'Arras, sous la date du 5 mars :

« Un jeune homme de Saint-Laurent-lez-Blangy est tombé dans un état léthargique depuis le 22 février, et cet état ne s'est en rien modifié depuis cette époque; il en est aujourd'hui à son douzième jour d'anéantissement; sa respiration, toujours très-faible, est le seul indice qu'il existe encore. »

— Le docteur Luigi Brucalessi (de Florence) nous fait part d'une découverte qui doit apporter de grands perfectionnements dans la photographie, et en même temps diminuer les frais d'exécution par l'adoption de produits chimiques d'un prix moins élevé que ceux employés jusqu'ici. Ainsi il remplace le collodion par la glutine, l'albumine par l'acide acétique, l'acide gallique et pirogallique par les acétates de fer et l'ammoniaque.

— Cas effrayant d'hydrophobie chez un cheval en Irlande. — On lit dans l'Armagh chronicle :

« Samedi dernier un fort cheval de labour, appartenant à M. Mc. Crum, près Armagh, est mort enragé. La veille de sa mort, l'animal était dans un état extraordinaire d'excitation; il montrait divers symptômes de maladie et il transpirait beaucoup plus que d'habitude. A la charrue, il mordait fréquemment l'autre cheval. Dans la soirée, son état a empiré, et dans la nuit sa violence est devenue telle que l'alarme s'est mise dans l'écurie; il a fallu en toute hâte faire venir le vétérinaire, M. Small. Un des garçons d'écurie ayant présenté un seau rempli d'eau au cheval a été furieusement assailli par l'animal qui l'a mordu au-dessus de l'œil; un autre garçon de ferme qui voulait se rendre maître de l'animal a été mordu à la main.

» M. Small en arrivant a constaté tous les symptômes de la rage, et il a déclaré que l'animal était enragé. Il a fait envoyer sur-le-champ à Armagh les deux hommes mordus qui ont été cantérisés par le docteur Robinson. On ne pouvait pas se rendre maître du cheval dans l'écurie. Il s'élançait avec furie à bouche ouverte contre quiconque osait approcher, et se ruant contre les râteliers il parcourait en écumant l'écurie dans une indicible frénésie. Il a fini par briser la porte, et il s'est élancé dans un verger voisin où l'on est parvenu à l'isoler. L'animal cherchait toujours à mordre tout ce qui se trouvait sur son passage. Il finit par s'embarrasser dans les branches d'un pommier. Là il lutta jusqu'à complet épuisement de sa force, finit par tomber et mourut dans les convulsions d'une effroyable agonie. M. Small a procédé à la dissection. Il a trouvé tous les caractères de la rage développés au plus haut point. M. Mc. Crum, maître du cheval, a déclaré que cet animal qu'il possédait depuis des années avait été toujours docile et traitable. M. Small prétend que, quoique l'animal se soit montré très-violent lorsque l'eau lui a été présentée et qu'il ait mis en pièces le seau d'eau sans ses pieds, cependant l'hydrophobie ou l'aversion pour l'eau n'est pas un symptôme de rage chez certains animaux.

» Ce cheval avait été probablement mordu par un chien, supposé enragé et que l'on a vu rôder dans le voisinage de Keady, il y a trois semaines. Il est très-heureux que M. Small se soit trouvé là pour constater à temps l'hydrophobie; autrement les hommes qui entouraient cet animal, ignorant la nature de son mal, eussent été bien plus sérieusement exposés. »

— Tout le monde connaît la propriété que possèdent certaines matières colorantes, lorsqu'elles sont mêlées aux aliments, d'entrer dans le système et de colorer les os. De nombreuses expériences ont démontré que les cochons qui mangent de la garance ont très-promptement les os colorés en pourpre. On rapporte plusieurs exemples d'animaux sur lesquels d'autres substances ont produit le même effet. Personne, cependant, n'avait encore tenté d'utiliser une si féconde découverte, lorsque dernièrement M. Roulin, en élevant des vers à soie, eut l'ingénieuse idée de leur donner une nourriture colorée juste au moment où ils allaient faire leurs cocons. Il mêla à cet effet une petite quantité d'indigo aux feuilles de mûrier dont ils se nourrissent, et obtint pour premier résultat des cocons d'un bleu assez beau. Il chercha ensuite une substance rouge que les insectes pussent manger sans danger, et réussit, après quelques essais malheureux, à la trouver dans la *bignonia chica*. Il mêla de petites parties de cette plante aux feuilles de mûrier, et obtint de belle soie rouge. M. Roulin continue ses expériences et espère obtenir de la soie de plusieurs autres couleurs.

— Hôpitaux de New-York. — L'*hôpital de New-York* a été fondé en 1790. Son personnel médical se compose de 26 personnes : 1 pharmacien, 2 médecins internes, 6 médecins et chirurgiens consultants, 6 médecins (district), 10 médecins assistants (5 pour les hommes et 5 pour les femmes) et 1 aide de pharmacie. Toutes ces charges sont honoraires, excepté celles du pharmacien et de son aide, des médecins internes et des médecins de district. Pendant l'année 1852, il a été reçu à cet hôpital 48,381 malades; 2,815 individus ont été vaccinés, et 6,948 traités pour des cas de basse chirurgie. Le nombre de malades en 1851 a été de 54,462, dont 21,621 du sexe masculin et 28,941 du sexe féminin. Le chiffre total des malades, en 1852, avait dépassé de 9,627 celui de l'année 1850. L'*hôpital du nord* a reçu 21,941 malades dans le courant de l'année qui s'est terminée le 1er avril 1852. Il est dit dans le rapport de cet hôpital que le nom de Jenny Lind aurait indubitablement figuré parmi ceux des bienfaiteurs de cette maison, si les statuts de l'œuvre n'avaient réservé cet honneur exclusivement aux fondateurs. Cet hôpital est très-pauvre; ses dépenses dépassent ses revenus. L'*hôpital du nord-ouest*, établi plus récemment, a reçu 118 malades internes, 7,955 externes et 1,293 individus pour être vaccinés. Sur ce nombre, 124 sont morts, 17,761 ont été guéris, soulagés ou renvoyés. L'*asile pour les gens de couleur*, espèce de maison pénitentiaire, a reçu dans le courant de l'année 250 individus, 84 du sexe masculin, 166 du sexe féminin. Dans ce nombre étaient compris 30 enfants. A la fin de l'année, il ne contenait plus que 28 hommes et 25 femmes. On peut expliquer cette mortalité par le grand nombre de personnes très âgées que cette maison contenait, et aussi par l'état dangereux de maladie dans lequel beaucoup d'entre elles avaient été reçues dans l'hospice.

— M. Édouard Robin, dont les recherches permettent de rattacher en général à quelques principes les faits si nombreux de la chimie minérale, commencera, le 30 mars, à trois heures et demie, un cours de chimie minérale et organique, suivi d'applications nouvelles à la toxicologie, à la thérapeutique et à l'agriculture.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — PARALYSIE MUSCULAIRE ATROPHIQUE.

Une communication intéressante de M. le professeur Cruveilhier à l'Académie de médecine a pour but d'appeler l'attention sur une forme particulière et non encore décrite de paralysie, que l'auteur désigne sous le nom de *paralysie atrophique progressive*. Une forme nouvelle, à plus forte raison une *espèce* nouvelle (ainsi que le dit notre savant collègue) de paralysie est une révélation grave dans l'état actuel de la science. La physiologie moderne ne vit, depuis bientôt quarante ans, que du système nerveux, et en particulier de la distinction introduite par Charles Bell entre les nerfs du sentiment et du mouvement. Une nouvelle espèce de paralysie, dans l'état actuel de nos connaissances, peut être une lumière ou un trouble : elle peut compléter les notions déjà considérables qui tendent à établir la multiplicité du système nerveux rachidien, ou bien renverser certaines idées qui ont pris domicile dans la science à la suite de la révolution opérée par Charles Bell. A l'un ou l'autre de ces points de vue, la communication de M. Cruveilhier offre donc un grand intérêt, et c'est pour cela sans doute qu'elle donnera lieu à une discussion sérieuse à l'Académie.

Mais avant de discuter, il conviendrait au préalable de bien savoir sur quoi portera la discussion. Pour cela, deux choses sont indispensables : la première, de connaître l'état actuel de la science sur le point physiologique du système nerveux en rapport avec le nouveau mode de paralysie ; la seconde, de bien préciser en quoi ce nouveau mode de paralysie diffère de ce que l'on avait observé précédemment. En un mot : de marquer le point d'où l'on part et la route nouvelle où l'on s'engage.

Les connaissances ou plutôt les croyances actuelles sur la physiologie du système rachidien peuvent se résumer en trois groupes. Il y a des notions que l'on regarde généralement comme certaines : ce sont celles qui se rapportent à la distinction des nerfs céphalo-rachidiens en nerfs du sentiment et en nerfs du mouvement ; il y en a que l'on peut regarder comme provisoires : celles qui se rapportent aux mouvements réflexes, et à l'hypothèse d'une faculté excito-motrice de la moelle ; il y en a qui sont à l'état d'ébauche et encore très-confuses : ce sont celles qui ont pour objet les rapports et connexions de la moelle épinière avec le grand sympathique. Hors de ces trois groupes, il peut y avoir des opinions individuelles, des indications vagues, mais elles n'ont pas cours dans la science, ou bien elles se rapportent de près ou de loin aux trois catégories de faits et d'idées que nous venons de résumer.

Relativement à la distinction des nerfs en nerfs du sentiment et du mouvement, on peut établir une sous-division comme il suit : les *racines* antérieures et les nerfs qui en proviennent sont exclusivement affectés au mouvement ; les racines postérieures et les nerfs qu'elles fournissent, exclusivement au sentiment. Cette doctrine, depuis les expériences de M. Longet surtout, est regardée comme parfaitement établie. Il en est de même de celle qui concerne les *faisceaux* antérieurs et postérieurs de la moelle, que l'on regarde très-généralement aujourd'hui comme possédant des propriétés aussi distinctes que les racines nerveuses. Les *faisceaux latéraux*, ceux qui sont compris entre les deux ordres de racines, considérés d'abord par Charles Bell comme présidant aux mouvements respiratoires et comme servant de point d'implantation à tous les nerfs appelés par lui *respiratoires*, sont sûrement étrangers aux nerfs du sentiment ; mais on ne peut pas rigoureusement nier qu'ils ne participent au moins au rôle de conducteur du principe de ces mouvements, dont le bulbe rachidien serait plutôt le foyer.

Relativement aux mouvements réflexes, il est parfaitement établi que des mouvements d'ensemble peuvent être produits par les muscles de la vie de relation, sans le concours de la conscience et de la volonté, et sous la seule influence d'une excitation extérieure ou intérieure aboutissant à la moelle, considérée comme *sensorium commune*. Sous l'influence de ces excitations, la moelle réagirait en vertu d'une faculté excito-motrice particulière, ou même en vertu d'un appareil excito-moteur propre, formé par une de ses fractions.

En ce qui concerne les connexions de la moelle épinière avec le grand sympathique, il convient de distinguer les notions purement expérimentales établissant que la moelle et les nerfs rachidiens exercent une notable influence sur les fonctions de la vie organique, des véritables connexions anatomiques de subordination, qu'on a cru découvrir entre la moelle épinière et le grand sympathique. Si les premières, en tant que fait matériel, ne peuvent être contestées, il n'en est pas de même des secondes, qui sont loin jusqu'ici d'être suffisamment démontrées. Mais quelles qu'elles soient, leur obscurité même montre combien il est difficile d'en tirer des applications à la pathologie, comme aussi combien il serait dangereux pour la pathologie d'en faire abstraction.

Le rappel des notions qui précèdent n'est pas, qu'on veuille bien le remarquer, l'expression de notre opinion particulière ; historien du débat, que nous cherchons à rendre clair et profitable pour nos lecteurs, nous fixons pour eux plus que pour nous un point de départ ou de repère physiologique en vue de l'application pathologique qu'ils auront à juger. Or les simples données que nous avons rappelées circonscrivent rigoureusement la notion physiologique actuelle, en ce qui concerne les divers modes d'action de la moelle et des nerfs sur les muscles et sur les divers mouvements dont ceux-ci sont les organes.

Faisons pour la pathologie, c'est-à-dire pour la physiologie pathologique de la paralysie, ce que nous venons de faire pour la physiologie de la moelle et des nerfs.

Nous rappellerons qu'on admet généralement aujourd'hui qu'il existe des paralysies distinctes des nerfs du sentiment et du mouvement, les unes et les autres en concordance de siége avec les parties du système nerveux, racines, nerfs et cordons considérés comme organes distincts du sentiment et du mouvement. M. Longet a rassemblé la plupart des faits de ce genre. Dans plusieurs non-seulement on trouve des altérations évidentes des faisceaux, des racines ou des nerfs, mais encore l'atrophie spéciale des racines des nerfs du mouvement et du sentiment. Jusqu'ici cependant on n'avait pas encore observé de paralysie générale du mouvement coïncidant avec une atrophie générale des racines affectées à la motilité. Mais considérée dans ses applications partielles, cette sorte de confirmation de la physiologie par la pathologie n'avait rien laissé à désirer, et nous avons nous-même eu occasion d'en rencontrer un exemple fort remarquable chez une jeune fille morte d'une gangrène de la bouche, après avoir été

Feuilleton.

ORFILA.

Muse, couvre ton front d'un long voile de deuil ;
La science aujourd'hui pleure sur le cercueil
Du savant dont le nom fut sa plus belle gloire,
Dont le nom tout entier reste acquis à l'histoire ;
Car lorsqu'un grand génie a suffisamment lui,
Il s'éclipse en jetant un rayon après lui.
Oh ! la mort s'est montrée envers nous bien cruelle,
En arrêtant le cours d'une vie aussi belle,
En ne laissant plus voir de ce brillant flambeau
Qu'un des jets lumineux s'échappant du tombeau !
Qui l'eût pensé, le jour qu'il nous fit à l'École
Pour la dernière fois entendre sa parole,
Que ce puissant talent dont la voix attirait,
Cinq à six jours encore, pour toujours s'éteindrait ?

Au milieu de la foule environnant la tombe
De l'homme officiel ou de l'ami qui tombe,
Au milieu des regrets éclatant en discours,
Aux larmes de ton cœur, toi, donne un libre cours,
Toi, Muse, qui, jadis, sans arrière-pensée,
Apportas quelque baume à son âme blessée,
Alors que le savant et l'administrateur,
Sous leurs pas triomphants trouvaient un insulteur,
Alors que sans merci la haine avec l'envie,
Comme deux vers rongeurs, s'attachaient à sa vie (1).
Tu ne saluais point en lui l'homme au pouvoir ;
Mais tu rendais sa part de justice au savoir ;
Et tu l'as bien prouvé, car jamais ta louange
Ne reçut une place ou la croix en échange.
Et ces fiers puritains qui l'ont tant insulté
Oseraient-ils en dire autant de leur côté ?

Qu'ils ont dû se troubler jusqu'au fond des entrailles,
Sentir le rouge au front à voir ces funérailles,

---

(1) On sait qu'en 1836, M. Orfila fut en butte aux critiques les plus acerbes comme doyen et comme toxicologiste.

traitée par nous pour un pied-bot paralytique. L'observation relative à ce sujet a été insérée par M. Longet dans son excellent ouvrage sur le système nerveux. Cette observation n'a pas seulement la valeur d'une confirmation de la doctrine de Charles Bell, elle est encore la première où l'on ait pu constater le rapport de subordination entre la lésion nerveuse et la lésion musculaire, soit sous le point de vue anatomique, soit sous le point de vue physiologique.

Mais la communication de M. Cruveilhier soulève d'autres questions que celle du rapport de la lésion des racines motrices avec la paralysie exclusive du mouvement. Le fait de l'atrophie musculaire avec la dégénérescence graisseuse du muscle doit aussi être apprécié sous le point de vue de sa nouveauté et de son importance physiologique et pathologique. Or où en est la science à ce double égard?

On sait de temps immémorial que la paralysie, considérée d'une manière générale, amène l'atrophie des parties qui en sont le siége. Étudiée d'une manière plus spéciale, au point de vue de la distinction des nerfs en nerfs du mouvement et du sentiment, on a observé et publié un assez grand nombre de faits, desquels il résulte que l'atrophie musculaire est surtout liée à la paralysie et aux différents modes de la paralysie, depuis la contracture et la rétraction jusqu'à la résolution paralytique. L'atrophie musculaire avec dégénérescence fibreuse, avec dégénérescence graisseuse, seules ou combinées, sont des effets que nous croyons avoir été des premiers à signaler. Niés en fait et mal compris d'abord, ils ont fini par être admis successivement, comme résultats matériels, si ce n'est comme preuves doctrinales; à ce point que la discussion ne roule plus que sur les mots. L'atrophie musculaire, compliquée de dégénérescence graisseuse et fibreuse, est un fait d'anatomie et de physiologie pathologique presque inséparable de toute difformité ancienne.

Mais on a, dans ces derniers temps, appelé l'attention sur une nouvelle sorte d'atrophie musculaire, qui serait d'un tout autre ordre: une atrophie en quelque façon essentielle, exclusivement musculaire, et par conséquent indépendante d'une lésion nerveuse préalable, soit du mouvement, soit du sentiment. Cette atrophie, désignée sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*, caractérisée par des symptômes propres, affectant une marche particulière, reconnaissant une origine spéciale, constituerait une affection à part, et réclamerait à ce titre une place nouvelle dans le cadre nosologique. C'est précisément celle que M. Cruveilhier, et avant lui MM. Aran et Thouvenet auraient observée. Mais dès l'abord la dénomination imposée par chacun des auteurs atteste une différence d'opinion sur le fond de la maladie. Pour M. Aran, par exemple, c'est une simple atrophie musculaire sans paralysie, ou du moins si celle-ci arrive, elle est plutôt une impuissance de contractilité par diminution ou absence de la fibre musculaire que par lésion de son moteur nerveux. MM. Thouvenet et Cruveilhier, au contraire, appellent cette maladie une *paralysie musculaire atrophique progressive*, et ils entendent par là que c'est une sorte de paralysie qui amène consécutivement l'atrophie. On voit donc que, si les faits sont les mêmes, les doctrines sont différentes. Mais qu'importe! Si les faits sont nouveaux, s'ils éclairent et agrandissent d'une façon ou d'une autre le domaine de la science. C'est ce que la discussion académique aura sans doute pour but de rechercher. Pour le moment, il nous suffit d'avoir posé les termes de la question, d'avoir montré d'où elle part au triple point de vue anatomique, physiologique et pathologique. La discussion montrera sans doute où elle doit aboutir.

J. GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR L'ANÉVRISME PARTIEL DU CŒUR; par M. le professeur FORGET (de Strasbourg).

Il est une affection singulière, dont la première mention ne remonte pas à plus d'un siècle, qui n'a même pris rang dans la science que depuis vingt-cinq ans, et dont les exemples passent encore aujourd'hui pour être rares, bien que les archives de l'art en offrent déjà plus de soixante: c'est l'affection connue sous le nom d'anévrisme partiel du cœur.

Affection singulière, disons-nous, bien que, philosophiquement considérée, cette lésion ne soit que l'analogue de celle qui se manifeste fréquemment sur toutes les cavités sphériques ou cylindriques de l'économie, et notamment sur le trajet des canaux circulatoires, dont le cœur fait partie. Aussi ne doit-on attribuer en partie la rareté ou du moins la nouveauté de cette altération qu'à la négligence avec laquelle les anciens et beaucoup de modernes procédaient et procèdent encore aux investigations cadavériques. La multiplication de ce genre de faits, depuis l'œuvre de Breschet (1827), permet de penser que désormais ils auront perdu de leur singularité. Néanmoins ils sont encore assez peu multipliés, leur histoire surtout est encore assez controversée pour qu'il soit utile d'étudier et de signaler ceux qu'on a la bonne fortune de rencontrer. Il est à remarquer, en effet, qu'à mesure que ces faits deviennent plus nombreux, les opinions deviennent aussi plus arrêtées sur leur structure et leur mécanisme, progrès qui résulte des analogies que la plupart d'entre eux présentent à l'observation.

Le fait nouveau que nous allons produire est remarquable par sa simplicité même, c'est-à-dire par ses ressemblances avec le plus grand nombre de ceux qui ont été publiés. Après l'avoir exposé, nous en prendrons texte pour esquisser l'histoire générale de cette affection.

OBS. — Un vieillard de 81 ans, primitivement de forte constitution, n'ayant, dit-il, jamais été malade dans le cours de sa longue et pénible carrière; actuellement amaigri, pâle, débile par le fait de la sénilité, est apporté à l'hôpital le 12 septembre 1851, pour y recevoir les soins dont il manquait chez lui. Sa principale infirmité consiste dans l'incontinence des matières fécales. On constate, en outre, quelques râles de la bronchite chronique. Le pouls est peu développé, peu résistant, sans notable fréquence, sans irrégularité. L'exploration du cœur ne présente rien de particulier. Il est accueilli dans nos salles à titre de pensionnaire plutôt que de malade. Diverses médications modérées sont appliquées à ses diverses infirmités.

Nous devons signaler à titre d'accident une gale chronique recouvrant la presque totalité du corps, constituée par une abondante éruption de vésicules scabieuses, de papules prurigineuses, de rougeurs eczémateuses que nous combattîmes avec succès, malgré la débilité du sujet, au moyen de la méthode expéditive de M. Hardy, à savoir: friction générale d'une demi-heure avec le savon noir, bain tiède d'une heure avec frictions sous l'eau; puis nouvelle friction générale avec la pommade d'Helmérich pendant une demi-heure sur toute la surface du corps; enfin bain de propreté le lendemain. Moyennant quoi cette gale intense disparut promptement, sans qu'il en soit résulté aucun accident.

Notre malade vécut ainsi, en s'affaiblissant graduellement jusqu'au 30 avril 1852, jour où il s'éteignit insensiblement, sept mois après son entrée, sans qu'aucun symptôme extérieur ait pu faire soupçonner aucune lésion locale.

NÉCROPSIE 36 heures après la mort.

Ce convoi grandiose où se pressait à flots
Le peuple médical étouffant ses sanglots;
Où tant d'amis en deuil, où chaque compagnie
De nos grands corps savants rendaient à son génie
L'hommage qu'on lui doit; car l'homme n'est plus rien
A l'heure de sa mort, s'il n'a fait quelque bien.
Tes bienfaits, ORFILA, partout on les raconte;
Et, quant à moi, pourrai-je en décrire le compte?

Oui, tout parle de toi dans notre Faculté
Dont le renom si haut par tes soins fut porté.
Le creuset sous tes doigts par son exactitude
Relevant la chimie, en fit aimer l'étude,
Et d'élèves jamais aucun enseignement
N'amena vers la chaire un tel empressement.
Le cloaque Saint-Côme à tes lois organiques
Se soumit et devint l'hôpital des Cliniques.
Cette école aux travaux du scalpel consacré
Où l'élève, aspirant un air pestiféré,
Trouvait souvent la mort aux sources de la vie,
Aux recherches sans fin maintenant nous convie.
Ton souffle créateur a tout regeneré.
Dans cinq grands pavillons, en leur flanc aéré,
Sur des tables en fer le cours d'une eau limpide
Enlève au détritus son élément morbide.
Au sein des hôpitaux l'esprit d'hostilité
Contre tes arguments trois fois s'est arrêté,
Et nous avons pu, grâce à la persévérance,
Échapper au veto des siècles d'ignorance.
C'est sans doute en songeant à ces brûlants débats,
Où certain philanthrope avait pris ses ébats,
Qu'opposant, après toi, l'exemple à l'argutie,
Tu livres, dans tes legs, ton corps à l'autopsie.
Tu parcours la province, et prenant son élan,
L'École secondaire y produit le talent,
Et, comme l'a prevu la haute prescience,
Lègue aux départements leur foyer de science.

Qui dicte de nos jours leur verdict aux jurys
Dans le doute que laisse un cadavre en débris?
C'est encore Orfila qui de sa main habile
Suit un toxique agent dans le sang, dans la bile,
Jusqu'au fond des tissus, et donne ainsi raison
A la justice humaine à l'aspect du poison.
Soucieuse envers nous, son âme est obsedée,
Au sein de ses splendeurs, de cette affreuse idée
Qu'à ses côtés peut-être un confrère alité,
Par le travail, par l'âge ou quelque infirmité,

Maigreur squelettique. Rien de particulier dans les organes digestifs. Nous découvrons une pneumonie hypostatique en arrière et à la base des deux poumons. Emphysème au bord antérieur des mêmes organes. Traces de bronchite chronique.

Le cœur apparaît volumineux au premier aspect, surtout dans la région du ventricule gauche. Le péricarde d'enveloppe adhère au cœur dans presque toute son étendue, au moyen de lamelles celluleuses d'ancienne formation.

En ouvrant le ventricule gauche, on remarque à la partie postérieure un espace où les parois charnues sont remplacées par de la fibrine solidifiée, stratifiée en forme de feuillets superposés à la manière des couches ligneuses de l'aubier, que nous enlevons successivement. Cette fibrine, de plus en plus consistante, de couleur variant successivement du brun noirâtre au gris café, remplit une cavité membraneuse, irrégulièrement hémisphérique, ayant environ 7 centim. d'ouverture diamétrale et 6 centim. de profondeur.

A première vue, cette poche nous parut appartenir à l'oreillette gauche et non au ventricule, ce qui nous semblait fort singulier; cette illusion provenait de ce que le limbe inférieur de l'ouverture anévrismale était comme frangé de petits appendices résultant de la rupture des cordes tendineuses de la valvule mitrale, que nous prenions pour la valvule elle-même; mais en y regardant de plus près nous reconnûmes que cette cavité était creusée dans les parois du ventricule même et placée au-dessous et en arrière de la valvule mitrale. C'est donc un anévrisme partiel de la paroi postérieure et supérieure du ventricule gauche.

Les parois de la cavité anévrismale paraissent constituées par une membrane fibro-celluleuse, de 2 millimètres d'épaisseur à son fond, un peu plus épaisse au contour de l'ouverture qui forme une espèce de bourrelet sur lequel se réfléchit l'endocarde en se continuant, sans qu'on puisse déterminer le point où il cesse de tapisser la cavité. Ces parois semblent formées : 1° par l'endocarde en dedans; 2° par le double feuillet viscéral et pariétal du péricarde en dehors; 3° par un tissu fibro-celluleux intermédiaire. Le tissu musculaire cesse d'être apparent autour du bourrelet d'ouverture, et l'examen microscopique ne révèle aucune trace de ce tissu dans l'épaisseur des parois de la tumeur. On n'y reconnaît aussi aucun indice de matière athéromateuse, cartilagineuse et osseuse, seulement on y remarque des inégalités et des érosions qui paraîtraient dues à la destruction de l'endocarde.

La valvule mitrale n'est pas sensiblement altérée; mais les valvules aortiques sont notablement épaissies, comme fibreuses, sans rétrécissement considérable de la lumière du vaisseau. Quelques plaques cartilagineuses s'observent sur les parois de l'aorte à son origine. Rien de particulier dans les cavités droites du cœur.

Les autres organes ne présentent rien à considérer.

Nous avons constaté les détails précédents conjointement avec M. le docteur Michel, notre habile chef des travaux anatomiques, et M. Krauss, notre aide de clinique; ils ont, en outre, été soumis à l'observation de toutes les personnes qui ont assisté aux leçons cliniques où nous en avons fait l'exposition.

Voilà ce qu'on peut appeler, je crois, un nouveau cas modèle d'anévrisme partiel du cœur. Méconnu pendant la vie, comme tous les faits du même genre, comme la plupart de ceux-ci, il ne paraît pas avoir influé sensiblement sur la santé générale du sujet.

Il est évident pour nous que cet anévrisme est l'effet consécutif d'une double phlegmasie, c'est-à-dire de l'endocardite et de la péricardite, dont nous avons rencontré des traces manifestes et dont le malade a été affecté à une époque probablement très-éloignée du moment de la mort.

Nous conservons à cette affection le titre d'*anévrisme partiel* du cœur, sous lequel l'ont désigné MM. Cruveilhier, Thurnam et tous les modernes, bien que ce titre soit inexact, car l'anévrisme ordinaire du cœur est son-vent partiel, dans ce sens que toutes les cavités de cet organe ne sont pas simultanément dilatées. Il serait donc plus exact de dire, dans l'espèce : anévrisme partiel du ventricule gauche du cœur ou de telle autre cavité.

Nous ne voulons pas tracer ici l'histoire rétrospective de cette maladie et relater les diverses opinions d'une trentaine d'auteurs qui, jusqu'à ce jour, s'en sont occupés, depuis Galéati (1757); on pourra s'édifier à cet égard en consultant une thèse remarquable présentée en 1846 à la Faculté de Strasbourg par M. le docteur Hartmann, de Bouxwiller (Bas-Rhin), travail qui a pour texte un fait très-analogue au nôtre, recueilli à la clinique de M. le professeur Schutzenberger. Nous aimons mieux nous occuper sommairement ici de la pathogénie de cette affection.

Parmi les 60 cas environ qu'on trouve disséminés dans les archives de la science, très-rares sont ceux où ce genre d'anévrisme s'est produit dans les oreillettes et dans le ventricule droit. Le ventricule gauche en est le siége presque exclusif. Relativement aux points divers de cette dernière cavité où la dilatation s'est produite, sur 40 cas relevés par M. Hartmann, 16 fois l'anévrisme occupait la pointe du ventricule, 11 fois il s'est rencontré à la base, c'est-à-dire immédiatement au-dessous de la valvule mitrale. Le fait que nous avons produit appartient à cette catégorie. 9 fois le sac s'est développé sur un point intermédiaire à la pointe et à la base. J'ai rencontré moi-même un cas où la dépression anévrismale occupait la cloison interventriculaire. 3 fois la tumeur occupait à la fois la pointe et les côtés; une fois le siége n'a pas été spécifié. On voit que si la pointe est souvent affectée, les autres parties et surtout la base du ventricule le sont fréquemment aussi. Dans certains cas, au lieu d'une seule dilatation anévrismale, on en a rencontré deux, trois, quatre séparées les unes des autres dans le même ventricule. Plus souvent encore la tumeur est lobulée de manière à paraître constituer un sac multiple ou à plusieurs loges. Le volume de la tumeur varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui du poing. On a vu que la nôtre présentait des dimensions considérables. L'entrée de la cavité peut être étroite ou large, et plus ou moins large que le fond. Dans notre sujet, l'ouverture était plus large que le fond, ce qui donnait à la tumeur l'apparence d'un segment de sphère irrégulière. L'ouverture du sac, ordinairement unique, peut être traversée par des bandes charnues ou des colonnes qui la font paraître multiple. Dans notre observation, les colonnes charnues, les tendons valvulaires correspondant à l'ouverture du sac, étaient rompus.

Dans quelques cas rares, le sac est exempt de caillots, le sang y passe sans s'y concréter. Presque toujours la cavité est plus ou moins remplie de fibrine stratifiée, comme dans les anévrismes artériels. Cette fibrine varie de couleur, de consistance; ordinairement elle est plus dense et plus pâle au fond qu'à l'entrée.

Les parois du sac présentent presque toujours la même structure; elles forment une cavité membraneuse constituée, de dedans au dehors, par l'endocarde ou quelque chose qui lui ressemble, puis par du tissu cellulaire fibreux, quelquefois par des couches plus ou moins minces de fibres musculaires ordinairement dégénérées, d'apparence fibreuse, par le feuillet viscéral du péricarde et souvent par le feuillet pariétal, car il est très à remarquer que dans la plupart des cas, dans celui de M. Schutzenberger comme dans le nôtre, le cœur adhérait plus ou moins complétement à son enveloppe. Ce que je viens de dire de l'endocarde indique un doute de notre part. En effet, l'endocarde, qui est l'analogue ou plutôt la continuation de la membrane interne des artères, nous

---

Manque de ces secours qu'un pauvre même on donne;
Que sa famille en pleurs au désespoir s'adonne;
Que peut-être après lui sa veuve est sans soutien,
Son enfant sans asile; alors l'homme de bien
Dans le ciel et nos cœurs plaçant sa confiance,
Jette en ses fondements l'œuvre de prévoyance.

Ah! si ton souvenir se retrouve partout,
Dans notre muséum ta grande ombre est debout,
Unie à ces trésors que la science étale;
Riche collection qui n'a pas de rivale,
Où tous les grands talents, semés dans l'univers,
Ont apporté chacun leur tribut si divers;
Vrai temple où sont classés les ressorts de la vie,
Et que l'Europe entière, Orfila, nous envie.

Heureux de tant de bien que ton cœur avait fait,
Tu méditais encor ton suprême bienfait,
Lorsque par un arrêt, un jour, la République
T'enleva sans excuse à la chose publique.
A l'honneur des partis, tous, devant cet arrêt,
S'en vinrent à l'envi t'exprimer un regret;
Et ces fiers jeunes gens qui n'ont pas l'habitude
De payer des bienfaits par une ingratitude,
Pour montrer quels étaient aussi leurs sentiments,
Te couvrirent d'amour et d'applaudissements.

Repose donc en paix : tandis que notre école,
Orfila, s'illumine à ta belle auréole,
Ton nom sur les écueils des siècles emporté,
Ira toucher sans crainte à la postérité.

AU MONDE MÉDICAL.

Confrères et vous tous, dont la reconnaissance
Voulait, en souvenir de sa munificence,
Frapper son effigie avec son nom sur l'or,
Maintenant dans la tombe, on lui doit plus encor.
De granit et d'airain, au lieu d'une médaille,
Dressez un monument qui s'élève à sa taille,
Et, comme pour parler de lui l'histoire est là,
Ne creusez dans le bloc que ce mot : ORFILA.

Dr A.-L. ROUX.

SOUSCRIPTION POUR ÉLEVER UN MONUMENT A LA MÉMOIRE DE M. ORFILA.

La commission instituée pour aviser aux moyens d'offrir à M. Orfila un témoignage de gratitude du corps médical à l'occasion des actes de haute libéralité

semble devoir être fragile comme elle, surtout lorsqu'il est altéré, rendu friable par l'inflammation; et s'il paraît ordinairement tapisser l'intérieur du sac, c'est qu'après s'être réfléchi sur le bourrelet d'entrée, il se perd et se confond si bien avec les parois de l'anévrisme qu'il est très-difficile de déterminer le point où il cesse d'exister.

Les valvules mitrales et aortiques sont altérées ou non; il est probable qu'elles l'étaient plus souvent qu'on ne l'a dit, alors que les notions de pathologie cardiaque étaient peu avancées et peu répandues. Elles l'étaient manifestement chez notre sujet, et pourtant ce détail important a échappé à d'habiles observateurs qui ont examiné la pièce. On admet généralement que la substance musculaire subit dans sa texture une altération préalable d'où résulte sa friabilité, sa dilatabilité. Quelquefois le ventricule tout entier est dilaté et hypertrophié.

La cause formelle de l'anévrisme partiel a beaucoup occupé les investigateurs. Ils ont invoqué tour à tour l'ulcération, les abcès, le ramollissement, l'hypertrophie, la dégénérescence fibreuse des parois du cœur, etc., toutes altérations qui, selon l'observation judicieuse et non préconçue de Thurnam et de Rokitanski se rattachent de près ou de loin à l'inflammation des divers tissus du cœur et à ses suites. Ainsi Rokitanski admet que l'anévrisme partiel peut être aigu lorsqu'il résulte de la friabilité musculaire produite par une inflammation également aiguë, mais qu'il est le plus souvent chronique parce qu'il résulte ordinairement d'une inflammation chronique elle-même, laquelle amène la dégénérescence fibreuse, et, par suite, l'extensibilité de la fibre musculaire sous l'effort du sang. Cette théorie paraît être celle acceptée aujourd'hui par l'école allemande, car elle se trouve formulée dans une publication du docteur Wirchow, dont je dois l'extrait suivant à l'obligeance de M. le professeur Ehrmann.

« Dans l'inflammation rhumatismale du cœur, on voit pâlir la substance musculaire, sa couleur rouge devient grisâtre, jaunâtre, ce que constate l'observation microscopique des faisceaux primitifs. Dans l'état aigu, le tissu, en se décolorant, devient friable, c'est alors qu'on voit survenir les ruptures du cœur. Lorsque, au contraire, la marche de l'affection est lente et chronique, ce qui est plus ordinaire, on voit disparaître les faisceaux primitifs remplacés par une espèce de tissu cicatriciel, transformation déjà signalée par Morgagni. Le professeur Bochdaleck considère cette dégénérescence comme étant le résultat d'une myocardite chronique. Elle est presque exclusive au ventricule gauche. Elle affecte le plus souvent la paroi postérieure (comme dans notre cas) et se rattache communément à une dilatation de la cavité ventriculaire et à une altération des valvules. La dilatation, dans ce cas, semble provenir d'une paralysie (1) des muscles du cœur, laquelle est générale..... ou bien elle est locale, et alors se développe l'anévrisme partiel du cœur. » (ARCH. D'ANAT., DE PATHOL., DE PHYSIOL. ET DE CLINIQUE.)

Nous ne saurions passer outre sans faire remarquer quelle large place l'inflammation aiguë et chronique occupe aujourd'hui dans la pathogénie de l'école allemande, place que la micrographie agrandit journellement encore, phénomène scientifique bien remarquable à l'époque où l'école française s'efforce de couvrir de réprobation, de dédains et de ridicule cette même inflammation, par la seule raison que, naguère, un de nos grands hommes en a fait abus.

Voilà donc l'origine inflammatoire de l'anévrisme partiel établie sur les bases de l'observation clinique et microscopique, aussi bien que sur celles de la philosophie pathologique. Il me paraît démontré, en somme, que l'anévrisme partiel résulte d'une phlegmasie aiguë ou chronique de l'endocarde et du péricarde, témoin la fréquence des altérations valvulaires et des adhérences péricardiques. Mais il nous semble que la condition complémentaire essentielle est l'altération, ordinairement consécutive, du tissu musculaire du cœur, laquelle diminue la cohésion et la résistance de ce tissu dans une étendue plus ou moins considérable; car les phlegmasies simples et même combinées de l'endocarde et du péricarde paraissent devoir être insuffisantes par elles-mêmes.

Au demeurant, l'analogie que la raison médicale porte invinciblement à établir entre l'anévrisme du cœur et celui des artères, aurait dû, ce nous semble, faire éviter tant d'hésitation et de discussions à cet égard, si l'esprit de secte ne s'en fût mêlé; car il nous paraît clair, qu'à cela près de quelques particularités de structure, les conditions anatomiques, physiologiques et pathologiques sont très-analogues dans les deux cas. Or quel est aujourd'hui l'observateur instruit et réfléchi qui puisse nier l'intervention de l'inflammation chronique dans la production de la plupart des anévrismes spontanés des gros troncs artériels?

Quant aux causes déterminantes de l'anévrisme partiel dans le ventricule gauche spécialement, on a invoqué des raisons plus ou moins spécieuses ou contestables, telles que l'occlusion plus complète de la valvule mitrale comparée à la valvule tricuspide (Thurnam), la plus grande force contractile du ventricule gauche (Cruveilhier), etc. Mais la pathologie du cœur est assez avancée pour qu'il ne soit besoin de recourir à des causes tirées de si loin, et nous pensons que le ventricule gauche est plus exposé à se dilater partiellement, par la raison toute simple qu'il est à peu près le siége exclusif de l'endocardite et de la cardite consécutive. Les rapports se trouvant rompus entre la résistance représentée par les parois ramollies du cœur et la puissance figurée par la colonne sanguine; alors s'accomplit la loi de dilatation *à tergo* ou d'*opistoclasie*, car l'orifice aortique, rétréci ou non, devient un obstacle *relatif* placé en avant du point dilaté. L'effort du sang est latéral, sans doute, mais l'obstacle n'en est pas moins réellement en avant.

Relativement aux causes prédisposantes, on a remarqué que les hommes sont plus sujets à l'anévrisme partiel que les femmes, dans la proportion de 20 à 9. Un seul cas a été observé chez un enfant de 9 ans, tous les autres se sont produits chez des sujets d'un âge mûr ou très-avancé, le nôtre avait 81 ans; mais il est probable que chez beaucoup de vieillards l'affection a une origine plus ou moins ancienne et date vraisemblablement de quelque maladie du cœur qu'ils auront contractée dans l'âge mûr, car on ne saurait invoquer ici, comme pour les artères, l'ossification *sénile* dont on argue pour expliquer l'anévrisme de celles-ci. Les causes traumatiques, les exercices violents, les passions ont probablement quelque influence sur le développement de ce genre d'anévrisme, comme sur celui des autres.

Il est affligeant de reconnaître que la séméiologie de l'anévrisme partiel du cœur est à peu près et même nulle dans la plupart des cas. Beaucoup de malades n'ont même pas eu un vague sentiment de leur maladie; ils ont succombé à d'autres affections, et l'autopsie seule a révélé l'altération du cœur. Il en fut ainsi pour le nôtre. Alors que des symptômes se produisent, ils sont

(1) Ce mot *paralysie* surprend ordinairement les lecteurs français, lesquels ignorent que les auteurs allemands confondent souvent, sous ce titre, toute diminution de résistance des tissus, quelle qu'en soit la cause.

---

qu'il venait d'accomplir en faveur de la science et de la profession, s'est réunie le samedi 26 mars.

La mort ayant changé malheureusement la nature de l'hommage à rendre, la commission a décidé que la souscription serait continuée à l'effet d'élever un monument à la mémoire de l'illustre professeur.

Les souscriptions seront reçues, comme par le passé, dans les bureaux de tous les journaux de médecine; et chez M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris, membre-trésorier de la commission.

Le président de la commission, BÉRARD.

— Une députation imposante autant par le nombre que par l'influence des membres dont elle était composée, s'est présentée ces jours derniers au comte d'Aberdeen, premier ministre de la reine d'Angleterre. Cette députation, composée de sénateurs, de l'Université, des chefs des principales institutions universitaires et maisons d'éducation de Londres, ainsi que de plusieurs membres importants du barreau, venait exposer au gouvernement le vœu de l'Université, qui désire ardemment être représentée au parlement par deux membres au moins choisis dans ses rangs.

M. Portes, au nom de ses collègues, a lu un mémoire dans lequel sont longuement exposés les titres de l'Université, et il évoque des décrets tombés en désuétude aujourd'hui, mais qui n'en sont pas moins un précédent favorable à sa pétition.

Le lord premier ministre a promis de prendre en grande considération le vœu de l'Université, et de l'étayer de toute son influence personnelle.

— La Société de médecine de Nîmes avait mis au concours la question suivante :

1° Le tartre stibié et l'ipécacuanha, administrés à haute dose dans le traitement des maladies de poitrine, possèdent-ils le même mode d'action thérapeutique?

2° S'il n'en est pas ainsi, préciser les cas qui réclament l'une ou l'autre de ces médications.

Ce concours a été très-riche en résultats; car la Société a reçu dix mémoires, doués presque tous d'un mérite incontestable.

L'auteur du mémoire couronné est le docteur Bassaget (de Marsillargues).

Une mention honorable a été accordée aux docteurs :

Massard (Amédée), de Napoléon-Vendée;
Bestieu (Joseph), du Vigan;
Sabatier (Aristide), de Bédarieux.
Falot (R.), de Saint-Laurent-d'Aigouze.

— Le choléra est en permanence à Saint-Pétersbourg. Le 4 mars, au matin, il y avait 201 malades en traitement; on a compté, pendant cette journée, 32 nouveaux cas, 10 guérisons, 19 décès. — Restait 204 malades.

tellement équivoques, qu'il est presque impossible d'en déduire un diagnostic quelque peu précis. Tous, en effet, ont une valeur banale : la douleur éprouvée par le malade de Galéati, la chaleur précordiale qu'on s'est rappelé, après coup, avoir été ressentie par Talma, qui portait une affection de ce genre, mais qui mourut d'une lésion organique de l'intestin, l'oppression, les palpitations mêmes n'ont aucune signification positive. La voussure, la matité précordiale, lors même qu'on les constaterait, pourraient tenir à toute autre cause. L'absence d'un des bruits, les bruits de soufflet (Dance), de sifflement (Carswell), la faiblesse d'impulsion du cœur (Prus) et du pouls (Schützenberger), la stase du sang veineux, etc., appartiennent également à des affections très-diverses, et l'anévrisme partiel est la dernière qui se présenterait à l'esprit de l'observateur. Aussi, je le répète, ne peut-on rattacher ces signes à leur véritable cause qu'après les révélations de l'autopsie.

La marche de l'anévrisme partiel du cœur est presque toujours chronique, comme les lésions qui le produisent. On conçoit pourtant qu'une cardite aiguë puisse donner lieu à la formation rapide de la tumeur, ou bien qu'une lésion chronique venant à produire une solution de continuité, une ulcération, une rupture à la surface interne des parois du cœur, la tumeur grossisse rapidement, du moment où le sang vient à faire irruption par cette espèce de brèche.

Quant aux terminaisons, ou bien la maladie reste à l'état occulte, le malade succombant à d'autres affections, ce qui arrive le plus souvent, ou bien des désordres circulatoires, la stase du sang *à tergo*, amènent des accidents consécutifs, l'anasarque, la cyanose, etc. ; enfin, dans quelques cas rares, 3 fois sur 37, on a vu la cavité se rompre et donner lieu subitement à la mort.

De tout ce qui précède, il résulte que la thérapeutique de l'anévrisme partiel du cœur est nulle de nécessité, en tant que s'appliquant à ce genre de lésions qui demeure ignoré pendant la vie, et que le traitement ne peut s'adresser que : 1° aux lésions causales, celles d'où peut résulter l'anévrisme, telles que l'endocardite, la péricardite, etc. ; 2° aux accidents qu'entraîne consécutivement la maladie, tels que douleur, palpitations, dyspnée, anasarque, cyanose, hémorrhagie même. Aussi l'histoire de cette affection est-elle encore à peu près uniquement un objet de curiosité, vu l'absence d'inductions pratiques directes qui résulte nécessairement de l'absence même des signes positifs.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ESSAI SUR L'EMPLOI DES INJECTIONS IODÉES DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSSENTERIE CHRONIQUE (mémoire présenté à l'Académie de médecine, le 20 juillet 1852); par M. le docteur DELIOUX, médecin en chef de la marine à Cherbourg, professeur aux Écoles de médecine navales, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Les observations dont je présente ici le résumé montrent le degré de confiance que l'on peut accorder à cette nouvelle méthode de traitement.

OBS. I. — Foubert, matelot, est entré à l'hôpital de Cherbourg le 4 octobre 1851, atteint de dyssenterie chronique.

Dix-huit mois auparavant, il a eu aux Antilles une atteinte de dyssenterie aiguë, dont il dit avoir guéri ; mais à son arrivée en France, il eut une nouvelle dyssenterie : ce fut probablement une recrudescence de la maladie, négligée et passée à l'état chronique. Traité à l'hôpital de Brest, il en est sorti se croyant encore guéri.

Retombé malade à Cherbourg, il présente à mon observation, à la fin de novembre, les symptômes d'une dyssenterie ancienne et grave : émaciation extrême; peau sèche et parcheminée; langue rouge et luisante; par jour, cinq à six selles séro-bilieuses, souvent accompagnées de coliques ; de temps en temps un peu de fièvre. L'appétit est conservé, mais il est capricieux. Les digestions sont ordinairement bonnes, quand les prescriptions relatives au régime sont rigoureusement accomplies par le malade.

Foubert est soumis à diverses médicamentations, entre autres aux astringents tannants, notamment au ratanhia, à l'ipéca à la brésilienne, aux opiacés, aux lavements albumineux, argentiques, laudanisés. Il boit du thé ; il prend souvent des bains de siége d'eau vinaigrée, moyens dont j'ai antérieurement signalé les bons effets dans la dyssenterie (MÉMOIRE SUR L'IPÉCA, GAZ. MÉD, 1852). La faiblesse générale, le marasme, font des progrès, de l'œdème se manifestant aux membres inférieurs, on lui administre de l'infusion de camomille, des pilules de Vallet ; on pratique des frictions de vinaigre et d'alcool camphré sur les jambes ; enfin on essaye le sous-azotate de bismuth, à 10 et 12 grammes, seul d'abord, ensuite mélangé à 1 ou 2 grammes de sous-carbonate de fer. Le régime est tonique, analeptique, institué sur les bases que j'ai posées au commencement de ce mémoire.

Malgré l'emploi de tous ces moyens, la maladie persiste et fait même des progrès.

Le 11 janvier, le malade ayant depuis quelques jours des vomissements fréquents après les repas, des coliques, quatre à six selles en vingt-quatre heures, tantôt liquides, tantôt féculentes et de couleur brunâtre, je prescris un lavement ainsi formulé :

Teinture alcoolique d'iode.	10	grammes.
Iodure de potassium. . . .	2	—
Eau.	200	—

Ce lavement est gardé vingt minutes, puis est évacué sans matières fécales ; il n'a donné lieu qu'à de légères coliques. Peu après son administration, le malade a perçu un goût d'iode prononcé, sensation accusée par tous les sujets de ces expériences, chaque fois qu'ils y ont été soumis. En outre, depuis qu'il a reçu le lavement iodé, Foubert éprouve dans la région sternale une douleur vive, peu profonde, sans toux ni fièvre, qui a tous les caractères d'une douleur névralgique, et qui s'est dissipée le lendemain. Y avait-il relation de cause à effet entre cette douleur et le lavement iodé? Est-elle un symptôme de l'action dynamique de l'iode *qui avait été absorbé*, comme je le démontrerai plus loin? Je le crois ; mais cependant ce symptôme iodique doit être rare, car ce malade est le seul sur lequel je l'aie observé.

12 janvier. Depuis que le lavement a été rendu, il n'y a eu ni selles ni coliques.

13. Prescription d'un deuxième lavement iodé suivant la même formule ; il a été encore mieux supporté que celui de l'avant-veille, et a été rendu au bout de quarante minutes avec un peu de matières. Deux heures après, une selle liquide; pas de distension du ventre; pas de coliques; légère accélération du pouls.

Le 14, une seule selle, de consistance de bouillie, sans coliques. La douleur sternale s'est manifestée par intervalles, moins vive qu'à son début.

15. Une selle, *ut suprà*. sans coliques.

16. Deux selles toujours un peu consistantes ; mais quelques coliques se développent dans la région hypogastrique.

17. Deux selles liquides, irritant l'anus au passage; douleurs lancinantes à l'hypogastre, qui cèdent à l'administration d'un demi-lavement amylacé, additionné de 12 gouttes de laudanum de Sydenham.

Jusqu'au 25 inclusivement, il n'y a point de coliques ; il ne survient par jour qu'une ou deux selles, ordinairement assez consistantes, et déterminant toujours un peu d'ardeur au pourtour de l'anus. Depuis le 18, Foubert prend matin et soir une pilule de 25 milligrammes d'extrait d'opium, et depuis le 24, le sous-azotate de bismuth, à 6 grammes par jour.

26. Point de selles.

27. Une selle ferme, mais imparfaitement moulée.

28. Une selle en partie moulée.

29. Dans la journée, deux selles presque liquides ; quelques borborygmes avec coliques. (Prescription d'un lavement avec :

Teinture d'iode.	15	grammes.
Iodure de potassium. . . .	2,50	
Eau	300	grammes.

On continue les deux pilules d'opium; le sous-azotate de bismuth a été porté à 8, et actuellement à 10 grammes.)

30. Le lavement a déterminé un sentiment de vive chaleur dans l'abdomen, sans coliques ; il a été conservé vingt minutes. Dans l'après-midi, une selle de consistance de bouillie.

31. Pas de selles ni de coliques.

1er février. Une selle en bouillie ; pas de coliques. Le malade éprouve plus de bien-être que d'habitude ; il y a une amélioration décidée, qui se soutient ou progresse jusqu'au 8 mars, époque à laquelle Foubert, fatigué d'un long séjour à l'hôpital, demande à en sortir pour jouir d'un congé de convalescence qui lui a été accordé.

A son départ, je ne le considère point comme radicalement guéri, mais en bonne voie de guérison.

Cette longue observation, dont je n'ai fait pourtant que résumer les principaux traits, met suffisamment en relief l'influence modificatrice que les injections iodées ont exercée sur les lésions du gros intestin. Si elles ont une fois suscité de vives coliques, l'opium les a promptement calmées; mais chaque fois qu'on y a eu recours, il est remarquable que les évacuations alvines ont diminué de nombre et pris un meilleur caractère. L'opium, le bismuth, le fer, ont sans doute une large part dans le bienfait de la médication; mais le lavement iodé en a été un élément important et peut-être décisif, car avant son emploi, ces trois médicaments, non plus que d'autres remèdes antidyssentériques, n'avaient pu amener une amélioration aussi notable que celle qui a permis de constituer le malade à l'état de convalescent.

OBS. II. — Fornier, soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, a eu aux Antilles deux attaques de dyssenterie, en 1847 et 1848. Il prétend avoir guéri depuis longtemps; mais j'incline à penser que ses fonctions digestives se sont

fréquemment dérangées par suite de lésions latentes du gros intestin. Toutefois, comme à l'époque de son entrée à l'hôpital maritime de Cherbourg il règne parmi la garnison de nombreuses diarrhées, il est possible que le cas de dyssenterie qu'il nous présente soit une nouvelle attaque, et non une recrudescence de cette maladie.

Il a de la diarrhée depuis le 1er janvier. Le 1er février, soumis à mon observation, il a de la fièvre, peau chaude, pouls fréquent, dur, des coliques, des selles glaireuses, mêlées de sang. Des bains, des lavements émollients, des opiacés, améliorent promptement l'état général, et la maladie prend bientôt tous les caractères de la cœco-colite chronique, dont je soupçonne une recrudescence.

Le 9 février, je prescris le lavement suivant :

Teinture d'iode.	20	grammes.
Iodure de potassium. . . .	2	—
Eau.	300	

Ce lavement, gardé 30 minutes, ne détermine aucune colique; les selles, auparavant assez nombreuses, se réduisent à une seule dans la journée.

Les jours suivants, les évacuations alvines continuant à diminuer de nombre et reprenant peu à peu leur caractère normal, le malade est soumis simplement au thé pour boisson, aux opiacés en pilules et en lavements.

Le 23, le malade réclame sa sortie dans un état apparent de guérison.

Obs. III. — Cochereau, soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, a contracté il y a onze mois, à la Martinique, une dyssenterie aiguë qui fut très-grave, qui a exigé son renvoi en France, et depuis a persisté à l'état chronique. Il est très-faible, émacié; ses gencives saignantes ont un aspect scorbutique; il a de deux à cinq selles par jour, séro-bilieuses, grisâtres, un peu lientériques, non sanguinolentes, sans ténesme, accompagnées de vents.

Deux jours après son entrée dans mes salles, n'ayant pris que du thé, le 5 février il reçoit un lavement composé de :

Teinture d'iode.	15	grammes.
Iodure de potassium.	2	
Eau.	300	

Ce remède ne détermine point de douleurs abdominales, et dans la journée il ne survient qu'une selle moins liquide que d'habitude (on a oublié de noter le temps pendant lequel le lavement a été gardé).

Amélioration jusqu'au 9; ce jour-là vives coliques qui provoquent deux selles liquides, mais que l'on ne peut imputer au lavement iodé, sous l'action duquel, au contraire, on va voir ces douleurs se calmer.

Le 10 au matin, le malade prend un lavement avec 20 grammes de teinture d'iode, qu'il garde pendant dix heures, sans nulle colique et sans ressentir le goût d'iode, fait que je note ici, parce qu'il a été exceptionnel dans le cours de mes expériences. Deux pilules d'opium sont dorénavant prescrites, à 0,025 l'une, pour aider la cure, quand il est bien démontré par le résultat de cette seconde injection iodée que l'opium n'est pas toujours nécessaire pour parer aux douleurs que le nouveau remède éveille quelquefois.

Bon état jusqu'au 12, où surviennent trois selles liquides avec gargouillement abdominal.

Le 15, prescription d'un troisième lavement iodé, à 20 grammes. Celui-ci détermine des coliques et des selles nombreuses, dix en vingt-quatre heures; il suffit d'un demi-lavement avec 10 gouttes de laudanum pour apaiser les coliques et réduire les selles à deux dans la journée suivante.

L'irritation déterminée par la dernière injection iodée a fait renoncer à l'emploi de ce remède, qui paraît du reste avoir amélioré la lésion cœco-colique.

Cochereau continue l'usage de l'opium, est de plus et soumis à celui de la décoction de quinquina et du sous-azotate de bismuth. A trois reprises je lui prescris un lavement albumineux à l'azotate d'argent selon ma formule. Bref, par l'emploi combiné de tous ces moyens, l'amélioration commencée se soutient et progresse, et ce soldat ayant recouvré des forces et un peu d'embonpoint, sort de l'hôpital le 8 mars paraissant guéri.

Obs. IV. — Rousselle, soldat au 69e de ligne, 25 ans, entre à l'hôpital de Cherbourg le 26 janvier 1852, étant atteint depuis 6 jours de diarrhée; il a cinq ou six selles par jour, et offre en outre quelques symptômes d'embarras gastrique. Une demi-diète, du tilleul pour boisson, et des lavements laudanisés ou émollients font disparaître promptement tous ces symptômes, et dans les premiers jours de février, il sort paraissant guéri.

A cette époque une épidémie de diarrhée a sévi sur une partie de la garnison de Cherbourg; mais aucune n'a revêtu le caractère de dyssenterie, toutes se sont promptement terminées sous l'influence des médications les plus simples. Rousselle seul, rentré à l'hôpital le 21 mars suivant, a présenté une diarrhée dégénérée en véritable dyssenterie chronique qui a longtemps résisté aux traitements les plus variés. L'ipéca, l'opium, le ratanhia, les ferrugineux, les lavements argentiques sont restés impuissants.

Le 24 avril au matin, on prescrit un quart de lavement avec 10 grammes de teinture d'iode; le remède détermine quelques coliques dans la première demi-heure qui suit son administration; il est ensuite gardé sept heures, puis rendu à 5 heures du soir, et à partir de ce moment jusqu'au lendemain matin il y a sept selles.

Le 25, trois selles.

Le 26, une selle.

Quelques jours après, les évacuations redeviennent plus fréquentes, puis à partir du 5 mai elles diminuent définitivement en reprenant peu à peu un meilleur caractère. Le 21 mai le malade sort guéri.

Depuis le lavement iodé, la dyssenterie a été manifestement modifiée en bien; on a continué il est vrai, l'opium, des pilules de Vallet, donné quelquefois des lavements de ratanhia, etc.; mais tous ces moyens, avant la teinture d'iode, n'avaient amené aucun résultat durable; l'influence de celle-ci a donc été décisive.

Aux quatre observations qui précèdent, je puis aujourd'hui (18 mars 1853) en ajouter six autres que, pour abréger, je me dispense de transcrire; toutes sont relatives à des dyssenteries chroniques contractées aux Antilles, que les lavements iodés ont très-heureusement modifiées ou concouru à guérir.

Il me reste à mentionner deux malades qui ont été complétement réfractaires à ce remède, mais dont l'état, du moins, n'est pas devenu pire, malgré les coliques assez vives que déterminait l'injection iodée.

Ainsi, sur 12 cas de dyssenterie chronique, l'efficacité de la teinture d'iode a été constatée dans 10. C'est assez, ce me semble, pour autoriser son emploi et y avoir quelque confiance (1).

S'accommoderait-elle aussi bien à la forme aiguë de la dyssenterie ? Je n'ai pu en faire l'expérience à Cherbourg, la dyssenterie aiguë y étant très-rare, si j'en juge par ce que j'ai observé pendant un séjour de dix-sept mois, quatre ou cinq cas sans gravité s'étant seuls présentés à l'hôpital maritime. Toutefois, voici à cet égard deux observations qui déposent en faveur du lavement iodé.

Obs. V. — Péronne, 21 ans, soldat au 69e de ligne, malade depuis huit jours entre à l'hôpital le 5 mars 1853.

Fièvre, anorexie, langue blanche, douleurs abdominales, sept à huit selles par jour, séro-bilieuses mêlées de sang. (Thé, demi-lavement laudanisé.)

Le 7, pas d'amélioration. (Tilleul; ipécacuanha, 1g,50; demi-lavem. laudanisé, 10 gouttes; bain de siége.)

Le 8, amélioration, moins de selles. (Tilleul, bain de siége vinaigré; lavement avec 15 grammes de teinture d'iode.

Le malade garde le lavement quinze minutes, sans douleurs abdominales; en le rendant il éprouve un peu de cuisson à l'anus; pas de selles ensuite dans le reste de la journée.

Le 9 et le 10, une seule selle chaque jour plus consistante.

Le 11, pas de selles.

Le 12, une selle presque solide.

A partir de l'administration du lavement iodé, aucun médicament n'a été introduit dans les voies digestives; il n'a été prescrit chaque matin que du tilleul et un bain de siége.

On a repris l'alimentation le 15, et aujourd'hui, 18, le malade tout à fait guéri, mange la demi-portion.

Obs. VI. — Deféques, 24 ans, soldat au 69e de ligne, malade depuis dix jours, entre à l'hôpital le 10 mars 1853, se plaignant de coliques et de diarrhée sanglante; ses selles, en effet, sont mucoso sanguinolentes, fétides, plus fréquentes la nuit; un peu de fièvre.

Pendant trois jours : thé, lavements amylacés, fomentations émollientes sur l'abdomen; même caractère des selles, qui diminuent seulement de fréquence.

Le 12, lavement avec 15 grammes de teinture d'iode; il cause une impression douloureuse qui le fait rejeter au bout de cinq minutes; un lavement laudanisé et un bain de siége calment ces accidents; dans la soirée et dans la nuit, six selles muqueuses.

Le 13, pas de coliques, pas de fièvre, appétit; le jour et la nuit se passent sans évacuation alvine.

Le malade mange deux soupes, autant le 14; pas de selles jusqu'au 15, une ou deux par jour jusqu'au 17, mais changées de nature; le malade est au quart de portion, et tout fait présager une guérison très-prochaine.

Je ne sais encore quel avenir est réservé à cette extension de l'emploi des injections iodées, mais le petit nombre de faits que je viens de rapporter autorise à penser qu'elle n'est pas sans avantages. Du moment où mes expériences démontrent que la teinture d'iode est généralement bien tolérée sur la membrane muqueuse du gros intestin, et qu'en aucun cas elle n'y a suscité une inflammation de nature à aggraver la lésion primitive, mais tout au plus, et encore pas toujours, une irritation passagère au profit de cette lésion dont elle a semblé alors favoriser la résolution, on pourra, sinon avec la certitude de réussir, du moins sans crainte d'exaspérer le mal, recourir à un puissant modificateur topique et dynamique contre une maladie dont la désespérante lenteur et la fréquente incurabilité justifient la recherche de nouvelles méthodes curatives; car ce n'est pas seulement à la superficie de l'organe malade que je crois l'injection iodée appelée à agir; l'iode est en partie absorbé, et il est rationnel d'admettre, par analo-

(1) L'hôpital maritime de Cherbourg reçoit rarement des militaires ou marins porteurs de dyssenteries contractées dans les climats chauds; les arrivages des colonies s'opèrent surtout à Brest et à Toulon. Je ne suis donc pas favorablement placé pour faire de nombreuses observations sur la dyssenterie chronique; aussi ferais-je volontiers appel à l'expérience de ceux de mes confrères qui exercent dans les hôpitaux où se trouvent de plus nombreux dyssentériques provenant, soit de l'Afrique, soit de nos colonies des Deux-Indes, s'ils accordent leur attention aux essais consignés dans ce mémoire.

gie avec ce que nous connaissons de ses propriétés pharmaco-dynamiques, qu'il pourra amener la résolution des engorgements des tuniques intestinales et des ganglions du mésentère.

J'ai vérifié la réalité de cette absorption sur les sujets auxquels j'ai fait administrer des lavements iodés; j'ai retrouvé l'iode dans les urines, ainsi que dans la salive où le goût *sui generis* perçu par les malades m'avait fait prévoir sa présence. Les procédés que j'ai mis en usage pour m'assurer de l'élimination de l'iode par les glandes rénales et salivaires sont si connus et si faciles à employer qu'il est à peine besoin de les indiquer; il suffit de traiter le liquide à éprouver alternativement par une solution d'amidon et une solution chlorée, la décoction de riz, par exemple, et le chlorure de soude; la coloration bleue, plus ou moins intense et plus ou moins persistante, dénote aussitôt la présence de l'iode et ses proportions approximatives. Au lieu d'une solution amylacée, on peut, surtout quand on opère sur de petites quantité de liquides, comme la salive ou la sueur, faire choix de papier amidonné, qui, imprégné de l'une ou l'autre de ces humeurs, bleuit instantanément quand on l'humecte ensuite d'une solution chlorée, s'il y a de l'iode éliminé. Je n'en ai pas trouvé dans la sueur: récemment même j'en ai fait la recherche chez un syphilitique à la période tertiaire, traité par l'iodure de potassium, qui présentait une sueur abondante, et je n'ai pu déceler d'iode dans cette sueur, en même temps que sa salive et son urine bleuissaient très-fortement par les réactifs.

Les faits d'absorption de l'iode par la surface du gros intestin que j'ai constatés dès mes premières expériences, en 1851, corroborent ceux qu'a signalés M. Bonnet (de Lyon), sur l'absorption des médicaments iodurés employés dans les pansements et dans les opérations chirurgicales (Gaz. Méd., 15 et 22 mai 1852). Je crois qu'ils m'autorisent aussi à présenter l'injection intestinale comme un moyen de faire pénétrer dans l'économie des quantités considérables d'iode, dans les cas (scrofules, syphilis, etc.), où, voulant soutenir pendant longtemps l'action altérante du médicament, le médecin rencontre des sujets dont l'estomac est trop vivement impressionné par les préparations iodurées. Par les plaies, par les vésicatoires, on fera sans doute pénétrer de l'iode dans les voies de l'absorption; j'ai répété à cet égard les très-intéressantes expériences de M. Bonnet, et elles m'ont pleinement convaincu de cette absorbabilité; mais j'ai trouvé le pansement des plaies avec les topiques iodés très-douloureux, et je crois, à en juger par ce que j'ai éprouvé avec la teinture d'iode, que l'iodure de potassium, infiniment moins irritant, pourrait être parfaitement supporté et complétement absorbé par la muqueuse du gros intestin. Il me semble donc que ce serait là une voie d'introduction préférable à toute autre quand on a quelque intérêt à rejeter celle de l'estomac.

En résumé :

1° La teinture d'iode, à la dose de 15 à 20 gram., maintenue soluble dans l'eau dans la faveur de 2 à 3 gram. d'iodure de potassium, est bien supportée par le gros intestin, et dans les cas où elle détermine des coliques et de la diarrhée, ces accidents sont passagers et n'indiquent pas une irritation assez vive pour inspirer des craintes sur le résultat de ce mode de traitement.

Je crois même que l'on pourra dépasser la dose de teinture d'iode à laquelle je me suis jusqu'à présent arrêté.

2° En vue d'accidents éventuels, on fera bien de prescrire conditionnellement un demi-lavement laudanisé ou opiacé, dans le cas où le lavement iodé aurait produit des coliques et augmenté momentanément le nombre des selles.

3° Dans la dyssenterie chronique, les lavements iodés me paraissent susceptibles de modifier topiquement la lésion intestinale, de réagir favorablement sur elle consécutivement à l'absorption de l'iode, et ainsi de prendre rang au nombre des méthodes thérapeutiques qui peuvent être instituées dans le traitement de cette maladie.

4° Enfin, l'absorption de l'iode à la surface du gros intestin étant démontrée par mes expériences, je pense que l'introduction des médicaments iodiques dans l'organisme par voie d'injection rectale, mérite d'être essayée dans les maladies qui en réclament l'emploi, telles que la syphilis et les scrofules.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

I. LONDON JOURNAL OF MEDICINE.

DES CONDITIONS PATHOLOGIQUES DES REINS QUI DONNENT LIEU A L'ALBUMINURIE; par M. HANDFIELD JONES.

Le problème le plus important que soulève cette question si souvent agitée de l'albuminurie n'est pas tant de déterminer les modifications de texture qu'on rencontre dans les reins à la suite de cette affection, que de préciser la manière par laquelle chacune de ces altérations donne lieu au passage de l'albumine dans les urines. Depuis les lésions initiales ou passagères des reins à la suite de la scarlatine jusqu'à celles qui constituent le degré le plus avancé de la maladie de Bright, il y a une foule d'états intermédiaires qui ne sont caractérisés que par ce seul symptôme, la perte de l'albumine du sang. M. C. Handfield Jones ne se prononce point d'une manière catégorique sur cette question fondamentale, les données qu'il apporte sont plutôt d'anatomie pure que de physiologie pathologique, et, selon nous, l'anatomie, dans des sujets semblables, sert plutôt à créer des distinctions oiseuses qu'à trouver le fait physiologique, le seul véritablement important.

A la suite de la scarlatine, on trouve les reins augmentés considérablement de poids et de volume; on y trouve les vaisseaux distendus par un sang noir qui s'infiltre quelquefois jusque dans les tubes urinifères. Dans la période atrophique de la maladie de Bright, on trouve la couche corticale profondément altérée en épaisseur, en consistance, en coloration; des granulations particulières s'y développent, la graisse s'y accumule. Mais toutes ces altérations que l'auteur décrit minutieusement et qui ont fait le sujet de bien des dissertations anatomiques depuis Baillie, Bright et M. Rayer, ne nous indiquent point le mode de production du phénomène en question.

Alors on se rejette sur l'état du sang et, singulière conclusion des esprits prévenus, on attribue à la fois à la composition de ce fluide les hydropisies qui se produisent et le passage de l'albumine dans les urines. C'est ainsi qu'à force de décrire des faits particuliers sans les comparer entre eux, à force de trouver des coïncidences sans les analyser au point de vue de la subordination des phénomènes, on arrive à admettre tant de causes que la véritable cause cesse d'être étudiée ou recherchée.

TRAITEMENT DU TYPHUS FEVER PAR LES PRÉPARATIONS DE QUINQUINA; par M. ROBERT DUNDAS.

L'auteur, qui a exercé longtemps dans les pays chauds et qui a été témoin des merveilleux effets de la quinine contre certaines fièvres de ces contrées, veut, à l'exemple de tous les praticiens qui nous reviennent d'Afrique, que la même médication soit applicable aux fièvres continues de nos climats. Nous dirons d'avance qu'il n'apporte aucune preuve démonstrative de son opinion, si ce n'est quelques observations très-incomplètes où le diagnostic est à peine établi et où les effets du médicament ne sont point étudiés.

J'admets volontiers que les fortes doses de quinine exercent une influence favorable sur les fièvres rémittentes des pays chauds; j'admets même, avec le docteur Graves, que les fièvres des pays chauds et celles d'Irlande ne diffèrent que par l'intensité; mais de là à penser que l'intoxication quinique puisse enrayer nos fièvres continues, il y a loin. Il faut savoir d'abord, et nous en avons l'expérience personnelle, que les fièvres continues d'origine palustre, comme on dit généralement, ne cèdent pas toutes d'une manière rapide aux préparations de quinquina. Il y en a bon nombre qui résistent et qui suivent, en dépit du médicament, une marche presque réglée de 6, 12, 18 jours et au delà; d'autres disparaissent comme par enchantement. Il y a donc là des effets différents qui indiquent une modalité particulière de l'affection, et c'est cette modalité dont nous ne connaissons pas encore les signes qui intervient probablement dans les effets du médicament.

DU CLIMAT DE GUERNSEY; par le docteur ELLIOT HOSKINS.

Ce mémoire assez étendu résoudrait complétement la question de géographie médicale, si à côté des données météorologiques nombreuses qui y sont consignées, on trouvait une étude statistique des maladies régnantes. Il ne suffit point de déterminer les variations thermométriques, barométriques, hygrométriques, etc., qui correspondent à l'étude physique de l'atmosphère, d'indiquer la composition des différentes couches du sol, leur configuration, leur perméabilité, les plantes qui y croissent et les animaux qui y vivent. Cette étude, purement préparatoire, n'implique point la connaissance de la géographie médicale, qui repose bien plus sur la détermination des affections endémiques que sur celle d'un certain nombre de phénomènes physiques. Or, sous ce point de vue capital, l'auteur anglais n'a pu recueillir que les renseignements suivants :

Les fièvres les plus communes à Guernsey affectent le type rémittent, et se compliquent souvent d'inflammation des divers tissus, principalement du tissu muqueux. Ces fièvres sont assez fréquentes dans les lieux bas et le long des côtes; lorsqu'elles sont négligées elles prennent un caractère typhoïde. Le typhus fever est assez rare.

Les fièvres d'accès, très-fréquentes il y a une cinquantaine d'années, ont presque entièrement disparu aujourd'hui. La scarlatine et la rougeole sont

en général bénignes. Depuis l'introduction de la vaccine à Guernsey, au commencement de ce siècle, jusqu'en 1825, la petite vérole ne se montra qu'une fois dans cette île. Depuis lors cette affection s'est montrée fréquemment, mais dans presque tous les cas on a pu suivre les traces de la contagion.

La pneumonie, la pleurésie, la péritonite, les affections des parenchymes et des séreuses sont rares, comparées à celles des muqueuses. Il en est de même du rhumatisme articulaire aigu.

Remarquons du reste qu'en l'absence d'une statistique bien faite, toutes ces assertions perdent de leur importance, et cela d'autant plus que le climat de Guernsey se confond d'une part avec celui de l'Angleterre et de l'île de Wight, d'autre part avec celui de notre Bretagne, et que les différences du règne pathologique, s'il y en a, tiennent soit à l'isolement de la population par rapport aux maladies contagieuses, soit à des influences très-secondaires.

II. MEDICAL TIMES ET GAZETTE.

Les numéros d'avril à décembre 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur l'expansion de la poitrine dans le cours de la pneumonie;* par M. Fearnside. 2° *Du traitement des polypes de l'oreille;* par M. Toynbee. (Suite.) 3° *Cas d'anus artificiel;* par MM. Leslie et Pennell. 4° *Nouvelle méthode pour traiter la gonorrhée;* par M. Milton. 5° *Considérations sur le traitement local des ulcères de la jambe;* par M. Chapman. 6° *Observations de chirurgie;* par M. Smith. 7° *Efficacité de la vaccine attestée par une expérience de cinquante ans;* par M. Gregory. 8° *Du mécanisme de la bronchophonie;* par M. Walshe. 9° *Sur la pathologie d'une forme d'empyème enkysté;* par M. Ormerod. 10° *De la propagation de la fièvre jaune par contagion;* par M. Bryson. 11° *Excision des articulations;* par M. Jones. 12° *Considérations pratiques sur les maladies de l'oreille;* par M. Wilde. 13° *Surdité après la fièvre typhoïde;* par M. Foley. 14° *Inflammation gangréneuse de la gaîne de la main à la suite d'une morsure;* par M. Carr. 15° *De l'emploi de l'urée comme diurétique;* par M. Tanner. 16° *Cas de ligature pratiquée avec succès sur l'iliaque externe et sur l'artère fémorale superficielle chez le même sujet;* par M. Smith. 17° *Sur les os du crâne chez le fœtus anencéphale;* par M. Coote. 18° *Quelques observations générales sur la dégénération graisseuse;* par M. Barlow. 19° *De l'entropion, nouvelle méthode de traitement fondée sur la dépendance où il est de la contraction musculaire;* par M. Walton. 20° *Cas de rétinite aiguë, avec remarques;* par M. R. Taylor. 21° *Sur la mort par le chloroforme;* par M. Clendon. 22° *Du traitement du croup par la vapeur chaude et les émétiques;* par M. Budd. 23° *Sur l'inflammation de mauvaise nature;* par M. Gallwey. 24° *Sur l'usage et l'abus du nitrate d'argent instillé dans l'œil;* par M. Wharton Jones. 25° *Notes sur quelques-unes des plus usuelles terminaisons de la fièvre scarlatine, spécialement dans ses rapports avec l'érysipèle;* par M. Wood. 26° *De la précipitation de l'albumine par les acides et les sels neutres;* par M. Parkes. 27° *Inflammation farcinomateuse du pied;* par M. Mackensie. 28° *Sur les formes les plus graves de cardialgie et d'indigestion;* par M. Hunt. 29° *Application heureuse d'une ligature sur l'artère carotide d'un enfant pour un anévrisme par anastomose de l'orbite;* par M. Whalton. 30° *Du traitement des bourses muqueuses et des ganglions superficiels dilatés;* par M. Smith. 31° *Plaie de l'artère fémorale et ligature du vaisseau;* par M. Mason. 32° *Carie du calcanéum;* par M. Lowe. 33° *Instrument pour le traitement de la fracture de la clavicule;* par M. Crawford. (Il n'est destiné qu'à maintenir le membre supérieur correspondant fixé solidement contre le côté du tronc.) 34° *Observations de convulsions puerpérales;* par M. Rose. 35° *Observations d'avortement, suivies de réflexions;* par M. Pretty. 36° *Traitement de l'entropion;* par M. Winn. 37° *Cancer du pancréas;* par M. Williams. 38° *Cas remarquable de suicide par pendaison;* par M. Webb. 39° *Sur la méthode actuelle de traiter les maladies de la peau;* par M. Tylor. 40° *Obstruction des intestins pendant trente-deux jours, résultant d'adhérences générales des intestins.* 41° *Phlegmasia dolens du membre supérieur après la parturition;* par M. Winn. 42° *Cas de tétanos traumatique guéri par le sulfate de quinine;* par M. Sanger. 43° *Cas d'abcès du cerveau;* par M. Begbie. 44° *Sur la réinversion de l'utérus;* par M. Merriman. 45° *Cas de gangrène du membre supérieur;* par M. Williams. 46° *Examen microscopique de la luette en procidence;* par M. Insman. 47° *Cas où des crachats jus de pruneaux et couleur d'orange existaient sans pneumonie;* par M. Crane. 48° *Observations de plaie de tête, principalement de fracture compliquée du crâne;* par M. Annan. 49° *Anévrisme de l'aorte;* par M. Reynolds. 50° *Réduction d'une inversion chronique de l'utérus par le chloroforme;* par M. Canney. 51° *De l'inflammation charbonneuse des lèvres et d'autres parties de la face;* par M. Ludlow. 52° *Observations de cataracte de Morgagni;* par M. Wilde. 53° *Mort par le chloroforme dans un cas de dégénérescence graisseuse du cœur;* par M. Snow. 54° *Cas d'anévrisme de l'artère poplitée, traitée heureusement par la pression sur la fémorale;* par M. Ward. 55° *Cas de placenta prævia;* par M. Waller. 56° *Cas d'inflammation idiopathique de la langue, terminée par la suppuration;* par M. Annan. 57° *Cas singulier d'épilepsie terminée par un spasme intermittent des muscles du mollet gauche guéri après dix ans par l'application de la glace;* par M. Chuckerbutty. 58° *Cas de rétroversion de l'utérus en état de gestation;* par M. Ramsbotham. 59° *Emphysème spontané ou idiopathique;* par M. Ryon. 60° *Cas de maladie du coude;* par M. Smith. 61° *Scarlatine morbilleuse;* par M. Tripe. 62° *Anévrisme brachial traité au moyen de la compression;* par M. Coates. 63° *Deux cas de gestation extra-utérine;* par M. Ramsbotham. 64° *Cas heureux d'excision de la tête du fémur chez un adulte;* par M. Jones. 65° *Sur l'inversion de l'utérus;* par M. Todd. 66° *Cas d'hémorrhagie secondaire survenue vingt-cinq jours après l'amputation;* par M. Jones. 67° *Observations de polypes utérins, suivies de réflexions;* par M. Ramsbotham. 68° *Constriction spasmodique des sphincters, ses effets considérés dans les hémorrhoïdes, et utilité des bougies dans ces cas;* par M. Pretty. 69° *Application externe de la teinture d'iode dans l'érysipèle;* par M. Norris. 70° *Emploi du tartre émétique dans le travail de l'accouchement prolongé;* par M. Stedman. 71° *Cas de fracture compliquée du crâne;* par M. Burman.

DE LA DILATATION DU THORAX PENDANT LA PNEUMONIE; par M. FEARNSIDE.

Broussais fut le premier à remarquer que dans l'hépatisation pulmonaire, il pouvait y avoir une légère dilatation de la poitrine, par suite du soulèvement des côtes par le poumon. Laennec, M. Andral, M. Woillez ont tour à tour nié la possibilité de ce fait. M. Grisolle a trouvé dans deux cas une dilatation générale ou partielle de la poitrine coïncidant avec l'hépatisation du poumon. Stokes partage cette opinion, ainsi que Walshe. Le docteur Fearnside cite à l'appui de cette doctrine deux faits assez concluants, dans lesquels on reconnut pendant la vie une voussure notable de la région sous-claviculaire et où on trouva à l'autopsie des sillons assez profonds tracés par l'application des côtes, sur la surface des parties correspondantes du poumon solidifié. Nous remarquerons ici avec lui que ce phénomène ne se rencontre que rarement et qu'on l'a observé jusqu'ici dans des circonstances où il était impossible d'admettre l'existence d'un épanchement intra-pleural. Il est bon toutefois d'être prévenu de la possibilité de ce fait, afin de ne point hésiter dans le cas où l'auscultation ne donnerait point de résultats positifs et où l'expectoration manquerait.

LIGATURE, HEUREUSEMENT PRATIQUÉE CHEZ LE MÊME SUJET, DE L'ILIAQUE EXTERNE ET DE LA FÉMORALE; par M. H. SMITH.

M. Smith avait déjà rapporté en 1850 l'observation d'un homme âgé de 37 ans, à qui il avait lié l'iliaque externe pour un anévrisme du haut de la cuisse. Il guérit et reprit ses occupations, malheureusement très-fatigantes. Une hernie se forma dans le lieu de l'opération, mais il en fut soulagé par un bandage.

Durant le cours de l'année dernière, il se plaignit plusieurs fois de douleurs musculaires dans le membre inférieur du côté opposé; et le 18 janvier 1852, M. Smith constata chez lui la présence d'un anévrisme poplité volumineux. Quoique le genou fût très-tuméfié, le malade ne s'était aperçu de cette tumeur et ne gardait le lit que depuis un ou deux jours; ce qui prouve qu'elle s'était développée très-rapidement.

L'opération ayant été proposée et acceptée, M. Smith la pratiqua le 21 janvier, en plaçant une ligature sur la fémorale, à 4 pouces environ au-dessous du ligament de Poupart. Les battements cessèrent immédiatement dans l'anévrisme.

Huit jours après, l'incision était réunie dans toute son étendue, excepté dans le point occupé par la ligature. La tumeur avait considérablement perdu de son volume.

Quinze jours après, le malade qu'on avait, par prudence, retenu au lit jusque-là peut se lever et marcher.

Il a été revu depuis lors; les tumeurs anévrismales sont réduites à un noyau insignifiant, très-dur. On ne sent pas de pulsations dans les troncs artériels principaux des membres inférieurs. Ils ont leur température ordinaire. Le sujet se livre à ses occupations habituelles.

L'auteur rapproche ce cas de celui de Mussey, qui lia chez le même sujet l'une et l'autre carotide primitive. Il y a en effet, dans son cas comme dans celui du célèbre chirurgien américain, une double ligature successivement pratiquée sur deux vaisseaux importants chez le même sujet. Mais là se borne

l'analogie ; et sous le rapport des conséquences physiologiques, il n'y a nul parallèle possible à établir entre la savante hardiesse qui osa intercepter les principales sources de la circolation cérébrale et celle qui se réduit à pratiquer pour la deuxième fois une opération d'une certaine gravité chez l'individu qui l'avait déjà subie une première.

DE L'ENTROPION CONSIDÉRÉ COMME DÉPENDANT D'UNE PERVERSION DE LA CONTRACTION MUSCULAIRE ; par M. WALTON.

Sauf un ou deux écrivains, aucun n'attribue à cette influence l'importance d'une cause principale sur le développement de l'entropion. Mais la direction curviligne qu'affecte invariablement la difformité dans tous les cas de ce genre, sa symétrie parfaite des deux côtés, la part qu'y prend la totalité de la paupière, prouvent que l'action musculaire en est l'agent ; car on ne connaît pas de cause qui puisse solliciter aussi fortement que celle-là la paupière inférieure à se renverser en dedans, après qu'on l'a maintenue droite pendant quelques minutes.

M. Walton soupçonnait que l'inversion de la paupière dépendait de la portion la plus mince de l'orbiculaire, celle qui est la plus rapprochée du bord libre. Il fit, en conséquence, des dissections attentives, et trouva que, sur le bord des paupières, dans l'étendue d'un sixième de pouce, le muscle est plus épais du double que dans le reste de sa largeur. Cette disposition est surtout prononcée à la paupière inférieure. Albinus fait même de la partie dont il est question un faisceau distinct, sous le nom de muscle ciliaire.

Pendant le temps que M. Walton faisait ces recherches, un de ses collègues lui montra qu'il pouvait à volonté renverser ses paupières en dedans par l'effet de la contraction musculaire, au point de cacher complétement ses cils, qu'il a cependant longs et nombreux.

Ce petit muscle naît par un plan mince de fibres bien marquées et d'un quart de pouce de longueur, du bord vertical de l'os lacrymal. Il se dirige en avant et en dehors vers le sac lacrymal, et se bifurque en deux branches qui marchent du côté des paupières, puis se mêlent avec le muscle orbiculaire. On peut les suivre jusqu'au milieu de la paupière. Dans leur trajet ces deux branches envoient des fibres aux points lacrymaux.

L'auteur, n'étant probablement pas éclairé par le résultat des recherches modernes qui ont jeté tant de jour sur la pathogénie de cette affection, dit qu'il est difficile ou impossible d'assigner la cause qui trouble l'action de de ce muscle au point de la faire devenir l'agent d'une difformité aussi sensible et durable que l'entropion.

Fondé sur ces indications anatomiques, le traitement ne peut que consister à couper la portion rétractée du muscle qui est l'agent de l'inversion palpébrale. L'auteur y ajoute l'ablation de la peau dans une étendue en rapport avec la distension qu'elle a subie par la prolongation de la difformité.

Le procédé opératoire est le suivant : en supposant que l'œil droit soit affecté, un aide se tient derrière le patient et tend la paupière en la tirant en dehors et en haut. Le chirurgien fait alors deux incisions comprenant la peau et le muscle, une parallèlement au bord du tarse le long des cils, l'autre environ un quart de pouce au-dessus et rejoignant la première à ses deux extrémités. Le lambeau ainsi isolé doit être disséqué verticalement d'un côté à l'autre, et non pas horizontalement, parce que, de cette dernière façon, l'on courrait le risque de ne pas enlever convenablement la portion du muscle. Il faut absterger avec soin la plaie durant toute l'opération, et arrêter par la pression du doigt l'hémorrhagie que peuvent fournir de petites branches artérielles. M. Walton n'a jamais vu que la ligature fût nécessaire. On explore ensuite avec soin la surface à découvert, et si l'on y aperçoit quelque fibre musculaire laissée en place par mégarde, on la saisit avec la pince et on l'enlève d'un coup de bistouri. L'aide ne doit abandonner la traction de la peau que lorsque la dissection est entièrement terminée. On applique ensuite trois ou quatre points de suture. Les cils demeurent intacts, quoique l'incision ait dû être pratiquée dans leur voisinage immédiat ; car le muscle se détache aisément du tissu cellulo-fibreux dense qui entoure leur racine.

SUR L'USAGE ET L'ABUS DU NITRATE D'ARGENT EMPLOYÉ COMME TOPIQUE DANS LES MALADIES OCULAIRES ; par M. WHARTON JONES.

Tous les ophthalmologistes ont sans doute observé des cas dans lesquels la partie de conjonctive qui recouvre la moitié inférieure du globe oculaire, ainsi que la paupière inférieure, est comme teinte d'une couleur vert olivâtre. En même temps cette membrane est calleuse, et souvent tellement rétractée que le sinus palpébral inférieur se trouve presque entièrement effacé. Cet état est l'effet de l'usage longtemps continué de la solution de nitrate d'argent introduite entre les paupières.

Évidemment un pareil résultat prouve que, dans ces cas, l'application du nitrate d'argent n'a pas été faite d'une manière convenable ; car si le liquide avait été, comme le médecin doit alors se le proposer, répandu à la surface entière de la conjonctive, ce ne serait pas la moitié inférieure de la membrane qui conserverait seule ces traces de son contact. On peut donc de ce fait conclure en toute assurance que, généralement du moins, l'action topique du caustique se borne à une portion de la région qu'il devrait modifier, et qu'on croit à tort qu'il modifie tout entière.

M. Jones ayant eu récemment l'occasion d'observer quelques exemples semblables, a été conduit à rappeler aux médecins la conséquence qui en résulte : elle impose un soin plus grand qu'on ne l'apporte d'ordinaire à faire pénétrer le liquide sous la paupière supérieure ; car si l'on se contente de le laisser tomber entre les paupières écartées, il est évident qu'il n'ira toucher que la moitié inférieure de la conjonctive. Il faut donc tirer les paupières de façon à les séparer de la surface du globe oculaire ; puis, une fois les gouttes médicamenteuses instillées, faire mouvoir les deux paupières alternativement l'une sur l'autre, afin d'assurer mieux encore l'exacte pénétration du liquide.

Quant à l'indication des topiques caustiques, M. Jones avertit qu'elle n'existe, à son avis, que dans les maladies de la conjonctive et de la cornée ; qu'elle serait plutôt préjudiciable qu'utile dans les affections des membranes intérieures de l'œil ; qu'enfin, même dans les cas où cette médication paraît le mieux appropriée, il faut se garder d'insister trop longtemps sur son emploi, si la lésion a résisté à ses premières applications.

ANALYSE DE L'URINE DANS DEUX CAS CHRONIQUES DE MALADIE DE BRIGHT ; par M. E. A. PARKES, professeur de clinique à l'University college Hospital.

Parmi les caractères les plus connus de l'urine dans la maladie de Bright avancée, on peut signaler comme faits à peu près généraux : 1° l'augmentation de la proportion d'eau ; 2° une certaine altération de la matière colorante ; 3° la diminution de l'urée, de l'acide urique et des substances si improprement nommées extractives ; 4° la présence de l'albumine et de diverses matières empruntées au sang ou provenant du tissu des reins.

Cette énumération que nous empruntons au professeur Parkes ne constitue pas, comme on va le voir, tous les changements que subit la sécrétion urinaire dans l'albuminurie :

1° La proportion d'albumine varie aux deux époques de la journée ; elle est plus abondante dans l'*urine des repas* que dans l'*urine du sang*.

2° La pesanteur spécifique de l'urine recueillie après les repas était toujours plus forte que celle de l'urine recueillie avant l'ingestion des aliments.

Bence Jones, dans ses remarquables travaux publiés dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES, a reconnu que dans l'état normal la densité de l'urine augmente après les repas sans qu'on puisse y constater la présence de matières albuminoïdes. Cette augmentation de densité tient donc, au moins en partie, dans la maladie de Bright, à l'élévation du chiffre des principes salins. Parkes a trouvé qu'une urine qui donnait le matin 14 pour 100 d'albumine, en donnait 30 pour 100 après un repas copieux.

3° Ces changements portent non-seulement sur la quantité, mais sur la qualité de l'albumine. Le liquide excrété avant le repas soumis à l'ébullition donnait un précipité et la partie liquide filtrait facilement. Après le repas, l'urine traitée par le même procédé devint gélatiniforme et filtrait difficilement. L'acide nitrique ne déterminait dans ces deux cas aucune différence de réaction.

4° Dans 25 observations faites pour déterminer l'acidité relative de l'urine après et avant les repas, 22 fois l'urine des repas était plus acide, comme cela a été du reste bien établi par Bence Jones, 3 fois seulement il n'y avait point d'excès d'acidité.

On peut se demander maintenant avec l'auteur pourquoi l'albumine se trouve en plus grande quantité après les repas qu'avant ? Remarquons que l'albumine ne disparaît point des urines dans la maladie de Bright, alors même que le malade est soumis à une diète rigoureuse et prolongée. Avant tout, il faut donc admettre une condition spéciale que nous ferions siéger dans le rein lui-même. Ceci une fois déterminé, on peut supposer qu'après les repas, l'albumine étant en excès dans le sang passe dans les urines soit parce que la circulation capillaire des reins ayant subi des modifications profondes, l'augmentation de la masse du sang qui a lieu après les repas détermine dans ces organes une hypérémie et une transsudation mécanique, soit que l'albumine du sang ne puisse augmenter de concentration sans s'échapper plus facilement par les issues qui lui sont ouvertes dans certains états pathologiques. Mais toutes ces solutions ne sont qu'hypothétiques et ne doivent pas nous arrêter plus longtemps.

ÉTUDE DES EFFETS DU TARTRE STIBIÉ ; par M. HANDFIELD JONES.

C'est sur trois expériences pratiquées sur des animaux, chien, chats, et

relatées du reste minutieusement, que l'auteur fonde les conclusions suivantes :

1° Une dose d'émétique suffisante pour amener le vomissement ne produit aucune injection de la membrane muqueuse, tandis que de petites doses répétées donnent lieu à une injection légère.

2° L'intestin grêle présentait des villosités injectées et dans quelques points une exfoliation de l'épithélium. Les follicules de Lieberkuhn n'étaient point gonflés, comme on aurait pu s'y attendre d'après la quantité de fluide et de substance muqueuse qui tapissait la paroi de l'intestin.

3° Le gros intestin, peu ou point hypérémié, contenait peu de mucus,

4° Rien de notable dans le pancréas, dans les reins, dans le foie, ni dans la rate.

5° Dans les 3 cas, l'épithélium qui tapisse les canalicules et les cellules pulmonaires était notablement augmenté, entraînant par conséquent une augmentation de l'expectoration pulmonaire.

RÉDUCTION, A L'AIDE DU CHLOROFORME, D'UN RENVERSEMENT CHRONIQUE DE L'UTÉRUS; par M. CANNEY.

Le cas que nous allons reproduire est vraiment remarquable par l'ancienneté de la lésion, et surtout par l'aide si efficace que l'emploi du chloroforme prêta aux manœuvres de réduction. Les détails très-explicites de l'observation ne laissent aucun doute sur ce dernier fait, qui mérite d'être particulièrement signalé à l'attention des praticiens.

Obs. — Une femme robuste, âgée de 28 ans, accoucha, au commencement d'août 1851, dans l'attitude assise, d'un second enfant. On s'aperçut, après la sortie de l'enfant, que la matrice était renversée. On la réduisit; mais cependant cette femme souffrit pendant un mois de douleurs dans les reins, de leucorrhées et de pertes rouges. Le médecin finit par l'abandonner dans cet état.

M. Canney, appelé le 5 janvier 1852 à lui donner des soins, la trouva épuisée, presque exsangue, les membres et la face œdématiés, incapable de faire un pas sans appui, ayant des palpitations et des vertiges dès qu'elle exécutait quelques mouvements. La métrorrhagie avait continué en abondance. L'examen direct lui fit reconnaître dans le vagin une tumeur en forme de saucisse, de 3 pouces et demi de long, de 4 pouces et demi de circonférence, dont le sommet reposait sur le sacrum. Sa base était encerclée par le col utérin, rugueux et plus dur que le reste de la surface, qui était lisse et unie.

La patiente ayant été couchée sur le côté, les membres inférieurs fléchis et repliés sur le ventre, on lui fit respirer du chloroforme. M. Canney appliqua les doigts réunis en cône sur le sommet de la tumeur; puis, aussitôt que l'anesthésie fut devenue complète, il embrassa la tumeur avec les doigts et la repoussa en haut, dans la direction des axes du bassin, jusqu'à tendre le vagin de bas en haut autant que possible. Les effets du chloroforme ayant alors acquis leur *summum* d'intensité, le doigt médius de l'opérateur, qui refoulait le sommet de la tumeur, sentit qu'elle cédait et se laissait peu à peu repousser. Le doigt se trouva enfin engagé dans l'utérus, retourné et revenu à sa position naturelle. Il ne resta plus qu'à le dégager par un mouvement de rotation exécuté avec ménagement.

Toute l'opération, depuis la première inhalation de chloroforme jusqu'au moment où la réduction fut obtenue, ne dura pas plus de cinq à six minutes, et le degré de force employé pour obtenir ce résultat fut absolument insignifiant. Le quinquina, les ferrugineux, une alimentation nourrissante, le repos durant la première semaine, rétablirent complétement la malade de l'épuisement où elle était. La menstruation reparut au bout de cinq semaines, et depuis lors elle a continué avec régularité.

La tumeur céda doucement, sans faire éprouver à l'opérateur ces tressaillements brusques qui annoncent le moment de la réduction. Cela tint à ce que les fibres étaient complétement relâchées par l'influence du chloroforme. De même, on remarqua que le sommet de la tumeur fut un peu plus difficile à réduire que le reste, ce qui dépend de ce que l'on avait cessé l'inhalation dès qu'on vit que la manœuvre réussissait. On annihila immédiatement cette cause de retard, en recommençant la chloroformisation.

(*La suite au numéro prochain.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

GASTROSTOMIE.

M. SÉDILLOT adresse une nouvelle observation de gastrostomie terminée par la mort du malade.

Malgré la mort du malade arrivée le dixième jour, les esprits impartiaux, dit M. Sédillot, reconnaîtront que la guérison sera possible en prévenant certaines causes d'accidents susceptibles d'être évitées, et en apportant à nos derniers procédés quelques légères modifications.

M. Sédillot résume les considérations dont il a fait suivre la relation de ce fait, dans les propositions suivantes, où l'on trouvera les nouvelles modifications qu'il propose d'introduire dans le procédé opératoire.

1° La curabilité des plaies de l'estomac, l'innocuité des fistules de ce viscère, la possibilité d'entretenir la vie par l'alimentation directe, au moyen des sondes œsophagiennes, démontrent l'indication de la gastrostomie dans les rétrécissements infranchissables de l'œsophage, qui condamnent fatalement les malades à mourir de faim.

2° Les probabilités de succès de cette opération sont d'autant plus grandes que l'affection œsophagienne sera plus limitée, moins maligne et plus susceptible elle-même de guérison.

3° Les causes de la mort des deux premiers malades soumis à la gastrostomie furent purement accidentelles et doivent être attribuées à des conditions morbides en partie fortuites que l'on pourra éviter.

4° La fistule gastrique sera établie au travers du muscle droit à 3 centim. au-dessus des côtes. L'estomac, placé en dehors du lobe gauche du foie, sera reconnu et extrait à l'aide du doigt et d'une pince courbe à mors mousses; on le fixera dans la plaie sur une tige d'ivoire qui en traversera la paroi dans une étendue de 10 à 12 millim. et reposera sur un anneau de linge, éloigné de 2 ou 3 centim. de la circonférence de la plaie.

5° La surface antérieure de l'estomac est plane, d'un grand diamètre, terminée inférieurement par un rebord convexe le long duquel rampent de nombreux vaisseaux flexueux. L'épaisseur des parois du viscère est considérable, et il est impossible de confondre avec le côlon transverse, seul organe dont la position pourrait induire en erreur.

6° La section du segment stomacal traversé par le corps étranger devra s'accomplir lentement par ulcération et donner le temps aux adhérences péritonéales de se produire solides et complètes.

7° L'alimentation directe ne sera pas commencée avant le huitième ou dixième jour après que toute crainte de complications et d'accidents aura disparu.

VICE DE CONFORMATION INCONNU DES CANAUX SEMI-CIRCULAIRES DES DEUX CÔTÉS CHEZ UN SOURD-MUET DE NAISSANCE.

M. MICHEL, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg, communique un cas de vice de conformation inconnu des canaux semi-circulaires des deux côtés chez un sourd-muet de naissance.

Ayant eu l'occasion d'étudier les cavités auditives d'un jeune sourd-muet de naissance, voici les détails que M. Michel a constatés :

1° *Oreille externe* des deux côtés. Rien à noter.

2° *Oreille moyenne* des deux côtés très-régulièrement conformée, sans mucus intérieur. La corde du tympan existe.

3° *Oreille interne.* 1° *Oreille droite osseuse. a.* Le canal vertical semi-circulaire supérieur n'a que son ouverture antérieure et des traces de son ouverture postérieure dans le vestibule. Sa moitié postérieure manque. *b.* Le canal vertical postérieur n'a pas d'ouverture commune avec le précédent; son ouverture labyrinthique existe seule et conduit dans un prolongement terminé en cul-de-sac du tiers environ du canal total. *c.* Le canal horizontal manque tout à fait; il est représenté par une exagération en ce sens de la cavité vestibulaire. Le limaçon et le conduit auditif interne sont normaux, ainsi que la membrane de la fenêtre ronde.

4° *Oreille interne gauche. a.* Canal vertical supérieur. Il a ses deux ouvertures labyrinthiques; le tiers moyen de sa circonférence manque. *b.* Canal vertical inférieur. Il a ses deux ouvertures labyrinthiques; la supérieure commune avec la postérieure du précédent; sa demi-circonférence moyenne n'existe pas. *c.* Le canal horizontal est remplacé, comme dans l'oreille droite, par une exagération vestibulaire; seulement ici on voit un grain osseux naître de la paroi inférieur du vestibule et marquer la trace de la séparation des ouvertures de ce canal. Rien à noter dans le vestibule, le limaçon, le conduit auditif interne et la membrane de la fenêtre ronde.

5° *Oreille interne membraneuse* des deux côtés. M. Michel n'a trouvé que des portions de canaux membraneux très-courtes, mais bien conformées. Il en était de même de l'utricule vestibulaire. *Nerfs auditifs* un peu plus durs que d'habitude, sans altération microscopique du tube nerveux.

Examen microscopique : 1° d'une portion du canal vertical supérieur (partie antérieure), longue de 5 millim., tubulée, transparente, ouverte à ses deux extrémités. Au point de vue histologique, elle se composait : *a.* d'une substance translucide grenue, analogue à la substance intercellulaire des cartilages. *b.* Çà et là se trouvent semées sur la surface interne quelques cellules rondes, pâles, de 1/70 à 1/60 de millim., transparentes, et ne laissant voir aucun contenu, même sous l'influence de l'acide acétique. Est-ce un épithélium? C'est ce que M. Michel n'oseaffirmer. On ne trouvait de tubes nerveux qu'au niveau de l'extrémité ampullaire, ainsi que des capillaires sanguins de 1/100 de millim. de diamètre.

2° Lame spirale membraneuse du limaçon. Elle est formée d'une substance analogue à celle des canaux semi-circulaires membraneux. Et sur elle, près de son insertion sur la lame des contours, on observe une foule de petites lignes terminées en pointes analogues, comme aspect, à des touches de piano placées les unes à côté des autres. Ces lignes pointues mesurent 1/100 de millim. de largeur, et sous l'influence de l'acide acétique, ces pointes s'arrondissent et s'isolent très-nettement. C'est là sans doute la terminaison isolée des nerfs. Cet examen microscopique a été fait avec un grossissement de 300 à 400 diamètres.

Ce fait prouve que la surdité congéniale coïncide avec un vice de conformation borné uniquement aux canaux semi-circulaires, toutes les autres parties de l'oreille étant dans une intégrité complète, même à l'examen microscopique.

DU RÉSULTAT DE QUELQUES OPÉRATIONS DE CATARACTE AU POINT DE VUE DES FONCTIONS DU CRISTALLIN ET DE L'HUMEUR VITRÉE.

M. Guépin (de Nantes) adresse sur ce sujet une note dont nous extrayons les passages suivants :

Chez les personnes qui ont été opérées de la cataracte, soit par extraction, soit par abaissement, l'œil se modifie avec une plus grande facilité sous l'influence de la pression. Ne faut-il pas en conclure que cet organe, quels que soient ses autres usages, est aussi un diaphragme solide destiné à maintenir l'œil dans son état?

M. Guépin se demande si les savants qui se sont occupés de déterminer les indices de réfraction des humeurs de l'œil ne se sont jamais trompés. N'y a-t-il pas, dit-il, sous ce rapport, des différences et des similitudes qui sautent aux yeux selon les cadavres humains sur lesquels on expérimente? L'humeur vitrée ne peut-elle pas quelquefois remplacer le cristallin? M. Guépin rapporte plusieurs cas d'opération à la suite desquelles les opérés ont pu voir également bien des deux yeux.

Plusieurs fois, au lieu de faire l'opération de la cataracte chez des cataractés de naissance, M. Guépin a enlevé le tiers de l'iris pour des cataractes étroites et congéniales, et chez trois individus sujets de ces observations la vision a été bonne sans lunettes.

M. Guépin compte plusieurs cas d'enfants qui lisent sans lunettes, après avoir été guéris par la méthode du broiement-extraction qu'il emploie très-souvent, ainsi que la kératonyxis, chez les jeunes sujets nés aveugles ou devenus tels dans les premières années de la vie.

L'auteur conclut en disant qu'il serait utile d'ajouter de nouveaux faits à ceux qui précèdent, afin de déterminer d'une manière absolue par l'observation et par l'expérience, l'étendue des fonctions du cristallin et de l'humeur vitrée.

— M. Delioux, médecin en chef de la marine, adresse un extrait d'un mémoire sur l'emploi des injections iodées dans le traitement de la dyssenterie chronique. (Voir plus haut le mémoire *in extenso*.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. MACQUART

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Les états de vaccinations opérées à Bayonne, de 1848 à 1852, par M. le docteur Hoursolle ;

2° Un travail sur la vaccination, de M. le docteur A. Renault, chirurgien de l'asile des aliénés d'Alençon.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret rendu sur son rapport par l'empereur, à l'effet d'approuver l'élection de M. Requin dans la section d'anatomie pathologique.

Sur l'invitation de M. le président, M. Requin prend place parmi ses collègues.

— MM. Buffalini et Riberi adressent des remerciements à l'Académie pour leur nomination au titre de membres associés étrangers.

— M. Chapoteaux invoque l'examen de l'Académie sur des pilules d'iodure de fer inaltérables dont il est inventeur.

— M. Fléchelle adresse un rapport d'une commission de la Société de statistique de Marseille, sur divers appareils dont il est inventeur, et qui ont été soumis à l'examen de l'Académie.

— M. Laboulbène adresse des recherches sur la variole et sur plusieurs autres fièvres éruptives. (Comm. de vaccine.)

— M. Robinet lit, au nom de la commission des remèdes secrets, plusieurs rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Cruveilhier pour terminer la lecture de son mémoire sur la paralysie progressive atrophique. Nous résumons l'ensemble de ce travail.

PARALYSIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE ATROPHIQUE.

M. Cruveilhier : Je viens entretenir l'Académie d'un fait relatif à une espèce de paralysie qui n'a pas reçu de nom définitif dans la science, et qui n'a pas encore sa place dans les cadres nosologiques. C'est cette espèce de paralysie qui a été décrite par M. Aran dans les Archives générales de médecine, sous le titre de Recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire (atrophie musculaire progressive), et par M. Thouvenet dans sa dissertation inaugurale, sous le titre de Paralysie musculaire atrophique.

Le fait que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie a pour sujet un malade qui est resté dans mon service, à l'hôpital de la Charité, depuis le mois de juillet 1850 jusqu'au moment de sa mort, qui a eu lieu le 12 février 1853, malade qui a été soumis à l'observation d'un très-grand nombre d'élèves et de médecins, et que je présentais à toutes les personnes qui me faisaient l'honneur de suivre ma visite, comme le type d'une espèce de paralysie musculaire générale qui avait pour principe, non le centre nerveux céphalo-rachidien, mais les muscles eux-mêmes, dont l'atrophie semblait précéder la paralysie, ou plutôt marchait parallèlement avec elle.

M. Cruveilhier fait précéder la description de ce fait de deux autres observations sur le même sujet, qui lui ont permis d'établir cliniquement, depuis 1848, l'existence de cette forme si remarquable de paralysie, sous le titre de Paralysie graduelle du mouvement par atrophie musculaire.

La première observation remonte à 1832 : il s'agit d'une dame âgée de 40 ans, affectée d'une paralysie musculaire générale, laquelle avait beaucoup plus porté sur les membres supérieurs que sur les membres inférieurs. Les muscles avaient subi une atrophie remarquable, surtout ceux de la paume de la main et ceux de l'épaule, le deltoïde en particulier. La malade ne pouvait en aucune façon se servir de ses membres supérieurs pour les usages ordinaires de la vie, mais elle pouvait encore marcher sans appui dans son appartement. La face avait beaucoup perdu de son expression, et bien évidemment les muscles qui l'animent avaient notablement perdu de leur faculté contractile. L'articulation des sons était lente, monotone, incomplète.

Mais ce qui fixa surtout l'attention de M. Cruveilhier, c'est qu'à côté de cette altération si profonde et si générale de la myotilité, le sentiment avait conservé toute son intégrité dans toutes les parties du corps, que l'organe du tact, aussi bien que les organes des sens, jouissait de la sensibilité la plus exquise; en outre la malade avait conservé toute la plénitude de ses facultés intellectuelles et affectives, ce qui différenciait complétement cette affection de la paralysie générale des aliénés, à laquelle il avait pensé au premier abord. Toutes les fonctions nutritives s'accomplissaient d'ailleurs avec la plus grande régularité.

On diagnostiqua une paralysie musculaire générale par lésion de la moelle épinière, paralysie dont le siége devait être plus particulièrement dans les faisceaux antérieurs de cet organe ; tous les moyens empiriques et rationnels dirigés contre les lésions encore si peu connues du tissu propre de la moelle furent successivement et inutilement employés la paralysie du mouvement alla toujours croissant. Au bout d'un an, aucune locomotion spontanée ne fut plus possible, la paralysie finit par s'étendre aux muscles de la déglutition, à ceux de l'articulation des sons, et même aux muscles du larynx. Les muscles essentiels de la respiration, diaphragme et intercostaux, furent envahis à leur tour, et au milieu de cette abolition graduelle et générale de la myotilité qui avait enlevé successivement à cette malheureuse dame et les moyens de locomotion et les moyens d'expression de sa pensée, le sentiment conserva jusqu'au dernier moment toute son intégrité ; l'intelligence fut également respectée jusqu'au dernier moment, et les fonctions nutritives s'exécutaient avec la plus grande régularité.

Il était aisé de prévoir que cette malade succomberait tôt ou tard par le plus léger obstacle à la respiration, et en effet, un matin on la trouva morte dans son lit.

M. Cruveilhier avait diagnostiqué, avec tous les médecins qui avaient été successivement appelés auprès de cette malade, une lésion profonde de la moelle épinière. Quelle ne fut pas, dit-il, ma stupéfaction, en trouvant la moelle épinière parfaitement intacte, de même que toutes les parties constituantes de la masse encéphalique, cerveau, cervelet, isthme de l'encéphale !

Mais, comme on va le voir, ce n'était pas l'anatomie pathologique qui était en défaut, mais bien l'observation, et c'était ailleurs qu'aux centres nerveux qu'il fallait chercher le point de départ de cette paralysie musculaire.

C'est seulement à l'hôpital de la Charité que M. Cruveilhier a retrouvé la paralysie graduelle du mouvement, avec intégrité parfaite du sentiment et de l'intelligence. Il en avait déjà observé plusieurs exemples, mais qui étaient restés stériles, faute d'autopsie, lorsque le fait suivant lui permit de déterminer que c'était, non aux centres nerveux, mais dans les muscles eux-mêmes, qu'il fallait chercher les causes de cette paralysie, qu'il caractérisa du nom de *paralysie du mouvement par atrophie musculaire primitive ou idiopathique.* Nous ne reproduirons pas ici cette observation, qui rappelle presque trait pour trait les caractères de la précédente ; nous nous bornerons à exposer les résultats de l'autopsie.

A l'ouverture du cadavre : rien, absolument rien dans la masse encéphalique et dans la moelle, comme dans le cas précédent. Dès lors, ayant acquis pour la seconde fois la certitude que la source de cette paralysie musculaire était ailleurs qu'au centre céphalo-rachidien, M. Cruveilhier comprit qu'il avait à en chercher la cause, ou dans les nerfs musculaires, ou dans les muscles eux-mêmes.

Ayant fait disséquer par plusieurs aides tous les muscles des membres et du tronc, il reconnut que tous les muscles étaient atrophiés à des degrés divers, que les uns avaient encore leur couleur presque naturelle, c'étaient ceux que l'observation clinique lui avait montrés jouir de leur contractilité ; d'autres d'une couleur rose pâle, ailleurs d'une couleur jaune pâle, jaune peau de daim, jaune de bois, mais qu'un très-grand nombre de ces muscles avaient passé à l'état graisseux. Du reste, tous ces muscles, prodigieusement réduits dans leur volume, mais ayant conservé leur forme normale, étaient parfaitement distincts les uns des autres; la disposition fasciculée y était évidente. On fut surtout frappé d'une chose, c'est que non-seulement les muscles, même congénères et même voisins les uns des autres, étaient inégalement affectés, mais encore que tous les faisceaux qui entrent dans la composition de chaque muscle n'avaient pas subi l'atrophie au même degré ; ainsi, dans le même muscle, à côté de faisceaux rouges, se trouvaient des faisceaux d'un rose pâle, et même des faisceaux graisseux ; l'indépendance de nutrition et d'action de chaque faisceau musculaire était aussi parfaitement démontrée que l'indépendance de chaque muscle ; il était évident que l'atrophie n'envahissait pas les muscles en masse, mais bien isolément et successivement chacun des faisceaux de chaque muscle. Il parut également évident que l'atrophie musculaire présentait dans ce cas deux degrés bien distincts ; premier degré : *l'atrophie par macilence*, qui réduit le poids de la masse des muscles au cinquième, au dixième, et même peut-être au vingtième de son poids et de son volume ordinaires, sans altérer sa structure, et seulement avec diminution notable dans l'intensité de sa coloration

rouge; deuxième degré, l'*atrophie par transformation graisseuse*, laquelle ne s'emparait du muscle que lorsqu'il avait subi le premier degré; un degré intermédiaire serait la décoloration du muscle, qui présente un teinte rose pâle à la manière des muscles de la vie organique.

Voici nominativement l'état des muscles chez ce sujet, et plus particulièrement des membres supérieurs.

MUSCLES DE L'ÉPAULE. — Le sous-scapulaire a été respecté, les sus-épineux et sous-épineux atrophiés complétement; *au bras* sont également atrophiés complétement, le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial, le triceps brachial, le brachial antérieur, le grand pectoral; le petit pectoral seul est a peu près intact.

A l'*avant-bras*, tous les muscles de la région postérieure sont atrophiés complétement; — il en est de même des muscles de la région externe, long et court supinateurs, et radiaux; — les muscles superficiels de la région antérieure, rond pronateur, radial antérieur et petit palmaire complétement atrophiés et graisseux; couches profondes complètement atrophiées.

Quant aux membres inférieurs, le muscle triceps fémoral est le seul qui soit graisseux; — quelques faisceaux des fessiers sont jaunes, le reste est rose pâle; — à la jambe, il n'y avait que trois muscles graisseux, les deux péroniers et le fléchisseur propre du gros orteil.

Le système nerveux ne fut pas examiné à fond; on constata seulement à la simple vue que les nerfs des membres atrophiés paraissaient aussi volumineux que de coutume, que les nerfs musculaires, au moment de pénétrer dans les muscles atrophiés, présentaient, à peu de chose près, leur volume normal.

Tel est le résultat de cette seconde autopsie, confirmative de la première pour ce qui est de l'intégrité du cerveau et de la moelle, et démontrant en outre que c'était, non au centre nerveux céphalo-rachidien, mais dans les muscles eux-mêmes, qu'était la cause de leur paralysie, que cette cause était l'atrophie musculaire, dont les degrés divers montraient exactement les degrés de la paralysie.

C'est de l'époque de cette dernière autopsie (avril 1848) que M. Cruveilhier croit devoir faire dater la détermination de cette espèce de paralysie, et sa séparation définitive d'avec les paralysies qui ont leur principe au cerveau ou à la moelle épinière.

Une lacune grave existait dans l'anatomie pathologique de cette affection: c'était la connaissance de l'état anatomique de la partie périphérique du système nerveux. Je voyais bien, dit M. Cruveilhier, dans l'atrophie graduelle des muscles une cause suffisante de paralysie graduelle du mouvement; mais que sont les muscles sans les nerfs qui les animent? et je disais sans cesse que nous n'avions pas encore le dernier mot de cette paralysie; que j'avais la certitude que le centre nerveux cépha'o-rachidien y était étranger, mais que je n'avais nullement la même certitude quant aux cordons nerveux eux-mêmes.

C'est cette lacune que la troisième observation du mémoire de M. Cruveilhier est destinée à combler.

Cette troisième observation a trait à un nommé Prosper Lecomte, âgé de 32 ans, saltimbanque, entré dans le service en juillet 1850, avec une paralysie musculaire atrophique déjà en grande partie généralisée, et dont il faisait remonter l'origine à deux ans environ, et mort le 12 février dernier.

M. Cruveilhier entre ici dans des détails très-circonstanciés sur la maladie de ce sujet, qui a présenté la plus grande ressemblance avec celle des deux observations précédentes.

Voici quelles ont été, à l'autopsie, les lésions principales:

SYSTÈME MUSCULAIRE. — Tous les muscles du bassin et de la cuisse sont parfaitement sains. Les muscles de la jambe sont grêles, pâles à la région antérieure, et ont subi l'atrophie graisseuse à leur partie supérieure; ceux de la région postérieure sont amaigris, mais sains; il en est de même au pied, sauf le muscle pédieux, qui semble avoir complètement disparu.

Aux membres supérieurs, aucun muscle n'a été complétement étranger à l'atrophie; mais toutes les régions n'ont pas été également affectées.

Les muscles du tronc présentent tous, à des degrés variables, la même altération.

Le diaphragme était parfaitement sain.

Les muscles de la langue avaient subi l'atrophie graisseuse.

Quant aux muscles de la vie organique: le cœur, l'œsophage, l'estomac, les intestins, ils étaient parfaitement sains.

SYSTÈME NERVEUX. — 1° La masse encéphalique est dans l'état le plus normal. Elle est même remarquable par sa consistance.

2° La moelle épinière est parfaitement saine de volume, de couleur et de consistance. Les faisceaux antérieurs sont dans l'état normal. Les racines postérieures des nerfs spinaux sont également dans l'état le plus complet d'intégrité, mais les racines antérieures de ces nerfs paraissent d'une infériorité extrêmement remarquable par rapport aux racines postérieures, et cette infériorité est surtout énorme à la région cervicale. Tandis que le rapport entre les racines postérieures et les racines antérieures est, d'après M. Cruveilhier, à la région cervicale de 3 : 1, à la région dorsale de 1 1/2 : 1, et à la région lombaire de 2 : 1; dans le cas actuel les racines antérieures n'étaient peut-être pas le quart ou le cinquième en volume des racines postérieures aux régions dorsale ou lombaire, elles n'étaient pas la dixième partie en volume à la région cervicale. Dans plusieurs points de la région cervicale, ces racines se réduisent à leur névrilème et se présentent sous l'aspect de petits filaments gris extrêmement déliés, qui ne sont composés que de névrilèmes. Ces filaments, examinés à la loupe, n'offrent aucune trace du tissu nerveux proprement dit.

Cette observation, d'après M. Cruveilhier, complète l'anatomie pathologique de la paralysie musculaire progressive atrophique.

La première autopsie avait démontré dans cette maladie l'intégrité parfaite du centre nerveux céphalo-rachidien, mais elle n'avait démontré que cela.

La deuxième autopsie avait confirmé le résultat de la première, mais elle avait en outre établi comme cause de la paralysie du mouvement l'atrophie musculaire, dont on a pu constater tous les degrés, depuis le simple amaigrissement du muscle avec décoloration légère de son tissu jusqu'à la transformation graisseuse, qui en est le dernier terme.

La troisième autopsie a confirmé le résultat des deux autopsies précédentes, quant à l'état d'intégrité du centre céphalo-rachidien et quant à l'atrophie musculaire même; et elle établit, en outre, de la manière la plus positive, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, atrophie dont M. Cruveilhier a pu également suivre les divers degrés, depuis la simple diminution de volume de ces racines sans altération notable de tissu, jusqu'à la disparition complète de la substance nerveuse, jusqu'à la réduction des racines spinales au névrilème, dernier terme de l'atrophie nerveuse.

Ainsi, l'anatomie pathologique de la paralysie musculaire progressive atrophique se compose de trois éléments:

D'un premier élément qui est négatif, c'est l'intégrité parfaite de la portion centrale du système nerveux;

D'un deuxième élément, l'atrophie des racines antérieures coïncidant avec l'intégrité parfaite des racines postérieures;

D'un troisième élément, l'atrophie des muscles paralysés.

Ces caractères anatomiques rendent-ils un compte satisfaisant des symptômes? Que montre l'anatomie pathologique mise en regard de l'observation clinique? A l'intégrité parfaite de l'intelligence répond l'intégrité parfaite des faisceaux postérieurs de la moelle et des racines postérieures des nerfs spinaux. A la paralysie du mouvement répondent: 1° l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux; 2° l'atrophie musculaire.

La marche graduelle ou progressive de la paralysie du mouvement est d'ailleurs parfaitement expliquée par la marche graduelle ou progressive de l'atrophie musculaire, aussi bien que par celle de l'atrophie nerveuse. Mais quelle est la part respective de l'atrophie musculaire et de l'atrophie des racines spinales antérieures dans la production de cette paralysie; ou, en d'autres termes, quel est le rapport qui existe entre ces deux atrophies? C'est là le nœud de la question que M. Cruveilhier s'est proposé d'examiner dans cette dernière partie de son travail.

Et d'abord il repousse comme inadmissible la simple coïncidence entre ces deux lésions, et admet entre elles une connexion intime, un rapport de subordination. Mais, de ces deux lésions, quelle est celle qui est cause, point de départ? Quelle est celle qui est effet?

Les deux hypothèses peuvent être soutenues. Raisonnant successivement dans le sens de l'une et de l'autre, M. Cruveilhier arrive à cette conclusion: que la théorie de l'atrophie primitive des racines antérieures des nerfs spinaux ayant pour effet immédiat la paralysie musculaire progressive, qui en révèle l'existence, et pour effet consécutif l'atrophie musculaire, est la plus conforme à l'ordre hiérarchique des fonctions.

Quelle est la cause de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux? Telle serait la dernière question étiologique qu'il y aurait à résoudre. Mais ici, dit M. Cruveilhier, l'observation nous abandonne, et il faut attendre que de nouveaux faits permettent de résoudre ce problème à la solution duquel se rattache probablement la thérapeutique de la maladie.

M. Cruveilhier conclut en disant qu'il existe une espèce de paralysie du mouvement tantôt partielle, tantôt générale, coïncidant avec l'intégrité du sentiment et de l'intelligence, qui a son principe dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux.

M. ROUX demande la parole sur cette communication; mais, vu l'heure avancée, la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

LA SIFILIZZAZIONE STUDIATA QUAL MEZZO CURATIVO E PRESERVATIVO DELLE MALATTIE VENEREE; da CASIMIRO SPERINO. — Un vol. in-8°. Janvier 1853. A Turin, imprimerie sociale des artistes, A. Pons et C°.

Ce livre si impatiemment attendu, et destiné à un retentissement si honorable pour son consciencieux auteur, pèche néanmoins, il faut le reconnaître, sous le rapport de l'opportunité de son apparition. Il vient à la fois trop tard et trop tôt. Si M. Sperino eût fait connaître ses résultats avant d'avoir pressenti ni laissé pressentir le jugement que devait porter sur leur valeur la commission académique instituée à Turin pour les apprécier, nul n'eût trouvé sa publication trop hâtive; il ne faisait que soumettre à ses confrères les éléments matériels capables d'éclairer leur opinion. Si, au contraire, il avait attendu que cette commission eût fait son rapport, pour être libre d'en discuter ou d'en contredire les conclusions, personne ne lui aurait su mauvais gré d'un retard qui, en mettant sous les yeux des véritables juges toutes

les pièces du procès, leur aurait épargné l'ennui, si pénible pour tout ami de la vérité, de rester en suspens durant des mois entiers entre l'affirmation et la dénégation d'hommes dignes les uns comme les autres de toute confiance.

Qu'arrive-t-il en effet ? M. Sperino publie aujourd'hui le résultat de ses recherches cliniques. Demain la commission fera son rapport sur ces mêmes expériences; et d'avance on sait que, sur plusieurs points graves, ses conclusions ne sont pas celles de M. Sperino. Quelque embarrassant que soit le parti à prendre en semblable conjoncture, lorsque les assertions émises dans le livre que nous avons devant nous vont être contestées par d'autres médecins, témoins, eux aussi, des faits qu'elles ont pour objet, notre rôle ne doit pas se modifier d'après les prévisions de l'avenir. Ce qu'on nous affirme, nous le tenons pour vrai; ce qu'on dit avoir vu, nous l'estimons bien observé. Ajoutons que cette position, la seule acceptable vu l'impossibilité pour nous d'une vérification immédiate, est dépouillée par le caractère irréprochable et la loyauté incontestée de M. Sperino, de tous les dangers où elle pourrait, avec un auteur moins délicat, nous entraîner, nos lecteurs et nous.

Mais tout en admettant les faits, nous pouvons différer d'avec l'auteur sur les conclusions à en tirer; car les mêmes circonstances ne suggèrent pas à des esprits différents des conclusions identiques. Qu'il soit donc bien entendu que dissidence n'implique de notre part ni hostilité ni défaut de confiance : c'est un avertissement qui n'est jamais de trop vis-à-vis de MM. les inventeurs. Donné et reçu en bonne part, comme il convient entre gens qui s'estiment, il ne peut que rendre la discussion plus profitable aux intérêts de la science.

Le livre de M. Sperino est un traité complet (903 pages) de la syphilisation. L'histoire de ses premiers pas, ses procédés variés, le lieu, le plus qu'elle choisit, le nombre et l'intervalle des inoculations, ses effets locaux et généraux sur l'organisme, ses diverses applications aux maladies autres que la syphilis, les discussions animées qu'elle a suscitées, tout y est décrit, débattu, analysé et jugé. Mais de ces différents points le plus grand nombre a déjà si souvent trouvé place dans ce journal, la part de M. Sperino à la découverte a tant de fois été signalée par nous, qu'il y aurait fort peu d'utilité à revenir encore sur les mêmes questions. Tout pâlit, d'ailleurs, M. Sperino le reconnaîtra sans doute, devant l'importance des nouveaux faits cliniques complets qu'il apporte aujourd'hui; c'est là que l'attention publique doit maintenant se porter; en s'arrêtant sur des sujets désormais accessoires, elle ferait fausse route, et notre compte rendu ne veut se rendre ni lustigateur ni complice de ces aberrations; car, du moment qu'on est en mesure, qu'on est presque mis en demeure de décider si la syphilisation a, oui ou non, quelque chose de réel, serait-ce bien raisonnablement employer son temps que de s'occuper à rechercher, par exemple, quelle est la meilleure manière de l'exécuter ?

Disons cependant que la pratique de M. Sperino est à présent fixée sur le mode le plus convenable à employer pour obtenir la saturation syphilisatrice, en d'autres termes pour rendre l'individu réfractaire à des inoculations ultérieures. Au lieu de répéter tous les trois jours 18 à 20 piqûres, comme il avait d'abord cru pouvoir le faire avec avantage, il espace aujourd'hui les insertions et en réduit le nombre. C'est le seul moyen, quand on emploie la syphilisation comme agent curatif, pour que la non-réceptivité exerce une influence suffisante sur la constitution.

A n'étudier que les résultats obtenus, le livre de M Sperino nous suggère deux ordres de considérations essentiellement distinctes. Il donne en effet le moyen de juger : 1° la saturation syphilitique en elle-même; 2° ses conséquences sur l'évolution de la syphilis existant déjà chez l'individu sur qui on l'effectue.

1° La *saturation* se pressent, est rendue probable chez l'inoculé, lorsqu'on voit les chancres résultant d'insertions successives être de moins en moins étendus et durables. C'est là une des prouesses de la syphilisation; nous devons dire que M. Sperino les a complètement et constamment réalisées dans ses nombreuses expériences cliniques. Il n'en est aucune qui ne fournisse l'exemple de cette décroissance graduelle et presque régulière, depuis la première inoculation jusqu'à la dernière. Une seule exception s'est observée, et celle-ci est plutôt confirmative de la règle. Quand la série des inoculations syphilisatrices a dû être suspendue pendant un certain laps de temps, et qu'on les reprodult ensuite, celles par lesquelles on recommençait produisaient des ulcérations plus actives que les précédentes.

Quant à l'extinction de la réceptivité, M. Sperino l'a également constatée dans ses observations. Ses résultats précis, clairs, univoques, serviront à porter une fructueuse et inextinguible lumière sur ce dogme, que les faits vagues, hachés d'interruption et d'hésitations, portés devant l'Académie de médecine de Paris, avaient laissé indécis. Mais cette non-réceptivité, cette immunité contre l'inoculation sera-t-elle perpétuelle, ou seulement assez prolongée pour compenser les inconvénients par lesquels on l'achète ? Voilà, pour le moment, toute la question pratique; car si la non-inoculabilité est un phénomène capital en physiologie pathologique, s'il recèle peut-être en lui le germe d'une révolution en thérapeutique syphilitique, il ne peut être utilisé, tel qu'il s'offre actuellement, que s'il persiste au moins durant quelques années de manière à rendre l'individu réfractaire à de nouvelles infections. Or ce côté du problème n'est pas, à beaucoup près, résolu d'une manière aussi satisfaisante par M. Sperino. Il y a en des récidives, rares, mais franchement avouées. Quelques-unes de ses malades, sorties de l'hôpital, syphilisées et inaccessibles à la contagion, y sont rentrées plus tard avec des chancres contractés dans une infection récente. Cet échec n'est, d'ailleurs, que la répétition de ce qui arriva à M. Laval, présenté d'abord comme rebelle à toute tentative d'inoculation, et chez qui cette faculté précieuse était démentie au bout d'un an. En vain M. Sperino affirme-t-il que ces nouveaux chancres n'ont qu'une courte durée, nous ne le contestons point; mais d'abord en sera-t-il ainsi de ceux qui apparaîtront ultérieurement à plus longue distance de l'époque de la syphilisation ? Et en second lieu, ces ulcères, quelque brève qu'en soit l'évolution, ne sont-ils pas aptes à transmettre la contagion, éminemment dangereux par conséquent chez des femmes de cette catégorie, qui doivent attacher encore plus d'importance à ne pas donner la maladie qu'à ne pas l'avoir elles-mêmes.

Nous ne réduisons pas la question de la prophylaxie à des proportions aussi mesquines; nous ne croyons pas, que les cas multipliés où l'immunité s'est opérée entre les mains de M. Sperino soient radicalement annihilés par les quelques insuccès qu'il a la bonne foi de confesser. Nous ne désespérons point, surtout, que de nouvelles méditations ne lui fournissent le moyen de neutraliser ces causes de récidives. Mais enfin, raisonnant au point de vue de l'application usuelle et d'après ce que nous avons sous les yeux, nous sommes bien forcés de conclure que les succès obtenus par le chirurgien du syphilicôme ne sont pas encore assez persistants pour être transformés, sous le rapport pratique, en une opération prophylactique digne d'être vulgarisée avec avantage.

2° L'influence de la syphilisation contre des accidents syphilitiques réalisés est ce qui a le plus spécialement préoccupé les expérimentateurs; car ce côté de la nouvelle méthode, échappant à la fois au reproche d'immoralité et d'inutilité, devait survivre à la ruine de ses prétentions prophylactiques, désavouées, peut être à tort, par tous ses partisans. Le livre presque tout entier de M. Sperino est consacré à la démonstration clinique du pouvoir curatif des inoculations méthodiques. Il l'appuie sur la relation de 96 observations détaillées dont il a été le témoin attentif. Voyons donc de quelle manière la syphilisation a déployé sa puissance contre les divers symptômes, soit primitifs, soit constitutionnels.

CHANCRES. — Nous ne parlons ici que des ulcères primitifs, abstraction faite des complications de phagédénisme, d'induration, qui prolongent leur durée ou aggravent leurs suites. Or, dans les quarante et quelques observations où M. Sperino rapporte l'histoire de chancres primitifs, nous n'avons pu noter un seul cas où l'influence de la syphilisation ait hâté l'évolution ou simplifié les conséquences de cet accident local. Plusieurs de ces chancres ont duré deux mois et davantage; pas un seul n'a subi, à partir du commencement de la syphilisation, une amélioration assez prononcée pour accuser un effet sensible exercé par l'agent soi-disant curatif; enfin ils ne se sont point en général cicatrisés avant d'avoir persisté jusqu'aux limites de temps ordinaires que les médications usuelles leur laissent atteindre. Pour nous donc, la syphilisation n'abrège aucune des périodes par lesquelles le chancre primitif doit passer avant d'arriver à guérison.

CHANCRE INDURÉ. — Voici peut-être le point sur lequel il existe le plus de dissidences, et qui se prêterait néanmoins le plus aisément à une conciliation capable de satisfaire les deux parties. M. Sperino, ainsi que M. Auzias, professe que la syphilisation résout rapidement l'induration chancreuse. Cette dureté caractéristique, indice d'une intoxication prochaine ou déjà réalisée, cette dureté rebelle à toute médication hors le mercure, ils en provoquent la disparition en quinze ou vingt jours. Elle fond, pour ainsi dire, à vue d'œil, sous l'action des inoculations successives. Le présent ouvrage en contient vingt exemples.

A ce sujet, nous n'avons qu'une réflexion à faire, et nous la présentons avec la franchise que le caractère de M. Sperino doit commander à ses critiques : M. Sperino ne connaît pas la véritable *induration*, ou

du moins il n'applique pas cette dénomination au même état morbide que nous. En vain prend-il soin d'avertir qu'il distingue trois sortes d'induration, l'inflammatoire, la calleuse et la spécifique. En vain s'écrie-t-il ailleurs : « Je serais bien malheureux si, après avoir fréquenté deux ans la savante clinique de M. Ricord, et si, après quinze ans de service dans un grand hôpital, je n'avais pas même appris à connaître les chancres indurés! »

Eh bien! oui, ce malheur, si c'en est un, vous avez raison de le déplorer; car tout démontre que l'école de Ricord et la vôtre diffèrent sur ce point fondamental. Nous ne nous bornons pas à l'affirmer : nous allons le prouver.

M. Sperino parle souvent de malades affectées simultanément de plusieurs chancres résultant de la même infection, et dont les uns étaient indurés, les autres simples : il en est notamment question dans les premier, troisième, septième, quarantième, quarante-deuxième, quarante-huitième, cinquante-deuxième et cinquante-huitième cas. Or les syphilographes français savent que, dans de telles conditions, tous les ulcères provenant d'une même origine partagent le même sort; que lorsqu'ils s'indurent, tous s'indurent.

M. Sperino signale à chaque instant des chancres indurés chez ses malades. Or on est aujourd'hui d'accord que cette complication du chancre primitif est très-rare dans le sexe féminin.

M. Sperino admet qu'un individu atteint d'un chancre induré peut, après en avoir été guéri, voir un chancre contracté dans un autre coït s'indurer de nouveau. Or cette succession de phénomènes est en opposition avec l'observation attentive et désintéressée de médecins habitués à examiner attentivement ce point de fait. La loi de l'*unicité*, prête à les enregistrer à titre d'exceptions, n'a pas encore eu à compter un assez grand nombre de cas semblables pour en être ébranlée.

M. Sperino enfin cite, sans s'apercevoir du démenti qu'il donne à sa doctrine, un fait de chancre induré accompagné d'un bubon suppuré, ouvert spontanément et devenu chancreux (obs. XXXVIII). Or personne n'ignore aujourd'hui que le bubon purulent n'est point la conséquence du chancre induré.

De ces considérations sommairement rapportées, il ressort clairement, à nos yeux, que le chancre prétendu induré de M. Sperino n'a aucune des allures qui caractérisent le chancre induré tel qu'on le connaît en France. Ne nous étonnons donc pas si la syphilisation lui a fourni contre ce symptôme si grave des ressources d'une efficacité souveraine. Faute de donner aux mots la même acception, on cesse de s'entendre sur le pronostic et la valeur des remèdes. Nous demanderions, quant à nous, qu'avant d'employer de nouveau sa méthode contre des indurations primitives, le chirurgien du syphilocôme eût fait diagnostiquer ces accidents par une commission de médecins français. Jusque-là, sans lui refuser le mérite d'avoir fait fondre des duretés ou engorgements, nous continuerons à douter qu'il ait dissipé par les seules inoculations ce que nous sommes habitués à connaître et à redouter sous le nom d'*induration*.

P. DIDAY.

(*La fin au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

— M. le professeur Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine, vient d'être nommé accoucheur de S. M. l'Impératrice.

— Par décret du 20 mars dernier ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Ruslan de Vérac, médecin-major au 56e de ligne;
Hahn, id. au 6e cuirassiers;
Piétri, id. au 1er cuirassiers.

— Les médecins de l'empereur d'Autriche, MM. Seeburger et de Wattman, ont reçu, le premier la croix de chevalier de l'ordre de Léopold, et le second le titre de conseiller aulique et de baron.

— On assure qu'il est question de supprimer la chaire de chimie médicale qu'occupait M. Orfila, ou plutôt de la réunir à la chaire de chimie organique remplie par M. Wurtz.

On créerait en ce cas une chaire de pharmacie et de pharmacologie.

— Le concours pour trois places de chirurgiens du bureau central des hôpitaux a commencé samedi. Les candidats ont eu pour sujet de la composition écrite la question suivante : *Quels sont les cas dans lesquels le chirurgien doit ou peut pratiquer l'ablation des affections cancéreuses? Quels sont les cas dans lesquels l'opération est contre-indiquée?*

— Le jury du concours de chirurgie est définitivement constitué. Les juges sont : MM. Collerier, Roux, Maisonneuve, Huguier et Cazalis; suppléants : MM. Richet et Moissenet.

— Par suite de la démission de M. le Dr Galtier, naguère nommé chef des travaux chimiques, la Faculté de Montpellier a eu à faire une nouvelle présentation pour remplir ce poste laissé vacant. Trois candidats s'étaient présentés afin d'obtenir les suffrages de la Faculté. Malheureusement deux d'entre eux, M. Lazowski, préparateur à l'École supérieure de pharmacie, et M. Faget, agrégé à cette même école, ne satisfaisant pas, au moment voulu, aux conditions exigées par l'ordonnance ministérielle, n'ont pu être placés sur la liste de présentation. La Faculté a donc dû se borner à mentionner ces honorables candidats dans son rapport, et présenter seulement M. le Dr Brousse, agrégé et ancien chef des travaux chimiques.

— Tours, 30 mars :

« M. le docteur Godefroy, président d'honneur de la Société médicale d'Indre-et-Loire, ancien membre du conseil municipal de Tours et ancien maire de Chambray, vient de mourir à Tours. »

— Le docteur Fernandez, professeur à Madrid, vient de mourir subitement d'une manière extraordinaire. Étant entré chez un client, il s'approche du feu en disant : J'ai froid. A peine a-t-il prononcé ces paroles qu'il tombe mort.

— Le budget de la faculté de médecine de Strasbourg a été rétabli tel qu'il était avant 1848.

Le crédit pour les abonnements aux publications périodiques, réduit à 200 fr., a été reporté à 800 fr.

Les appointements des gens de service ont été ramenés à leur ancien taux.

Un crédit de 1500 fr. a été alloué pour l'établissement d'une école pratique. Depuis 1840 ce crédit avait été vainement demandé.

La faculté de médecine de Strasbourg a adressé à M. le ministre de l'instruction publique l'expression de sa vive reconnaissance.

— M. le préfet de Loir-et-Cher vient de faire dresser et de publier dans le Recueil, la liste des docteurs en médecine, officiers de santé, sages-femmes et pharmaciens exerçant dans le département.

Il en résulte que le soin de veiller à la santé publique est confié, dans notre département, à

69 docteurs en médecine,
28 officiers de santé,
29 pharmaciens,
86 sages-femmes,

Ensemble 212

Sur les 69 docteurs en médecine, il y en a 63 qui ont été reçus par la Faculté de Paris, 4 par celle de Montpellier, 1 par celle de Strasbourg, 1 par celle de Modène.

Les deux tiers environ des officiers de santé ont été reçus en province, un tiers seulement à Paris (9 sur 28).

14 pharmaciens sur 29 ont été reçus par l'école de Paris, le reste par des jurys médicaux de province.

26 sages-femmes sur 86 ont été reçues à Paris. Parmi les 40 qui ont été reçues en province, il y en a 14 qui ont subi leurs examens à Blois.

— On lit dans l'Akbar d'Alger, du 22 mai :

« Une espèce de révolution comprenant les prix et les qualités, se fait ou va se faire dans la pharmacie algérienne. Comme partout et en toutes choses, la concurrence amènera le rabais; mais aussi, comme partout et en toutes choses, elle peut amener l'altération des qualités, et même la falsification des produits. De là des accidents, qu'il faut chercher à prévenir, car il ne s'agit de rien moins que de la santé publique.

» En France, les pharmacies sont visitées et inspectées par un jury médical. Ne conviendrait-il pas de confier ici ce soin à une commission spéciale? »

— Les pauvres malades qui sont dans la nécessité de se faire conduire à l'Hôtel-Dieu manquent souvent de l'argent nécessaire pour payer les porteurs du brancard. Le préfet de police a prescrit que les porte-sonnettes seraient chargés de ce soin, qu'ils seraient indemnisés sur la caisse de la préfecture. Le préfet, dans sa circulaire aux commissaires de police, s'exprime ainsi :

« Je vous invite à ne pas perdre de vue que les considérations d'humanité dominent les règles d'économie, et que le premier devoir, comme le premier honneur de l'administration, est de venir en aide, avec toutes les ressources dont elle dispose, à la partie souffrante et malheureuse des populations confiées à sa sollicitude. »

— Les personnes qui désirent faire un cours à l'école pratique pendant le semestre d'été, sont prévenues que la réunion pour le choix des heures et des amphithéâtres aura lieu lundi prochain 4 avril, à midi, à l'École pratique.

— M. Baillarger commencera son cours de clinique sur les maladies mentales à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 10 avril, à neuf heures du matin, et le continuera tous les dimanches à la même heure.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — PARALYSIE MUSCULAIRE ATROPHIQUE — RAPPORT ANNUEL SUR LES ÉPIDÉMIES.

La discussion que nous avions cru pouvoir faire espérer sur le cas de paralysie musculaire atrophique présenté par M. Cruveilhier ne paraît pas devoir aller bien loin. Quelques éclaircissements demandés par M. Roux, des développements apologétiques donnés par M. Bonvier, voilà jusqu'ici ce qu'elle a produit. La contradiction seule pouvait remuer le sujet pourtant si fertile : une maladie nouvelle suppose un point de départ nouveau, une physionomie nouvelle, un ensemble de caractères nouveaux, et surtout, dans l'espèce, des relations physiologiques nouvelles ; car on ne peut pas supposer un mode d'altération organique et fonctionnelle du système nerveux sans être forcément reporté vers l'état anatomique et physiologique normal de ce système, dont la maladie n'est qu'une perversion. Ni M. Cruveilhier, ni M. Roux, ni M. Bonvier ne paraissent s'être préoccupés de ce point de vue. Nous ne pouvons donc rien en dire jusqu'ici ; et nous n'y reviendrons que si la discussion est prise au sérieux, si elle est portée dans les voies susceptibles de lui donner de la vie et du mouvement.

Mais il est un second sujet non moins important que la dernière séance a mis en lumière. Par l'organe de M. Lévy, son rapporteur, la commission des épidémies a paru vouloir sortir cette année de la léthargie où elle sommeille paisiblement depuis son institution : ce n'est vraiment pas dommage! Le seul symptôme par lequel cette commission ait révélé son existence a été un rapport annuel, que personne n'écoute et ne lit, et qui n'a eu d'autre mérite jusqu'ici que de montrer la parfaite nullité de l'institution. Est-il vrai cependant qu'il n'y ait rien à en tirer? Quoi, il existe au ministère de l'agriculture et du commerce un bureau spécial, l'Académie depuis vingt année reçoit toutes les communications adressées à l'autorité sur l'état sanitaire de la France, et il n'est rien résulté de cet accouplement d'efforts de la science et de l'administration qui ait eu le moindre caractère d'utilité. C'est ce que la commission de cette année, ou plutôt le rapporteur, a parfaitement senti. Prenant en main la cause que la GAZETTE MÉDICALE a bien des fois soutenue, il l'a fait valoir avec une force et une autorité qui pourront cette fois lui faire faire un pas. Il a parfaitement montré que l'étude des épidémies dans un pays comme la France doit, pour être utile, comprendre l'ensemble des faits, qu'elle doit pouvoir rapprocher, comparer toutes les reproductions de la même maladie, la considérer dans ses rapports avec les diverses circonstances propres à en faire connaître la nature, l'identité et la diversité. A ce prix seulement on pourra généraliser les causes qui les produisent, découvrir les lois suivant lesquelles elles se manifestent pour plus tard les neutraliser. Nous-même n'avons-nous pas naguère exprimé les mêmes idées à l'occasion des différentes épidémies de suette? C'est donc là un vœu qu'on ne saurait trop reproduire, qu'on ne saurait trop appuyer des avantages inhérents à sa réalisation. Mais pour hâter cette réalisation, il ne suffit pas de la demander : il faut surtout la rendre facile, et montrer comment elle est possible. C'est encore ce que M. Lévy a parfaitement compris. Le rapport de la commission des épidémies est adressé à l'autorité. La commission a indiqué les mesures générales à prendre dans le but d'obtenir des renseignements plus complets et plus précis. Mais ce n'est pas assez : les administrations n'inventent pas. Ce n'est pas la bonne volonté qui leur manque toujours. Organisées comme des machines, elles ne changent pas aisément leurs habitudes, qui sont pour elles comme des rouages engrenés avec d'autres rouages. Quand on leur demande quelque chose qui sort de leur mécanisme ordinaire, il faudrait leur offrir, non des vœux, non des idées, mais un agencement nouveau tout complet capable de remplacer l'ancien, et duquel sortirait le produit nouveau qu'on lui demande. Sans cela les vœux sont stériles ; les meilleures idées « tombent et meurent au pied de l'arbre qui les donne. » C'est ce que la commission n'a peut-être pas assez compris. Comment faire cependant? Ce ne devrait pas être à nous à indiquer les moyens d'exécution, d'autant plus qu'on n'a guère coutume de s'inspirer des conseils de la presse, et que, quand il arrive qu'on est forcé de les suivre, on prend toutes sortes de précautions pour en dissimuler l'origine. Mais la GAZETTE MÉDICALE n'a pas besoin de se mettre en frais nouveaux d'imagination. Il y a longtemps qu'elle a indiqué comment il serait possible d'organiser une véritable administration sanitaire, un vrai ministère de la santé ; comment la science et l'autorité devraient s'entendre pour assurer toutes les ramifications de cette institution, et en rendre le fonctionnement utile. Il suffirait pour cela de faire pour la santé publique ce que l'on fait pour la politique : établir dans toute la France des commissariats sanitaires correspondants avec un commissariat central et général, auquel aboutiraient, non pas chaque année, mais chaque jour, des renseignements exacts sur les changements survenus dans l'état sanitaire de la France. Le moindre mouvement, le moindre semblant d'émotion politique, disions-nous naguère, dès qu'il se manifeste est communiqué de la circonférence au centre ; les impressions y sont transmises par la voie électrique, qui est comme le système nerveux de la France, du monde entier. Pourquoi ce système nerveux ne transmettrait-il pas au cerveau de l'administration centrale les impressions sanitaires comme il transmet les impressions politiques? L'institution de deux sortes d'agences, l'une périphérique, l'autre centrale, suffirait pour assurer ce résultat. Une inspection médicale en permanence dans tous les rayonnements de la capitale pourrait être chargée de faire connaître les moindres modifications de la constitution médicale, à l'instant même où elles se produisent, indépendamment des rapports méthodiques et réguliers que cette inspection adresserait toutes les semaines, tous les mois et à la fin de chaque année. Une telle organisation exigerait un système de mesures et de moyens parfaitement concordants ; car qui veut la fin veut les moyens, et ce proverbe, pour n'être plus neuf, n'en est pas moins toujours d'une grande justesse.

Mais ce qui manque à l'établissement de ces institutions, c'est d'abord une parfaite appréciation de leur fin, de leur but : or jusqu'ici la notion de la fin n'a guère fait plus de progrès que la possession des moyens ; et la commission de l'Académie, bien que mue par un sentiment élevé du but, ne l'a pas vu d'assez près, ou du moins ne l'a pas indiqué d'une manière assez précise pour que l'administration le saisît parfaitement et fît de grands efforts pour le réaliser. Ce but, en effet, n'est pas seulement, comme l'a dit M. Lévy, d'avoir à la fin de chaque année des relations sur toutes les épidémies qu'on aura pu observer dans son cours : cela ne suffit pas, ou plutôt cela ne conduirait à rien. Ce qu'il faut, c'est un système d'organisation dans lequel les faits simultanés, dans quelque endroit qu'ils se produisent, attirent simultanément l'attention et à l'instant même où ils se produisent;

Feuilleton.

LE PROFESSEUR GRAVES (1).

Il est dans la destinée de la plupart des hommes supérieurs d'être méconnus de leurs contemporains et de recueillir l'ingratitude en proportion des bienfaits qu'ils répandent sur l'humanité. Un petit nombre seulement parmi ces natures d'élite échappe à la loi commune, et il leur est donné d'assister à la réalisation de leurs vues bienfaitrices : récompense de beaucoup supérieure à tout ce que la gloire et la renommée pourraient leur offrir.

Orfila nous a laissé un admirable exemple de ces hâtives apothéoses. Il était, en effet, de ces hommes qui « ne s'appliquent qu'à des choses immédiatement » utiles et réalisables, et possèdent à un rare degré ce qui fait le succès de toute » entreprise. » Ces paroles, qu'on a pu lire naguère dans ces mêmes colonnes au sujet du maître tant regretté, sont applicables à l'éminent professeur dont l'Angleterre déplore aujourd'hui la perte.

Graves, comme Orfila, appartient à cette phalange privilégiée qui marche au but sur la tête de ses adversaires, qui répond à ses détracteurs par une série de succès, dont le génie prend une forme pour ainsi dire matérielle et palpable, évidente pour les masses comme pour les intelligences supérieures. Mais Graves a-t-il eu des adversaires, a-t-il eu des détracteurs? Il a dû en avoir, puisqu'il a été grand. Qui sait leur nom de ce côté de la Manche? Qui sait, en Angleterre, si Orfila a eu des détracteurs? Non, ces hommes dont la déplorable destinée est de s'attacher comme une lèpre aux hommes de génie, tombent avec sa dépouille mortelle et disparaissent avec elle.

Robert Graves était le plus jeune fils de Richard Graves, doyen d'Ardagh, membre de l'Université de Dublin et auteur d'un livre de théologie qui l'a mis au premier rang parmi les linguistes célèbres et les métaphysiciens de l'époque. Les rares aptitudes du jeune Graves se manifestèrent de bonne heure ; toutes les palmes accessibles à sa jeune ambition furent remportées par lui. Le prix d'honneur couronna enfin ses succès d'écolier.

A l'âge de 22 ans, Graves avait ses diplômes de médecin ; mais lorsqu'il eut comparé l'immense champ des misères humaines avec le maigre bagage scientifique qu'il avait pu amasser dans les livres et au pied des chaires professorales, il recula devant la tâche qui s'offrait à lui, et son esprit, assez élevé pour comprendre toute l'étendue des devoirs du médecin, ne se jugea pas suffisamment éclairé pour les bien remplir. Il quitte sa ville natale, fait un court séjour à Londres, et vient enfin demander aux principales écoles du continent leur der-

(1) Graves, professeur de clinique à l'Université de Dublin, est mort le 20 mars 1853.

qu'ils soient embrassés par une même conception directrice, qu'ils deviennent en un mot l'objet d'une même observation, comme ils peuvent être l'effet des mêmes causes. Sans cela, qu'arrive-t-il? C'est que quand les épidémies ont achevé leur cours, on n'a plus que des récits tronqués : expressions diverses, incomplètes et systématiques des esprits différents qui les ont vues; et si l'on veut généraliser des rapports, déduire des conséquences élevées, on est obligé de généraliser avec les vues, l'esprit et la pensée d'autrui; c'est-à-dire avec l'incohérence et l'arbitraire de chaque observateur. Cette remarque peut paraître aboutir à l'impossible. Comment, en effet, supposer que les mêmes faits puissent être observés simultanément par les mêmes observateurs dans les différentes contrées où ils se produiront? Et d'abord, ils ne se produisent pas toujours simultanément; et quand cela serait : avec la facilité des communications par les chemins de fer, quoi de moins impossible que de généraliser l'observation des mêmes épidémies, ces épidémies régnassent-elles à la fois à l'est ou à l'ouest, au nord ou au midi de la France? Ces sortes de mesures exigeraient sans doute des fonctionnaires à la taille de leurs fonctions. Et où les trouver? « *Tantùm inceptо opus est*, a dit Salluste, *cætera res expediet.* » Les hommes ne manquent jamais aux circonstances : il suffit qu'elles se montrent pour que les hommes se montrent avec elles.

Mais ce résultat est encore bien éloigné; et pour y arriver, qu'avons-nous, quelles sont nos ressources, quel est notre point de départ? Voilà ce que la commission des épidémies aurait peut-être bien fait de rechercher; car il est plus facile, en fait d'administration, d'obtenir des améliorations que des innovations. Or il existe réellement quelque rudiment de l'institution que nous voudrions voir se réaliser dans son ensemble. Des comités d'hygiène départementaux ont été assez récemment établis; ils auront sûrement dans leurs attributions d'observer les épidémies, d'en donner connaissance à l'autorité, et d'en faire l'objet de rapports annuels. C'est un commencement, sur lequel on pourra enter autre chose. Ce qu'il importe donc, pour le moment, c'est que l'autorité soit bien renseignée sur le caractère d'impulsion à donner à cette nouvelle institution, par rapport aux épidémies. Alors une partie des vues de la commission de l'Académie seront réalisées, et alors surtout on verra mieux l'utilité de celles que nous venons d'indiquer comme devant en être le complément.

Jules Guérin.

PATHOGÉNIE.

DES KYSTES DERMOÏDES ET DE L'HÉTÉROTOPIE PLASTIQUE EN GÉNÉRAL; communiqué à la Société de biologie en août 1852, par M. le docteur Lebert.

(Suite et fin. — Voir le n°s 46, 51 et 52 de 1852, 9 et 12 de 1853.)

12° Si nous jetons à présent un coup d'œil sur la marche et la durée, nous arrivons à une première difficulté : c'est la fixation précise du début. Toutefois, si l'on tient compte du moment de la première apparition de quelques douleurs abdominales, d'une tumeur petite encore, et lorsqu'on voit ensuite ces symptômes s'accroître pour arriver à une des terminaisons variées que nous venons d'analyser, on peut cependant fixer approximativement la durée de la maladie. Nous trouvons des détails à ce sujet dans douze des faits analysés. Deux fois la marche a été assez prompte : c'était le cas de Young, où, chez une femme de 50 ans, les accidents n'avaient duré qu'un an et demi; ils n'avaient été que de deux ans dans l'observation de Saxtorph; dans 6 cas ils ont varié entre trois et sept ans. C'est ainsi que la durée a été de trois à quatre ans dans le cas de Hamelin, de quatre à cinq ans dans le cas de Marshall-Paul, de cinq ans dans celui de Coley, de cinq ans également dans celui de M. Larrey, qui s'est terminé par la guérison, et de sept ans dans les observations de Delarivière et d'Anderson. Nous trouvons enfin 4 cas qui ont offert une durée beaucoup plus longue. Une des pièces conservées au musée de Boston appartenait à une femme de 35 ans, chez laquelle les accidents produits par la tumeur avaient commencé à se manifester depuis dix-sept ans. Dans l'observation de Blumenbach, qui se rapporte à une femme morte à l'âge de 38 ans, la durée de la maladie a été également de dix-sept ans. Dans le fait de Ballard, elle a été de vingt-deux ans, chez une femme de 45, et dans le fait de Cleghorn, elle a été de vingt-cinq ans, chez une femme de 50 ans. Si on tient compte du fait qu'on ne trouve que très-rarement des kystes dermoïdes ovariens à l'autopsie des petites filles non pubères, on écarte par cela même la supposition que ces affections sont congéniales, et ne donnent lieu à des accidents qu'après avoir existé longtemps à l'état latent. Nous croyons être bien plus dans le vrai en affirmant que la formation première de ces productions a lieu ou à l'époque de la puberté ou chez les jeunes femmes, et c'est tantôt au bout de peu d'années que la tumeur donne lieu à des accidents graves, même mortels, tantôt à une époque plus éloignée de la vie.

13° L'analyse de l'âge des malades se range tout naturellement après celle de la durée. Nous l'avons noté dans 59 cas. Nous ne trouvons qu'un seul cas au-dessous de 10 ans, 8 cas de 10 à 15, mais presque tous entre 13 et 15 ans; 3 seulement de 15 à 20; ensuite la plus grande fréquence de 20 à 30 ans : 15 cas en tout, répartis d'une manière à peu près égale sur les deux lustres. Une fréquence égale à peu près de 30 à 40 et de 40 à 50, 12 pour le premier laps de temps, 13 pour le second, et il ne reste plus que 7 cas pour l'âge plus avancé passé 50 ans. Nous avons noté aussi l'âge pour 22 cas de kystes dermoïdes non ovariens, et nous arrivons à un tout autre résultat. C'est ainsi qu'un tiers à peu près, 7 cas en tout, se trouvent jusqu'à l'âge de 15 ans, dont 3 déjà jusqu'à 5 ans; nous trouvons 6 cas entre 15 et 25 et 9 cas passé 25 ans, dont 3 entre 35 et 40 et 3 entre 45 et 50. Voici le tableau comparatif de l'âge dans les deux ordres de faits.

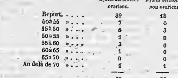
	Kystes dermoïdes ovariens.	Kystes dermoïdes non ovariens.
De 1 à 5 ans . . .	0	3
5 à 10 » . . .	1	2
10 à 15 » . . .	8	2
15 à 20 » . . .	3	3
20 à 25 » . . .	8	3
25 à 30 » . . .	7	1
30 à 35 » . . .	4	1
35 à 40 » . . .	8	3
A reporter. . .	39	18

nier mot sur l'enseignement clinique. Il visite les hôpitaux, non pas, comme il l'avait fait jusqu'alors, en parcourant rapidement les infirmeries à la suite du professeur, saisissant à la hâte un lambeau de prescription, sachant à peine à quel cas elle est applicable; mais il recueille religieusement au chevet des malades les observations les plus précises, vérifie les résultats des prescriptions, et suit pour ainsi dire pas à pas le traitement des diverses maladies.

C'est alors que la science morte qu'il avait amassée dans ses laborieuses veilles se dresse dans son esprit et lui parle un langage compréhensible. Graves, à son retour à Dublin, gradé par sa propre expérience, se jugea apte à exercer la médecine; mais c'était peu pour sa noble ambition de doter son pays d'un médecin éclairé : de plus, novateur intrépide, il essaye de bouleverser toutes les habitudes professionnelles des hôpitaux, de remplacer une routine stérile par l'introduction de divers perfectionnements que son intelligente observation avait rapportés de ses voyages. Enfin il ouvrit une voie nouvelle à l'éducation médicale, et voulut fonder comme une dynastie de médecins qui seraient un jour les bienfaiteurs de l'humanité et la gloire de son pays. Erreur généreuse d'un esprit d'élite, qui lui faisait croire qu'en offrant à d'autres esprits les aliments qui avaient développé les rares facultés du sien, il leur assurerait les résultats qu'il en avait obtenus lui-même! Néanmoins, si les perfectionnements qu'il est parvenu à introduire dans le professorat en Irlande n'ont pas eu pour effet de multiplier les Graves à l'infini, ils auront au moins l'immense avantage d'offrir à de jeunes et ardents adeptes de la science des moyens d'instruction, qu'ils devaient naguère aller chercher à grands frais dans des contrées lointaines. Ce n'est pas à dire que Graves fût le premier médecin éclairé de l'Irlande, ni que l'enseignement clinique fût complétement ignoré avant lui; mais c'est lui qui, par un sentiment plus complet de l'utilité de l'institution et par la fermeté de l'impulsion qu'il lui a donnée, peut en être considéré à bon droit comme le fondateur.

C'est en 1821 que Graves vint s'établir à Dublin. Avec le concours de plusieurs autres médecins et chirurgiens, il fonda une école de médecine particulière où il débuta brillamment par un cours de médecine légale, branche de la science presque ignorée en Angleterre à cette époque. Dans la même année, il fut nommé professeur à l'hôpital de Meath. Cet hôpital, à peine connu avant Graves, fut l'objet de sa constante sollicitude; il y exécuta ses travaux les plus importants et y remporta ses plus grands succès de professeur. Le docteur Stokes, son élève et son ami, fils de Whitley Stokes, qui lui-même avait soutenu et patroné Graves dans ses tentatives novatrices, travailla constamment à ses côtés. Bientôt l'hôpital de Meath devint le rendez-vous de toute la jeunesse studieuse, non-seulement de l'Irlande, mais de l'Angleterre, de l'Écosse et des colonies. Un grand nombre de jeunes médecins anglais s'honorent d'être ses élèves; parmi ceux-là le docteur Richard Townsend et le docteur William Stokes sont déjà célèbres.

Comme professeur, Graves se distinguait par une puissance et une clarté de langage qui commandaient l'attention sans jamais la fatiguer. Sa physionomie, belle et intelligente, la distinction de ses manières, la noblesse de son maintien, captivaient tout d'abord son auditoire. Doué de facultés intellectuelles rares, il avait enrichi son esprit de tout ce que la science et la littérature ancienne et moderne offrent de plus précieux : la physiologie médicale, l'anatomie comparée, la chimie, la botanique et la philosophie lui offraient tour à tour des ressources inépuisables. Il réunissait ainsi un ensemble de qualités positives et élev



	Kystes dermoïdes ovariens.	Kystes dermoïdes non ovariens.
Report.	39	18
40 à 45 » . . .	7	0
45 à 50 » . . .	6	3
50 à 55 » . . .	2	0
55 à 60 » . . .	3	0
60 à 65 » . . .	1	0
65 à 70 » . . .	0	0
Au delà de 70 » . . .	1	1
	59	22

14° Nous consacrons un dernier paragraphe à un point qui est de la plus haute importance par rapport à l'étiologie de ces kystes : c'est leur existence chez des filles vierges. Il n'en existe pas moins de 7 faits dans la science, dont 1 seul laisse des doutes : ce sont les cas de kystes d'une jeune fille de 13 ans, les deux cas de Baillie (1) d'une jeune fille de 12 à 13 ans et d'une autre de 18 ans. Dans ces trois cas, on donne des détails suffisants sur l'état intact de l'hymen et sur la petitesse et la conformation de l'utérus, pour que le doute ne soit pas permis. Dans l'observation de Meckel, la femme âgée de 40 ans n'a plus son hymen; mais l'auteur donne assez de détails pour démontrer que le col et le corps de l'organe offrent la conformation virginale. La virginité n'est pas bien démontrée dans le cas de Hodgkin (2), qui, à l'occasion d'une pièce conservée dans le musée de Guy, dit que la femme était probablement vierge. Dans le cas de Schultze (3), rapporté par Stahlberg, il est dit d'une manière expresse que la tumeur provenait d'une fille vierge, âgée de 36 ans. Dans une des pièces conservées au musée des chirurgiens, portant le n° 2631, il est dit que la pièce donnée par sir Benjamin Brodie provenait d'une femme âgée de 27 ans, dont l'hymen était intact. Il résulte de ces faits que la grossesse ovarique ne pourrait pas être invoquée dans ces cas pour expliquer la formation de ces kystes dermoïdes.

Après l'exposé succinct de ces faits, nous allons rapidement discuter le mode de formation de ces tumeurs. Nous ne nous arrêterons pas sur les opinions du moyen âge, rapportées encore au commencement du dix-huitième siècle par Schacher, et d'après lesquelles on attribuait ces productions anormales à des rapports sexuels avec le diable, ou à une punition infligée aux hommes à cause de leur malice, ou enfin à une espèce de sortilége. Nous ne pouvons pas davantage nous arrêter à l'opinion de Meckel, qui, nous l'avons vu, a pourtant un mérite si incontestable dans l'avancement de nos connaissances sur cette matière. D'après lui, ces productions seraient le résultat d'une imagination dépravée, qui, trop fixée sur les fonctions de la génération, provoquerait une espèce d'afflux sanguin vers les ovaires, et développerait des produits incomplets de conception sans cohabitation (*lucina sine concubitu*).

Une opinion aussi étrange a lieu d'étonner de la part d'un esprit aussi sagace et aussi positif que Meckel, et elle serait bien plutôt apte à fournir matière aux élucubrations des romanciers modernes de l'école dénigrante, que de mériter une discussion scientifique.

Il ne reste donc que trois opinions vraiment sérieuses en présence et qui peuvent appeler la discussion : c'est l'inclusion fœtale, la grossesse ovarique et la formation spontanée en vertu de l'hétérotopie plastique.

Quant à l'inclusion, tous les auteurs qui s'en sont occupés sont d'accord sur la conservation plus ou moins complète des fœtus dans tous ces cas. Celui-ci est facile à reconnaître, même lorsqu'il est monstrueux; car même alors il est au moins bien conformé dans quelques-unes de ses principales parties. Geoffroy Saint-Hilaire (1), dans son excellent Traité de tératologie, décrit les inclusions sous le nom de monstres doubles endocymiens. Il signale, comme siége presque constant, l'inclusion sous-cutanée dans les régions sacrées ou périnéales, et, comme nous l'avons déjà dit plus haut, on y reconnaît toujours ou une tête rudimentaire avec des vestiges de membres, ou une tête peu distincte, mais avec des membres bien visibles, ou des viscères distincts ; en sorte que la nature fœtale de ces produits dans la véritable inclusion ne saurait être douteuse.

Nous avons insisté plus haut sur la fréquence des kystes pileux souscutanés, et nous avons vu que ces kystes et les kystes dermoïdes pili-graisseux des ovaires avaient entre eux la plus parfaite identité de structure ; il faudrait donc écarter, parmi les inclusions, les kystes simplement graisseux et les kystes pili-graisseux. Mais que de passages insensibles relient ceux-ci aux kystes qui renferment des os et des dents! Nous reviendrons, du reste, plus loin, sur ce point. Nous avons démontré plus haut que nous ne pouvions pas admettre davantage l'inclusion pour les kystes pili-osseux des bourses. En effet, dans les cas cités, il est impossible de reconnaître une partie bien conservée d'un corps de fœtus. Nous trouvons d'un côté les éléments pili-graisseux des kystes péri-orbitaires, et d'un autre côté, des os et des cartilages que nous avons rencontrés, avec beaucoup d'autres observateurs, dans les maladies les plus diverses de la glande séminale. En citant des faits de véritable inclusion testiculaire, nous avons prouvé, du reste, que nous n'étions pas assez exclusif pour les nier; mais les trois cas de kystes dermoïdes des bourses observés chez l'homme et les deux semblables de pathologie comparée, nous donnent la conviction que des kystes renfermant de la graisse, des poils et des os peuvent se former dans le testicule ou les bourses, sans qu'il y ait trace de produit de conception. Dans les faits relatés, la tumeur était très-petite pendant la première enfance, et elle s'est développée ultérieurement. De plus, dans ces cas, l'état multiloculaire des tumeurs, l'absence d'une poche séreuse d'enveloppe, comme dans les inclusions fœtales, parlent encore contre la théorie de l'inclusion.

Quant à l'inclusion ovarique, aucun auteur de tératologie n'en fait mention jusqu'à ce jour, et si on se rappelle tous les détails que nous avons donnés sur ces kystes quelquefois multiples, les uns renfermant de la graisse, les autres de la graisse et des poils, d'autres encore en sus des os ou des os et des dents, on ne trouve réellement pas de ressemblance avec un véritable produit de conception.

Des objections non moins sérieuses se présentent lorsqu'il s'agit de grossesse ovarique. D'abord tous les kystes dermoïdes offrent, comme nous l'avons démontré, un groupe naturel d'affections morbides; mais s'il

(1) Baillie, Traité d'anat. pathol. (trad. franç.), p. 329. Paris, 1815.
(2) Hodgkin, Catal. of the prepar. in the anat. mus. of Guy's Hospital, sect. 8. 1823.
(3) Stahlberg, Thèse, p. 41.

(1) Geoffroy Saint-Hilaire, Histoire des anomalies, t. III, p. 291-336. Paris, 1836.

vées qui en ont fait un professeur du premier mérite. Mais on n'aurait encore qu'une idée imparfaite de l'homme si on ne considérait sa supériorité que dans la spécialité où elle fonctionnait habituellement. Graves était en effet aussi bien un homme d'imagination élevée et poétique qu'un professeur éminent. Le passage suivant, que nous empruntons à un de ses discours d'ouverture, donnera une idée de son éloquence.

« Créer l'homme est l'attribut de Dieu : lui conserver la vie est la prérogative la plus noble que l'homme ait reçue de son Créateur. L'histoire naturelle, dans son étude constante des travaux de la création, s'enorgueillit à bon droit de sa mission ; le chimiste se vante avec raison de soulever le voile qui nous cache les secrets les plus précieux et les plus admirables de la nature; l'astronome suit attentivement le cours des mondes lointains, précise leur situation et mesure leur distance; il poursuit la comète dans sa course excentrique; il fait plus, il prédit son retour à plusieurs siècles de distance, et meurt avec la certitude qu'une postérité reculée vérifiera l'exactitude de sa prédiction. Quels glorieux triomphes de la raison humaine! C'est avec un légitime orgueil que les adeptes de l'astronomie et de la physique contemplent ces victoires remportées sur l'espace et le temps. Mais l'étincelle divine n'est-elle pas plus évidente dans la moindre parcelle de la création vivante que dans l'universalité des mondes inanimés. La vie enfin n'est-elle pas la révélation la plus claire, la plus directe que le Créateur nous donne de lui-même? Lorsque tout était confus et informe, l'esprit de Dieu errait, il est vrai, autour du chaos ; mais il n'a pénétré pour ainsi dire dans la nature que lorsque l'homme s'est dressé vivant sous le souffle divin. Cette vie, cette émanation divine est le sujet de nos études ; observer ses lois, c'est le privilége du physiologiste; la maintenir, la protéger contre les empiétements de la maladie, retarder pour elle les approches de la mort, c'est la mission du médecin. » Comme on le voit, sa philosophie était toute spiritualiste ; ce mysticisme religieux, qu'il avait hérité du sang paternel est rare parmi nous, mais on le rencontre communément en Angleterre, marchant de pair avec la philosophie la plus transcendante.

Un grand nombre de ses discours d'ouverture et ses cours ont paru dans le journal de médecine et de chirurgie de Londres, pendant les années 1832, 1833 et 1834. Nous citerons parmi les plus intéressants ceux qui ont pour titre: Infini de la vie; Histoire physique de l'homme; Doctrines de la métaphysique moderne; la Physiologie des sens; De l'influence des agents physiques sur la vie; Des vues providentielles de la nature pour l'adaptation de la vie aux divers climats; de la Parole; de l'Électricité; Intelligence et instinct; des Statistiques médicales; de la Nourriture dans ses rapports avec l'esprit et la matière.

On voit, d'après l'énumération de ces titres, quelle originalité de vues et quelle variété de connaissances distinguaient l'éminent professeur. Ses élèves et les personnes qui ont eu l'avantage de l'approcher affirment que le propre de son esprit était d'embrasser avec une lucidité rapide les points de vue les plus opposés. Ce même adepte de la conservation de la vie discutait du mérite d'une campagne comme un général consommé quoiqu'il ne descendît qu'une seule fois dans l'arène politique, et cela pour défendre les intérêts lésés de ses confrères. Son coup d'œil était aussi sûr lorsqu'il appréciait les vices organiques d'un gouvernement que lorsqu'il diagnostiquait les effets pathologiques sur le corps humain.

s'agissait de grossesse ovarique, il faudrait séparer des kystes dermoïdes de l'ovaire les productions tout à fait congénères de kystes sous-cutanés pili-graisseux ou pili-osseux, ainsi que le nombre assez considérable des cas de kystes renfermant des poils, de la graisse, des os ou des dents trouvés chez l'homme ou les animaux mâles, dans l'abdomen et en dehors de toute connexion avec l'ovaire, dans les doublures du mésocolon, près de l'estomac, du foie, etc.

Comment admettre, d'un autre côté, une grossesse ovarique dans les observations assez nombreuses de jeunes filles vierges dont l'hymen était conservé, et dont la matrice avait à peine son développement pubère? Comment expliquer le silence de tous les auteurs sur les modifications de l'utérus, son développement, la formation d'une caduque, etc., qui, de l'accord de tous les accoucheurs, accompagne si souvent les grossesses extra-utérines? Nous objecterons en outre aux hypothèses indiquées la dissemblance complète entre les enveloppes de ces productions anormales et celles des produits de conception même les plus monstrueux. D'abord, il n'existe aucun exemple d'un véritable œuf, dont les membranes auraient pu prendre cette organisation dermoïde avec poils, glandes, derme et épiderme, structure que l'on trouve pourtant si constamment sur la paroi interne de ces kystes. Si, d'un autre côté, on voulait admettre qu'il s'agissait, dans ces cas, d'un véritable cuir chevelu, il faudrait que celui-ci fût libre dans la cavité du kyste, comme l'est la tête d'un fœtus même monstrueux, qu'il fût, en un mot, le contenu et non l'enveloppe. S'il y avait, dans ces circonstances, un fœtus modifié, comment expliquer que jamais aucun observateur n'ait signalé dans ces kystes ovariques ni traces de viscères ni organes de la circulation, ni d'innervation, ni de digestion, ni des muscles, etc., et pourtant nous savons tous à quel point, dans la véritable grossesse extra-utérine, un grand nombre de parties du fœtus sont encore bien conservées après des années de séjour, soit dans l'autosite, si c'est une inclusion, soit dans le ventre de la mère, si c'est une grossesse anormale? On a bien dit qu'en cas pareil le fœtus était transformé en une masse adipocireuse, comme de vieux restes de cadavres; mais cette comparaison ne fait pas honneur aux notions physiologiques et chimiques des fauteurs de cette comparaison. Rien de plus identique que la graisse de ces kystes et la matière sébacée des glandules. Aussi même les auteurs les plus anciens sur la matière la comparent-ils déjà au sebum. Dans les temps plus récents, on a pu se convaincre que cette matière était même versée directement, comme partout ailleurs, par des glandules affectées à cet usage.

Quant aux dents, peut-on admettre une supposition plus gratuite que celle en vertu de laquelle tout un fœtus disparaîtrait à peu près sans trace, tandis que quelques tronçons d'os et une ou un petit nombre de dents continueraient non-seulement à vivre, mais prendraient même les formes de leur évolution la plus complète que nous leur connaissions chez l'homme adulte? Comment expliquer cette espèce d'élection en vertu de laquelle une, deux, trois ou quatre dents auraient été conservées et n'auraient fait que croître et embellir, tandis que toutes les autres auraient disparu par absorption? Comment expliquer qu'un tronçon de maxillaire inférieur se serait conservé, tandis que les deux maxillaires supérieurs avec os et dents auraient été absorbés? Comment expliquer enfin les 3 cas signalés, dans lesquels on a rencontré quarante-quatre, cent et même plus de trois cents dents?

Nous respectons trop la sagacité du lecteur pour pousser plus loin les objections contre une hypothèse aussi insoutenable.

Il ne reste donc qu'une seule explication valable pour toutes ces productions : c'est d'admettre qu'elles se développent sur place, d'une façon spontanée, sans l'intervention d'un produit de conception, et qu'il y a là, en un mot, ce que nous appelons une *hétérotopie plastique*. Les faits sont trop bien démontrés, trop positifs, trop variés, trop nombreux, pour qu'on puisse les nier, et en outre je n'y vois rien qui répugne à l'esprit. On m'a fait l'objection qu'une telle manière d'envisager ces produits était contraire aux lois physiologiques connues; j'en tirerai une déduction qui me paraît plus logique : c'est que toutes les lois physiologiques ne sont pas encore connues, et que lorsque, par un ordre de faits nouveaux, on établit des lois nouvelles, il faut bien que même les esprits les plus retardataires s'exécutent et donnent à ces lois domicile dans la science. Du reste, la tendance de l'intelligence de notre époque est de renverser toute loi scientifique établie sur les vues de l'esprit seulement, et non sur l'analyse des faits. De plus en plus on substituera en médecine les déductions de l'expérimentation et l'examen rigoureux des faits à cette législation vitaliste qui déjà aujourd'hui n'est plus qu'un cadavre. On arrivera tout de même à un très-haut spiritualisme dans la science, vu que partout les faits ne sont que l'expression d'un plan plus général, mais la philosophie transcendante, à laquelle nous aspirons dans les sciences, doit avant tout reposer sur la large base de la réalité.

Il ne viendrait à l'idée de personne de nier que, dans les kystes pileux sous-cutanés, un derme se développe de toutes pièces, avec poils et glandes. Trouve-t-on donc plus extraordinaire que là où des poils se forment d'une façon hétérotopique, des dents puissent également se développer? Est-ce que par hasard le poil serait encore aujourd'hui ce fil renflé à un bout et pointu à l'autre, aussi simple que le fil des tissus, et ne lui connaissons-nous pas, au contraire, une organisation des plus complexes? Me dira-t-on que les os qui se créent à côté des dents indiquent à coup sûr qu'il y a là des résidus d'un produit de conception? Mais j'ai trop souvent vu des os se former dans l'épaisseur même de la paroi des kystes, pour qu'il soit possible d'y voir autre chose que cette formation si fréquente de l'os au milieu de toute espèce de parties molles; en un mot, pour nous l'épiderme, le derme, les poils, les glandes sudoripares, les glandes sébacées, les dents et les os qui se forment dans les kystes, se produisent, dans l'immense majorité des cas, d'une façon antogène et spontanée. Il y a là une aberration de la nutrition, mais non un produit de conception. Celui-ci ne doit plus être admis que lorsque tout l'ensemble du contenu d'un de ces kystes montre vraiment de la conformité avec les produits de conception que nous fait connaître l'étude approfondie de l'embryologie avec son complément indispensable, la tératologie, et c'est ainsi que nous n'avons pas hésité de déclarer comme de véritables inclusions certains kystes des bourses, tandis que nous en avons envisagé d'autres comme de formation autogène. Vouloir admettre, envers et contre toutes nos notions exactes d'embryogénie normale et pathologique, des débris fœtaux partout où on trouve des poils, de la graisse ou des dents, n'est vraiment pas moins absurde que l'étiologie de Meckel, la *lucina sine concubitu*, et celle des anciens, l'*incubus*, qui joue un si grand rôle pendant tout le moyen âge.

Voyons à présent si l'ordre de faits que nous venons d'analyser, est vraiment si extraordinaire et si isolé en pathologie. Il me sera facile de passer en revue plusieurs faits qui rentrent tout à fait dans l'hétérotopie plastique. Lorsque je trouve des tumeurs épidermiques dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les glandes et les os, j'ai de l'hétérotopie. Celle-ci n'existe

---

Comme professeur, Graves a donc donné une impulsion nouvelle aux études cliniques en Angleterre, fécondé l'esprit de la génération médicale; comme praticien, il n'a pas rendu de moins précieux services à l'humanité.

Le typhus (fever), cette plaie endémique de l'Irlande, prend accidentellement les proportions et les caractères des épidémies les plus meurtrières. Les années visitées par ce fléau sont vulgairement nommées années de fièvres : 1817, 1822, et plus récemment 1846 et 1847, en ont été de funestes exemples. En 1822, Graves est envoyé par le gouvernement, en compagnie de plusieurs autres médecins, dans l'ouest de l'Irlande. Ils vont apporter les secours de la médecine à ces nouveaux pestiférés et étudier la maladie dans son foyer le plus actif. La ville de Galway, le district de Claddagh, sont le théâtre où le typhus sévit avec le plus de virulence; la famine se joint à la fièvre pour décimer les malheureux habitants. C'est là que le jeune Graves (il avait alors 26 ans) va exposer sa vie. Trois de ses confrères y ont péri, mais rien n'ébranle son courage et son dévouement; il prodigue à ces pauvres fiévreux les soins, les encouragements, les bienfaits. Il n'y laisse pas la vie comme ses malheureux devanciers; mais son souvenir demeure parmi ces populations à demi sauvages, et s'y perpétue.

Graves lutte, pour ainsi dire, corps à corps avec le cruel fléau, il l'étudie avec toute la perspicacité de son intelligence, toute l'ardeur de son caractère. Les résultats heureux d'une pratique nouvelle servent d'exemple à ses enseignements, et ses enseignements propagent et vulgarisent à l'infini un nouveau système. Le typhus irlandais n'est pas seulement une plaie, mais encore une honte pour l'humanité, car il est à la fois le dernier mot d'une hideuse misère, d'une malpropreté cynique et d'un ensemble de mœurs voisines de l'abrutissement. Dès son premier coup d'œil, Graves comprend toute la portée de ces pernicieuses influences. C'est contre ces fièvres d'inanition qu'une facheuse routine, corroborée par les doctrines anti-phlogistiques, employait la diète et les saignées. C'est à ce système que Graves fait une guerre active; ce n'est pas sans peine et sans combats qu'il parvient à faire triompher ses idées. Ces mêmes idées avaient été vaillamment défendues dans le dernier siècle par Harvey. Purcell, Cleghorn et d'autres praticiens non moins célèbres; mais elles avaient été répudiées, à quelques honorables exceptions près, par une génération médicale nouvelle. Le système de Graves consiste à soutenir les forces des fiévreux par une nourriture appropriée, par des stimulants, par tout ce qui peut ranimer des organisations appauvries et débilitées. De tous les succès qui ont marqué la courte mais brillante carrière de Graves, il n'en est aucun dont il se montre plus fier et plus heureux.

Un jour qu'il s'entretenait de cette croisade médicale avec un de ses confrères, il lui dit : qu'on mette sur ma tombe : *Il a nourri la fièvre*; je ne demande pas d'autre épitaphe. Ce seul mot suffirait pour peindre le côté moral de l'homme. Graves était en effet par-dessus tout homme de bien, ami de ses semblables. Il considérait la vie humaine comme l'émanation la plus directe de la divinité; il considérait le médecin comme le prêtre préposé à la conservation de cette divine étincelle. Sa persévérance a établi un système destiné à sauver ses semblables par milliers, il ne veut pas d'autre épitaphe : *Il a nourri la fièvre*.

Une anecdote choisie entre plusieurs du même genre donnera une idée de la bonté touchante de Graves. Il est appelé un jour près d'un malade qui, sous des dehors honorables, cache une gêne voisine de l'indigence, Graves reçoit

pas moins lorsqu'on voit survenir chez un ouvrier, par suite de ses occupations, une bourse muqueuse accidentelle dans un endroit du corps où à l'état normal il n'en existe point ; l'épithélium qui se forme constamment à la surface interne de ces kystes clos, est évidemment de nouvelle formation et hétérotopique, puisque tout l'organe, dont l'épithélium n'est qu'une partie, est de nature hétérotopique. Lorsque je trouve, chez l'homme ou chez les animaux, de nombreuses tumeurs mélaniques pures, et je laisse à dessein de côté le cancer mélané, comment expliquer autrement que par l'hétérotopie, ce pigment trouvé dans des lieux si insolites? Et la graisse que j'ai trouvée formant tumeur sous la muqueuse de la lèvre et dans l'intérieur, dans la substance charnue même de l'utérus, et les tumeurs cartilagineuses et osseuses qui se forment dans le testicule, dans la mamelle, dans la parotide, qu'y a-t-il là d'autre que de l'hétérotopie plastique? Deux fois, pour mon compte, j'ai rencontré les éléments des muscles de la vie organique, les fibro-cellules, dans des productions pathologiques où il y avait également l'hétérotopie la plus manifeste. L'une des fois, c'était au milieu d'un cancer de la plèvre, et l'autre fois c'était dans un cancroïde papillaire du sinus maxillaire, et dans ce dernier cas, ces fibro-cellules montraient bien distinctement des raies transversales, en tout point semblables à celles des muscles de la vie animale, telles surtout qu'on les observe dans leur développement embryonal, et que j'ai désignés sous le nom de corps myo-plastiques. Qu'on ne s'imagine pas que ces derniers faits soient tout à fait isolés dans la science : Virchow (1) en a trouvé dans un ovaire renfermant de nombreux kystes, et Rokitansky (2) en a vu dans une tumeur du testicule. Ces deux auteurs ont même observé un fait bien plus curieux encore : c'est le développement pathologique de substance cérébrale grise à la surface interne des ventricules latéraux : c'étaient de nombreux petits tubercules du volume de la moitié d'un grain d'avoine jusqu'à celui d'un noyau de cerise, isolés ou groupés ensemble et renfermant les éléments de la substance cérébrale grise; pourtant, dans l'endroit où ces tubercules gris s'étaient développés, il n'existait point de la substance grise à l'état normal (3).

Il ne me serait point difficile de multiplier encore ces citations ; mais je crois avoir démontré catégoriquement ce que je disais au commencement de ce travail sur les kystes dermoïdes, savoir : *que des tissus simples ou composés, et des organes même plus complexes, pouvaient se former de toutes pièces dans des parties du corps, où à l'état normal on n'en rencontrait point.*

Nous espérons ainsi avoir jeté quelque jour sur un des points les plus obscurs et les plus controversés de la physiologie pathologique; de plus, l'application des principes énoncés pourra, par la suite, être féconde en applications à la formation de diverses autres productions morbides.

(1) Virchow, WURZBURGER VERHANDLUNGEN, t. I, p. 189.
(2) Rokitansky, ZEITSCHRIFT D. GES. DER AERZTE Z. WIEN, p. 331. Jahrg. 8.
(3) Virchow, WURTZBURGER VERHANDLUNGEN, t. II, p. 167.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR LE CHOIX DES EAUX MINÉRALES DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE POITRINE; par le docteur CONSTANTIN JAMES.

La fréquence extrême des maladies de poitrine, leur passage si facile à l'état chronique, l'impuissance trop souvent reconnue des médications dirigées contre elles, ont fait depuis longtemps recourir pour leur traitement à l'emploi des eaux minérales. Nul doute que celles-ci n'offrent à la thérapeutique de précieuses ressources ; mais nul doute également qu'elles n'exposent à de graves dangers dans le cas où elles seraient administrées d'une manière inopportune. C'est pour prévenir autant que possible les erreurs qui se commettent si souvent dans le choix des sources, même de la part des médecins les plus instruits, que je me suis proposé la solution des deux questions suivantes : Quel est le mode d'action de certaines eaux minérales sur l'appareil respiratoire ? Quelles sont les sources les mieux appropriées aux différentes formes de la phthisie et du catarrhe pulmonaires?

§ I.

DU MODE D'ACTION DE CERTAINES EAUX MINÉRALES SUR L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

Avant d'aborder l'examen de cette première question, je crois devoir dire un mot de la manière dont les eaux minérales agissent sur l'ensemble de l'économie.

La plupart des médecins ne voient dans l'action des eaux minérales que des phénomènes de stimulation ; à les entendre, les eaux constitueraient toujours une médication excitante. C'est là, suivant moi, une très-grave erreur.

Qu'est-ce, en effet, qu'une eau minérale? Un médicament. Par conséquent autant d'eaux minérales différentes, autant de médicaments différents. Or peut-on supposer que les diverses substances qui entrent dans la composition de ces eaux, le fer, le soufre, l'iode, les sels alcalins et tant d'autres principes, n'agissent que d'une seule et unique manière, en élevant le degré de vitalité de l'économie? Pour ne citer qu'un exemple, si les eaux ferrugineuses ne guérissent la chlorose qu'à titre d'eaux excitantes, sans exercer d'action spécifique, pourquoi les sources sulfureuses, qui sont plus excitantes encore, ne peuvent-elles également la guérir? Vouloir ainsi ramener à un type unique et définir dans une même formule des agents éminemment complexes, me paraît une entreprise impossible.

Voici comment je me suis exprimé, dans mon GUIDE AUX EAUX MINÉRALES (1), sur l'importante question qui nous occupe :

« La plupart des eaux minérales agissent en déterminant une excitation plus ou moins forte, qui a pour effet immédiat de réveiller la vitalité des tissus et de produire, comme disait Bordeu, un *remontement général*. Elles font passer les organes de l'inertie à l'activité, en communiquant à la

(1) GUIDE PRATIQUE AUX EAUX MINÉRALES ET AUX BAINS DE MER, 2e édit., p. 15 et suiv.

d'abord le prix de ses visites; mais ayant appris par une voie indirecte la triste position de son client, il refuse toute espèce d'honoraires et lui continue assidument ses soins Jusqu'ici rien qui ne soit heureusement dans les habitudes de nos confrères; mais Graves fait plus; son malade vit de sa plume, des travaux arriérés par la maladie lui préparent dans la suite un redoublement de gêne et ajoutent un souci cruel à ses souffrances. Que fait Graves? il emporte le travail de son client et fait lui-même sa besogne. Ce trait ne rappelle-t-il pas l'évêque de Cambrai cherchant dans la plaine et ramenant à une pauvre famille leur vache égarée?

Doué d'avantages et de qualités qui se trouvent rarement réunis dans un même individu, Graves a obtenu, comme professeur, comme praticien et comme homme du monde, tous les genres de succès; malheureusement il ne lui a pas été donné d'en jouir longtemps. Atteint d'une répercussion goutteuse sur les organes respiratoires, il a succombé à l'âge de 56 ans, le 20 mars 1853, après avoir observé sur lui-même toutes les phases de cette cruelle maladie.

— Dans sa séance du 18 mars, le sénat belge a adopté à la majorité d'une voix, l'interprétation de l'art. 18 de la loi du 12 mars 1818, telle qu'elle avait été admise par la chambre des représentants.

— Voici le relevé statistique des décès à Paris pendant le mois de février : Il est mort 3,491 personnes : 1,780 hommes, 1,711 femmes. Au-dessous de trois mois, 224 garçons, 229 filles; de trois mois à un an, 105 garçons, 71 filles; d'un an à six ans, 258 garçons, 242 filles; de six à huit ans, 29 garçons, 29 filles; de quinze à dix-huit ans, 49 garçons, 71 filles; de seize à vingt ans, 134 garçons, 106 filles; de vingt à trente ans, 268 hommes, 252 femmes; de trente à quarante ans, 169 hommes, 132 femmes; de quarante à cinquante ans, 134 hommes, 112 femmes; de cinquante à soixante ans, 132 hommes, 124 femmes; de soixante à soixante-dix ans, 125 hommes, 115 femmes; de soixante-dix à quatre-vingts ans, 113 hommes, 149 femmes; de quatre-vingts à cent ans, 43 hommes, 79 femmes.

Sont morts de la phthisie pulmonaire, 213 hommes, 209 femmes; de la pneumonie, 143 hommes, 136 femmes; du catarrhe pulmonaire, 115 hommes, 178 femmes; de l'enterite, 153 hommes, 143 femmes; de la fièvre typhoïde, 815 hommes, 240 femmes; de la fièvre cérébrale, 67 hommes, 60 femmes; d'apoplexie, 62 hommes, 47 femmes.

Sont morts-nés, 93 garçons, 97 filles; sont morts du croup, 24 garçons, 18 filles; de convulsions, 41 garçons, 35 filles; de la rougeole, 22 garçons, 30 filles; de la petite vérole, au-dessous de huit ans, 7 garçons, 16 filles; de huit à vingt ans, 3 garçons; au dessus de vingt ans, 11 hommes, 10 femmes.

Sont morts de maladies diverses, 483 hommes, 339 femmes. Se sont tués, 8 hommes, 3 femmes.

constitution une force qu'elle n'aurait pas suffisamment en elle-même pour ces transformations. Mais ce qui est vrai pour l'immense majorité des sources ne peut s'appliquer à toutes également. Ainsi nous en verrons plusieurs qui jouissent du privilége de calmer d'emblée, sans provoquer les moindres symptômes de réaction ; il en est même quelques-unes qui, bien loin de surexciter la force vitale, l'atténuent et la dépriment : ce sont des eaux hyposthéoisantes.

» Les phénomènes généraux ne constituent pas seuls l'effet curatif des sources. Parmi celles-ci, il en est plusieurs qui, semblables en cela à quelques médicaments, exercent sur certains organes une action propre, déterminée, directe. Vichy modifiera surtout les appareils glanduleux, Loëche la peau, Bonnes et le Mont-d'Or la poitrine, Contrexeville les sécrétions urinaires. Il est même peu de sources qui, à cet égard, ne jouissent plus ou moins d'une espèce de spécificité. »

Beaucoup de nouveaux faits ont été soumis à mon observation depuis que ces lignes ont été écrites ; mais, bien loin de modifier ma manière de voir, ils n'ont fait que la confirmer de tout point et lui donner une sanction nouvelle. Voyons donc quelles applications peuvent être faites de ces principes à la pathologie des voies respiratoires.

Le nombre des sources dont on a reconnu les bons effets dans le traitement des affections pulmonaires est assez considérable. La plupart appartiennent à la classe des eaux sulfureuses, les autres à celle des eaux salines. On a préconisé également contre les mêmes affections l'emploi des sources ferrugineuses : à tort, selon moi, car, sans prétendre avec Stahl que « le fer usité en pareil cas par les médecins soit plus redoutable que celui que forgent les armuriers, » je crois que les eaux ferrugineuses sont contraires à la phthisie confirmée, et qu'elles ne font le plus souvent que hâter les progrès des tubercules.

Les sources que nous allons maintenant décrire, comme ayant réellement fait leurs preuves, peuvent être divisées, d'après les effets qu'elles déterminent sur le poumon et ses annexes, en deux catégories distinctes : les unes sont excitantes ; les autres sont calmantes.

1° Sources excitantes.

Les sources qui ont pour effet spécial de stimuler la vitalité des organes renfermés dans la poitrine sont au nombre de trois principales : ce sont les Eaux-Bonnes, Cauterets et le Mont-d'Or ; puis viennent, mais avec un degré moindre d'efficacité, le Vernet, Amélie-les-Bains, Labassère, Enghien, Pierrefonds et Saint-Honoré. Entrons dans quelques détails sur chacune de ces diverses sources, en nous arrêtant plus particulièrement sur celles que leur importance place au premier rang.

EAUX-BONNES. — Les Eaux-Bonnes exercent sur les organes respiratoires une action presque aussi directe que celle des cantharides sur la vessie et de la digitale sur le cœur. Cette action est puissamment excitante. Ainsi, au bout de quelques jours de leur emploi, sensation de chaleur dans l'arrière-gorge, avec injection des amygdales, du voile du palais et de la luette, altération de la voix, quelquefois même aphonie, douleurs vagues derrière le sternum et entre les deux épaules. En même temps la toux augmente, et elle s'accompagne d'une expectoration muqueuse, offrant tous les caractères de la bronchite aiguë. Ces phénomènes d'exacerbation durent un certain nombre de jours ; puis, quand la crise doit se terminer heureusement, on voit peu à peu tous les accidents diminuer, et enfin disparaître avec la maladie elle-même.

Il est rare que l'action si énergique des Eaux-Bonnes soit limitée à l'appareil pulmonaire : presque toujours il survient en même temps de l'agitation, de l'insomnie et une sorte d'exaltation de tout le système nerveux, comme par les effets du café. Ces symptômes généraux se dissipent d'habitude au bout de quelques jours.

L'extrême activité des Eaux-Bonnes exige qu'on commence leur usage intérieur par des quantités médiocres, qu'on augmente ensuite graduellement. Peu de malades arrivent à en prendre plus de trois à quatre verres par jour. Il en est même de tellement impressionnables à l'action de ces eaux qu'ils ne peuvent les supporter aux doses les plus minimes. A peine, pour ainsi dire, ils en ont approché les lèvres qu'ils ressentent déjà la plupart de leurs effets.

L'hémoptysie est un accident à redouter aux Eaux-Bonnes, surtout chez les individus pléthoriques, sujets aux épistaxis, aux points de côté ou aux congestions actives vers le poumon.

Les bains sont souvent un moyen très-utile pour combattre cette tendance du sang à se porter vers les organes pulmonaires. En stimulant la peau, ils provoquent une puissante révulsion et appellent les fluides du centre à la périphérie. Malheureusement on prend à peine des bains aux Eaux-Bonnes, à cause de l'insuffisance des sources et de la température un peu basse de l'eau minérale.

CAUTERETS. — Deux sources de Cauterets, la Raillère et le Vieux-César, sont spécialement affectées au traitement des maladies de l'appareil respiratoire.

La Raillère agit comme les Eaux-Bonnes, et son emploi exige les mêmes précautions ; seulement elle est moins active et moins excitante. Sous ce rapport, l'analyse chimique est d'accord avec l'observation, puisqu'elle renferme moins de principes sulfureux.

La Raillère est une précieuse ressource pour certains malades qui ne peuvent boire les Eaux-Bonnes, à quelque faible dose que ce puisse être ; mais, comme elle renferme plus de barégine, elle est quelquefois un peu plus lourde à l'estomac.

L'hémoptysie est un accident beaucoup moins fréquent à la Raillère qu'aux Eaux-Bonnes. Cela tient probablement à la différence d'activité des deux sources ; mais il faut peut-être aussi en chercher la cause dans le mode d'administration de l'eau minérale. Aussi, à la Raillère, la température de la source et son abondance permettent qu'on fasse un usage journalier des bains et des demi-bains. Pour ceux-ci qui sont le plus fréquemment employés, le malade est assis dans la baignoire, la poitrine et les bras couverts de flanelle, l'eau arrivant jusqu'à l'ombilic. En appelant ainsi le sang à la peau et vers la région sous-diaphragmatique, on tempère le mouvement fluxionnaire que l'usage intérieur de l'eau minérale détermine du côté des organes pectoraux. Ce traitement révulsif est encore secondé par les bains de pieds qu'on va prendre à l'établissement.

Quant au Vieux-César, on n'en fait usage qu'en boisson. Cette source, qui est surtout conseillée contre le catarrhe chronique des vieillards et certaines formes de l'asthme, agit, comme celle de la Raillère, en redonnant du ton aux bronches et en facilitant l'expectoration.

MONT-D'OR. — Les eaux du Mont-d'Or appartiennent à la classe des eaux salines. C'est un fait fort remarquable que de voir des eaux qui ne contiennent pas un atome de soufre réussir contre les mêmes maladies que celles qui sont essentiellement sulfureuses. Mais ce qu'il importe surtout de noter au point de vue pratique, c'est que leur action curative se manifeste par des phénomènes tout à fait différents des sources précédentes. Ainsi, tandis que Cauterets et les Eaux-Bonnes agissent directement et d'emblée sur l'appareil pulmonaire, le Mont-d'Or n'agit sur les mêmes organes que consécutivement et par voie détournée. Je m'explique.

Les bains à haute température (40 à 42° c.) constituent la médecine particulière du Mont-d'Or. Leur durée est nécessairement très-courte. Ils ont pour effet d'activer le déplacement des fluides du centre à la périphérie et de provoquer vers la peau certains mouvements critiques qui dégagent d'autant la poitrine. Aussi l'expectoration ne devient plus facile et plus libre, le poumon n'acquiert plus de ressort qu'à la condition que la révulsion cutanée est plus complète. Analysez les observations recueillies au Mont-d'Or, et surtout l'excellent ouvrage de M. Bertrand, et vous verrez que les individus soulagés ou guéris par l'usage de ces eaux ont presque tous éprouvé de véritables crises.

Les bains, il est vrai, sont rarement employés seuls. On boit d'habitude l'eau minérale à une température également très-élevée. Mais ici la boisson paraît ne jouer qu'un rôle secondaire, son action se bornant le plus souvent à favoriser les effets diaphorétiques du bain par l'activité qu'elle imprime à la circulation générale.

Les autres sources dont il me reste à parler et qui ont également comme caractère spécial de stimuler l'appareil pulmonaire, sont toutes des eaux sulfureuses. Leurs propriétés rappellent celles de la Raillère et des Eaux-Bonnes ; seulement l'expérience ne s'est pas aussi nettement prononcée sur leur efficacité ; aussi ne leur accorderai-je qu'une très-courte mention.

LE VERNET. — Ce qui distingue le Vernet, c'est que tout a été disposé pour que les malades puissent y prendre les eaux pendant la saison rigoureuse. Profitant de la hauteur à laquelle les sources coulent du rocher, on maintient les chambres à une température de 15 à 18°, en les faisant traverser par des conduits que parcourt l'eau thermale. Un certain nombre de phthisiques viennent. Ainsi, chaque année, passer l'hiver au Vernet.

AMÉLIE-LES-BAINS. — Mêmes remarques que pour le Vernet. Les établissements sont également organisés pour la cure des eaux pendant l'hiver. On y respire dans les galeries, les corridors et les escaliers, le gaz sulfureux à l'état vierge, c'est-à-dire venant directement du griffon des sources. On prend aussi l'eau minérale en boisson et en bain.

LABASSERRE. — L'eau de Labasserre est une des plus sulfureuses des Pyrénées ; c'est en même temps une de celles qui contiennent le plus de chlorure de sodium. Comme elle est très-excitante, il faut en commencer l'usage par de faibles doses. Il n'y a pas d'établissement thermal à la source, et l'on ne boit l'eau que transportée.

ENGHIEN. — Les eaux d'Enghien agissent comme médication tonique dans les affections catarrhales des bronches. Elles diminuent d'emblée l'expectoration, quand celle-ci est le produit d'une exhalation toute passive de la membrane muqueuse. Il est rare qu'elles soient utiles contre les tu-

bercules. On ne peut boire ces eaux qu'à faibles doses; car la quantité de sels calcaires qu'elles renferment les rend lourdes à l'estomac.

PIERREFONDS. — Ce sont à peu près les mêmes eaux que celles d'Enghien, tant par leur composition que par leur action sur la poitrine; toutefois elles sont moins chargées de soufre et moins excitantes. Un avantage qu'elles ont sur celles d'Enghien, c'est d'être parfaitement supportées par l'estomac, et même de convenir contre certaines dyspepsies.

SAINT-HONORÉ. — Les bons effets de ces eaux dans le traitement des maladies de poitrine ne sauraient être contestés. Bues à la dose de trois ou quatre verres, elles modifient assez promptement les catarrhes bronchiques et laryngés. Si elles sont un jour convenablement aménagées, elles pourront rendre de véritables services à la thérapeutique.

2° Sources calmantes.

Nous n'avons point en France d'eaux minérales auxquelles on ait reconnu de propriétés primitivement sédatives dans le traitement des maladies pulmonaires, alors surtout que ces maladies s'accompagnent de fièvre, d'hémoptysie et d'une grande excitabilité. Les sources qui conviennent pour les affections ainsi caractérisées se trouvent dans le voisinage de nos frontières, et sont au nombre de quatre principales, savoir, trois sur les bords du Rhin : Ems, Weilbach, Soden; et une quatrième, Penticouse, en Espagne.

EMS. — Les eaux d'Ems sont des eaux légèrement alcalines. Administrées en boisson et en bains, leur action se porte spécialement sur le système nerveux, dont elles tempèrent l'éréthisme, quel que soit l'organe affecté. Si c'est la poitrine, on voit, sous leur influence, la toux diminuer, l'expectoration devenir meilleure, et les accidents se calmer peu à peu et sans secousse. Il semble qu'il s'opère une combinaison lente, insensible, comme interstitielle de l'eau minérale avec nos fluides et nos tissus, d'où résultent d'heureuses modifications dans la vitalité de l'appareil respiratoire. Mais si, par une mauvaise direction du traitement, ou une trop grande excitabilité du malade, il survenait des signes de réaction, on devrait dès l'instant s'arrêter, car les eaux pourraient devenir rapidement fatales.

L'action des eaux d'Ems n'a donc aucune analogie avec celle des Eaux-Bonnes, de la Raillère ou du Mont-d'Or. Tandis que celles-ci déterminent le plus souvent des phénomènes critiques, et que même, dans beaucoup de cas, la guérison n'est qu'à ce prix, les eaux d'Ems, au contraire, ne doivent développer aucune crise. Et, par crise, je n'entends pas cet état saburral qui survient d'habitude dans les premiers jours de l'emploi des eaux et qui même s'accompagne d'un peu de fièvre. Non. Je veux parler seulement de ces grands mouvements fluxionnaires qui annoncent un travail beaucoup plus profond de l'organisme.

WEILBACH. — La source sulfureuse de Weilbach, dont le nom est à peine connu en France, peut être citée comme le type des eaux hyposthénisantes. Ainsi il n'est pas rare de voir, sous son influence, le pouls diminuer de 15 à 20 pulsations en quelques jours, et, de fébrile qu'il était, tomber au-dessous de son rhythme normal.

Chez les personnes à tempérament lymphatique, surtout celles dont les cheveux sont blonds, la fibre molle, la peau décolorée, vous ne tarderez pas à voir, sous l'influence de ces eaux, la pâleur augmenter, ainsi que la faiblesse. Bientôt même des bruits de souffle se feront entendre au cœur et aux carotides, comme dans la véritable chlorose.

On boit ces eaux à la dose de trois ou quatre verres, prenant toujours l'expectoration pour guide. Augmente-t-elle, on diminue la dose; on l'augmente au contraire quand l'expectoration diminue, car il est d'observation que, lorsque la sécrétion de la muqueuse devient plus abondante, c'est plutôt par le fait d'une congestion passive que par la surexcitation de la membrane.

Les eaux de Weilbach sont donc, au point de vue physiologique, tout à fait l'opposé des Eaux-Bonnes. Et cependant l'une et l'autre source appartiennent à la classe des eaux sulfureuses! Nouvelle preuve de l'impuissance de la chimie pour expliquer l'action de certaines eaux minérales.

SODEN. — Les eaux de Soden sont des eaux muriatiques, légèrement purgatives, qui m'ont paru n'avoir aucune action bien directe sur l'appareil pulmonaire. Elles agissent plutôt à la manière des révulsifs, en congestionnant les plexus hémorrhoïdaux et en activant la sécrétion de la muqueuse intestinale. On voit, sous leur influence, l'expectoration diminuer, la respiration devenir plus libre et la toux meilleure, mais rien n'indique qu'il s'opère un travail spécifique dans le poumon lui-même.

Les conditions atmosphériques n'ont pas ici une moindre part que l'action des eaux. Qu'il me suffise en effet de rappeler que les sources de Soden jaillissent au milieu des bois, dans un climat des plus salubres, et qu'elles sont protégées contre les vents du nord par les deux cimes les plus élevées de la chaîne du Taunus.

PENTICOUSE. — La source de Penticouse, dont on raconte tant de merveilles pour le traitement des affections pulmonaires, est si faiblement saline qu'on serait presque tenté de lui refuser le nom d'eau minérale. L'analyse n'y dénote que des traces insignifiantes de sulfate et de carbonate de chaux. En revanche, elle contient beaucoup de gaz, lequel est de l'azote pur. Le mode de dégagement de ce gaz offre cela de particulier, que, au lieu de s'opérer au moment même où l'eau minérale jaillit de la source, c'est quelques instants après. Ainsi cette eau, recueillie dans un verre, reste d'abord transparente; puis elle se trouble légèrement, petille; de nombreuses bulles d'azote la traversent avec effervescence et viennent éclater à sa surface. Elle reprend ensuite sa limpidité première.

Les eaux de Penticouse ont cela de commun avec celles de Weilbach qu'elles sont calmantes d'emblée, sans produire aucune réaction fébrile. Leur action, toutefois, n'est peut-être pas aussi complétement déprimante. Du moins, je ne sache point qu'on ait observé à Penticouse ces ralentissements si spontanés du pouls, ni ces symptômes de chlorose que nous avons signalés à Weilbach.

A quelle cause doit-on attribuer la vertu curative des eaux de Penticouse? La présence de l'azote doit certainement agir comme moyen sédatif. Il n'est pas impossible non plus que la dose si considérable à laquelle on boit ces eaux rende plus facile le passage du sang à travers les capillaires du poumon, par le fait de la quantité de principes aqueux que l'absorption fait passer dans les vaisseaux. Songez que les malades prennent par jour jusqu'à trente verres d'eau minérale. Moi-même j'en bus, dans l'espace d'une heure, sept à huit verres, sans éprouver la moindre pesanteur d'estomac, ni le moindre sentiment de satiété. Or on comprend qu'une boisson aussi faiblement minéralisée agira surtout par l'eau qu'elle renferme, et que cette eau, en même temps qu'elle rendra le sang plus fluide, devra tempérer l'excitation de l'appareil respiratoire.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite.)

I. LONDON JOURNAL OF MEDICINE.

DES EFFETS PRÉSERVATIFS DE LA VACCINE; par le docteur GEORGE GRÉGORY, médecin de l'hôpital de la Variole.

La vaccine perd-elle de son influence, ou bien n'est-elle pas assez généralement répandue, que nous voyons chaque jour des épidémies meurtrières de variole s'installer dans les villes ou sévir dans les campagnes? Quelle a été l'influence préservatrice exercée par la découverte de Jenner? est-elle supérieure ou inférieure à l'inoculation? Voilà les questions qui sont soulevées dans ce mémoire, lu devant la Société médicale et chirurgicale de Londres il y a environ un an.

L'auteur établit d'abord que la pratique de l'inoculation, introduite en Angleterre en 1721, ne se généralisa dans ce pays que vers 1750, époque où fut fondé l'hôpital de la Variole et de l'Inoculation. Le succès des premières tentatives faites dans ce sens porta le collége royal des médecins de Londres à recommander cette pratique par voie de publication, et de 1750 à 1798 l'inoculation fut assez généralement usitée en Angleterre, alors qu'en France, la Condamine s'efforçait inutilement, au milieu d'une épidémie variolique meurtrière, de faire prévaloir cette mesure.

A côté de ce premier fait, qui aurait besoin d'être rapproché des données numériques relatives aux effets directs de l'inoculation et à ses effets consécutifs, on peut remarquer avec juste raison que la variole, malgré les efforts d'un demi-siècle n'a point disparu, et on peut dire aujourd'hui que l'idée de faire disparaître complétement cette affection par la généralisation et la régularisation de la vaccine est une idée irréalisable. Les chiffres suivants, empruntés à la statistique de l'hôpital de la Variole, démontreront dans quelles limites restreintes s'opère l'action préservatrice de la vaccine. En 1841, sur 342 varioles, il y eut 151 personnes vaccinées et présentant des cicatrices, c'est-à-dire 44 pour 100; en 1842 et 43, même rapport; de 1844 à 1851 une moyenne de 54 pour 100. De 1841 à 1851, sur 838 morts il y en eut 629 non vaccinés et 147 vaccinés avec succès.

L'auteur, tout en émettant cette vérité incontestable que, depuis l'introduction de la vaccine, la mortalité causée par la variole a diminué considérablement en Europe, se demande si en face de la découverte de Jenner, qui donne en somme des résultats si positifs, il n'y aurait point dans la pratique de l'inoculation un moyen plus sûr, une garantie plus efficace. Rien

ne démontre le contraire d'une manière absolue, surtout si on rejette l'identité de la variole, de la varioloïde, de la varicelle, ce qui permet de limiter à un très-petit nombre de cas, les faits de secondes varioles. Mais nous pensons, contrairement à l'auteur, que l'induction condamne la pratique qu'il cherche à faire prévaloir, et nous rappellerons les considérants qui ont en 1840 rendu exécutoire un acte du parlement anglais contre l'inoculation.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES SUR LA DÉGÉNÉRATION GRAISSEUSE; par W. E. BARLOW, médecin de l'hôpital de Westminster.

Dans l'étude des causes de la transformation graisseuse, l'auteur passe successivement en revue les altérations du sang, l'arrêt ou la diminution de la circulation de ce fluide, les influences pathologiques du système nerveux, et celles qui dérivent des lésions organiques qui ont précédé quelquefois la transformation graisseuse. Il cite à ce sujet les travaux les plus récents publiés sur cette matière en France, en Angleterre et en Allemagne: les analyses du sang faites par Simon aux divers âges de la vie; les travaux de Canton sur l'arc sénile; le mémoire remarquable de Quain (MED. CHIR. TRANS., vol. XXXIII); les observations d'Ormerod (MED. GAZ., 1849), comparées à celles de MM. Louis et Bizot sur le ramollissement de certains tissus chez les phthisiques; les remarques de Louis, Latham (LECTURES ON DISEASES OF THE HEART), Stokes, sur le ramollissement du cœur dans les fièvres continues; les recherches de Gulliver sur l'état graisseux des artères (MED. CHIR. TRANS., vol. XXVI). On y trouve une mention convenable des travaux de Paget sur l'état des capillaires dans l'apoplexie (MED. GAZ., 1850 et 1851), de ceux de J. Simon sur l'obstruction des petites artères des reins ou du cerveau par des concrétions fibrineuses ou athéromateuses. Au milieu de ces indications bibliographiques que nous pourrions multiplier, on regrette de ne point trouver de faits propres à l'auteur, des résultats d'une observation originale ou d'une appréciation critique. La partie vraiment neuve de ce travail est toute spéculative: elle roule sur les qualités du fluide nourricier, sur les relations du système nerveux et du sang, sur la nutrition des tissus, et nous n'avons pas à insister ici sur ce genre de faits.

NOTE SUR QUELQUES TERMINAISONS RARES DE LA SCARLATINE; par le docteur A. WOOD, professeur de clinique à Édimbourg.

Dans l'épidémie de scarlatine qui s'est montrée en Écosse il y a quelques années, on a généralement observé que les cas les plus légers au début étaient ceux qui présentaient à la fin de la maladie les symptômes les plus graves. Pour mettre ce fait hors de doute et pour démontrer en même temps les rapports qui existent entre l'érysipèle, l'angine, l'anasarque et la scarlatine, l'auteur publie treize observations, qu'on peut ranger sous les titres suivants: 1° hydropisie suite de scarlatine, à forme latente, se propageant ensuite par contagion et donnant lieu à des scarlatines avec éruption; 2° scarlatine sans exanthème survenant chez un individu qui avait eu précédemment la maladie, et suivie d'une desquammation partielle de l'épiderme; 3° angine grave se montrant avec la scarlatine dans la même famille, et n'atteignant que les personnes qui avaient eu précédemment la scarlatine; 4° scarlatine suivie d'affection diphthéritique de la gorge s'étendant à la trachée, et se terminant d'une manière fatale; 5° scarlatine suivie d'inflammation exsudative s'étendant à la trachée, durant un temps considérable et disparaissant tout à coup; 6° scarlatine avec inflammation diffuse du tissu cellulaire du cou; mort en quatre jours; 7° inflammation diffuse du tissu cellulaire observée concurremment à la scarlatine, dans les mêmes familles.

Rappelons, avec l'auteur, que les pathologistes anglais Copland Graves, Willan, Williams, Travers, Stevenson, et avant eux R. Marton, Johnstone, avaient cité des cas analogues, auxquels j'ajouterai ceux de Miller, publiés, il y a quelques années, en Angleterre, dans une bonne monographie.

DE LA PRÉCIPITATION DE L'ALBUMINE DU SÉRUM PAR LES ACIDES ET LES SELS NEUTRES; par le docteur E. A. PARKES, professeur de clinique à l'University college.

Les faits nouveaux que l'auteur ajoute à ceux déjà publiés en 1850 (MEDICAL TIMES, juillet) peuvent se résumer ainsi:

1° L'albumine du sérum ne se précipite pas, dans certains cas, par un acide et un sel neutre. Dans un cas d'ictère, l'acide acétique en excès gélatinifiait le sérum comme de coutume; mais une faible quantité d'acide, jointe au chlorure de sodium, ne déterminait aucun précipité. 2° Si l'albumine est mise pendant quelque temps en présence d'une forte solution alcaline, elle cesse de précipiter par les acides et les sels. 3° L'action longtemps continuée de l'acide acétique sur le sérum annule l'action de l'acide et du sel sur l'albumine. Il résulte de là que l'albumine, telle qu'elle existe dans le sérum, précipite ordinairement avec facilité par l'acide acétique et le sel marin, mais que, sous l'influence prolongée des acides et des alcalis, cette substance perd complétement cette propriété. Ces faits méritent de fixer l'attention; ils ne sont peut-être pas sans rapport avec le rôle des acides et du sel marin sur la nutrition.

DE LA SCARLATINE RUBÉOLIQUE; par le docteur WILLIAM TRIPE.

On commence à revenir aujourd'hui de quelques distinctions trop absolument posées entre un certain nombre d'affections, d'après la simple inspection des symptômes et de la lésion. Jusqu'à la fin du siècle dernier, la scarlatine et la rougeole ne formaient point des affections distinguées l'une de l'autre par la généralité des praticiens. Depuis cette époque, la notion d'une différence radicale entre ces affections s'est étendue peut-être au delà des limites d'une sage réserve. Notre époque, si peu disposée à l'étude des anciens, semble avoir oublié que dans les deux siècles qui ont précédé le nôtre on a fait l'histoire d'un grand nombre d'épidémies de fièvres éruptives qui avaient à la fois les caractères de la rougeole et ceux de la scarlatine. De plus, un grand nombre de médecins ont observé de nos jours, sinon des épidémies, du moins des cas sporadiques analogues.

Les écrivains allemands ont constaté et décrit cette forme mixte; Hildenbrandt et Richter lui ont donné le nom de *rubeola*, et on la retrouve dans les descriptions de Sennert, d'Ingrassias, de Baillau, et dans celles de Gorter, de Sydenham, de Morton, de Fothergil, d'Huxham, de Withering. — « D'abord, inaptitude au mouvement, douleur de tête, du dos, des membres, lassitude, soif, anorexie, chaleur et sécheresse de la peau, quelquefois diarrhée et vomissements, larmoiement plus ou moins marqué, éternuement, toux avec signes sthétoscopiques de bronchite, rougeur plus ou moins grande du pharynx, du voile, des piliers, des amygdales. Du troisième au quatrième jour, gonflement de la face, éruption qui affecte l'une des trois formes suivantes: 1° petites taches, d'une forme irrégulièrement arrondie ou en croissant de 1 à 2 lignes de diamètre, plus élevées au centre qu'à la circonférence; ces taches restent généralement distinctes; elles se montrent d'abord à la face, elles sont surtout discrètes à la face et aux membres; 2° points rouges ou roses, de la grandeur d'un grain de millet, à peine saillants au-dessus de la peau, ils se réunissent bientôt et couvrent tout le corps donnant tout à fait l'aspect de la scarlatine; 3° cette variété qui est très-rare se montre sous forme de petites taches arrondies rouges et élevées (papules), du volume d'un grain de millet, qui restent discrètes et saillantes pendant la période d'éruption et disparaissent avec *le reste de l'exanthème semblable à la scarlatine*, mais moins continu et moins rapide que dans cette affection. Quelle que soit la forme de l'éruption, dans quelque partie du corps qu'elle se montre d'abord, elle se répand rapidement, ordinairement en vingt-quatre heures, sur toute la surface cutanée. La rougeur, qui est quelquefois très-intense, disparaît ordinairement en quarante-huit heures, laissant des taches plus ou moins distinctes, et quelquefois de petites vésicules, comme dans la scarlatine. Du quatrième au cinquième et au sixième jour de l'éruption, les taches disparaissent, et alors commence la desquammation, qui est rarement aussi complète que dans la scarlatine, mais qui est toujours plus prononcée que dans la rougeole. L'hydropisie, qui survient assez souvent après cette affection, serait moins grave que celle qui accompagne la scarlatine; il y aurait, suivant l'auteur, moins d'albumine dans les urines, et la lésion rénale serait moins importante. »

La scarlatine rubéolique est-elle une maladie *sui generis*, ou tout simplement un mélange de deux types morbides? L'auteur incline plutôt à l'idée d'une maladie distincte, qui différerait de la scarlatine par la durée de la fièvre prodromique, la présence de la toux, du coryza, du larmoiement, de l'éternument, etc., et de la rougeole par l'angine, l'aspect framboisé de la langue, le gonflement des amygdales et des parotides.

EXCISION DE LA TÊTE DU FÉMUR PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS CHEZ UN ADULTE; par M. JONES.

OBS. — James Burton, âgé de 32 ans, à la suite d'une chute sur la hanche gauche, en mai 1833, devint sujette à des douleurs dans cette région. Après avoir fait divers traitements, elle vit, en 1840, se former un abcès à 4 pouces au-dessous du trochanter; il s'ouvrit, et ne se ferma depuis lors que momentanément. Il y a sept ans, le membre inférieur de ce côté commença à se raccourcir et le pied à se renverser en dehors.

Il y a six mois, on pratiqua une longue et profonde incision sur l'ouverture de l'abcès, dans le but de provoquer sa guérison. On la maintint ouverte jusqu'à ce qu'elle se fût cicatrisée de son fond à sa surface. Après une amélioration apparente, d'autres abcès se manifestèrent et laissèrent des sinus s'enfonçant dans différentes directions, et fournissant une abondante quantité de suppuration.

Les symptômes généraux prirent, un mois avant son entrée à l'hôpital, des caractères plus graves. L'appétit s'éteignit entièrement; les calmants n'apportaient plus de soulagement. Nausées et vomissements, langue couverte d'un enduit brun, pouls rapide, tout annonçait, en un mot, que la continuation d'un

état semblable devait aboutir à une mort prochaine. En conséquence on se décida à pratiquer l'excision de la tête du fémur.

Mais quoique la déviation du pied et le raccourcissement du membre dénotassent que la tête fémorale n'occupait plus sa situation naturelle, il fut impossible de déterminer le lieu où elle se trouvait actuellement, à cause de l'engorgement des parties voisines, et peut-être en raison de la crainte d'augmenter, par les manœuvres d'exploration, les douleurs que le moindre mouvement faisait ressentir à la malade.

L'opération fut faite le 19 février 1850. On pratiqua une incision semi-lunaire de 8 pouces de longueur, s'étendant dans la direction du fémur, à partir de la base du grand trochanter. Elle traversa une large plaie, où s'abouchaient les orifices de tous les trajets fistuleux. Il fallut diviser une grande épaisseur de tissus indurés avant d'arriver jusqu'à l'os, tissus d'où s'échappait beaucoup de pus de mauvaise nature. La tête du fémur reposait dans la fosse iliaque, cariée et dépouillée de son cartilage.

Le fémur était tellement retenu par les téguments dégénérés qu'on ne put croiser ce membre sur l'autre. Il fallut donc scier d'abord l'os au-dessous du trochanter, puis disséquer le segment supérieur de manière à l'isoler de toutes ses connexions, puis à l'enlever. Ce temps difficile fut accompli, mais demanda pour sa complète exécution un temps assez long. Il n'y eut que très-peu d'hémorrhagie. Aucun vaisseau n'exigea de ligature.

La malade, qu'on avait soumise à l'inhalation du chloroforme, fut replacée dans son lit, où elle demeura quelque temps avant de reprendre connaissance. Le pouls était faible. Elle ressentit de la position étendue où l'on avait mis son membre une telle douleur, qu'on fut obligé de lui rendre celle à laquelle elle était accoutumée depuis des années. Quelques bandelettes agglutinatives servirent seulement à prévenir un écartement trop considérable des bords de la plaie. (Pansement à l'eau froide.)

Durant les quatre ou cinq premiers jours, la malade fut tourmentée de nausées et de vomissements presque continuels, qui l'affaiblirent considérablement et la privèrent de sommeil. Ces symptômes, vraisemblablement suite des inhalations anesthésiques, contribuèrent à donner à la plaie un mauvais caractère; il survint même de l'érysipèle dans la région de l'aîne. Mais enfin ils cédèrent peu à peu : la plaie reprit un meilleur aspect; les forces revinrent.

Le 5 mars, on voulut essayer une seconde fois de placer le membre dans l'extension; mais il en résulta de telles douleurs qu'on fut obligé de l'abandonner à sa position primitive. La suppuration sortant par la plaie est beaucoup moindre qu'avant l'opération.

Le 10 mai, amélioration croissante. La plaie est presque cicatrisée, à part quatre ou cinq sinus qui ne donnent que peu de pus de bonne qualité. Les règles, qui manquaient depuis huit mois, sont revenues il y a trois jours.

Le 1er juin, la malade a quitté le lit pour la première fois.

Au 6 octobre, il n'y a plus qu'un seul point de la plaie qui reste ouvert, encore ne fournit-il pas au delà de trois ou quatre gouttes de pus dans les vingt-quatre heures. La pression, exercée sur toutes les parties, n'y réveille aucune souffrance. Les deux membres sont égaux en longueur. La malade est maintenant plus forte qu'elle ne l'a jamais été et incline à la corpulence. Durant les deux derniers mois, elle a souvent marché avec l'aide d'un soulier à talon élevé et d'une béquille, tenue du côté opposé. Trois ou quatre fois elle a pu se promener dans la salle sans autre appui qu'un bâton, et une fois elle a fait quelques pas sans aucun soutien. Couchée sur le dos, elle soulève son membre; assise, elle le dirige aisément en arrière ou en avant, et peut faire porter sur lui le poids entier de son corps. Elle peut aussi croiser cette jambe sur l'autre.

Quoiqu'il soit peut-être un peu prématuré de donner à ce résultat dès à présent le nom de succès, tout fait cependant espérer que l'amélioration générale et le recouvrement des fonctions du membre augmenteront encore; mais dût l'amendement, sous ce dernier rapport, demeurer stationnaire, le cas n'en serait pas moins un exemple à imiter : car, comme le fait justement remarquer M. Jones, si l'on pratique l'excision du coude, de l'humérus, etc., pour rendre au membre ses usages, c'est *pour sauver la vie* qu'on entreprend celle du fémur, et les accidents graves auxquels la malade était en proie avant l'opération montrent assez que sa conséquence, à ce seul point de vue, a été pour cette malheureuse femme un service des plus signalés. Bien plus, le parti que l'on a pris était très probablement le seul moyen de l'arracher à une mort prochaine.

La position étendue eût sans doute été la meilleure à donner au membre; mais les vives souffrances que ranimait chaque tentative faite pour l'y placer ne permirent pas de la conserver, et l'on n'a pas eu, en définitive, à s'en repentir; de telle sorte que si pareil cas se représentait, l'auteur serait très-disposé à se laisser guider à cet égard par les sensations du malade.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

THÉORIE PHYSIOLOGIQUE DU MAL DE MER.

M. MARSHALL HALL ayant fait le trajet de Liverpool aux États-Unis a saisi cette occasion pour étudier sur lui-même le mal de mer. Voici les particularités principales qu'il a constatées et l'explication physiologique, ainsi que les déductions pratiques qu'il en a déduites:

« Tous les phénomènes de cette maladie me conduisent à croire que c'est la moelle épinière qui est le centre nerveux, et que ce sont le nerf pneumogastrique et les nerfs diaphragmatiques, intercostaux et abdominaux qui sont les nerfs eisodiques et exodiques, qui présentent en leur liaison avec ce centre, l'origine et les cours d'actions catastaltiques et diastaltiques, dans cette circonstance.

» Il me paraît que les mouvements d'élévation et d'abaissement du vaisseau influent spécialement sur l'état de la circulation du sang de la moelle épinière: dans les premiers, la force de l'impulsion du sang sur cet organe est diminuée; dans les seconds, elle est augmentée. Il y a donc changement perpétuel dans la force de cette impulsion; d'où résulte l'excitation, l'agacement de la moelle, du nerf pneumogastrique, des nerfs diaphragmatiques, etc.

» Les mouvements d'une voiture, d'une balançoire, etc., s'ils sont assez continus, produisent les mêmes effets chez les individus très-susceptibles.

» L'influence de la position du corps, par laquelle ces mouvements d'élévation et de dépression sont augmentés ou diminués, est très-remarquable. Si la position horizontale dans la direction de l'axe du mouvement du vaisseau est choisie et bien conservée, le voyageur peut échapper au mal de mer, et ce n'est qu'en changeant de position qu'il en éprouve les premiers symptômes. »

EXEMPLES REMARQUABLES DE SÉCRÉTION LAITEUSE. — ANALYSE DU LAIT DANS DEUX CAS ANORMAUX.

MM. JOLY ET FILHOL adressent sous ce titre une note dont nous extrayons les passages suivants relatifs à la composition du lait dans le cas de sécrétion laiteuse anormale :

Dans une thèse soutenue, le 26 février 1851, devant la Faculté de médecine de Paris, l'un de nous (M. Joly) a cherché à prouver que s'il est vrai que tout être vivant vient d'un œuf, en donnant à ce dernier mot sa signification la plus étendue, il n'est pas moins vrai que le premier est essentiellement le même pour tous les êtres organisés, en sorte que, parallèlement au fameux adage d'Arvey : *Omne vivum ex ovo*, on peut établir une autre loi ainsi formulée par nous : *Omne vivum eodem alimento nutritur in ovo*. Tout être vivant puise dans l'œuf où il a pris naissance, un seul et même aliment.

C'était à la chimie qu'il fallait demander la confirmation de ces vues *à priori*, indiquées plutôt que développées dans la thèse en question. Tel est l'objet de la présente note.

Dans le lait de la femme qui ne nourrit pas, disent les auteurs, dans celui des femelles dont les glandes mammaires sécrètent quelquefois ce liquide aux approches du rut, nous trouvons non pas de la caséine, mais bien de l'albumine proprement dite, en tout semblable à celle de l'œuf et de la graine, en sorte que ces faits exceptionnels établissent réellement le passage de l'une de ces substances à l'autre.

L'analyse des deux faits suivants prouve de la manière la plus incontestable la vérité de cette assertion.

Le premier de ces deux laits nous a été fourni par madame D***, jeune femme de 28 ans, brune, aux yeux et aux cheveux d'un beau noir, aux seins bien faits mais peu développés, d'un tempérament vif et nerveux, d'une taille moyenne, d'une bonne constitution. Madame D*** est accouchée, pour la troisième fois, le 23 avril 1852. Ses enfants, tous du sexe masculin, sont robustes et jouissent d'une excellente santé. Bien qu'elle ne nourrisse pas et ne soit pas enceinte, bien qu'elle ait régulièrement ses menstrues, madame D*** a du lait, même à l'heure où nous écrivons, par conséquent plus de dix mois après ses couches.

Ce lait est d'un blanc légèrement jaunâtre, sans odeur, d'une saveur sensiblement salée. Vu au microscope, il présente de très-nombreux et très-gros globules graisseux, entremêlés de globules plus petits; enfin, un grand nombre de corps granuleux jaunes, semblables à ceux du *colostrum*. Il est visqueux et même un peu filant; l'ammoniaque n'en augmente pas la viscosité; la présure ne le coagule pas. Il ramène lentement au bleu le papier de tournesol, se prend en masse lorsqu'on le fait chauffer jusqu'à 75 à 80 degrés centigrades, et acquiert alors la consistance et l'aspect du blanc d'œuf coagulé.

D'après l'analyse chimique, le lait de madame D*** est remarquable sous plusieurs rapports :

1° Il renferme beaucoup moins d'eau et moins de sucre que le lait normal;

2° Il contient beaucoup plus de sels;

3° On n'y trouve que de l'albumine, sans aucune trace de caséine. La proportion de matière albumineuse y est énorme.

On voit enfin que, dans ce lait, le sel marin est l'élément qui domine, tandis que c'est le phosphate de chaux dans le lait normal.

MM. Joly et Filhol ont analysé ensuite le lait d'une jeune chienne qui n'a jamais subi les approches du mâle. La densité de ce lait était de 1,069, par conséquent beaucoup plus forte que de coutume. Ses qualités physiques ressemblaient beaucoup à celles du lait de madame D***. Ses qualités chimiques offrent aussi de nombreuses ressemblances avec ce même lait.

On sait que les jeunes vierges, les femmes âgées (75 ans et au delà), les boucs pendant et après le rut, et même certains individus de notre propre espèce, ont même quelquefois assez de lait pour être en état de remplir au besoin le rôle de nourrice. Aristote, Haller, Al. de Humboldt, Burdach, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Auzias-Turenne, etc., en ont cité de curieux exemples. Ces faits, auxquels s'ajoutent ceux que nous venons de rapporter, prouvent de la manière la plus évidente que la sécrétion laiteuse peut avoir lieu indépendamment de l'état de grossesse, de l'allaitement, de toute influence du sexe féminin, et même de tout rapprochement sexuel. Le sang des mâles, comme celui des femelles, renferme tous les éléments du lait. Partout où il y a des glandes mammaires, il peut

y avoir sécrétion laiteuse. La menstruation n'empêche pas cette sécrétion chez les femmes, même lorsqu'elles n'ont pas de nourrisson. Madame D*** était réglée un des jours où nous avons analysé son lait (18 décembre 1852).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Bassereau sur les maladies qui règnent en Moldavie. (Comm. des épidémies.)

2° Un certificat de puisement avec demande d'avis sur une source minérale dite de l'Échaillon, commune de Veurey (Isère). (Commission des eaux minérales.)

3° Une recette d'un remède pour faciliter la dentition, etc. (Commission des remèdes.)

M. le ministre de l'instruction publique informe l'Académie que, conformément à l'avis qu'elle a exprimé, il autorise la permutation demandée par M. P. Dubois.

En conséquence cette permutation est effectuée.

— M. Headoe, inspecteur des établissements d'eaux minérales, adresse une réclamation de priorité relativement au nouveau mode de chauffage des eaux minérales sulfureuses froides, qui a soulevé une question de priorité devant l'Académie, etc. (Comm. des eaux minérales.)

— M. le docteur Priou (de Nantes) adresse une note sur la rétroversion de l'utérus. (Comm. : MM. Hervez de Chégoin et Jobert.)

— M. Marcel Petiteau, des Sables d'Olonne (Vendée), adresse une note contenant de nouveaux détails sur les vaccinations. (Comm. de vaccine.)

— M. le docteur Jacinthe Rodrigues Pereira Reys (de Rio-Janeiro), adresse un mémoire sur les épidémies du Brésil, et en particulier sur la fièvre jaune qui y a régné de 1849 à 1850 depuis Rio-Grande du Sud jusqu'au Para. (Comm. : MM. Londe, Louis et Girardin.)

— M. Deroche, médecin à Vitry (Seine), adresse un mémoire sur plusieurs cas d'empoisonnement par le plomb provenant de l'usage d'une pompe qui servait à faire monter du vin, et de l'emploi d'appareils à eaux de Seltz. (Comm. : MM. Boutron et Chevallier.)

— M. Chailly-Honoré lit un rapport officiel sur divers appareils imaginés par M. Fléchelle pour l'usage obstétrical.

M. le rapporteur propose de répondre au ministre que toutes les inventions de M. Fléchelle sont de nature à mériter l'approbation de l'Académie et qu'elles peuvent être utiles, soit dans la pratique civile soit dans la pratique des hôpitaux.

MM. Moreau et Depaul présentent au sujet de cette conclusion quelques réflexions relatives à l'un des appareils en question, désigné sous le nom de lit d'accouchement, et desquelles il résulterait que ce lit ne présente aucun avantage dans la pratique.

D'après ces observations, M. Chailly est invité à présenter une nouvelle rédaction de sa conclusion conforme à ces observations.

La nouvelle rédaction modifiée dans ce sens est adoptée.

La parole est à M. Michel Lévy pour un rapport officiel.

M. Piorry, inscrit pour un rapport, se plaint qu'on ne lui accorde pas la parole dans cette séance.

Sur l'observation de M. le président qu'il s'agit d'un rapport officiel en retard, M. Piorry se résigne, quoique à regret, à céder la parole à M. Lévy.

RAPPORT SUR LES ÉPIDÉMIES DE 1850.

M. Michel Lévy lit, au nom de la commission des épidémies, le rapport sur les épidémies de 1850.

M. le rapporteur termine ce rapport très-étendu et très-détaillé par les considérations suivantes :

Telle est, messieurs, la substance des communications que votre commission a reçues sur les maladies épidémiques de la France pendant l'année 1850. Les faits consignés dans l'ensemble de ces documents lui suggèrent une suite d'observations qu'il lui paraît utile de porter à la connaissance de l'autorité, quoiqu'elles aient pu être formulées dans des rapports antérieurs ; mais tant que subsistent les mêmes abus, les mêmes obstacles à la salubrité publique, les mêmes causes d'aggravation et d'extension des épidémies, l'Académie ne doit pas se lasser de les signaler.

1° Les dispositions du décret du 12 juin 1804, en ce qui concerne l'emplacement et le régime des cimetières, ne sont pas encore exécutées dans un très-grand nombre de bourgs et villages, et notamment en Bretagne ; les tombes sont groupées autour des églises, au milieu et même au contact des habitations, de la façon la plus irrégulière. A Renac, dont nous avons relaté l'épidémie dyssentérique, les fosses n'ont que 75 à 88 centim. de profondeur, au lieu d'un mètre et demi à 2 mètres, suivant la prescription légale ; l'exiguïté du cimetière oblige à rouvrir les fosses avant l'entière décomposition des corps. M. H... en a vu extraire les débris humains mal consumés. Il importe d'avoir présent à la pensée cet état de choses encore si arriéré dans nos campagnes, au moment où l'on songe à rétablir, à titre de privilège, et par concession exceptionnelle, la faculté d'inhumer dans les caveaux des églises.

2° L'état de la voirie rurale continue à blesser toutes les lois de l'hygiène publique : des amas de fumier dans les rues et dans les cours, des mares fétides, des étangs bourbeux, des puisards qui ne dissipent pas complétement les eaux par infiltration dans le sol, des rues sans pavés que la pluie convertit en fondrière, et dont la fange humide baigne le pied des maisons, etc. Quand une épidémie survient, la municipalité, sur les instances des médecins, fait enlever les fumiers, écouler les eaux croupissantes au moyen de saignées et de rigoles, ventiler les habitations. Le péril passé, les mêmes inconvénients se reproduisent, la même incurie laisse renaître les causes d'infection et de maladie. Les lois des 28 septembre et 6 octobre 1791, déjà invoquées par le rapporteur de votre commission de 1830, contiennent à cet égard des prescriptions qui ne sont pas exécutées. La création récente des commissaires départementaux sous la direction des préfets permettrait peut-être, avec le concours des comités d'hygiène locaux, de préparer et d'instituer une police efficace de la voie publique dans les localités rurales ; beaucoup de communes, non dépourvues de ressources, n'attendent qu'une impulsion et des conseils. Le pavage au bord des maisons, des ruisseaux d'écoulement des eaux ménagères, l'éloignement des fumiers, la suppression des mares et réservoirs d'eaux stagnantes au voisinage des habitations seraient une première série de mesures excellentes. Dans un village du Haut-Rhin (Leynen), une épidémie dyssentérique s'est montrée immédiatement après la vidange d'un vaste réservoir d'eau situé au centre des habitations. Cette opération a coïncidé avec les plus fortes chaleurs. L'administration locale doit avoir assez de lumières et de force pour s'opposer à une tentative aussi inopportune.

3° Il sera plus difficile d'améliorer les habitations de la campagne ; mais l'intervention éclairée de l'autorité peut régler dans une certaine limite les constructions nouvelles. Des instructions à la portée des classes agricoles et ouvrières peuvent les édifier sur les causes d'insalubrité que, par ignorance ou laisser-aller, elles multiplient dans leur intérieur. La plupart des relations que la commission a examinées signalent la malpropreté des logements, l'insuffisance de leur aération, l'entassement des familles dans la même pièce, située le plus souvent dans un rez-de-chaussée humide, presque en communauté avec les animaux domestiques, dont elles ne sont séparées que par des cloisons à jour ou des planches mal jointes ; ailleurs des alcôves, impénétrables à l'air et à la lumière, reçoivent plusieurs individus dans un seul lit hermétiquement fermé par des rideaux ; ailleurs les lits se touchent par tous les points et encombrent une seule chambre. Dirons-nous la saleté des objets de couchage, l'absence des latrines, le méphitisme de la promiscuité des hommes et des animaux dans la même atmosphère ? Nous ne pouvons croire qu'il soit impossible, par le concours de l'administration, du prêtre et du médecin, d'éclairer sur les dangers de ces habitudes les pauvres paysans, qui se les transmettent de génération en génération.

4° Dans plusieurs épidémies, les médecins ont été envoyés tardivement sur les lieux.

5° Des distributions de médicaments ont été faites généralement aux malades indigents ; toutefois, quand les médecins envoyés par l'autorité ne sont arrivés qu'au déclin des épidémies, on peut craindre qu'elles n'aient pas toujours eu lieu en temps opportun. En rappelant ici qu'un décret impérial de 1805 ordonne l'établissement, dans la plupart des arrondissements, d'une caisse de médicaments à l'usage des habitants des campagnes en temps d'épidémie, la commission exprime le vœu que cette prévoyance de législation ait tout son effet, et elle pense que, dans un ensemble de dispositions destinées à fonder efficacement le régime sanitaire des campagnes, cette sage mesure trouverait encore sa place.

6° Les préjugés, les routines dangereuses, les pratiques insensées, les résistances aux prescriptions de l'art, n'ont pas disparu depuis que M. Pariset (1827) et M. Villeneuve (1830) les ont énergiquement dénoncées à l'Académie. Dans la suette miliaire, l'accumulation des couvertures pour provoquer les sueurs, dans la variole l'emploi des boissons alcooliques, dans la dyssenterie l'abus des aliments, dans l'épidémie typhoïde un pèlerinage lointain par une saison mauvaise, etc., voilà ce que nous voyons en 1850. Malheureusement quelques médecins ajoutent aux erreurs populaires un contingent de paradoxes ou d'opinions non moins susceptibles de nuire : l'un appelle la vaccine une pratique funeste patronée par le gouvernement ; d'autres propagent involontairement les erreurs de la contagion. Il convient qu'une grande réserve soit recommandée aux médecins délégués par les préfets et les sous-préfets pour observer et traiter les maladies épidémiques.

7° La plupart des indications qui précèdent se résolvent dans une mesure que l'Académie ne saurait trop recommander à la sollicitude si éclairée du gouvernement, parce qu'elle a reçu déjà dans quelques départements la sanction de l'expérience : la création de médecins cantonaux chargés spécialement du soin des pauvres malades, et reliés aux commissions d'hygiène publique qui peuvent être formées dans les chefs-lieu de canton, en vertu de l'article 3 du décret du 18 décembre 1848, et aux conseils d'hygiène d'arrondissements déjà existants. Membres nés des commissions d'hygiène cantonales, responsables envers le conseil d'hygiène d'arrondissement et l'autorité administrative, dont ils seraient à la fois les guides et agents d'exécution en ce qui concerne l'intérêt de la santé publique, leur ministère ne pourrait manquer d'acquérir un haut degré d'utilité. Aucune institution ne répondra mieux à cette grande pensée d'assistance et de bien-être public qui inspire aujourd'hui le pouvoir.

Il ne nous reste, messieurs, qu'à formuler en propositions, sur lesquelles la commission vous prie de statuer, deux pensées qui ont trouvé place dans la première partie de ce rapport.

1° Compléter le rapport annuel sur les épidémies par un travail analogue sur les épizooties qui se sont manifestées dans la même période. C'est à nos savants

collègnes de la section de médecine vétérinaire que nous demanderions cette preuve périodique d'un concours qui n'a jamais manqué à vos travaux, et dont la science a depuis longtemps proclamé les résultats. S'il en résulte pour cette section une obligation nouvelle, vous voudrez bien considérer que cette obligation augmente l'importance de son rôle, et tend à faire converger pour le bien de la science et de l'humanité, les efforts de l'une et de l'autre médecine. Au reste, nous l'avons dit, l'ordonnance de 1820 implique cette publication annuelle, autant que celles qui ont été adoptées pour les eaux minérales, la vaccine, les épidémies. L'art. 2, vrai sommaire des attributions fondamentales de l'Académie, énonce qu'elle est spécialement instituée pour répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique, et principalement sur les épidémies, les maladies particulières à certains pays, les épizooties, les différents cas de médecine légale, etc. C'est sous forme de rapports collectifs ou particuliers que l'Académie s'acquitte de ces tâches diverses; il ne s'agit donc que de décider qu'il sera procédé pour les épizooties comme vous procédez pour les épidémies, laissant à la section compétente le soin de vous proposer un plan de recherches et d'exposition.

2° Demander à l'autorité et provoquer par les voies des correspondants des renseignements exacts sur la situation sanitaire annuelle des communes et des arrondissements. A cet effet, des états négatifs seraient envoyés à M. le ministre de l'intérieur pour les localités qui n'auraient pas eu de maladie épidémique d'une année à l'autre. Celles qui en auraient éprouvé feraient parvenir des rapports conformes à un modèle identique pour toutes les relations de ce genre. Il n'y a pas à discuter sur le meilleur plan à suivre dans la description des épidémies; l'Académie s'en est beaucoup occupée à d'autres époques. A peine organisée, elle créa une commission composée des plus illustres maîtres, dont M. le professeur Duméril est aujourd'hui le seul survivant, pour élaborer sur ce sujet un projet d'instruction. Le travail de cette commission, divisé en six sections, est une belle et philosophique introduction à l'histoire des épidémies, portique d'un monument qui reste à construire. La commission qui fit le premier rapport sur les épidémies de 1771 à 1830, n'a pu se conformer à ce programme; mais de l'énumération méthodique, désordonnée qu'elle a remarquées dans les documents soumis à cet examen, résulte un véritable plan excellent à suivre.

Ce qui importe, c'est que des modèles imprimés de rapports soient envoyés périodiquement dans toutes les mairies; que les sous-préfets et préfets exigent que ces rapports officiels soient remplis par les médecins des épidémies, sans détriment pour les notes ou dissertations scientifiques que ceux-ci voudront y annexer. Votre commission leur sera reconnaissante de toutes les communications complémentaires; mais elle tient surtout à recevoir des documents positifs, précis, uniformes et se prêtant à un résumé général. Il lui paraît essentiel que les rapports qu'elle est chargée de vous faire elle-même, au lieu de porter sur quelques mémoires épars et sur des faits isolés, aient la signification et l'unité d'un tableau des épidémies annuelles de la France. Les mesures indiquées plus haut peuvent conduire à ce résultat. Les médailles d'encouragement que vous êtes autorisés à décerner tous les ans aux auteurs des meilleures relations épidémiques correspondent à cet ensemble de dispositions, sur lequel votre commission a eu à délibérer; elle pense aussi que, dans les promotions ultérieures au titre de correspondant, il y aura justice de prendre en considération l'honorable précédent de médailles obtenues pour ce genre de travaux qui exigent, outre les qualités de l'observateur, l'activité des recherches, l'exactitude des détails, un esprit de généralisation.

Ajoutons, pour l'honneur de nos confrères, que presque toujours l'œuvre de dévouement et d'abnégation a précédé l'œuvre de la plume; ils racontent ce qu'ils ont vu et taisent ce qu'ils ont fait!

M. Huzard prend la parole pour appuyer la proposition qui est faite par M. le rapporteur relativement aux épizooties. Il pense qu'il y aurait effectivement un grand avantage à demander annuellement aux médecins vétérinaires des renseignements sur les épizooties qu'ils auront pu observer, mais il regrette que M. Lévy n'ait pas indiqué dans son rapport les moyens d'exécution de ce projet.

M. Michel Lévy répond qu'il n'a pu qu'indiquer dans son rapport les avantages qu'il y aurait pour la science à rapprocher des rapports sur les épidémies, des rapports faits par les médecins vétérinaires sur les épizooties annuelles. Quant aux voies et moyens, il ne lui appartenait pas de les indiquer. C'est à l'Académie et particulièrement à la section de médecine vétérinaire de provoquer l'étude d'un plan à cet effet.

M. Moreau approuve et apprécie tout ce qu'a dit M. le rapporteur relativement aux inconvénients résultant de la proximité trop grande des cimetières et des habitations. Mais il n'est pas de l'avis du rapporteur en ce qui concerne les mares, qui sont d'une utilité incontestable pour les habitants des campagnes. Il ne faudrait pas en demander la suppression, mais se borner à exiger que les eaux en fussent renouvelées de temps en temps.

M. Michel Lévy fait remarquer les dangers qui pourraient résulter du curage de ces mares à certaines époques de l'année surtout; ce sera, du reste, l'objet d'une légère modification qu'il pourra faire à cette partie des conclusions.

Les conclusions du rapport de M. Michel Lévy sont mises aux voix et adoptées.

— L'Académie, pendant la lecture de ces deux rapports, a procédé à la nomination: 1° d'une commission de onze membres pour déterminer à quelle section devra appartenir la prochaine nomination; 2° des commissions pour les prix.

Voici, d'après le dépouillement du scrutin, la composition de ces diverses commissions.

Commission de 11 membres pour déterminer à quelle section appartiendra le prochain remplacement: MM. Doméril, Roche, Baffos, Desportes, Amussat, Chomel, Moreau, Londe, Huzard, Caventou et Guibourt.

Commission pour le prix Nadaud: MM. Michel Lévy, Londe, Nacquart, Villermé et Chevalier.

Prix de l'Académie: MM. Grisolle, Baillarger, Bouvier, Gimelle et Bouley jeune.

Prix Portal: MM. Ferrus, Baillarger, Lévy, Bouchardat et Delafond.

Prix Civrieux: MM. Pâtissier, Requin, Velpeau, Bégin et Larrey.

Prix Capuron (question d'accouchements): MM. P. Dubois, Moreau, Danyau, Cazeaux et Depaul.

Prix Capuron (question des eaux minérales): MM. Pâtissier, Boutrou, O. Henry et Bussy.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le mémoire de M. Cruveilhier.

La parole est à M. Roux.

PARALYSIE MUSCULAIRE ATROPHIQUE PROGRESSIVE.

M. Roux désirerait avoir de M. Cruveilhier quelques explications sur un point de sa communication qui lui a laissé quelques doutes dans l'esprit. Il m'a semblé, dit M. Roux, que les observations de M. Cruveilhier n'avaient eu trait exclusivement qu'à une altération des muscles dépendant du système nerveux cérébro-spinal. Il me paraît difficile d'admettre que, dans une affection aussi générale, d'autres organes, bien que ne dépendant pas d'une manière directe du système cérébro-spinal, n'aient point participé à cette altération; il me semble impossible, par exemple, que l'œsophage, le diaphragme, les muscles de l'estomac, ceux de la vessie, ne se soient point ressentis d'une lésion qui affecte toute la série des branches antérieures des nerfs spinaux. J'ai été surpris, en particulier, que M. Cruveilhier n'ait rien dit de l'état physique du diaphragme notamment.

M. Cruveilhier: Il est possible que, dans la rapidité de la lecture, j'aie omis quelques détails. Cependant j'ai dit très-expressément qu'il n'y avait que les muscles soumis à la volonté exclusivement qui étaient altérés. Tous les muscles de la vie organique ont conservé l'intégrité de leurs fonctions jusqu'à la fin. Un seul des organes mentionnés par M. Roux peut-être a pu paraître affaibli: c'est le pharynx. Dans les derniers moments de la vie, en effet, la déglutition était devenue difficile; le malade ne pouvait avaler qu'une certaine quantité de liquide à la fois: une partie était toujours regurgitée. Mais il m'a paru que cela ne dépendait pas uniquement du pharynx, dont les muscles se contractaient d'une manière évidente. Il est en effet très-difficile de distinguer, dans l'acte de la déglutition, ce qui dépend de l'action du pharynx d'avec ce qui est dû au concours des autres organes. Or il ne faut pas oublier ici que la langue, dans les derniers temps, était complètement paralysée, ce qui évidemment devait contribuer à rendre la déglutition difficile.

Relativement au diaphragme, je ferai remarquer que non-seulement il a fonctionné jusqu'à la fin, mais que ce n'est même que par la seule action de ce muscle que la respiration avait lieu. En effet, la respiration ne se faisait que par l'élévation et l'abaissement alternatifs des côtes asternales, et lorsqu'on disait à cet homme, qui était encore plein d'énergie et de courage, de faire une grande inspiration, cela lui était impossible. Les muscles intercostaux ne jouissaient plus d'aucune contractilité. Je n'ai été surpris que d'une seule chose à l'autopsie: ç'a été de ne pas trouver ces muscles plus atrophiés; ils étaient seulement amincis.

M. Bouvier: Les faits et les considérations d'un haut intérêt dont nous devons la communication à M. Cruveilhier font faire un grand pas à l'anatomie pathologique de la maladie nouvelle, je veux dire nouvellement étudiée, que M. Aran a décrite sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*, et M. Thouvenel sous celui de *paralysie atrophique*.

Les faits observés par notre savant collègue, notamment celui de Lecomte, établissent le rôle important du système nerveux dans la production de l'atrophie et de la transformation graisseuse des muscles qui caractérisent cette maladie. Ils font connaître une circonstance ignorée jusqu'ici, la coïncidence de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux et des autres nerfs moteurs avec l'altération profonde du système musculaire. C'est là une découverte qui sera certainement féconde en résultats, au point de vue de la pathologie et même de la thérapeutique de cette terrible affection.

On peut toutefois se demander si cette lésion des racines motrices est bien tout ce qui revient au système nerveux, dans l'analyse des causes organiques et fonctionnelles de l'atrophie musculaire progressive.

Pour tâcher de résoudre cette question, il faut d'abord s'entendre sur la nature des troubles fonctionnels du système musculaire, dans l'atrophie dite *progressive* et dans les affections en apparence analogues. Il faut poser entre diverses maladies musculaires des distinctions indispensables.

Quatre phénomènes sont principalement à considérer, sous ce rapport, dans la pathologie musculaire:

1° La perte du mouvement volontaire, *paralysie du mouvement* proprement dite;

2° La perte de la contractilité musculaire, qu'on peut appeler *paralysie de l'irritabilité* (paralysie des contractions involontaires directement provoquées), paralysie du mouvement inhérent à la fibre musculaire;

3° Le défaut de nutrition, la résorption de la substance musculaire, l'atrophie, qui ne produit pas seulement une diminution de volume, mais fait perdre en outre à la fibre plusieurs de ses caractères essentiels;

5° L'état *gras*, ou la disparition complète des fibres, et leur remplacement par de la matière graisseuse.

Chacun connaît la paralysie commune, *hémiplégie*, *paraplégie* accidentelle, état morbide symptomatique qui procède le plus souvent des centres nerveux, et n'est que l'abolition du mouvement volontaire seul, ou du mouvement et du sentiment en même temps.

Les muscles conservent, dans ce cas, la faculté de se contracter par des excitations directes; leur nutrition est peu troublée; leur substance ne perd pas ses caractères propres : en d'autres termes, des quatre phénomènes que j'ai rappelés tout à l'heure, on n'observe alors que le premier, la perte du mouvement volontaire.

La paralysie générale des aliénés appartient à cette première espèce de lésion de la motilité, en ce sens que les muscles qu'elle frappe ne sont pas non plus atteints dans leur irritabilité. MM. Brierre de Boismont et Duchenne l'ont trouvée intacte plusieurs années après l'invasion du mal et jusqu'à la mort des sujets, ce qui se lie également à l'intégrité de la nutrition dans le système musculaire.

Au contraire, dans d'autres affections rangées parmi les paralysies, parce que leur premier caractère est aussi la perte du mouvement volontaire, l'irritabilité n'existe plus; l'atrophie suit de près la manifestation des deux autres phénomènes, et elle peut même conduire, avec le temps, à la transformation graisseuse. Cette transformation toutefois n'est encore ici en quelque sorte qu'un accident, plutôt qu'une suite nécessaire de la maladie dans sa période extrême.

Des affections locales des nerfs, à leur origine ou le long de leur trajet, peuvent agir à la manière des lésions traumatiques et produire les mêmes effets, la paralysie du mouvement volontaire, la paralysie de l'irritabilité et l'atrophie consécutive des muscles.

Les paralysies qui succèdent aux maladies convulsives de l'enfance offrent souvent ces divers caractères.

Les lésions des centres nerveux eux-mêmes, lorsqu'elles sont congénitales, ne sont pas seulement suivies, comme chez l'adulte, d'hémiplégie, de paraplégie ou de paralysie générale du mouvement volontaire; il en résulte encore, dans beaucoup de cas, l'arrêt de développement, l'atrophie des parties musculaires et autres, répondant aux nerfs dont l'action est anéantie, et souvent aussi la perte de l'irritabilité dans une plus ou moins grande étendue du système musculaire.

Cette différence d'effets dans des affections du même siége, suivant l'époque de la vie à laquelle elles ont lieu, tient sans doute en partie à la différence des mêmes actes vitaux, considérés avant et après la naissance; mais elle dépend aussi de ce que les organes nerveux centraux sont bien plus profondément atteints dans ces maladies de la vie intra-utérine que dans celles qui appartiennent à l'âge adulte.

MM. Brierre de Boismont et Duchenne ont fait connaître une paralysie générale, progressive, comme celle des aliénés, mais différente et par ses symptômes dans l'appareil locomoteur, et par l'intégrité des fonctions cérébrales. Cette affection se rapporte tout à fait au second ordre de paralysie que je signale. Il y a encore ici, comme dans les exemples précédents, réunion de la perte du mouvement volontaire et de la paralysie de l'irritabilité musculaire, puis atrophie lente, graduelle, rarement et tardivement transformation graisseuse (d'ailleurs partielle).

Jusqu'ici je n'ai parlé que de lésions dans lesquelles la perte du mouvement est constante, primitive, dans lesquelles l'atrophie, la transformation graisseuse sont variables et toujours consécutives. J'arrive à considérer ces derniers phénomènes en eux-mêmes, dans ce qu'ils ont d'initial et de propre, indépendamment des autres troubles fonctionnels dont je viens de m'occuper.

L'atrophie musculaire se manifeste, en effet, sans altération préalable des facultés locomotrices : c'est ce qu'on voit dans une foule de maladies chroniques des membres et même du tronc, telles que les tumeurs blanches, les luxations non réduites, les ankyloses, les suppurations étendues et prolongées, etc.; en un mot, toutes les fois que, dans une grande région du corps, l'innervation et la circulation sanguine sont pendant longtemps au-dessous de leur rhythme normal. Un seul ordre de muscles, un seul muscle même, peut être atrophié par suite de ces lésions ou d'autres causes locales n'agissant que sur ces organes, comme la contracture simple (non paralytique), l'immobilité prolongée, par exemple.

Les mouvements musculaires peuvent alors s'affaiblir; mais il est rare que cette faiblesse soit portée au degré de la paralysie, et celle-ci serait, dans les cas auxquels je fais allusion, évidemment consécutive.

L'atrophie peut être étendue à tout le système musculaire. C'est alors une source d'émaciation, de marasme *essentiel*, dans lequel les chairs, disparaissant en grande partie, laissent voir toutes les formes du squelette. Tel était le cas, cité par Lobstein, d'un jeune homme de 22 ans, mort après quelques mois de maladie dans un état d'amaigrissement effrayant, sans qu'on ait trouvé à l'autopsie de lésion d'aucun viscère de la poitrine, ni de l'abdomen. Tel était le cas d'un homme également réduit à l'état de squelette, qui a succombé dernièrement de la même manière dans le service de M. Vigla, à la maison de santé du faubourg Saint-Denis, et chez lequel M. Duchenne a trouvé tous les muscles doués de leur contractilité et même du mouvement volontaire.

Nous avons vu que la transformation graisseuse des muscles n'est, dans toutes les espèces d'abolition de la motilité dont j'ai parlé précédemment, qu'un épiphénomène, en quelque sorte, qu'un accident qui a plus ou moins de tendance à se produire, mais qui ne se lie pas nécessairement à l'essence de la maladie. Il n'en est pas de même dans l'affection dont il me reste à fixer la place dans le cadre nosologique, dans celle qui a fait l'objet du beau travail de M. Cruveilhier, dans l'atrophie musculaire progressive.

Le cachet de cette affection est tellement frappant, qu'il y a lieu de s'étonner qu'on ait tant tardé à la reconnaître et à la signaler.

La première chose qui frappe à son début, ce n'est pas la perte du mouvement, même volontaire; c'est la diminution de volume des muscles affectés, qui apparaît en même temps que les frémissements ou contractions fibrillaires et les autres symptômes si bien exposés par M. Cruveilhier. Mais la contractilité est intacte; l'électrisation galvanique la met partout en jeu, le malade commande encore à ses muscles et les trouve dociles et aptes à le servir.

L'atrophie simple est donc le premier symptôme de la maladie, et c'est ce qui la différencie déjà des paralysies de toute sorte avec lesquelles on ne peut la confondre.

A mesure que cette atrophie augmente, l'affaiblissement survient et s'accroît en raison de la réduction du muscle et du nombre de fibres déjà transformées. L'irritabilité persiste jusqu'à la dernière période du mal, jusqu'à ce que la dernière fibre ait perdu tout atome de substance musculaire. Ce n'est aussi qu'alors qu'il y a perte absolue du mouvement volontaire, et qu'on peut dire qu'il y a *paralysie* proprement dite.

En effet, la tendance fatale de cette funeste affection, son terme naturel, pour ainsi dire, c'est la substitution de la matière graisseuse à la substance musculaire. Cette substitution n'est plus ici un accident qui pourrait être ou ne pas être; c'est le mal lui-même parvenu à son plus haut période.

Voilà, si je ne m'abuse, la maladie que M. Cruveilhier nous a fait connaître. Elle est, je crois, suffisamment caractérisée par ce peu de mots, suffisamment distinguée de toutes les affections analogues, notamment de la paralysie générale progressive, de l'atrophie générale simple, qui lui ressemblent le plus, entre toutes les lésions que j'ai citées. Son caractère essentiel est la destruction graduelle de la substance musculaire, remplacée, en définitive, par un peu de matière graisseuse.

Quel nom faut-il donner à cette maladie? Les mots ont ici de l'importance, parce qu'ils doivent s'accorder avec la nature des choses. Appellera-t-on *paralysie*, par exemple, un état morbide où la perte du mouvement n'est que la conséquence tardive d'une destruction moléculaire, d'une atrophie où, à l'inverse de ce qui se passe dans les véritables paralysies, le mouvement volontaire et l'irritabilité ne sont nullement lésés dans les premières périodes du mal? Puisque c'est la nutrition qui souffre la première, puisque la lésion de cette fonction constitue plus tard encore l'élément pathologique principal, ne vaut-il pas mieux en tirer une qualification qui donne à la maladie le rang qui lui appartient en nosologie? J'avoue que ces motifs me paraissent de quelque valeur, et que je serais très-disposé, en conséquence, à rejeter le nom de *paralysie atrophique* adopté par M. Thouvenel, et à préférer celui d'*atrophie*. L'état graisseux, qui est sa fin, le dernier terme de la maladie à son état complet, pourrait fournir une épithète caractéristique, et une autre indiquerait la marche particulière de cette affection. Ne peindrait-on pas bien son extension successive à la plupart des organes musculaires, en désignant cette lésion sous le nom d'*atrophie musculaire* (ou *névro-musculaire*, si l'on voulait exprimer aussi l'élément nerveux) *graisseuse envahissante?*

Je reviens maintenant à la question que j'avais posée d'abord. L'atrophie des nerfs moteurs, observée par M. Cruveilhier, est-elle l'expression exacte et complète de la part qui revient au système nerveux dans la production de l'altération musculaire?

Notre savant collègue a développé avec talent et sagacité le principe de la subordination des muscles au système nerveux, au point de vue pathologique comme au point de vue physiologique. Oui, je reconnais, avec mon honoré maître, que là où le système nerveux est malade en même temps que les muscles qui en dépendent, il est logique de déduire l'altération de ceux-ci et de la lésion de celui-là. Mais le système nerveux commande les muscles de plusieurs manières, ou, pour parler sans métaphore, il exerce sur eux plusieurs sortes d'influences : celle qui excite leur contraction volontaire, celle qui entretient leur irritabilité, celle qui leur donne la sensibilité, celle qui concourt à leurs actes nutritifs. Laquelle de ces influences manque aux muscles dans leur atrophie graisseuse envahissante? N'est-ce pas la dernière, ou celle qui est nécessaire à la nutrition de ces organes? S'il en est ainsi, il faut bien admettre que la lésion nerveuse, qui entraîne la maladie musculaire, siége dans des parties du système nerveux desquelles dépend la nutrition des muscles.

L'observation de Lecomte tendrait à établir que ces parties sont les nerfs moteurs. Dans cette supposition, ce ne serait pas en leur qualité de nerfs du mouvement, en cessant d'exciter le mouvement volontaire d'entretenir l'irritabilité, qu'ils joueraient le premier rôle dans la manifestation de l'état pathologique des muscles, puisque le mouvement volontaire et l'irritabilité subsistent dans ceux-ci, alors que cet état s'y est déjà développé; ce serait, en n'agissant plus convenablement dans l'acte de la nutrition musculaire, le seul qui soit troublé dès le début.

M. Cruveilhier lui-même n'a pas dissimulé le désaccord qui existe entre cette induction pathologique et les résultats des expériences physiologiques. Ces expériences sont, à la vérité, en petit nombre; elles ont peut-être besoin d'être confirmées par de nouveaux expérimentateurs; je parle de celles dont on a cru pouvoir inférer que la nutrition des muscles est indépendante des nerfs moteurs, et qu'elle est uniquement sous l'empire des nerfs sensitifs ou des filets nutritifs particuliers qu'ils renferment; expériences qui ne me semblent pas avoir été assez répétées, assez variées, assez prolongées pour faire loi en physiologie.

Néanmoins, faut-il conclure d'un seul fait pathologique, contrairement à des résultats d'expériences qui sont au moins un commencement de preuve en fa-

veur d'une doctrine opposée? Je ne le pense pas. D'autres faits me paraissent nécessaires pour prononcer ici en parfaite connaissance de cause.

Notre honorable collègue a cité un second fait relatif au nerf hypoglosse et observé par Dupuytren. Mais je soupçonne que ce cas est le même que celui qui est rapporté par M. Gendrin, à la suite de sa traduction du traité d'Abercrombie. M. Gendrin dit, en effet, que le malade avait été d'abord dans le service de M. Dupuytren, et que d'autres, qu'il ne nomme pas, ont donné une relation inexacte du fait, qu'il a été seul à même d'exposer dans tous ses détails.

M. Bérard : C'est Montault qui a publié cette observation : il s'agit d'une tumeur hydatique qui avait traversé le trou condylien antérieur.

M. Bouvier : Je remercie notre honorable président du renseignement qu'il vient de me donner. Il en résulte que c'est bien, comme je l'avais présumé, le même fait que celui dont parle M. Gendrin. Or, d'après le récit de cet observateur, qui a pratiqué lui-même l'autopsie dans son service de l'hôpital Cochin, l'atrophie de la moitié gauche de la langue coïncidait avec une atrophie extrême du nerf glosso-pharyngien. L'hypoglosse était seulement un peu moins volumineux que celui du côté opposé.

Ainsi, le fait de Lecomte reste le seul jusqu'à ce moment, et quoiqu'il soit assurément d'une très-grande valeur, je crois que, jusqu'à ce que de nouvelles observations du même genre aient été recueillies, on ne peut en déduire, d'une manière *absolue*, le siége *exclusif* de la lésion nerveuse, que produit l'atrophie musculaire graisseuse envahissante, dans les racines motrices des nerfs spinaux.

On comprend, en effet, qu'indépendamment de lésion des nerfs moteurs, il a pu exister, chez Lecomte, une affection d'autres parties du système nerveux, peut-être lésées uniquement dans leur vitalité, sans altération sensible pour l'anatomiste. Et même, à supposer qu'il n'en soit rien, il serait encore possible que, dans d'autres cas, des lésions nerveuses ayant un siége différent fussent accompagnées des mêmes désordres ; car il est loin d'être démontré que la nutrition musculaire et ses aberrations s'opèrent uniquement sous l'influence de certaines portions déterminées du système nerveux, et il se pourrait que des altérations profondes, d'un point quelconque de ce système, eussent des résultats identiques par rapport aux muscles qui en dépendent.

Je résume comme il suit les considérations que je viens de présenter :

1° Les états pathologiques du système musculaire qui entraînent l'affaiblissement ou la perte des mouvements ont pour caractère essentiel : tantôt l'abolition simple et primitive du mouvement volontaire ; tantôt l'abolition de ce mouvement et de l'irritabilité musculaire ; d'autres fois, une lésion primitive de la nutrition des muscles.

2° La maladie nouvellement étudiée par MM. Cruveilhier, Aran, Thouvenel, Duchenne, etc., consiste essentiellement en une lésion de la nutrition musculaire ; elle appartient à la classe des atrophies, plutôt qu'à celle des paralysies.

3° L'atrophie des racines motrices des nerfs, découverte par M. le professeur Cruveilhier, dans la maladie de Lecomte, a certainement joué un grand rôle dans ce fait particulier ; mais on ne peut encore affirmer qu'elle constitue, dans tous les cas, la lésion nerveuse essentielle ou unique de laquelle dérive cette redoutable affection.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

La sifilizzazione studiata qual mezzo curativo e preservativo delle malattie veneree ; da Casimiro Sperino. — Un vol. in-8°. Janvier 1853. A Turin, imprimerie sociale des artistes, A. Pons et Cᵉ.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Chancre phagédénique. — « Après le chancre induré, dit M. Auzias (1), le chancre phagédénique est celui qu'on doit attaquer le plus résolument par la syphilisation. » Tout au contraire, M. Sperino écrit (p 577) : « Dans l'unique cas d'ulcère phagédénique contre lequel j'essayai la cure syphilisante, on remarqua non-seulement que les ulcères déjà phagédéniques ne furent point modifiés par ceux inoculés à nouveau, mais que ces derniers, insérés sur un terrain phlogistique, devinrent eux-mêmes phagédéniques. En conséquence, averti par l'expérience, je n'ai plus pratiqué d'inoculation que lorsque la période phagédénique est entièrement passée et que la cause interne du phagédénisme est détruite par une méthode convenable. » Devant une dissidence aussi formelle entre les deux princes de la syphilisation, on comprend que le parti le plus prudent est de s'abstenir ; il est d'autant plus licite, que l'art possède d'autres moyens efficaces contre le phagédénisme ; il nous est d'autant plus obligatoire, que l'insuccès de M. Rodet, dans des conditions semblables, apporte une triste confirmation aux réserves si sincèrement exprimées par M. Sperino.

Chancre chronique calleux. — M. Sperino impose cette appellation aux ulcères serpigineux primitifs qui, chez les sujets âgés, un pléthoriques, ou au contraire débilités, ravagent des régions entières et persistent quelquefois pendant plusieurs années. Il spécifie avec raison que parmi ces ulcères il en est qui ont perdu la propriété contagieuse, d'autres dont le pus reste inoculable pendant toute leur durée ; la syphilisation, selon lui, ne convient qu'à ceux de cette seconde classe.

Disons tout d'abord, et sans hésiter, que la syphilisation nous paraît avoir rendu dans ces cas un service incontestable. Dix malades porteurs de pareils ulcères les ont vus se cicatriser coïncidemment avec les inoculations successives et méthodiquement continuées. Comme ces cures ont exigé de trois à six mois pour se terminer, on objectera probablement à M. Sperino que le temps, un meilleur régime, le repos, des pansements exacts, ont été ici les véritables agents de la guérison. Peut-être, en effet, ces circonstances ont elles exercé quelque influence sur la marche de certains de ces cas. Mais ce ne serait assurément pas pour le plus grand nombre une explication logiquement acceptable. Ainsi, dans l'observation 6ᵉ, il s'agit d'une femme de 35 ans, qui entra au syphilocôme le 10 juin 1850, pour un chancre primitif calleux, ayant détruit la moitié de l'urètre. Il durait depuis plus d'un an. On le traita d'abord pendant trois mois et vingt jours par le mercure, l'iode et des cautérisations réitérées ; on le laissa ensuite trois autres mois en observation. Comme il n'avait néanmoins fait que gagner du terrain, on commença le 3 mars 1851 la syphilisation ; on pratiqua quarante-six piqûres à partir de ce moment jusqu'au 7 juillet. Ce jour-là l'ulcère, qui avait toujours été en s'améliorant, était parfaitement guéri.

Ainsi plus de huit mois de séjour à l'hôpital n'avaient amené qu'une aggravation progressive. On commence la syphilisation, et un amendement marqué survient : on la continue, et la guérison s'opère. Ce fait n'est pas le seul qu'on pût invoquer à l'appui de la même thèse. Quelques personnes, je le pressens, ne verront là qu'une de ces coïncidences fortuites, qu'un nouvel exemple de l'imprévu qui préside si souvent à l'évolution, soit en bien, soit en mal, des chancres de cette espèce. Pour nous, après avoir attentivement pesé les circonstances des cas rapportés par M. Sperino, nous croyons que la syphilisation a eu ici une efficacité réelle, et nous payons avec plaisir ce tribut sincère d'approbation au laborieux investigateur, dont le courage et la patience auront au moins en la fortune de rencontrer ici une compensation aux déceptions qui l'attendent ailleurs.

Bubons. — La syphilisation se flatte d'avoir fait résoudre un grand nombre de bubons ; mais de toutes ses preuves d'efficacité celle-ci est à coup sûr la plus fragile. La plus simple réflexion va le rendre évident. En effet, parmi les engorgements ganglionnaires inguinaux qui se manifestent durant le cours d'un chancre primitif, les uns sont le résultat de l'inflammation seule, les autres proviennent du transport du pus chancreux dans la glande lymphatique. Or si ces derniers sont nécessairement, fatalement voués à la suppuration, les premiers, au contraire, ne s'abcèdent qu'exceptionnellement. Maintenant existe-t-il un signe, un critérium susceptible de faire connaître d'avance au clinicien à laquelle des deux classes appartient, et par conséquent à quelle terminaison est destiné le bubon qu'il voit se former sous ses yeux ? En toute assurance, je réponds très-positivement : non ! Donc, puisque de ces engorgements il en est un bon nombre qui devaient ou pouvaient naturellement se résoudre, puisqu'il vous est impossible d'affirmer que ceux que vous avez traités n'étaient pas de cette espèce, de quel droit revendiqueriez-vous pour votre méthode curative les honneurs d'une guérison qui aurait pu avoir également lieu en l'absence de tout traitement ?

Ces réflexions sont applicables à tout procédé abortif des bubons suite de chancres, à la méthode Malapert, comme à celle de l'incision sous-cutanée des lymphatiques afférents au ganglion. J'hésite d'autant moins à les exprimer au sujet des faits de M. Sperino, que cet honorable confrère n'a pas pris pour se garantir de l'erreur les précautions qui étaient en son pouvoir et qui, si elles n'annihilent pas toutes les chances d'y tomber, les renferment au moins dans de plus étroites limites.

Ainsi je vois, dans l'observation 34, que le chancre était induré. Le bubon qui l'a suivi était donc de même nature, c'est-à dire nécessairement non suppurant. Comment donc peut-on se féliciter d'y avoir, par la syphilisation, prévenu la suppuration ? Dans l'observation 40, les chancres ne dataient que de vingt jours, lorsque la syphilisation fut commencée. Le bubon devait donc être de formation toute récente,

(1) Gaz. méd. de Toulouse, octobre 1852, p. 333.

et il ne saurait être imputé à grand mérite aux inoculations d'en avoir provoqué la disparition.

Syphilis constitutionnelle. — Deux questions doivent être agitées à ce sujet. La syphilisation, pratiquée sur des individus atteints de chancres primitifs, les a-t-elle préservés de symptômes constitutionnels ? La syphilisation, pratiquée sur des individus affectés de symptômes constitutionnels, a-t-elle guéri ces mêmes symptômes ? C'est donc d'une part sa faculté préservatrice, de l'autre son pouvoir curatif qu'il s'agit d'apprécier.

Préservation. — Nous admettons comme parfaitement fondés les raisonnements très-justes par lesquels M. Sperino établit que l'absence d'accidents constitutionnels pendant huit à dix ou douze mois, après un chancre primitif, équivaut à une absence complète de ces accidents. En thèse générale, et lorsqu'il est question de peser la valeur prophylactique d'une méthode qui promet ce résultat ; lorsque, d'ailleurs, on opère sur une masse de faits suffisante pour racheter par le nombre des résultats consonnants les exceptions futures possibles, il n'est que rigoureusement logique d'accepter comme préservés ceux qui ont échappé pendant huit à dix mois aux suites du chancre, à la vérole constitutionnelle. M. Sperino, qui pour beaucoup de ses malades a pu constater leur immunité durant un temps plus long encore, n'a donc pas à redouter d'objections de nous à ce point de vue.

Mais nous ne saurions être aussi accommodants sur la question de savoir si les individus crus préservés par la syphilisation étaient réellement dans des conditions qui permissent la manifestation chez eux de la syphilis constitutionnelle. Voyons donc quelles étaient leurs chances sous ce rapport. Sur 53 malades syphilisées pour des chancres primitifs, 13 sont notées comme ayant eu antérieurement des symptômes constitutionnels. Le tribut étant payé, elles n'y étaient par conséquent plus soumises, et la loi de l'*unicité* nous autorise à les retrancher du nombre de celles que la constitutionnelle pouvait atteindre.

Neuf de ces 53 malades avaient récemment suivi un traitement mercuriel. Or le mercure donné pendant les accidents primitifs éloigne, s'il ne l'empêche pas, la manifestation des phénomènes secondaires. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'aucune de ces malades n'ait été frappée de vérole dans le délai restreint durant lequel elles sont restées en surveillance.

Dix de ces femmes étaient porteurs d'ulcères primitifs *chroniques*, *calleux*, connus de tous les syphilographes et de toutes les doctrines pour ne jamais amener à leur suite d'accidents constitutionnels.

Une avait un chancre phagédénique, symptôme au sujet duquel on peut légitimement formuler les mêmes réserves que ci-dessus.

Une n'avait, de l'aveu de M. Sperino, été qu'incomplètement syphilisée.

Ainsi, toutes ces défalcations opérées, il appert que de 53 femmes syphilisées dans le but de prévenir la vérole constitutionnelle, 19 seulement étaient en position de l'avoir et de contribuer par conséquent à faire décider si la syphilisation était capable de les en préserver. Or de ces 19 qui, je ne dis pas devaient, mais *pouvaient* avoir la vérole, 3 l'ont eue et 16 y ont échappé. Pour mettre le lecteur à même d'apprécier la valeur d'un pareil résultat, qu'il nous suffise de dire que lorsque nous publiâmes nous-mêmes un procédé de vaccination antisyphilitique, ce fut également sur un relevé de 16 cas favorables que nous appuyâmes nos conclusions. Or quoique ce fussent 16 succès sur 17 épreuves, nous remarquâmes tous les premiers qu'un résultat aussi restreint ne devait être considéré que comme un encouragement à continuer, non comme une démonstration suffisante. Accordera-t-on aujourd'hui plus de créance aux 16 faits de M. Sperino, balancés par trois revers ? L'opinion publique ne s'est pas, que nous sachions, départie en 1853 de la juste rigueur que nous lui avions conseillée et dont elle usa à notre égard en 1849.

P. Diday.

(*La fin au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

— Le conseil académique s'est réuni le 4 avril, à trois heures, pour s'occuper de la présentation de trois candidats à la chaire d'histoire naturelle médicale.

— Le professeur don Andreas Saravia y Garona est mort à Madrid. Enlevé encore jeune au milieu d'une carrière scientifique brillante, il emporte les regrets de ses confrères et de ses concitoyens. Le docteur Saravia avait remporté plusieurs prix de l'Académie de chirurgie de Madrid.

— Le docteur Jonathas Cowdery, doyen d'âge des chirurgiens de marine des États-Unis, vient de mourir à Norfolk. Il était âgé de 86 ans et avait servi cinquante-trois ans. Il avait pris part à l'expédition de Tripoli et à la dernière guerre contre la Grande-Bretagne. Dans la première de ces campagnes, il avait été pris par les Turcs, qui l'avaient retenu prisonnier pendant deux ans.

— Le docteur Daniel Drake, qui a jeté tant de lustre sur la profession médicale en Amérique, est mort à Cincinati, dans un âge avancé.

— La profession médicale, en Angleterre, a eu à déplorer, dans ces derniers temps, deux pertes bien regrettables. Le docteur Georges Gregory, médecin de l'hôpital de la Petite-Vérole, professeur au collége de Saint-Thomas, a succombé, au commencement de l'année, à une maladie du cœur. Ce professeur distingué joignait à une haute capacité pratique un grand talent d'exposition. Écrivain remarquable autant que praticien éminent, il a enrichi la médecine de plusieurs travaux recommandables, et la presse médicale d'une foule d'écrits du plus grand intérêt.

Le docteur Charlesworth, vice-président honoraire à l'hospice des aliénés de Lincoln, praticien désintéressé, d'une ponctualité et d'une exactitude religieuses à accomplir ses devoirs professionnels, a aussi succombé à une attaque d'apoplexie. Ce digne professeur a emporté les regrets de ses compatriotes et de ses confrères, et son souvenir demeurera comme un pieux exemple de toutes les vertus professionnelles.

— Par arrêté du 21 mars, M. le docteur Lépine, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est définitivement nommé professeur titulaire d'accouchement à ladite école, en remplacement de M. Naigeon, décédé.

— Par arrêté de M. le préfet du Gard du 30 mars, M. le docteur Etienne Pleindoux a été nommé médecin de la maison d'arrêt et de justice de Nîmes, en remplacement de M. le docteur Gril, décédé.

— M. le docteur P. Diday, ancien chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, a été élu secrétaire général de la Société de médecine de Lyon, en remplacement de M. le docteur Candy, arrivé au terme de ses fonctions. MM. Brachet et Candy ont été élus membres de la commission de présentation qui se trouve composée, outre ces deux membres, de MM. Pétrequin, de Polinière, Diday et Rater. MM. les docteurs Bricheteau (de Paris) et Robin (de la Côte-Sainte-André), ont été élus membres correspondants.

— Devant étendre à l'armée, en ce qui concerne les décès constatés dans les hôpitaux militaires, l'application des nouvelles instructions que vient de donner aux préfets M. le ministre de l'intérieur, de l'agriculture et du commerce, par une circulaire en date du 29 décembre 1852, relative à la formation du tableau annuel de la population, M. le ministre de la guerre a décidé que, désormais, lorsqu'un militaire viendra à décéder par suite d'une cause, soit pathologique, soit accidentelle, l'officier de santé militaire qui, dans le premier cas, aura donné ses soins au décédé durant sa dernière maladie, ou qui, dans l'autre cas, aura été appelé à constater le genre de mort, aura à préciser, par une double indication sur le bulletin des décès, la nature de la maladie ou la cause du décès.

— Une députation du collége des chirurgiens de Londres, composée de M. le président, deux censeurs et autres membres, a eu dernièrement une entrevue avec lord Palmerston, au sujet d'une nouvelle charte qui régularisera les attributions du collége et étendra ses prérogatives.

— Il est intéressant de comparer en ce moment la mortalité de Londres avec celle de Paris. On verra, en confirmation des idées que nous avons émises dans la Gazette, que les affections qui régnent presque épidémiquement dans notre capitale ne s'étendent pas au delà du détroit, quoiqu'il y ait aussi à constater là une augmentation notable du chiffre des décès.

Depuis la dernière moitié de février, la mortalité s'est élevée au dessus de la moyenne et a monté de 1,344 à 1,436. Dans ce dernier chiffre, qui représente les décès de la seconde semaine de mars, figurent 600 décès au-dessous de 15 ans, 466 entre 15 et 60 ans, 369 de 60 ans et au-dessus. Le nombre moyen des morts pendant les onzes années précédentes, à la même époque, était seulement de 1,186.

Il y a donc en ce moment, à Londres, un excédant de mortalité qu'on peut évaluer à 250 par semaine. Les maladies sur lesquelles porte cette augmentation sont : les affections zymatiques (fièvres éruptives, fièvre typhoïde) et les affections des bronches et du parenchyme pulmonaire. Toutes ces affections concourent à élever la moyenne des décès, et cela d'une manière à peu près égale. Les maladies zymatiques ont compté 244 morts, les affections bronchiques et pulmonaires en ont causé 388. Dans ce dernier chiffre, la phthisie figure pour 160, la pneumonie pour 108.

— Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de zoologie (histoire naturelle des reptiles et des poissons)*. — M. le professeur Duméril, membre de l'Académie des sciences, ouvrira ce cours, le lundi 11 avril à onze heures et demie très-précises, dans les galeries du Muséum. Les leçons suivantes auront lieu les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

Le professeur sera suppléé, en cas d'absence, par M. le docteur Aug. Duméril aide-naturaliste, agrégé à la Faculté de médecine.

L'histoire générale des reptiles et des poissons sera le sujet du cours de cette année : le professeur fera connaître l'organisation des animaux qui composent ces deux classes, en les comparant à celle des autres êtres animés. Il aura ainsi occasion d'exposer les modifications les plus remarquables qui résultent de leur structure, de leurs mœurs et de leurs habitudes.

La seconde partie du cours sera consacrée à l'étude de la classification des espèces vivantes et fossiles, et à leur distribution en familles naturelles.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — PARALYSIE MUSCULAIRE ATROPHIQUE. — CONCLUSION.

La discussion sur le travail de M. Cruveilhier a continué et s'est terminée dans la dernière séance. Il est à regretter que plusieurs académiciens dont on devait attendre un nouveau contingent de lumières, tels que MM. Bégin et Bérard, aient été empêchés. M. Parchappe, et nous-même, à défaut d'autres, avons fait les frais de cette dernière partie de la discussion. Les développements que nous avons donnés à notre allocution, reproduite avec détail au compte rendu de la séance, nous dispensent d'insister sur les vues que nous avons présentées. Nous ne nous en prévaudrons qu'autant qu'elles seront indispensables pour compléter ce qu'il nous reste à dire sur la question générale et sur l'ensemble de la discussion.

Voulant mettre sous les yeux de nos lecteurs toutes les pièces de cet intéressant débat, nous insérons aujourd'hui dans toute son étendue le travail original de M. le professeur Cruveilhier. Nous avions déjà reproduit textuellement l'argumentation de M. Bouvier; nous en faisons de même pour la savante allocution de M. Parchappe et la nôtre; de cette façon, si, comme il est permis de l'espérer, quelque ami de la science veut reprendre la question où la discussion de l'Académie l'aura laissée, il trouvera réunies, dans la GAZETTE MÉDICALE, toutes les pièces du procès.

Voici où en était la question à la fin de la dernière séance. M. Cruveilhier avait conclu à l'existence d'une nouvelle espèce de paralysie qu'il proposait de désigner sous le nom de *paralysie musculaire atrophique progressive par atrophie des racines antérieures*. Toutefois, l'absence de preuves suffisantes ne lui avait permis de professer qu'avec certaines réserves la subordination de la maladie musculaire à la lésion des racines nerveuses dévolues au mouvement.

Se fondant principalement sur la marche rapide de l'atrophie et de la dégénérescence graisseuse des muscles, M. Bouvier avait considéré la maladie de Lecomte comme un cas particulier de la maladie décrite dans ces derniers temps sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*, dans laquelle on considère la maladie des muscles comme essentielle et primitive. Toutefois M. Bouvier ne s'était prononcé qu'avec certaines réserves, eu égard à l'altération des racines nerveuses, dont il laissait à l'avenir de déterminer le rôle et l'importance. M. Bouvier avait donc conclu dans un sens opposé à la doctrine de M. Cruveilhier.

Dans la dernière séance, M. Parchappe est venu soutenir la thèse de l'honorable professeur. Son argumentation, aussi remarquable par la forme que par le fond, a été tout à la fois une excellente réfutation des arguments de M. Bouvier, et une démonstration plus complète de la manière de voir de M. Cruveilhier. Auteur de recherches approfondies sur l'altération de l'encéphale dans l'aliénation mentale, M. Parchappe a surtout cherché à établir que la paralysie mise en lumière par M. Cruveilhier diffère bien réellement par ses caractères anatomiques des paralysies que l'on remarque chez les aliénés et à la suite des maladies de l'encéphale et du bulbe rachidien. Abordant ensuite la question de subordination de l'altération musculaire à la lésion nerveuse, il a surtout insisté sur le mécanisme de l'atrophie des nerfs et des muscles sous l'influence de l'inactivité fonctionnelle. Les considérations présentées sur ce sujet par M. Parchappe sont aussi ingénieuses qu'élevées. Toutefois, dans sa préoccupation, il nous a paru confondre quelquefois, dans l'atrophie des organes nerveux, la part qui revient plus rigoureusement d'abord à l'altération morbide, avec celle qu'a pu ajouter l'inactivité fonctionnelle. Comment ne pas remarquer d'ailleurs que l'inactivité fonctionnelle, dans les affections mentales, est elle-même un effet de la maladie qui domine à la fois l'organe et la fonction. L'argumentation de M. Parchappe, si complète qu'elle ait été au point de vue anatomo-pathologique, a eu l'inconvénient d'exagérer peut-être la portée de ce point de vue et de lui faire méconnaître les ressources qu'auraient pu lui fournir la physiologie pathologique et l'étiologie. « Je crois » qu'il est sage, a-t-il dit, au moins quant à présent, de *restreindre* la » question dans les données positives des faits anatomico-pathologiques, » comme l'a fait sciemment et volontairement M. Cruveilhier, et de se » borner par conséquent à l'appréciation comparée des deux hypothèses » qu'il a discutées. » Tel est, en effet, le programme dans lequel s'est tenu M. Parchappe, et de l'épuisement duquel nous sommes parti pour éclairer la discussion à des points de vue différents. Montrons d'abord l'insuffisance de la démonstration anatomo-pathologique de MM. Cruveilhier et Parchappe.

L'observation anatomo-pathologique, constate dans la maladie en question : « une connexion étroite, une correspondance parfaite des deux » lésions d'atrophie (nerveuse et musculaire), se maintenant toujours et » partout entre le muscle et le nerf, et jusque dans le dernier rapport de » la fibre musculaire et de la fibre nerveuse, » et s'appuyant sur la loi générale de la subordination physiologique du système musculaire au système nerveux, elle a conclu que la maladie nerveuse avait précédé et engendré la maladie musculaire. Telle est la thèse et telle a été la conclusion de MM. Cruveilhier et Parchappe. On pouvait encore leur répondre, et M. Bouvier y eût été fondé, que la simultanéité constante et générale des deux lésions peut aussi prouver que les deux altérations n'ont été que contemporaines, tributaires d'une cause qui les a atteintes simultanément; et à l'appui de cette manière de voir, on pouvait invoquer très-légitimement le caractère particulier de l'atrophie graisseuse des muscles, en corrélation avec un ordre d'influence autre que la simple paralysie. La question fût ainsi restée pendante, d'autant plus, qu'au dehors de l'Académie, les travaux exécutés avec le plus grand soin sur l'*atrophie musculaire progressive* restaient en faveur de l'idée d'une maladie musculaire primitive, avec l'autorité des faits rassemblés et étudiés à la lumière de cette doctrine. Que fallait-il, pour décider la question? Ici nous sommes bien obligé d'intervenir : il fallait, premièrement, arriver à saisir, dans l'évolution de la maladie, le caractère physiologique de l'affection nerveuse, avant que l'altération anatomique, dont elle n'est qu'une manifestation tardive, ne fût réalisée; secondement, il fallait assigner au caractère particulier de cette altération, à l'atrophie graisseuse des muscles, une cause dont la spécificité d'action fût en rapport avec la spécificité d'effets qu'elle a produits : or c'est ce que nous croyons avoir fait dans les courtes remarques que nous avons présentées.

La paralysie musculaire, avons-nous dit, en nous fondant sur nos travaux des dix dernières années, n'a pas qu'une seule forme, qu'un seul mode, qu'un seul degré; la *contracture simple* et la *contracture spasmodique* en sont des manifestations non moins légitimes que la résolution paralytique, c'est-à-dire l'abolition absolue, complète, du mouvement. Or,

---

Feuilleton.

STATISTIQUE MÉDICALE DE LA FRANCE.

Réforme médicale..... réorganisation des institutions professionnelles de la médecine..... refonte des institutions d'assistance publique......! qui ne sait le bruit qui s'est fait, le mouvement et l'activité qui ont été dépensés depuis quelques années autour de ces mots magiques qui ont soulevé tant de passions, créé tant d'illusions aussitôt dissipées, véritable mirage fuyant devant le regard avide et impatient du voyageur pour s'évanouir au moment qu'on va l'atteindre! Qui dira un jour les vicissitudes de ces projets de réforme, qui, après de si laborieuses et de si savantes élucubrations, sont venus successivement s'engloutir dans ces catacombes sans fond et sans limites qu'on appelle les archives ministérielles? Cependant tout ce bruit, toute cette agitation n'auront pas été complétement stériles. Si notre profession attend encore le nouveau Messie qui la rachètera des vices de son organisation et des iniquités sociales dont elle se croit victime, elle n'a pas de motifs de croire que tout espoir d'amélioration soit à jamais perdu; et en attendant mieux, elle peut se consoler à la vue des quelques tentatives heureuses, quoique très-partielles et très-timides encore, qui ont été faites sur quelques points de la France. L'institution des médecins cantonaux, née d'hier, sous l'inspiration de ces grands projets de réorganisation, quoiqu'un bien faible palliatif aux maux qu'on déplore, a, ce nous semble, un avenir dont il ne faudrait ni exagérer ni déprécier outre mesure la valeur. On peut préjuger déjà par les services qu'elle a rendus partout où elle est organisée, ceux qu'elle pourrait rendre du jour où elle serait appelée à se généraliser sur tout le territoire, et où, aux bienfaits qu'a droit d'en attendre l'assistance publique, elle joindrait les avantages non moins appréciables pour la science que lui demandait hier, au nom de l'Académie, le savant rapporteur de la commission des épidémies. Mais avant de songer à recueillir les bienfaits de cette institution, il faut savoir d'abord jusqu'à quel point elle est susceptible d'être généralisée et appliquée dans les proportions exigées par les besoins de chaque localité. Ce sont autant de questions dont la solution n'est possible qu'à la condition de connaître exactement l'état actuel de la répartition du personnel médical en France, l'étendue des besoins qu'il est appelé à satisfaire et des ressources qu'il peut offrir pour l'accomplissement de ce but. C'était par là évidemment qu'il fallait commencer, c'est-à-dire connaître l'état des choses, avant de songer aux moyens d'y apporter le remède convenable.

Tel est l'objet d'un travail considérable auquel s'est livré avec un zèle digne d'éloges notre laborieux et judicieux confrère, M. le docteur Rouband, et qui fait partie de l'ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DE LA FRANCE, pour l'année 1853 (1).

(1) ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DE LA FRANCE, par le docteur Félix Rouband. — 5e année, 1853. Paris, chez J.-B. Baillière.

faisant à la maladie de Lecomte l'application de cette donnée de physiologie pathologique nouvelle, nous y avons recherché, et nous y avons montré, dans un ensemble de muscles considérés comme sains à l'autopsie, c'est-à-dire comme exempts de l'atrophie graisseuse, les symptômes manifestes de la contracture spasmodique ou paralytique à ses différents degrés. La maladie s'y était donc révélée, dans son caractère dynamique ou fonctionnel, avant d'y avoir imprimé son caractère anatomique. M. Cruveilhier lui-même n'aurait-il pas dû être conduit au même résultat en partant de l'idée fort juste qu'il avait émise à propos de l'atrophie des racines nerveuses? « N'oublions pas, avait dit le savant professeur, que l'atrophie est une espèce morbide qui est presque toujours *secondaire* ou » consécutive à une autre lésion. » Et en effet, cette autre lésion n'est et ne peut être qu'une altération des conditions dynamiques de l'organe atrophié. Dans l'espèce, la forme et le degré de paralysie musculaire compatible avec la persistance de la forme anatomique de l'organe a révélé l'ordre hiérarchique des deux altérations; et dans les cas où la paralysie et l'atrophie musculaire ont paru coïncider avec l'atrophie des puissances nerveuses, elle a dévoilé le rapport de subordination des deux altérations.

Relativement au caractère particulier de l'atrophie musculaire, nous n'avons fait qu'appliquer à la détermination de cette altération le principe que nous avons appliqué depuis vingt ans à tous nos travaux : la concordance de la spécificité des causes morbides avec la spécificité de leurs caractères. En effet, il nous a été possible de montrer, chez le malade de M. Cruveilhier, et d'après la relation donnée par notre savant collègue, l'action d'éléments étiologiques spéciaux, la paralysie rhumatismale agissant à la périphérie du système nerveux, et atteignant par conséquent du même coup les émanations combinées des deux systèmes nerveux, organique et animal. De la spécificité d'action de la cause pathologique rhumatismale, nous avons induit la spécificité d'action de la cause physiologique, la paralysie ganglionnaire et rachidienne; et à l'aide de ces deux ordres d'influences étiologiques réunies, nous avons expliqué le double caractère de l'altération anatomique et physiologique du muscle : la paralysie et l'atrophie graisseuse.

Si, sortant de l'Académie, on examine, à la lumière de la discussion qui précède, les faits qui ont servi à établir l'existence de la maladie appelée *atrophie musculaire progressive*, on arrivera sans aucun doute, à l'aide des données anatomo-pathologiques fournies par M. Cruveilhier, à l'aide des considérations présentées par M. Parchappe, à l'aide de nos vues sur la contracture spasmodique considérée comme un mode particulier de la paralysie, et à l'aide de nos inductions sur la spécificité d'action des causes morbides en général et des causes de paralysie en particulier, on arrivera, disons-nous, à restituer aux différentes espèces de paralysie périphérique ce que l'on a mis sur le compte d'une maladie musculaire primitive et essentielle. C'est sans doute ce que ne manqueront pas de faire ceux qui reprendront ce sujet après nous.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE ATROPHIQUE (lu à l'Académie de médecine, dans les séances des 15 et 31 mars 1853); par M. CRUVEILHIER.

Je viens entretenir l'Académie de médecine d'un fait relatif à une espèce de paralysie qui n'a pas reçu de nom définitif dans la science, et qui n'a pas encore sa place dans les cadres nosologiques. C'est cette espèce de paralysie qui a été décrite par M. Aran dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, sous le titre de RECHERCHES SUR UNE MALADIE NON ENCORE DÉCRITE DU SYSTÈME MUSCULAIRE (ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE), et par M. Thouvenet dans sa dissertion inaugurale, sous le titre de PARALYSIE MUSCULAIRE ATROPHIQUE.

Le fait que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie a pour sujet un malade qui est resté dans mon service, à l'hôpital de la Charité, depuis le mois de juillet 1850 jusqu'au moment de sa mort, qui a eu lieu le 12 février 1853, malade qui a été soumis à l'observation d'un très-grand nombre d'élèves et de médecins, et que je présentais à toutes les personnes qui me faisaient l'honneur de suivre ma visite, comme le type d'une espèce de paralysie musculaire générale qui avait pour principe, non le centre nerveux céphalo-rachidien, mais les muscles eux-mêmes, dont l'atrophie semblait précéder la paralysie, ou plutôt marchait parallèlement avec elle. C'est l'exposition détaillée de ce fait, aussi complète qu'il m'a été donné de le faire, et sous le rapport clinique et sous le rapport de l'anatomie pathologique, qui va faire l'objet principal de cette lecture.

Mais je demande à l'Académie la permission de faire précéder la description de ce fait de deux autres observations sur le même sujet, également accompagnées d'autopsie, qui m'avaient permis d'établir cliniquement, depuis 1848, l'existence de cette forme si remarquable de paralysie, sous le titre de *paralysie graduelle du mouvement par atrophie musculaire*.

OBS. I. — La première observation que j'aie faite sur la paralysie graduelle du mouvement par atrophie musculaire remonte à 1832; c'est chez une dame âgée de 40 ans, veuve d'un général, femme aussi remarquable par son esprit que par sa belle constitution, que j'avais eu occasion de rencontrer souvent chez des amis communs. C'était comme médecin consultant que j'étais appelé auprès de cette malade, qui avait pour médecin ordinaire M. Fournier, ancien chirurgien des écuries du roi.

Je trouvai cette malade affectée d'une paralysie musculaire générale, laquelle avait beaucoup plus porté sur les membres supérieurs que sur les membres inférieurs. Les muscles avaient subi une atrophie remarquable, surtout ceux de la paume de la main et ceux de l'épaule, le deltoïde en particulier. La malade ne pouvait, en aucune façon, se servir de ses membres supérieurs pour les usages ordinaires de la vie, mais elle pouvait encore marcher sans appui dans son appartement. La face avait beaucoup perdu de son expression, et bien évidemment les muscles qui l'animent avaient notablement perdu de leur faculté contractile. L'articulation des sons était lente, monotone, incomplète.

Mais ce qui fixa surtout mon attention, c'est qu'à côté de cette altération si profonde et si générale de la myotilité, le sentiment avait conservé toute son intégrité dans toutes les parties du corps; que l'organe du tact, aussi bien que les organes des sens, jouissait de la sensibilité la plus exquise; et contre la ma-

Nous mettrons sous les yeux de nos lecteurs les principaux résultats de cette statistique, qui n'a besoin que d'être signalée pour que son intérêt et son utilité soient appréciés de tous.

Sur une population de 35,781,628 habitants, la France, partagée entre 86 départements, 363 arrondissements, 2,847 cantons et 36,835 communes, possède 11,217 docteurs, 7,221 officiers de santé, et 5,175 pharmaciens. En supposant ce personnel médical réparti uniformément sur tout le territoire de la France, on aurait : 1 médecin sur 1,940 habitants, et 1 pharmacien sur 6,914. Mais il s'en faut de beaucoup, ainsi que l'a constaté M. Roubaud, que la répartition soit aussi équitable. La statistique révèle à cet égard des disproportions notables, disproportions qui suivent des lois constantes, mais dont la signification diffère ainsi qu'on va le voir, selon que l'on se place au point de vue topographique ou au point de vue de la richesse des départements.

Ainsi, au point de vue topographique, M. Roubaud a trouvé que le nombre des médecins (docteurs et officiers de santé) est plus élevé dans le midi que dans le nord; que le chiffre des docteurs, comparé à celui des officiers de santé, est plus fort dans les départements du midi que dans les départements du nord; que les départements du centre offrent tout à la fois les caractères des zones du nord et des zones du midi; qu'ils se rapprochent des départements du nord par le total de leurs praticiens, mais qu'ils ressemblent aux départements du midi par la supériorité numérique des docteurs sur les officiers de santé.

On voit, en effet, par les tableaux comparatifs qu'a dressés M. Roubaud, en partageant la France en trois zones égales, que tandis que, dans les zones du nord, on trouve constamment 1 praticien sur plus de 2,000 habitants, on trouve non moins constamment dans les zones du midi 1 praticien sur moins de 2,000 habitants, la zone du centre tenant le milieu entre celle du nord et celle du midi, de telle sorte que la transition entre les deux extrêmes se trouve en quelque sorte ménagée.

Au point de vue de la richesse ou de la pauvreté des départements, la statistique présente un résultat qui n'est pas moins digne d'attention.

En comparant le nombre de docteurs et des officiers de santé, et leur proportion respective avec la population dans les départements riches et dans les départements pauvres de la France, on trouve, pour les départements riches, une proportion de 1 médecin sur 2,176 habitants, tandis que, pour les départements pauvres, elle est de 1 sur 1,629. D'un autre côté, dans les départements riches, il y a 55 officiers de santé en sus du nombre des docteurs; dans les départements pauvres, c'est au contraire en faveur des docteurs que se trouve la supériorité numérique, elle est de 33; résultat que M. Roubaud a formulé dans ces deux propositions :

1° Les départements riches comptent moins de praticiens que les départements pauvres.

2° Dans les départements pauvres, le chiffre des docteurs est supérieur à celui des officiers de santé, tandis que dans les départements riches les officiers de santé sont plus nombreux que les docteurs.

Voilà à coup sûr un résultat auquel on eût été loin de s'attendre, et qui cependant, pour peu qu'on y réfléchisse, peut trouver une explication naturelle dans les motifs qui déterminent, pour le plus grand nombre des médecins, le

ladie avait conservé toute la plénitude de ses facultés intellectuelles et affectives, ce qui différenciait complétement cette affection de la paralysie générale des aliénés, à laquelle j'avais pensé au premier abord. Toutes les fonctions nutritives s'accomplissaient d'ailleurs avec la plus grande régularité.

Je diagnostiquai donc, comme mon confrère, une paralysie musculaire générale par lésion de la moelle épinière, paralysie dont le siége devait être plus particulièrement dans les faisceaux antérieurs de cet organe. Tous les moyens empiriques et rationnels dirigés contre les lésions encore si peu connues du tissu propre de la moelle furent successivement et inutilement employés : la paralysie du mouvement alla toujours croissant. Au bout d'un an, à dater de ma première visite, aucune locomotion spontanée ne fut plus possible, la paralysie finit par s'étendre aux muscles de la déglutition, à ceux de l'articulation des sons, et même aux muscles du larynx. Les muscles essentiels de la respiration, diaphragme et intercostaux, furent envahis à leur tour, et, chose bien remarquable, au milieu de cette abolition graduelle et générale de la myotilité qui avait enlevé successivement à cette malheureuse dame et les moyens de locomotion, et les moyens d'expression de sa pensée, le sentiment conserva jusqu'au dernier moment toute son intégrité; l'intelligence fut également respectée jusqu'au dernier moment, et se manifestait par le regard, par les mouvements des yeux, dont les muscles propres avaient conservé toute leur contractilité, par un mouvement de tête affirmatif et négatif, et les fonctions nutritives s'exécutaient avec la plus grande régularité.

Il était aisé de prévoir que cette malade succomberait tôt ou tard par le plus léger obstacle à la respiration, et en effet un matin on la trouva morte dans son lit.

Nous obtînmes l'autopsie. J'avais diagnostiqué, avec tous les médecins qui avaient été successivement appelés auprès de cette malade, une lésion profonde de la moelle épinière. Quelle ne fut pas ma stupéfaction en trouvant la moelle épinière parfaitement intacte, de même que toutes les parties constituantes de la masse encéphalique, cerveau, cervelet, isthme de l'encéphale!

Quoi! me disais-je, tout un système locomoteur est paralysé, depuis les muscles des membres jusqu'aux muscles de la respiration, de la phonation, de l'articulation des sons, et rien, absolument rien au centre nerveux céphalo-rachidien! Jamais, je l'avoue, je n'ai été plus porté à accuser d'impuissance l'anatomie pathologique dans certaines affections des centres nerveux ; mais, comme nous allons le voir, ce n'était pas l'anatomie pathologique qui était en défaut, mais bien l'observation, et c'était ailleurs qu'aux centres nerveux qu'il fallait chercher le point de départ de cette paralysie musculaire.

Ce fait était resté gravé dans mon esprit en caractères ineffaçables, car je ne pouvais me contenter du titre de *névrose* qui lui était imposé par les médecins témoins de cette autopsie. Le trait caractéristique de cette maladie, que je n'avais vue décrite nulle part, savoir, l'abolition successive de la myotilité dans tous les instruments actifs de la locomotion, avec persistance pleine et entière du sentiment et de l'intelligence, me paraissait constituer une maladie toute spéciale, et j'étais persuadé qu'il y avait là pour l'anatomie pathologique une série intéressante de recherches.

Et, chose bien remarquable, pendant les huit années que j'ai rempli les fonctions de médecin à l'hôpital de la Salpétrière, où j'ai vu tant de paralysies de toute espèce, il ne m'a pas été donné de rencontrer un seul cas semblable, ce qui me paraît établir que la paralysie progressive générale du mouvement est une maladie de la jeunesse et de l'âge adulte, et nullement de la vieillesse, et qu'à moins de localisation de la paralysie sur un membre ou sur une fraction de membre, les malheureux qui en sont affectés succombent dans l'espace d'un nombre plus ou moins considérable d'années, par suite de la généralisation de la maladie.

C'est seulement à l'hôpital de la Charité que j'ai retrouvé la paralysie graduelle du mouvement, avec intégrité parfaite du sentiment et de l'intelligence. J'en avais déjà observé plusieurs exemples, mais qui étaient restés stériles, faute d'autopsie, lorsque le fait suivant, qui, comme on va voir, présentait trait pour trait les caractères de la maladie dont je viens de tracer l'histoire, me permit de déterminer que c'était, non aux centres nerveux, mais dans les muscles eux-mêmes, qu'il fallait chercher les causes de cette paralysie, que je caractérisai du nom de *paralysie du mouvement par atrophie musculaire primitive* ou *idiopathique*. Voici cette observation.

Obs. II. — Legrand (Adolphe), berger, âgé de 18 ans, est porté, le 30 mai 1848, à l'hôpital de la Charité, et couché dans mon service, salle Saint-Ferdinand, nº 10. Voici quel était son état :

Amaigrissement extrême, membres supérieurs et inférieurs excessivement grêles ; cette gracilité tient non-seulement à l'absence complète de graisse sous-cutanée, mais bien plus encore à l'atrophie du système musculaire, atrophie musculaire qui est générale, et occupe les muscles du tronc aussi bien que ceux des extrémités, les membres inférieurs aussi bien que les membres supérieurs.

Cette atrophie s'accompagne d'une paralysie générale du mouvement, complète pour un grand nombre de muscles, incomplète pour d'autres. Les muscles de la face participent à cette atrophie et à cette paralysie : aussi la face est-elle sans aucune expression, ce qui donne à Legrand un air hébété. Un seul muscle de la face a été en partie respecté, c'est l'orbiculaire des paupières ; encore sa contraction est-elle très-incomplète, car les bords libres des paupières ne peuvent pas arriver au contact.

Le malade est condamné à garder le lit dans une immobilité presque absolue ; ses mouvements sont extrêmement limités et très-incomplets, et ce n'est qu'avec un grand effort et en projetant violemment en avant la partie supérieure de son corps, qu'il peut se mettre sur son séant. Les membres supérieurs sont incomplétement paralysés, et il peut encore s'en servir pour prendre ses repas, mais à l'aide de l'artifice suivant : il embrasse de la main gauche le coude du membre supérieur droit demi-fléchi ; il le presse contre le tronc, en le soulevant un peu pour rapprocher la main droite de la bouche, pendant que par un mouvement combiné il incline la tête à droite, de manière à pouvoir saisir entre les dents les aliments préalablement placés dans la main de ce côté.

Certains mouvements des membres supérieurs sont plus faciles : c'est ainsi qu'il peut, par une impulsion brusque, projeter ces membres derrière la tête. Les muscles extenseurs des doigts, de la main et de l'avant-bras sont complétement paralysés ; les deux dernières phalanges des doigts sont dans un état de demi-flexion permanente, qui dénote la paralysie des muscles interosseux ; ces muscles, de même que ceux des éminences thénar et hypothénar, semblent manquer complètement. Les fléchisseurs des doigts conservent encore une légère contraction qui permet au malade de saisir et de maintenir quelque objet dans la main.

Les membres inférieurs partagent à un degré à peu près égal l'atrophie et la paralysie des membres supérieurs. J'ai voulu voir si ce malade pourrait se soutenir dans la position verticale : en conséquence, deux infirmiers le lèvent et le soutiennent par les épaules ; mais à peine essaie-t-on de l'abandonner à lui-même, que ses muscles inférieurs fléchissent sous lui, le tronc et la tête s'inclinent en avant, absolument comme ils le feraient sur un cadavre. Et de même que dans l'observation précédente, au milieu de cette altération si profonde et si générale de l'appareil de la locomotion, tous les organes de la sensibilité avaient conservé la plénitude de leur action ; l'intelligence était pleine et entière, le

choix qu'ils ont fait de leur profession ainsi que celui de leur résidence. Ces motifs sont fondés, en effet, moins sur les besoins des populations ou les ressources qu'elles peuvent offrir en appât au médecin, que sur certaines convenances dépendant de la source des fortunes, des mœurs et du genre d'industrie plus particulier à telles ou telles contrées. Ainsi, par exemple, si les départements riches comptent moins de médecins que les départements pauvres, c'est que ces départements doivent plus particulièrement leur fortune à l'industrie manufacturière, et que cette industrie réclamant toute l'activité, toute l'intelligence des hommes qui s'y livrent, ainsi que les capitaux dont ils peuvent disposer, absorbe en quelque sorte à son profit tout ce qu'il y a d'actif, d'intelligent et de fortuné dans la population, tandis que, dans les départements agricoles, relativement moins riches, mais qui laissent aussi plus de loisirs au culte des arts et des sciences, les fils de propriétaires aisés sont en général plus portés vers les professions libérales. Des raisons puisées aux mêmes sources rendent également assez bien compte de la prédominance relative des officiers de santé sur les docteurs dans les départements industriels et des docteurs sur les officiers de santé dans les départements agricoles. La carrière médicale étant moins honorée là où prédomine la grande industrie, est embrassée le plus ordinairement par les jeunes gens appartenant à la portion la moins riche de la bourgeoisie; plus honorée, au contraire, dans les départements agricoles, c'est dans la portion la plus riche et la plus éclairée à la fois de la population de ces contrées, qu'elle se recrute. Tel est le point de vue neuf et original sous lequel M. Roubaud a envisagé les résultats que lui a fournis sur ce point la statistique.

Au point de vue de la richesse des départements, les pharmaciens sont soumis à une loi complétement inverse de celle qui régit la répartition des médecins. Tandis que ceux-ci sont plus nombreux dans les départements pauvres, les départements riches offrent pour les pharmaciens une supériorité numérique assez grande. Ainsi on a 1 pharmacien sur 5.284 habitants dans les départements riches, alors que cette proportion, dans les départements pauvres, est à peine de 1 pharmacien sur 7,758 habitants. Ici le résultat était prévu, il est conforme à la nature même des choses, la pharmacie ayant un côté commercial qui la distingue des professions libérales proprement dites, et la rapproche, sous le rapport des déterminations du choix de la résidence, des professions mercantiles et industrielles.

M. Roubaud n'a pas borné là ses recherches. A côté du personnel médical, il a voulu voir quelles étaient les ressources que les établissements hospitaliers offrent actuellement aux populations et étudier aussi pour ces établissements, comme il l'a fait pour les médecins et les pharmaciens, la loi de leur répartition au sein des diverses agglomérations de la population française.

La France compte en ce moment 1,177 établissements hospitaliers (abstraction faite des asiles d'aliénés et des hôpitaux militaires dont la destination toute spéciale est trop étrangère à l'objet de ces recherches pour que M. Roubaud n'ait eu raison de les élaguer de ses calculs). Ce chiffre donne une proportion d'un lit d'hôpital sur 344 habitants. Mais on va voir ici encore combien la répartition de ces établissements est inégale ; non que cette inégalité soit le résultat de circonstances purement fortuites ou d'une inégale sollicitude de la part de l'administration pour les besoins des populations placées sous sa tu-

malade rendait parfaitement compte de son état; les fonctions nutritives s'exerçaient avec la plus grande régularité.

Malgré l'observation précédente, qui m'avait démontré l'intégrité parfaite du centre nerveux céphalo-rachidien, observation dont je ne pouvais méconnaître l'identité avec le fait actuel, je ne pus encore me défendre de la pensée que nous avions affaire ici à une altération profonde des faisceaux antérieurs de la moelle; je ne pouvais me résigner à admettre qu'une lésion aussi générale du système locomoteur s'expliquât autrement que par une lésion centrale du système nerveux.

En conséquence, je prescrivis deux cautères à la nuque, des frictions sur la colonne vertébrale et sur les membres avec une mixture ammoniacale, des ventouses sèches et scarifiées le long du rachis. Je priai M. Duchenne d'essayer l'électricité. Les muscles extenseurs de la main et des doigts restent complétement insensibles aux courants électriques les plus considérables; à peine quelques mouvements sont-ils provoqués dans les muscles extenseurs des orteils. Des contractions électriques sont produites dans les autres muscles à des degrés divers, toujours proportionnellement aux mouvements volontaires dont ils sont le siége.

Les choses en étaient là, lorsque, onze jours après son entrée, le 11 avril, ce malade fut pris d'une variole des plus confluentes, à laquelle il succomba le 22, dans la période de suppuration.

Ouverture du cadavre. — Rien, absolument rien dans la masse encéphalique et dans la moelle, comme dans le cas précédent. Dès lors, ayant acquis pour la seconde fois la certitude que la source de cette paralysie musculaire était ailleurs qu'au centre céphalo-rachidien, je compris que j'avais à en chercher la cause, ou dans les nerfs musculaires, ou dans les muscles eux-mêmes

Dans ce but, je fis transporter le sujet à la Faculté, dans mon laboratoire particulier, où je fis disséquer par plusieurs aides tous les muscles des membres et du tronc. Je reconnus que tous les muscles étaient atrophiés à des degrés divers; que les uns avaient encore leur couleur presque naturelle : c'étaient ceux que l'observation clinique nous avait montrés jouir de leur contractilité; d'autres d'une couleur rose pâle, ailleurs d'une couleur jaune pâle, jaune peau de daim, jaune de bois, mais qu'un très-grand nombre de ces muscles avaient passé à l'état graisseux. Du reste, tous ces muscles, prodigieusement réduits dans leur volume, mais ayant conservé leur forme normale, étaient parfaitement distincts les uns des autres; la disposition fasciculée y était évidente. Je fus surtout frappé d'une chose : c'est que non-seulement les muscles, même congénères et même voisins les uns des autres, étaient inégalement affectés, mais encore que tous les faisceaux qui entrent dans la composition de chaque muscle n'avaient pas subi l'atrophie au même degré. Ainsi, dans le même muscle, à côté de faisceaux rouges, se trouvaient des faisceaux d'un rose pâle, et même des faisceaux graisseux. L'indépendance de nutrition et d'action de chaque faisceau musculaire était aussi parfaitement démontrée que l'indépendance de chaque muscle; il était évident que l'atrophie n'envahissait pas les muscles en masse, mais bien isolément et successivement chacun des faisceaux de chaque muscle. Il me parut également évident que l'atrophie musculaire présentait dans ce cas deux degrés bien distincts. Premier degré : l'*atrophie par macilence*, qui réduit le poids de la masse des muscles au cinquième, au dixième, et même peut-être au vingtième de son poids et de son volume ordinaires, sans altérer sa structure, et seulement avec diminution notable dans l'intensité de sa coloration rouge. Deuxième degré : l'*atrophie par transformation graisseuse*, laquelle ne s'emparait du muscle que lorsqu'il avait subi le premier degré; un degré intermédiaire serait la décoloration du muscle, qui présente une teinte rose pâle à la manière des muscles de la vie organique.

Voici nominativement l'état des muscles chez ce sujet, et plus particulièrement des membres supérieurs.

Muscles de l'épaule. — Le sous-scapulaire a été respecté; les sus-épineux et sous-épineux sont atrophiés complétement. *Au bras*, sont également atrophiés complétement le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial, le triceps brachial, le brachial antérieur, le grand pectoral Le petit pectoral seul est à peu près intact.

A l'*avant-bras*, tous les muscles de la région postérieure sont atrophiés complétement; il en est de même des muscles de la région externe, long et court supinateurs et radiaux. Les muscles superficiels de la région antérieure, rond pronateur, radial antérieur et petit palmaire sont complétement atrophiés et graisseux; couches profondes complétement atrophiées.

Quant aux membres inférieurs, le muscle triceps fémoral est le seul qui soit graisseux. Quelques faisceaux des fessiers sont jaunes; le reste est rose pâle. A la jambe, je n'ai noté que trois muscles graisseux, les deux péroniers et le fléchisseur propre du gros orteil.

Après avoir étudié le système musculaire chez ce sujet, je m'étais proposé d'étudier à fond le système nerveux, et plus particulièrement les nerfs musculaires, que j'étais porté à considérer comme le point de départ de l'atrophie. Je voulais suivre les nerfs, d'une part, depuis leur origine à la moelle jusqu'au grand plexus nerveux de chaque membre; d'une autre part, de ces plexus et jusqu'au moment de leur pénétration dans les muscles jusque dans l'épaisseur des muscles eux-mêmes. Je voulais, pour cet objet, soumettre les cordons nerveux à l'action de l'acide nitrique étendu, afin de bien distinguer le névrilème de la fibre nerveuse elle-même, que je soupçonnais devoir être atrophiée.

L'entraînement de mes occupations ne m'ayant pas permis de mettre tout de suite ce projet à exécution, à mon grand regret, le sujet fut enlevé; je constatai seulement à la simple vue que les nerfs des membres atrophiés paraissaient aussi volumineux que de coutume; que les nerfs musculaires, au moment de pénétrer dans les muscles atrophiés, présentaient, à peu de chose près, leur volume normal.

Tel est, messieurs, le résultat de cette seconde autopsie, confirmative de la première pour ce qui est de l'intégrité du cerveau et de la moelle, et démontrant en outre que c'était non au centre nerveux céphalo-rachidien, mais dans les muscles eux-mêmes qu'était la cause de leur paralysie; que cette cause était l'atrophie musculaire, dont les degrés divers montraient exactement les degrés de la paralysie.

Qu'il me soit permis de le dire, parce que c'est la vérité, c'est de l'époque de cette dernière autopsie (avril 1848) que datent la détermination de cette espèce de paralysie et sa séparation définitive d'avec les paralysies qui ont leur principe au cerveau ou à la moelle épinière. N'est-il pas évident que l'observation clinique toute seule ne pouvait établir que la forme symptomatique de la maladie? Sans doute elle pouvait, et elle l'avait déjà fait, tracer avec une grande fidélité les caractères propres à cette espèce de paralysie, établir sa marche graduelle et progressive, sa localisation dans quelques cas, comme aussi sa généralisation, qui n'a, pour ainsi dire, d'autres limites que celles de l'appareil de la locomotion; elle pouvait encore établir sa connexion avec l'émaciation atrophique des membres, atrophie qui marchait constamment avec elle, la précédait, peut-être, au lieu d'en être la conséquence éloignée, comme dans les paralysies ordinaires. D'une autre part, l'électricité, la galvanisation localisée, employée avec tant de talent par M. Duchenne, pouvait constater que la contractilité musculaire électrique diminuait dans la même proportion que la contractilité volontaire et s'éteignait avec elle. Mais seule, l'anatomie pathologique pouvait donner un corps à cette forme symptomatique, et dire au pathologiste : « Cette paralysie progessive du mouve- » ment, partielle ou générale, qui simule les paralysies par lésion de la » moelle, a pour *siége*, pour point de départ, non la moelle épinière, non » l'encéphale, mais bien les muscles eux-mêmes. La *nature*, la *cause or-* » *ganique* de cette paralysie, c'est *une atrophie musculaire*, atrophie

---

telle. Sans doute les dons émanés de la charité privée ont pu jusqu'à un certain point contribuer à rompre l'équilibre de cette répartition en dotant plus avantageusement certaines localités; un zèle plus éclairé, une entente plus intelligente des besoins de certaines contrées, de la part de quelques administrations locales, ont pu apporter plus de régularité dans le service hospitalier et en rendre les bienfaits plus efficaces. Mais ce ne sont là que des différences partielles qui se fondent inaperçues dans la masse du résultat général, et qui s'effacent entièrement devant une loi de répartition qui a sa raison dans des faits d'un tout autre ordre, faits que l'on reconnaît ne pouvoir être différents, ainsi que le fait remarquer très-justement M. Rouhaud, que l'on se place soit au point de vue topographique, soit au point de vue de la richesse des départements.

Disons d'abord quels sont les résultats qu'a donnés le calcul. Ces résultats établissent que dans les départements riches et dans ceux qui forment les zones du nord, le nombre des hôpitaux est inférieur à celui que fournissent les départements pauvres et ceux des zones du midi, mais que les maisons hospitalières des départements de cette dernière catégorie comptent à leur tour moins de lits que celles des départements riches et des zones du nord. La raison de cette inégalité dans le nombre des établissements et du rapport inverse de leur importance, se trouve moins dans le degré absolu de richesse ou de pauvreté, dans la somme relative des besoins des divers départements, que dans la circonstance des modes divers de groupement et d'agglomération de ces populations. Les départements des zones du nord, ainsi que les départements riches, offrent en effet ce caractère commun d'avoir de grands centres industriels, et par conséquent des établissements hospitaliers remarquables, non par leur nombre, mais par leur importance et par la quantité de lits qu'ils renferment; au contraire, dans les départements pauvres et dans ceux qui forment les zones du midi, les populations essentiellement agricoles sont peu agglomérées, elles sont disséminées sur une vaste surface; les établissements hospitaliers pour être utiles doivent à leur tour se multiplier sur un grand nombre de points et perdre par conséquent, en proportion, de leur importance.

Cette plus grande dissémination de la population dans les départements de la zone méridionale qui entraîne la nécessité d'un plus grand nombre d'établissements hospitaliers, rend compte aussi de la plus grande dissémination des médecins sur le territoire et de leur plus égale répartition entre les cantons, répartition encore insuffisante cependant, comme on va le voir.

Il résulte, en effet, de l'examen que M. Rouhaud a fait de la répartition des médecins par cantons et par communes, que 97 cantons, compris dans 30 départements, sont entièrement dépourvus de médecins et d'officiers de santé; que 591 communes n'ont ni médecins ni pharmaciens; ce qui, par parenthèse, rendrait actuellement irréalisable le projet d'établir un hôpital par canton. Les 591 communes privées de médecins et de pharmaciens, avec une population moyenne excédant 2,000 âmes, se trouvent comprises dans 64 départements sur 86. Tous les départements du centre présentent une ou plusieurs communes dans ce cas; puis viennent les départements des zones du nord, et en dernier lieu ceux qui forment les zones du midi. Ces nouvelles données confirment encore, comme on le voit, les résultats précédemment constatés, savoir : que c'est dans le midi, où les médecins et les pharmaciens sont en très-grand nombre, que l'on compte le moins de communes de quelque importance privées de pra-

» poussée jusqu'à la destruction complète de la fibre musculaire, jusqu'à » son remplacement par du tissu adipeux. Tout le temps qu'existera une » fibre musculaire intacte, ou encore capable de contraction, l'action mus- » culaire pourra s'exercer. Sans doute, on rencontre l'atrophie musculaire » à la suite des paralysies du mouvement par lésion des centres nerveux; » mais il y a cette énorme différence que, dans les paralysies ordinaires, » l'atrophie musculaire est consécutive à la paralysie, tandis que, dans la » paralysie dont il s'agit, l'atrophie débute avec la paralysie, si elle ne la » précède pas; elle est primitive ou idiopathique. »

Aussi, messieurs, est-ce depuis avril 1848, époque de la dernière des deux autopsies dont je viens de faire la description, autopsies dont je me plaisais à exposer les résultats toutes les fois que j'en trouvais l'occasion, que les faits du même genre ont pu être interprétés. Ce n'est que par suite de la détermination de la nature organique de cette paralysie que j'ai pu parler dans mes leçons, dès mon cours d'été de 1848, à l'occasion de la classe des atrophies, de l'*Atrophie musculaire primitive ou idiopathique* comme cause d'une espèce particulière de paralysie; que M. Duchenne a pu présenter à l'Institut, au commencement de 1849, un mémoire intitulé: Atrophie musculaire avec transformation graisseuse, reconnaissant loyalement, en tête de son travail, que c'était à une autopsie dont je lui avais communiqué les résultats qu'il devait la connaissance de ce fait d'anatomie pathologique. C'est encore par suite de la détermination de la nature organique de cette paralysie qu'en septembre 1850, M. Aran, à qui M. Duchenne avait communiqué les résultats de l'autopsie dont je viens de parler, a pu réunir, dans un excellent travail, sous le titre d'Atrophie musculaire progressive, un grand nombre de faits du même genre recueillis à l'hôpital de la Charité; que M. Thouvenet, mon interne, qui m'avait demandé un sujet de travail pour le concours des hôpitaux, a recueilli dans mon service tous les faits du même genre qui s'y sont présentés, et rédigé un travail qui a fait ensuite le sujet de sa thèse, soutenue sous ma présidence, en décembre 1851, sous le titre de Paralysie musculaire atrophique.

Mais une lacune grave existait dans l'anatomie pathologique de cette affection, c'était la connaissance de l'état anatomique de la partie périphérique du système nerveux. Je voyais bien, dans l'atrophie graduelle des muscles, une cause suffisante de la paralysie graduelle du mouvement; mais que sont les muscles sans les nerfs, qui les animent? et je disais sans cesse que nous n'avions pas encore le dernier mot de cette paralysie; que j'avais la certitude que le centre nerveux céphalo-rachidien y était étranger, mais que je n'avais nullement la même certitude quant aux cordons nerveux eux-mêmes. J'avais surtout exprimé ma pensée à cet égard à M. Thouvenet, et c'est sans doute cette pensée qui l'a inspiré, lorsqu'il a soutenu que cette maladie était une paralysie, qu'il a décrite sous le titre de *paralysie musculaire atrophique*, en opposition avec M. Aran, qui l'a désignée sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*, et qui proteste formellement contre toute assimilation entre la maladie qu'il décrit et la paralysie. On va voir que cette protestation était peut-être un peu prématurée.

Il existait donc une grande lacune dans l'anatomie pathologique de cette maladie, à savoir l'état des cordons nerveux intermédiaires à la moelle et aux muscles. C'est cette lacune que l'observation que je vais présenter à l'Académie, avec les pieces anatomiques à l'appui, est destinée à combler. La première et la deuxième autopsie avaient démontré l'absence complète de toute altération au centre nerveux céphalo-rachidien dans la paralysie musculaire générale progressive, avec intégrité du sentiment et de l'intelligence. La deuxième autopsie avait démontré une cause matérielle suffisante ou du moins probable de cette paralysie dans l'atrophie de la fibre musculaire elle-même, qui passait successivement par tous les degrés de l'atrophie, depuis la simple diminution de volume jusqu'à son dernier terme, la transformation graisseuse. La troisième autopsie va démontrer que l'atrophie musculaire n'est pas la cause organique première de la maladie, mais qu'elle n'en est elle-même qu'un effet, dont la cause est dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, en sorte que la maladie que je décris devra être définitivement placée dans la classe des paralysies, sous le titre de ***paralysie progressive du mouvement, par atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux***, ou tout simplement de ***paralysie musculaire atrophique***, le mot ***paralysie*** indiquant assez que le système nerveux est le point de départ de la maladie.

Je ferai précéder la description de l'autopsie de l'observation du malade qui en est le sujet, et je demande pardon des détails très circonstanciés dans lesquels je vais entrer, car cette observation peut être considérée comme un type du genre.

Obs. III. — Lecomte (Prosper), âgé de 32 ans, saltimbanque, est entré dans mon service, en juillet 1850, avec une paralysie musculaire atrophique déjà en grande partie généralisée. Il fait remonter à deux ans environ, au mois de septembre 1848, l'origine de sa maladie, dont il accuse une nuit passée à la belle étoile sur un pavé boueux dont il n'était séparé que par une toile humide. Il se réveille tout engourdi du côté droit sur lequel il était couché, va se réchauffer dans une auberge, et retrouve bientôt toute la liberté du sentiment et du mouvement.

Trois semaines après, il éprouve un sentiment de faiblesse dans la main droite, une grande difficulté à saisir les objets, à tirer son mouchoir de sa poche, et de ce moment il ne lui fut plus possible de jouer du cornet à piston. Il assure d'ailleurs qu'à cette époque tous les mouvements du membre supérieur droit autres que ceux de la main, comme aussi tous les mouvements du reste du corps étaient parfaitement libres, si bien qu'il ne put continuer sa profession, qui l'obligeait à de tres-grandes fatigues, et nommément à passer souvent les nuits en plein air, exposé au froid et à l'humidité, avec ou sans barraque mal jointe.

Pendant un an, l'affaiblissement de la myotilité fut borné à la main; au bout de ce temps, à la suite d'une nuit froide et humide passée à la belle étoile, Lecomte, jusque-là infatigable, éprouva une assez grande faiblesse dans les membres inférieurs, et plus particulièrement dans les genoux. Depuis cette époque, il ne lui fut plus possible de supporter sans fatigue une longue marche; il tombait souvent par le fait du moindre obstacle. Cependant, au mois de novembre 1849, il put encore faire sept lieues à pied en neuf heures. Ce tour de force fut le dernier: vaincu par la maladie, il se décida à venir à Paris à la fin de décembre 1849, entra à l'hôpital de la Charité, où il fut placé dans le service de M. Andral, en sortit au bout de trois mois pour y rentrer de nouveau, et fut définitivement reçu dans mon service, en juillet 1850, salle Saint-Ferdinand, n° 8, où il est resté jusqu'à sa mort.

Voici quel était son état :

La face est très-peu mobile, elle est sans expression, ou plutôt elle n'a qu'une expression, celle du sourire sardonique, qui est permanent, indépendant de la volonté, bien que la volonté puisse l'exagérer; les muscles de la face ont évidemment perdu une partie de leur contractilité; le muscle le plus affaibli est sans contredit l'orbiculaire des lèvres; le frontal, l'orbiculaire des paupieres et le grand zygomatique sont à peine affectés; les muscles moteurs de l'œil jouissent de toute l'intégrité de leurs mouvements. Le malade se plaint de frémissements, de sou-

---

liciens et d'officines; que ces communes abondent au contraire dans le nord, où le nombre des médecins est proportionnellement le plus faible de toute la France; enfin que le centre, comme toujours, ménage la transition entre les chiffres extrêmes du nord et du midi.

« En résumé, et c'est par ces propositions que M. Roubaud conclut, la répartition des médecins, des pharmaciens et des hôpitaux, sur le territoire de la France, n'est pas faite d'une maniere arbitraire; elle obéit constamment à des lois invariables; elle suit dans ses moindres détails une marche toujours égale, sans brusquerie et avec une transition admirablement ménagée. Ces lois, cette marche, ne doivent rien elles-mêmes au hasard; elles trouvent leur explication soit dans les mœurs des habitants, soit dans les conditions commerciales, industrielles ou agricoles du pays, soit dans la nature du sol, soit dans des causes spéciales et inhérentes à certaines localités. »

Doit-on maintenant déduire delà, avec M. Roubaud, qu'il faille considérer comme une utopie irréalisable la répartition uniforme des médecins et des pharmaciens sur la surface de la France, et comme très-difficile la création de médecins cantonaux sur tous les points du territoire? Nous croyons que ce serait une conséquence forcée. Oui, sans doute, M. Roubaud a raison, si la profession médicale reste livrée désormais comme par le passé à toute la liberté d'initiative individuelle, on doit s'attendre à voir la statistique reproduire constamment et fatalement les mêmes chiffres. Encore, peut-on admettre que, mieux instruits sur leurs véritables intérêts par les résultats mêmes de cette statistique, un assez grand nombre de jeunes praticiens iraient peut être combler les vides au fur et à mesure qu'ils seraient signalés. Mais cette loi fatale resterait-elle inflexible devant le vouloir d'une administration qui prenant fermement en main les intérêts communs des populations déshéritées de la fortune et des membres les moins heureux ou les plus méritants de la profession médicale, se proposerait de pourvoir par les ressources dont elle dispose à ce double besoin de la société? Nous ne le pensons pas. Quoi qu'il en soit et quel que puisse être à cet égard l'avenir qui nous est reservé, on ne saurait toucher désormais aux institutions qui nous régissent, ni introduire dans l'exercice de notre profession quelque réforme que ce soit, sans tenir compte des enseignements que renferme la statistique de M. Roubaud.

H. Brochin.

— Dans sa dernière séance, l'Académie des sciences a procédé à la nomination d'un membre correspondant pour remplir la place vacante dans la section de chimie, par suite de la mort de M. Walter.

La section présentait la liste suivante :

Au premier rang, M. Bunsen, inventeur de la fameuse pile qui porte son nom, à Heidelberg; au second rang, *ex æquo*, et par ordre alphabétique : MM. Hoffmann, à Londres; Malaguti, à Rennes; Piria, à Pise.

Au premier tour de scrutin, M. Bunsen a obtenu 46 voix et M. Malaguti 3. En conséquence, M. Bunsen a été élu membre correspondant.

---

bresauts aux lèvres, aux joues et aux paupières. Ces frémissements correspondent à des contractions fibrillaires visibles pour l'observateur.

L'articulation des sons est très-altérée; la parole est lente, faible, mal articulée, nasonnée, gutturale; le malade n'a qu'un seul ton dans la voix; il assure que la défectuosité dans l'articulation des sons a débuté avec sa maladie; les joues sont souvent mordues dans l'acte de la mastication.

La langue est bien plus profondément affectée dans sa myotilité que les muscles de la face; elle ne peut pas être portée au dehors, et c'est en grande partie à son défaut d'action qu'est due l'imperfection dans l'articulation des sons; elle est d'ailleurs, comme les muscles faciaux, sans cesse agitée de frémissements fibrillaires.

La déglutition se fait mal, péniblement, avec effort; les mouvements des mâchoires, au contraire, sont faciles, vigoureux, naturels.

La respiration est moins profonde que dans l'état régulier; le malade a le sentiment d'une respiration incomplètement accomplie, car souvent il provoque le bâillement pour se donner le bien-être d'une respiration complète.

Voici d'ailleurs l'état des membres.

Membres supérieurs. — Le *membre supérieur droit*, par lequel a débuté la maladie, est atrophié dans toutes ses régions, mais d'une manière inégale; l'atrophie musculaire est surtout remarquable à la main : il n'y a plus d'éminence thénar ni d'éminence hypothénar; on dirait que la peau de ces régions est collée aux os correspondants; les muscles interosseux semblent également manquer dans les espaces intermétacarpiens; tous les doigts, moins l'index qui est dépourvu de toute espèce de mouvement, se fléchissent et s'étendent encore, mais très-imparfaitement; l'extension et l'abduction du pouce sont très-prononcés; les contractions des muscles extenseurs et fléchisseurs de la main sont si faibles, que la main tombe par son propre poids dans le sens de l'extension ou de la flexion, malgré la contraction des muscles antagoistes.

Le mouvement de supination de la main est à peu près impossible; le malade dit que c'est le premier mouvement qui lui ait manqué.

Les muscles qui meuvent le bras sur l'épaule sont singulièrement affaiblis, surtout le deltoïde, qui est très-mince, et ne peut en aucune manière porter le bras dans l'abduction.

Le *membre supérieur gauche*, qui est un peu moins atrophié que le droit, jouit de tous ses mouvements, mais à un faible degré.

Les *membres inférieurs* ne sont pas sensiblement atrophiés et jouissent de tous leurs mouvements, mais ils sont notablement affaiblis; le malade peut se tenir dans la position verticale; il me répète souvent que lorsqu'il est debout, immobile, il se sent très-solide; qu'il n'éprouve nullement de sentiment de lassitude dans les jambes, et que, sans la fatigue des reins, il resterait plusieurs heures dans l'attitude verticale; ce qui, pour le dire en passant, établit que la station verticale ne nécessite pas dans les membres inférieurs une aussi grande dépense de force musculaire qu'on le croit généralement. Une fois Lecomte resta debout adossé à un poêle, pendant quatre heures consécutives, sans accuser la moindre fatigue.

Sa progression, dont il m'a rendu plusieurs fois témoin, était curieuse : il marchait lentement, le tronc fortement incliné en avant; les bras pendants au-devant de lui, réunis par les mains sur la ligne médiane pour lui servir de balancier; et néanmoins il était titubant, menacé à chaque instant de perdre l'équilibre; il tombait souvent, tantôt sur le dos, tantôt sur le côté, et il raconte parfaitement que lorsqu'il tombe, ce n'est point par faiblesse, mais par perte de l'équilibre. C'est au moment du réveil, et lorsqu'il commence à marcher, qu'il éprouve le sentiment de la plus grande débilité; plus il marche, plus il sent ses forces augmenter.

Du reste, le malade peut encore s'habiller seul, marcher sans point d'appui, porter les aliments à sa bouche.

Tel était l'état du système musculaire de Lecomte au moment de son entrée.

En opposition avec cette décadence progressive des organes actifs de la locomotion, la sensibilité tactile est aussi développée que possible; les organes des sens spéciaux sont d'une délicatesse remarquable; les fonctions nutritives s'exécutent de la manière la plus régulière; j'en excepte l'acte de la déglutition, qui est laborieux et souvent incomplet.

L'intelligence, les facultés affectives sont dans l'état d'intégrité le plus parfait; j'ai rarement rencontré un malade qui m'ait rendu un compte aussi net de ses moindres impressions. Il résumait lui-même son état ce ces termes :

» Je ne suis pas malade, mais les forces me manquent; j'ai bon appétit; je n'ai » d'autre incommodité que ma faiblesse, qui augmente tous les jours, et qu'un » grand sentiment de lassitude dans tous les membres; ce sentiment, je l'ai à » toute heure, surtout au moment du réveil. »

Mais un phénomène sur lequel le malade aurait appelé mon attention, si déjà elle n'y avait pas été dirigée par des faits antérieurs, c'est le frémissement, tremblement ou tremblotement fibrillaire de tous les muscles de l'économie, tremblement dont j'ai déjà dit un mot à l'occasion des muscles de la face et de la langue. Qu'on me permette les détails dans lesquels je vais entrer à ce sujet, car ce tremblement fibrillaire est un phénomène que j'ai constamment observé dans les premières périodes de la maladie, phénomène qui apparaît le premier en même temps que le sentiment de faiblesse musculaire, et qui ne cesse entièrement dans un muscle que lorsque la dernière fibre musculaire a disparu sous l'influence de l'atrophie. Ce frémissement musculaire est à son apogée au moment où le travail atrophique du muscle est à son maximum de développement. Je n'oserais affirmer que ce phénomène soit pathognomonique, mais ce qui me paraît certain, c'est qu'il n'existe d'une manière aussi prononcée, aussi persistante et aussi générale dans aucune autre espèce de névrose ou de paralyse musculaire.

Pour l'observateur, ce sont de petits soubresauts rapides comme l'éclair, ou plutôt comme ceux qui résulteraient d'un petit choc électrique; ces soubresaut affectent tantôt une fibre ou un faisceau isolé, d'autres fois des groupes de faisceaux. J'ai vu chez Lecomte le tremblement fibrillaire occuper le chef coracoïdien du biceps tout entier, et le chef claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien.

Du reste, ces secousses convulsives, électriques, sont d'autant plus intenses que le muscle est plus vigoureux; elles s'affaiblissent à mesure que le muscle s'atrophie et dans la proportion de cette atrophie; elles s'éteignent dans les muscles complétement atrophiés, mais elles subsistent tout le temps qu'il reste une fibre musculaire à détruire. Je me suis plusieurs fois assuré que ces frémissements cessaient complétement pendant la contraction volontaire.

Le malade a la conscience de ces mouvements fibrillaires qui parcourent successivement toutes les parties du corps; il n'en résulte pour lui aucune sensation douloureuse, excepté lorsqu'il a froid. Il lui semble, dit-il, que toutes ses chairs dansent; il compare cette sensation à celle qui résulterait d'un courant d'eau froide qui coulerait sous la peau et qui la détacherait des chairs subjacentes; et lorsque le malade eut été soumis à de faibles courants électriques, il la comparait à celle produite par l'électricité. J'ignore si ces tressaillements fibrillaires persistaient pendant le sommeil; ce qu'il y a de certain, c'est que dans l'état de veille ils étaient permanents, incommodes, mais nullement douloureux. « Cela m'épuise, mais cela ne me fait pas de mal, » m'a répété plusieurs fois le malade.

Indépendamment de ces frémissements fibrillaires partiels, isolés, limités à quelques fibres, à quelques faisceaux, le malade éprouvait à d'assez longs intervalles un tremblement général extrêmement considérable analogue au frisson, avec tremblement d'un violent accès de fièvre, tremblement nullement douloureux, n'ayant aucun des caractères des crampes musculaires, crampes musculaires que je n'ai jamais observées dans cette maladie. Ce tremblement était ordinairement provoqué par le froid; il pouvait l'être par de fortes contractions volontaires, par un effort énergique pour imprimer un mouvement quelconque soit à un membre, soit à la colonne vertébrale, et, je le répète, ce tremblement ne s'accompagnait d'aucun sentiment douloureux; le malade pouvait en outre provoquer à volonté un tremblement considérable des mâchoires, en faisant effort pour les écarter; alors la mâchoire inférieure était portée brusquement, involontairement en avant, sous l'influence des muscles ptérigoïdiens externes; c'est alors que commençait un tremblement très-violent, par lequel la mâchoire inférieure était alternativement abaissée et relevée, absolument comme pendant le tremblement de l'accès fébrile le plus intense.

Il y avait donc chez Lecomte deux espèces de tremblements musculaires : le tremblement fibrillaire partiel, isolé, et le tremblement général occupant un chef de muscle, un muscle tout entier, plusieurs muscles, et même les muscles de tout le corps. Ces deux espèces de tremblements étaient involontaires, mais les uns et les autres pouvaient être provoqués : le mouvement fibrillaire par une faible contraction volontaire, le tremblement général par la contraction avec effort violent d'une région du corps, surtout par la contraction des muscles extenseurs de la colonne vertébrale. Du reste, jamais de crampes, jamais de douleurs, jamais de fourmillements, jamais de secousses brusques, de rétraction convulsive des membres.

Depuis le mois de juillet 1850 jusqu'en janvier 1853, l'atrophie et la paralysie musculaires allèrent toujours croissant.

A l'époque de son entrée, Lecomte pouvait encore marcher sans point d'appui; il pouvait s'habiller et manger sans secours étrangers; bientôt il ne put marcher que les mains appuyées sur le dos d'une chaise à laquelle il imprimait un mouvement de rotation en l'inclinant alternativement à droite et à gauche : il aimait à rester plusieurs heures de suite debout, immobile, avec le point d'appui de sa chaise; il y serait resté, disait-il, toute la journée, s'il n'eût éprouvé, soit aux genoux, soit aux articulations tibio-tarsiennes, une sensation incommode qu'il caractérisait par le mot de *déboîtement*. Mais à partir du mois de novembre 1851, toute progression devient impossible, non pas qu'il ne puisse se soutenir sur les membres inférieurs; il le pouvait encore lorsqu'il était appuyé entre un mur et immobile; les membres inférieurs conservaient assez de force musculaire pour suffire à la station et même à la progression; mais le malade expliquait parfaitement qu'il ne le pouvait, à cause de la paralysie des membres supérieurs qui ne lui permettait pas de conserver l'équilibre.

Depuis cette époque on était obligé de le faire manger et boire comme un enfant au maillot. Voici quel était son état en janvier 1853, un mois avant sa mort.

Décubitus dorsal permanent, presque dans la position assise. Il lui est impossible de changer spontanément de position dans son lit, bien qu'il puisse mouvoir à volonté et soulever les membres inférieurs, qui ne sont qu'affaiblis.

Tous les jours il aime à rester assis dans un fauteuil pendant plusieurs heures.

L'atrophie n'a fait aucun progrès du côté de la face, sauf dans l'orbiculaire des lèvres, qui me paraît complétement paralysé, et dans la langue, qui l'est presque complétement.

Les membres supérieurs ne jouissent que de mouvements extrêmement limités dans quelques-unes de leurs articulations; les deux mains sont complétement paralysées, à l'exception du pouce de la main droite, qui peut encore exécuter les mouvements d'extension et d'abduction, et des trois derniers doigts de la même main, qui jouissent d'un très-léger mouvement de flexion; la paralysie des muscles interosseux a pour conséquence la flexion permanente des deux derniè es phalanges sur les premières. Point de mouvements ni dans l'articulation radiocarpienne ni dans l'articulation du coude; le bras écarté du tronc peut s'en rapprocher; abduction volontaire impossible.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que le membre supérieur gauche est plus profondément affecté que le droit, bien que la paralysie ait débuté par ce dernier.

Les membres inférieurs, qui ont conservé des mouvements assez étendus, ne partagent pas l'état atrophique des membres supérieurs; les mouvements d'extension des orteils manquent seuls; ainsi, tandis que le frémissement musculaire a complétement disparu dans les membres supérieurs, il persiste avec beaucoup d'intensité dans les membres inférieurs et aussi dans les parois abdominales.

Les mouvements de la tête sont faibles, mais ils existent dans tous les sens : il faut, pour qu'ils s'exécutent, que la tête soit à peu près en équilibre sur la colonne vertébrale ; encore le malade ne peut-il les graduer, le poids de la tête l'entraînant toujours dans un sens ou dans un autre. Ainsi lorsque la tête est fortement renversée en arrière, il lui est extrêmement difficile et souvent impossible de la ramener en avant, et lorsqu'elle est fortement inclinée en avant sur le sternum, il ne peut en aucune manière la relever, et il aurait été infailliblement suffoqué, si on l'avait abandonné à lui-même dans cette attitude. Il ne peut respirer librement que lorsqu'il est assis, la tête soutenue et légèrement inclinée soit à droite, soit à gauche.

Les muscles de la déglutition, de l'articulation des sons, et même ceux de la phonation et de la respiration sont de plus en plus envahis; le malade ne peut en aucune façon avaler sa salive, qui découle continuellement de la bouche, dont la lèvre inférieure est pendante ; depuis un an au moins il ne pouvait plus prendre d'aliments solides, non qu'il ne puisse les diviser avec les dents, car il écrase les aliments les plus durs, mais bien parce que la déglutition buccale ne peut plus s'effectuer, vu la paralysie presque complète de la langue. Deux fois il a failli être asphyxié, une fois par une carotte, une autre fois par une pomme de terre engagée dans le pharynx, d'où le chirurgien de garde, qui heureusement se trouvait dans la salle, a pu les extraire avec ses doigts. J'ai donc dû réduire la pitance de ce malheureux aux soupes très-épaisses ou à la viande hachée menue et convertie en bouillie avec de la sauce et du pain.

Pour que la déglutition puisse s'accomplir, il faut que l'infirmier chargé du soin de le faire manger (car j'ai déjà dit qu'on le nourrissait comme un enfant au maillot), il faut, dis-je, que l'infirmier enfonce très profondément la cuiller jusque dans le pharynx; alors le malade serre fortement, par une espèce de mouvement convulsif, cette cuiller entre ses dents, si bien qu'on a été obligé de substituer une cuiller de fer à la cuiller d'étain, qui était hors de service au bout de quelques jours. Le malade fait alors des efforts de déglutition et sur la cuiller et sur le bol alimentaire, qu'il avale d'autant plus facilement que celui-ci est plus considérable. La cuiller retirée, le malade continue à faire des efforts répétés de déglutition, et finit quelquefois par avaler la totalité du bol alimentaire; mais le plus souvent une partie de ce bol rétrograde et tombe sur la bavette de taffetas gommé dont on était obligé de le garnir. Le malade a d'ailleurs un très-grand appétit, et avale quatre énormes soupes par jour, indépendamment de la viande hachée.

La déglutition des liquides est plus difficile que celle du bouillon; il en revient toujours une bonne partie, aussi est-on obligé de placer un vase sous son menton pour recevoir le liquide rétrogradé qui découle à flots de la bouche. Il est bien évident que le premier acte de la déglutition, l'acte buccal, ne s'accomplit pas du tout à cause de la paralysie de la langue et des lèvres, et que l'acte pharyngien n'est qu'affaibli.

L'articulation des sons, qui était devenue de plus en plus inintelligible, est complètement nulle, et le malade n'exprime ses besoins que par un mouvement de tête, par les yeux, dont les muscles propres conservent toute leur myotilité, par la contraction des zygomatiques, et par un son de voix inarticulé, guttural, nasonné, extrêmement faible.

La respiration, très-incomplète, ne paraît plus se faire que par le diaphragme, dont la contraction se manifeste par le soulèvement et l'écartement des cinq dernières côtes. Le malade, dont l'intelligence a conservé toute sa plénitude, a beau, sur ma demande, s'épuiser en efforts pour faire de profondes inspirations, jamais je n'ai pu obtenir ni le moindre soulèvement, ni le moindre abaissement en masse de la cage thoracique; tout le jeu de la respiration paraît se faire à la base de la poitrine, aux dépens du diaphragme et des muscles des parois abdominales.

Il était évident que ce malheureux était à chaque instant menacé d'asphyxie, soit pendant l'acte de la déglutition, soit à l'occasion de la moindre bronchite, vu l'impossibilité où il serait de se débarrasser des mucosités dont la bronchite entraînerait la sécrétion; et en effet, le 15 janvier dernier, Lecomte ayant été pris de la grippe régnante, les voies aériennes se remplirent de mucosités, la respiration devint difficile, et le 12 février on le trouva mort dans son lit.

AUTOPSIE. — J'ai fait porter le corps dans mon laboratoire à la Faculté : l'artère aorte a été injectée; tous ou presque tous les muscles ont été disséqués par les soins de M. Géry, mon interne. Les centres nerveux ont été examinés avec le plus grand soin, les nerfs principaux disséqués et en dehors des muscles et dans l'épaisseur des muscles eux-mêmes; puis les nerfs ont été soumis à l'action de l'acide nitrique étendu. Voici le résultat de mes observations.

Et d'abord, disons que comme cause de mort nous avons trouvé une bronchite générale; qu'en outre les deux lobes inférieurs des deux poumons avaient subi l'altération que j'ai coutume d'appeler *pneumonie œdémateuse*, espèce de pneumonie dans laquelle le poumon engoué plutôt qu'induré, mais fragile et se déchirant aisément par la pression du doigt, est pénétré d'une sérosité qui semble combinée avec son tissu et lui donne une certaine mollesse; c'est, je crois, la même altération que M. Piorry a décrite sous le nom de *pneumonie hypostatique*.

Je vais maintenant exposer les particularités que m'a offertes le système musculaire, pour m'occuper ensuite du système nerveux.

SYSTÈME MUSCULAIRE. — *Membres inférieurs.* Tous les muscles du *bassin* et de la *cuisse* sont parfaitement sains; à la *jambe*, les trois muscles de la région antérieure, jambier, extenseur commun des orteils et extenseur propre du gros orteil, sont grêles, pâles dans toute leur longueur, et ont subi l'atrophie graisseuse à leur partie supérieure.

Les muscles de la région postérieure de la jambe sont amaigris, mais sains dans la couche superficielle comme dans la couche profonde; le soléaire seul a subi la transformation graisseuse dans ceux de ses faisceaux postérieurs qui sont intermédiaires aux deux lames aponévrotiques qui entrent dans sa structure.

Au pied, le corps charnu du pédieux semble avoir complètement disparu; les muscles de la région plantaire, les interosseux, sont amaigris, un peu décolorés, mais sains.

MEMBRES SUPÉRIEURS. — Aucun muscle des membres supérieurs n'a été complètement étranger à l'atrophie; mais toutes les régions n'ont pas été également affectées. Dans chaque région, il est des muscles qui ont été plus particulièrement envahis; enfin, dans chaque muscle tous les faisceaux n'ont pas été altérés au même degré.

Or, en classant ces muscles suivant l'ordre, le degré de l'atrophie, les muscles intrinsèques de la main occupent le premier rang. En deuxième ligne viennent les muscles de l'épaule; en troisième ligne, les muscles de l'avant-bras; en quatrième ligne, les muscles du bras.

MUSCLES DE LA MAIN. — Entrons dans quelques détails : bien qu'il n'existe plus d'éminence thénar ni d'éminence hypothénar, tous les muscles de ces deux régions existent et sont parfaitement distincts, mais réduits à des couches très-minces, les uns d'une rose pâle, les autres d'une couleur jaune peau de daim. Les muscles du thénar et de l'hypothénar sont d'ailleurs beaucoup moins profondément affectés que les interosseux, parmi lesquels je range l'adducteur du pouce; lesquels muscles interosseux ont subi l'atrophie à son maximum d'intensité et sont passés en grande partie à l'état graisseux.

J'ai étudié d'une manière plus particulière l'adducteur propre du pouce, qui était réduit à une lame mince, et qui m'a présenté tous les degrés de l'atrophie graisseuse : le maximum occupait la partie inférieure du muscle sur toute la moitié interne de cette partie inférieure.

MUSCLES DE L'AVANT-BRAS. — Tous atrophiés dans leur volume, dans leur couleur, dans leur structure; ceux de la face postérieure, aussi bien que ceux de la face antérieure.

MUSCLES DU BRAS. — Les muscles biceps, coraco-brachial et brachial antérieur ont considérablement diminué de volume; leur couleur est rose pâle, mais ils sont bien fasciculés. Le brachial antérieur est le plus atrophié de tous les muscles de cette région, et le triceps brachial est celui qui l'est le moins.

MUSCLES DE L'ÉPAULE. — Les muscles de l'épaule ont subi une atrophie beaucoup plus complète que les muscles de l'avant-bras et surtout que ceux du bras. Le deltoïde est réduit à une couche mince, mais inégale, qui présente tous les degrés de l'atrophie, depuis la couleur rose pâle jusqu'à l'atrophie graisseuse. C'est ce muscle qui a été l'objet d'un examen microscopique, lequel a permis de découvrir l'état graisseux commençant là où l'œil ne démontrait pas encore la présence de la graisse.

Le sus-épineux et le sous-épineux sont tellement atrophiés qu'on dirait qu'ils ont été enlevés, et que leur forte aponévrose de contention est appliquée immédiatement sur la surface osseuse correspondante. Le petit rond est moins atrophié que le sous épineux. Le sous-scapulaire est moins atrophié, quant au volume, que le sus-épineux et le sous-épineux, mais il est plus complètement atrophié quant à l'état graisseux. J'ai étudié d'une manière toute particulière le muscle sous-épineux qui présentait tous les degrés de l'atrophie, des faisceaux rose pâle, mais bien fasciculés, et nullement graisseux à côté de faisceaux graisseux dans toute leur longueur, de faisceaux qui n'étaient graisseux que dans une moitié de leur longueur, au voisinage de leurs insertions.

MUSCLES DU TRONC; RÉGION POSTÉRIEURE. — Trapèze un peu amaigri, mais sain quant à la coloration et à la consistance dans sa portion claviculaire ou descendante, pâle et aminci dans sa portion horizontale, presque complètement atrophié dans sa portion ascendante, qui présente des fibres musculaires très-rares, largement espacées, soutenues par la charpente celluloso-fibreuse de ce muscle. *Muscle angulaire* parfaitement sain, tandis que le *rhomboïde* est réduit à quelques fibres pâles, formant une couche non continue comme la partie ascendante du trapèze. Il y a là atrophie par absorption. *Petit dentelé postérieur et supérieur* sain, ainsi que les muscles de la région cervicale postérieure, lesquels sont très-amaigris, mais sains de couleur et de texture.

MUSCLE GRAND DORSAL. — Très-atrophié dans sa portion dorso-lombaire qui est représentée par une couche mince, constituée par des faisceaux musculeux pâles largement espacés, soutenus par une membrane celluleo-fibreuse qui n'est autre chose que la charpente du muscle. Le grand dorsal est beaucoup moins atrophié dans sa partie axillaire. Le grand rond était parfaitement conservé à gauche, tandis qu'à droite il était en partie atrophié.

Les muscles des gouttières vertébrales sont très-amaigris, mais parfaitement sains.

RÉGION ANTÉRIEURE ET LATÉRALE DU TRONC. — Grand pectoral sain, mais amaigri à divers degrés. Petit pectoral beaucoup plus atrophié que le grand pectoral, surtout en bas, au voisinage de ses insertions costales.

Les muscles des parois abdominales sont parfaitement sains; aussi leurs insertions costales, qui se font par de grosses digitations, contrastent-elles d'une manière remarquable et avec les insertions costales du grand dorsal, qui sont jaune pâle et excessivement minces, et avec celles du grand dentelé qui présentent la même disposition.

Le grand dentelé est un des muscles les plus atrophiés du tronc; ses faisceaux supérieurs sont les seuls qui présentent l'aspect musculaire; le reste de ce muscle est constitué par quelques faisceaux jaune peau de daim, soutenus par la charpente fibro-celluleuse du muscle.

Les muscles intercostaux sont très-notablement amaigris, mais d'ailleurs présentent leur couleur naturelle; aucun ne me paraît avoir subi l'atrophie graisseuse. Le diaphragme m'a paru sain, mais il avait subi un amincissement assez prononcé.

MUSCLES DE LA FACE. — Le muscle orbiculaire des lèvres et le muscle de la

houppe du menton sont les seuls qui aient subi l'atrophie graisseuse. La moitié inférieure de l'orbiculaire des lèvres est encore plus complétement atrophiée que la moitié supérieure. Les autres muscles de la face, et nommément le frontal, le grand zygomatique, le buccinateur, le triangulaire des lèvres, le peaucier, sont moyennement développés et sans altération ni de couleur ni de texture.

Tous les *muscles élévateurs de la mâchoire inférieure*, temporal, masséter, ptérygoïdien interne ont leur développement ordinaire. Le ptérygoïdien externe m'a paru relativement plus développé que les autres muscles masticateurs.

Les muscles constricteurs du pharynx sont parfaitement sains. Les muscles du voile du palais sont amaigris, un peu pâles, surtout le palato-staphylin et la moitié supérieure du pharyngo-staphylin du côté droit. Rien de remarquable aux péristaphylins interne et externe.

Les muscles des régions sus et sous-hyoïdienne n'ont subi aucune atrophie remarquable. Il en est de même du peaucier.

J'ai été curieux d'examiner la langue dont la paralysie était si complète dans les dernières années de la vie. Divisée à côté de la ligne médiane, d'avant en arrière, elle a présenté une masse adipeuse, au milieu de laquelle se voyait encore un assez grand nombre de faisceaux musculeux verticaux; quant aux faisceaux antéro postérieurs et transversaux, ils avaient complétement subi l'atrophie graisseuse. La dissection des muscles extrinsèques de la langue m'a démontré que ces muscles étaient fasciculés, encore rouges ou rosés au voisinage de leurs insertions osseuses, mais qu'à mesure qu'ils approchaient du noyau lingual, ils perdaient leur coloration et se transformaient en faisceaux graisseux, puis en graisse amorphe lorsqu'ils avaient pénétré dans le noyau lingual.

Ainsi le génio-glosse, bien que considérablement amaigri, présentait une disposition fasciculée très-prononcée au voisinage de l'apophyse géni, mais déjà à quelques millimètres de cette apophyse, plusieurs faisceaux sont pâles et graisseux à des degrés divers. Ceux des faisceaux antérieurs de ce muscle qui vont à la pointe de la langue sont surtout précoces dans leur transformation graisseuse. Le plus grand nombre de ces faisceaux devient graisseux au moment où il atteint le noyau lingual; cependant un certain nombre de fibres verticales conservent encore leur disposition fasciculée. Le muscle hyo glosse, proportionnellement plus amaigri que le génio glosse, conserve sa coloration rouge jusqu'au moment où il vient se terminer sur la partie latérale de la langue; là il devient complétement graisseux pour se confondre avec le noyau lingual.

Les muscles du larynx sont très-pâles et amaigris; les cricothyroïdiens postérieurs et latéraux et les thyro-aryténoïdiens m'ont paru relativement plus atrophiés que le muscle aryténoïdien.

MUSCLES DE LA VIE ORGANIQUE. — Quant aux muscles de la vie organique, cœur, œsophage, estomac, intestins, ils sont parfaitement sains.

Pour compléter ce qui a trait à l'atrophie du système musculaire, j'ai désiré que M. le docteur Gaillet, aide d'anatomie de la Société, mon ancien interne, dont le mérite et l'exactitude consciencieuse me sont parfaitement connus, fît l'examen microscopique de ces muscles atrophiés. Il a choisi le muscle deltoïde, qui présentait en effet tous les degrés de l'atrophie. Voici la note qu'il m'a remise à ce sujet, et qui a été déjà communiquée à la Société anatomique.

EXAMEN MICROSCOPIQUE DU MUSCLE DELTOÏDE DROIT DE LECOMTE, par M. Gaillet. — «Dans les parties où le muscle a conservé l'aspect rose, on trouve les faisceaux primitifs du tissu musculaire avec leurs stries transversales assez nettes; mais la couleur de ces faisceaux est plus pâle qu'à l'état normal, et entre les stries on voit déjà de fines granulations, les unes grises, les autres brillantes, arrondies, plus volumineuse (de 0mm,005 à 0mm,008 de diamètre), rappelant par leur éclat les granulations graisseuses.

»Dans les parties complétement décolorées qui à l'œil nu présentent la coloration jaune paille, on peut encore reconnaître des cylindres allongés, représentant les faisceaux primitifs du tissu musculaire. La membrane amorphe (*sclerema*), qui enveloppe chaque faisceau primitif, est conservée, mais la substance contenue a perdu l'aspect strié: elle est remplacée par une masse granuleuse uniforme présentant une foule de petits points gris (granulations moléculaires), qui par leur petit volume échappent à l'appréciation micrométrique. D'autres granulations brillantes, de nature graisseuse, sont éparses et en assez grande quantité au sein de cette masse granuleuse. Dans quelques points rares de la préparation, les cylindres présentent encore un aspect strié, mais que l'on ne peut apercevoir qu'après un examen très-attentif, car il est presque complétement obscurci par la masse granuleuse.

»L'altération ne s'arrête pas à ces cylindres granuleux, qui conservent encore la forme et le volume du faisceau primitif qu'ils remplacent. On voit ces cylindres granuleux diminuer de volume, s'amincir. Les plus volumineux ont 0mm,02 à 0mm,03 de diamètre; or c'est à peu près le volume des faisceaux primitifs du tissu musculaire, et ce volume ne varie que dans des limites très-restreintes, comme on le sait, dans les muscles de la vie animale. Les cylindres granuleux les plus fins ont au contraire à peine 0mm,008 à 0mm,009 de diamètre. On voit même dans ces derniers des interruptions plus ou moins nombreuses, arrondies sur leurs limites et qui ne me semblent nullement dues au mode de préparation, car les plus volumineux ne présentent pas ces interruptions, et celles qui sont accidentelles sont beaucoup plus irrégulières. Dans ces derniers cylindres granuleux, la membrane des faisceaux primitifs du tissu musculaire a disparu, et la masse musculaire me semblait à nu dans le tissu cellulaire. Enfin on voyait dans la préparation du tissu cellulaire fasciculé et très-abondant.

»Ainsi les faisceaux primitifs du muscle ont disparu plus ou moins complétement: dans les points les plus altérés on n'en reconnaît plus de traces. La substance striée ne disparaît pas d'emblée, elle passe d'abord à l'état de cylindres granulo-graisseux qui deviennent consécutivement le siége d'une absorption complète, comme le montre ce que je viens de dire: en sorte que là où les faisceaux primitifs ont disparu, il ne reste, pour constituer ce muscle, que quelques cylindres granulo-graisseux d'un petit diamètre et le squelette celluleux du muscle.»

Ces recherches me paraissent d'autant plus importantes qu'elles établissent que l'examen microscopique démontre la présence de granulations et de vésicules adipeuses, là où l'œil nu ne pouvait pas encore reconnaître l'altération de la fibre musculaire et son caractère adipeux, et constatait seulement une décoloration jaunâtre, jaune pâle ou peau de daim. C'est ce qui explique pourquoi dans deux observations qui m'ont été remises par MM. Bouvier et Duchenne et qui ont été recueillies à l'hôpital Beaujon l'une dans le service de M. Bouvier par M. Géry, l'autre dans les services de MM. Sandras et Robert par M. Landry, il est dit expressément qu'il y avait atrophie musculaire sans substitution d'un tissu à un autre tissu; ce qui était en opposition avec ce que j'avais observé dans ma deuxième autopsie, celle du berger Legrand, où j'avais vu positivement qu'un grand nombre de muscles étaient passés à l'état graisseux. Cette dissidence vient évidemment de ce que j'avais observé l'atrophie musculaire à un degré plus avancé que les observateurs dont je viens de parler.

Ainsi, bien convaincu par l'observation microscopique que la transformation graisseuse commence là où l'œil nu ne la démontre pas encore, j'ai étudié, à l'aide d'une loupe fortement grossissante, des portions de muscles qui, à l'œil nu, me paraissaient simplement décolorées; et à mon grand étonnement, j'ai vu dans un grand nombre de points des vésicules graisseuses entourant chaque fibre musculaire: d'abord, c'étaient des vésicules peu nombreuses, puis ces vésicules entouraient la totalité de la fibre qui devenait de moins en moins distincte et qui finissait par disparaître complétement. Après avoir isolé ainsi quelques fragments de muscles atrophiés qui, à l'œil nu, paraissaient simplement décolorées, je les ai placés dans du papier sur lequel je les ai fortement comprimés. Ce papier ayant été desséché au poêle, il y est resté des taches de graisse très-prononcées. J'ai communiqué ces observations à la Société anatomique.

Le résultat des observations microscopiques de M. le docteur Gaillet est exactement semblable à celui de M. le docteur Edward Meryon, médecin anglais, qui vient de publier dans MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS, 1852, vol. XXXV, pag. 72, une observation de transformation graisseuse des muscles volontaires, sous le titre suivant: ON GRANULAR AND FATTY DEGENERATION OF THE VOLUNTARY MUSCLES. Ce travail est accompagné de figures qui représentent la fibre musculaire dégénérée examinée au microscope. Ces figures, qui sont au nombre de quatre, représentent les degrés divers à travers lesquels passe le muscle avant d'arriver à la métamorphose graisseuse complète. Dans la première, on voit les stries transverses qui sont le caractère microscopique du muscle dans l'état sain; dans la deuxième, les stries transverses commencent à disparaître et sont remplacées par des granules; dans la troisième et dans la quatrième, les stries transverses ont disparu et sont remplacées par des granules ou par des vésicules adipeuses.

Enfin, j'ajouterai que M. Duchenne a voulu faire examiner de son côté, au microscope, le système musculaire de notre malade, et que M. Mandl, auquel il s'est adressé, a dessiné, les pièces sous ses yeux, des figures qui sont la représentation fidèle de celles du docteur Meryon.

A mon avis, aucune preuve plus péremptoire ne peut être fournie en faveur de l'importance des observations microscopiques que cette uniformité de résultats.

Cela posé sur l'état du système musculaire de notre malade, voyons l'état du système nerveux.

SYSTÈME NERVEUX. — 1° La *masse encéphalique* est dans l'état le plus normal. Elle est même remarquable par sa consistance; son poids est de 1 kilog 300 grammes. Il est bon de rappeler que le système artériel de notre sujet avait été injecté, et que l'injection des artères de la masse encéphalique avait très-bien réussi; il faut donc retrancher quelques grammes du poids indiqué.

2° MOELLE ÉPINIÈRE.—Parfaitement saine, et de volume, et de couleur, et de consistance; les faisceaux antérieurs, que j'ai examinés d'une manière plus particulière, sont dans l'état normal. Les racines postérieures des nerfs spinaux sont également dans l'état le plus complet d'intégrité; mais les racines antérieures de ces nerfs sont d'une infériorité extrêmement remarquable par rapport aux racines postérieures; et cette infériorité est surtout énorme à la région cervicale. On sait que notre regrettable collègue Blandin avait établi entre les deux ordres de racines, dans les diverses régions du rachis, les rapports suivants: 1° au cou, les racines postérieures sont aux racines antérieures comme 2 : 1, à la région dorsale comme 1 : 1, et aux lombaires comme 1 1/2 : 1. J'ai cru devoir (ANAT. DESCRIPTIVE, tit. IV, p. 474) modifier ce rapport approximatif ainsi qu'il suit: à la région cervicale, le rapport entre les racines postérieures et les racines antérieures est de 3 : 1, à la région dorsale, de 1 1/2 : 1, et à la région lombaire, de 2 : 1. On voit que mon approximation est bien plus considérable que celle de Blandin en faveur des racines postérieures dans toutes les régions, mais surtout à la région cervicale; et cette prédominance des racines postérieures s'applique non-seulement au volume de l'ensemble des racines, mais encore au volume de chaque racine en particulier.

Eh bien! dans le cas actuel, les racines antérieures n'étaient peut-être pas le quart ou le cinquième en volume des racines postérieures, aux régions dorsale et lombaire; elles n'étaient pas la dixième partie, en volume, à la région cervicale.

Après avoir constaté ce fait d'une manière générale, j'ai fait plonger pendant vingt-quatre heures la moelle épinière dans de l'acide nitrique étendu d'eau, et comme moyen de conservation et de durcissement de la moelle, et aussi pour rendre plus évidente la structure des racines et la proportion dans ces racines de la fibre nerveuse avec leur névrilème, et voici ce que j'ai observé.

J'ai constaté de nouveau: 1° l'intégrité parfaite de la moelle épinière; 2° l'intégrité parfaite des racines postérieures des nerfs spinaux, et dans leur volume et

dans leur couleur; 3° l'infériorité relative des racines spinales antérieures de la région cervicale, qui m'avait si vivement frappé à la première vue, avant l'immersion dans l'acide nitrique étendu, m'a paru bien plus frappante encore.

Dans plusieurs paires cervicales, ces racines sont réduites à leur névrilème, et se présentent sous l'aspect de petits filaments gris extrêmement déliés, lesquels se groupent, comme de coutume, pour traverser la dure-mère par un canal spécial, antérieur à celui des racines postérieures; l'extrêmement petit faisceau qui résulte de leur groupement est également gris, et vient se réunir, comme de coutume, au gros cordon cylindrique qui sort du ganglion rachidien correspondant.

Ces filaments gris, examinés à l'aide d'une forte loupe, ne présentent aucune trace du tissu nerveux proprement dit; il n'y a là que du névrilème.

Que devient le faisceau gris formé par le groupement des racines antérieures, après sa conjugaison avec le cordon émané du ganglion des racines postérieures? Se mêle-t-il? se combine-t-il avec ce cordon nerveux? J'ai inutilement cherché à résoudre ce problème anatomique; il ne m'a pas été possible de suivre ce tissu gris au delà de son point d'immersion ou de conjugaison.

Voici d'ailleurs quelques détails plus circonstanciés sur les racines antérieures des nerfs spinaux. Je ne puis dire en quel état se trouvait la racine antérieure de la première paire cervicale, la portion de moelle d'où elle procède ayant été enlevée avec le bulbe rachidien. Mais ce qui est évident, c'est que l'atrophie des racines antérieures des deuxième et troisième paires cervicales est aussi complète que possible à droite et à gauche. Tous les filets d'origine sont réduits à leur névrilème.

Les racines antérieures de la quatrième paire cervicale, droite et gauche, sont moins complétement atrophiées; plusieurs racines moins déliées conservent encore leur blancheur, preuve bien manifeste que plusieurs filaments nerveux ont échappé à l'atrophie.

La substance nerveuse apparaît encore d'une manière non équivoque dans les racines antérieures de la cinquième paire cervicale, qui sont bien moins atrophiées que celles des sixième, septième et huitième paires de la même région. On découvre dans ces dernières, surtout à gauche, quelques racines grises et par conséquent réduites au névrilème, intermédiaires à des racines plus volumineuses qui paraissent contenir encore de la substance nerveuse.

Il est donc évident qu'à la région cervicale il existe deux espèces d'atrophies : une atrophie par amaigrissement ou par *macilence*, et une atrophie par disparition ou absorption complète du tissu nerveux. Il m'a semblé que dans la région cervicale, la plupart des racines antérieures atrophiées qui contenaient encore de la substance nerveuse ne représentaient pas la dixième partie du volume des racines postérieures. La proportion est bien moins considérable encore quant aux racines antérieures complétement atrophiées; car leur volume peut être considéré comme représenté par zéro, puisqu'il n'y avait pas vestige de substance nerveuse.

Les racines antérieures des nerfs dorsaux et lombaires, sauf la première paire dorsale, qui partage la disposition des dernières vertebres cervicales, et dont, par conséquent, le volume apparent n'est pas la dixième partie des racines postérieures; les racines antérieures des nerfs dorsaux et lombaires, dis je, n'ont subi que l'atrophie par *macilence*. La fibre nerveuse elle-même paraît avoir été respectée, et le volume des racines postérieures est à celui des racines antérieures au moins comme 4 : 1, au lieu du rapport normal qui est comme 1 1/2 : 1 pour les paires dorsales, et comme 2 : 1 pour les paires lombaires.

J'ai déjà dit qu'on suivait parfaitement les racines antérieures depuis le point où elles se détachent de la moelle épinière jusqu'à leur immersion dans le gros cordon nerveux qui émane du ganglion rachidien correspondant; mais là il est impossible de les poursuivre plus loin, il y a fusion intime; et les cordons qui constituent le plexus brachial par leur réunion, et le plexus brachial lui-même, et les branches nerveuses qui en émanent, paraissent dans l'état le plus naturel. La dissection la plus minutieuse de ces cordons nerveux, après immersion dans l'acide nitrique étendu, ne permet de rien découvrir d'anormal; en sorte qu'il semblerait que l'atrophie soit limitée aux racines antérieures elles-mêmes, depuis leur origine jusqu'à leur conjugaison avec le cordon émané des racines postérieures.

Restait à étudier les nerfs musculaires proprement dits, ceux qui se détachent des troncs nerveux, presque toujours mixtes, qui émanent des plexus pour aller se distribuer exclusivement aux muscles. Il s'agissait de suivre ces nerfs dans l'épaisseur des muscles eux-mêmes. Les nerfs émanés du cubital antérieur, qui vont se distribuer au muscle cubital antérieur et à la moitié interne du muscle fléchisseur profond des doigts, la branche musculaire terminale du nerf cubital qui va se distribuer aux muscles de l'éminence hypothénar et aux muscles interosseux, y compris l'adducteur du pouce, m'ont paru se prêter parfaitement à cette étude. Or, j'ai trouvé ces branches musculaires, et plus particulièrement la branche musculaire terminale du nerf cubital d'une infériorité relative beaucoup plus grande que de coutume, eu égard à la branche terminale cutanée. La proportion du névrilème, comparé à la substance nerveuse, m'a paru également beaucoup plus considérable, et c'est à peine si l'on pouvait distinguer autre chose que du névrilème dans les filets qui pénétraient les muscles interosseux et les muscles de l'éminence hypothénar. Je n'ai pas besoin de rappeler que les membres soumis à cet examen avaient été préalablement soumis à l'action de l'acide nitrique étendu, puis plongés dans de l'eau légèrement alcoolisée.

Mais c'est surtout à la langue, dont nous avons vu le tissu musculaire presque entièrement transformé en tissu adipeux, qu'il m'a été donné de faire ces observations de la manière la plus complète et la plus convaincante.

On sait que le nerf grand hypoglosse est essentiellement et exclusivement le nerf moteur de la langue. Malheureusement la destruction du bulbe rachidien ne me permettait plus d'étudier ses racines d'origine; mais j'ai pu suivre parfaitement ce nerf jusque dans l'épaisseur de la langue elle-même. Or, avant l'immersion dans l'acide nitrique, ce nerf paraissait n'avoir tout au plus que le tiers du volume ordinaire; mais après l'immersion dans l'acide nitrique étendu, suivie de l'immersion dans l'eau, le névrilème ayant été réduit à une gelée transparente, j'ai vu que la substance nerveuse proprement dite était réduite à des proportions qui ne dépassaient pas la sixième partie, peut-être même un chiffre plus inférieur encore, de l'état normal. Plusieurs divisions de ce nerf étaient même réduites au névrilème; d'autres ne présentaient qu'un filament nerveux, très-délié, moins blanc que de coutume; mais ce qui rendait l'atrophie du nerf grand hypoglosse plus frappante encore, c'était la comparaison de ce nerf avec le nerf lingual, qui avait conservé son volume normal, et dont les gros filets nerveux, bien blancs et bien nourris, contrastaient avec l'exiguïté du tronc et des divisions du nerf grand hypoglosse.

Tel est, messieurs, le résultat des observations que j'ai pu faire et sur le système musculaire et sur le système nerveux de Lecomte.

Avant de soumettre à l'Académie les réflexions que m'a suggérées l'étude comparative des symptômes observés au lit des malades et des lésions trouvées après la mort, je lui demanderai la permission de lui donner lecture d'une note que j'ai réclamée de l'obligeance de M. Duchenne, qui a suivi avec le plus grand zèle les diverses phases de la maladie de Lecomte, auquel, comme moi, il portait le plus vif intérêt, et qui à ma prière l'a soumis à l'électrisation presque jusqu'à ses derniers jours.

Voici cette note, que je vais rapporter textuellement.

» J'ai fait une première exploration électro-musculaire chez Lecomte en février 1850, époque de son entrée à la Charité dans le service de M. Andral (salle Saint-Félix, n° 11), et j'ai constaté alors qu'à l'exception des abducteurs de l'index et du médius, les interosseux de la main droite ne répondaient plus à l'excitation électrique; que de ce côté les muscles des éminences thénar et hypo-thénar se contractaient très-faiblement par cette même excitation.

» Cette main était alors très-atrophiée; elle affectait déjà la forme d'une griffe.

» Dans les autres régions du corps on constatait l'existence de tous les muscles à l'aide de l'exploration électrique, bien que ces muscles s'atrophiassent déjà, surtout ceux du membre supérieur gauche, et qu'ils fussent le siége de contractions fibrillaires presque continues.

» Certains usages du pouce et de la main droite étaient seuls perdus, mais les autres mouvements s'exécutaient quoique *avec moins de force* qu'à l'état normal.

» La parole était embarrassée et cependant la langue se contractait bien par l'électricité.

» L'électrisation localisée, qui avait déjà réussi et que depuis lors j'ai appliquée avec succès dans des cas analogues, a complétement échoué chez Lecomte, bien que je la lui aie appliquée régulièrement et vigoureusement pendant deux mois. Cependant il semblait avoir plus de force après chaque opération. L'électrisation n'a pas empêché, plus que les autres moyens nombreux employés après elle, l'atrophie de se généraliser.

» J'ai vu s'atrophier un à un la plupart de tous ses muscles, et j'ai constaté que chacun d'eux s'est contracté, soit par la volonté, soit par l'électricité, *jusqu'à la dernière fibre musculaire*. L'absence complète de mouvement (la paralysie), n'avait lieu que *lorsqu'on ne pouvait plus constater l'existence du muscle par la contractilité électrique*.

» La sensibilité de la peau examinée dans toutes les régions du corps au moyen de l'*excitation électro-cutanée*, a été trouvée normale pendant tout le cours de la maladie, mais la *sensibilité* des muscles, c'est-à-dire la sensation qu'on produit par l'excitation du muscle, a diminué en raison directe du degré d'atrophie.

» Il serait trop long d'indiquer l'époque de la *mort* de chacun des muscles de Lecomte; je me bornerai à dire que tous les muscles de la main droite ne se contractent plus depuis trois ans au moins, que l'année suivante on ne trouvait contractiles à la main droite que les muscles de l'éminence hypothénar, où j'ai pu obtenir quelques faibles contractions jusqu'à la mort de Lecomte; que depuis plus d'un an la langue et le deltoïde ne se contractaient plus par l'électricité; enfin, que la plupart des muscles du bras, bien que très-atrophiés et évidemment malades depuis l'entrée du patient à l'hôpital (depuis le commencement de 1850), se contractèrent encore très-notablement par l'excitation électrique peu de jours avant la mort.

» Ces derniers muscles ont été trouvés parfaitement sains; ceux au contraire chez lesquels la contractilité électrique n'existait plus, avaient subi plus ou moins la transformation graisseuse.

» Je terminerai cette note par quelques observations sur les muscles respirateurs de Lecomte.

» M. Cruveilhier se rappelle qu'un malade atteint d'atrophie musculaire avec transformation graisseuse, le capitaine au long cours, et qui avait perdu son diaphragme (c'est le premier sujet sur lequel il m'a été donné de constater les signes du défaut d'action du diaphragme), a pu vivre un certain temps en respirant seulement avec ses intercostaux et ses respirateurs supérieurs (les grands pectoraux, les scalènes, les grands dentelés), et qu'il est mort asphyxié à l'occasion d'une simple bronchite. Craignant pour le diaphragme de Lecomte qui avait perdu depuis longtemps l'action de ses intercostaux, etc., j'ai eu l'idée d'exciter, avec votre approbation, de temps à autre ce muscle par l'intermédiaire de ses phréniques, dans le but d'en entretenir la vie pendant un certain temps. Chaque fois que je pratiquais cette opération, ses côtes diaphragmatiques étaient mises en mouvement en même temps que son abdomen se soulevait. Mais depuis plusieurs mois, cette même excitation n'avait plus d'action sur ces côtes, son épigastre seul se soulevait alors. Ces phénomènes coïncidaient avec une plus grande gêne dans la respiration. J'en conclus que très-probablement son dernier muscle respirateur, le diaphragme, s'atrophiait à son tour. Dans ces derniers temps aussi l'électrisation du diaphragme faisait un grand plaisir à Lecomte, qui respirait mieux alors et m'en témoignait sa reconnaissance par l'expression de son regard et par la contraction de son grand zygomatique, le seul qu'il pût mouvoir à la face. Eh bien! ce diagnostic s'est bientôt réalisé puisque Lecomte est mort asphyxié et que son

diaphragme a été trouvé *très-aminci* (1) par l'atrophie, bien que la fibre musculaire ne fût pas encore altérée. »

RÉFLEXIONS SUR L'OBSERVATION PRÉCÉDENTE, ET CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA PARALYSIE MUSCULAIRE ATROPHIQUE.

L'observation de Lecomte me paraît compléter l'anatomie pathologique de la paralysie musculaire progressive atrophique.

La première autopsie avait démontré dans cette maladie l'intégrité parfaite du centre nerveux céphalo-rachidien ; mais elle n'avait démontré que cela.

La deuxième autopsie avait confirmé les résultats de la première, mais elle avait en outre établi comme cause de la paralysie du mouvement l'atrophie musculaire dont j'avais pu constater tous les degrés, depuis le simple amaigrissement du muscle avec décoloration légère de son tissu, jusqu'à la transformation graisseuse, qui en est le dernier terme.

La troisième autopsie a confirmé le résultat des deux autopsies précédentes quant à l'intégrité du centre céphalo-rachidien et quant à l'atrophie musculaire, mais elle établit en outre, de la manière la plus positive, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, atrophie dont j'ai pu également suivre les divers degrés, depuis la simple diminution de ces racines sans altération notable du tissu, jusqu'à la réduction des racines spinales en névrilème, dernier terme de l'atrophie nerveuse.

Ainsi l'anatomie pathologique de la paralysie musculaire progressive atrophique se compose de trois éléments :

D'un premier élément, qui est négatif, c'est l'intégrité parfaite de la partie centrale du sytème nerveux;

D'un deuxième élément, l'atrophie des racines antérieures, coïncidant avec l'intégrité parfaite des racines postérieures;

D'un troisième élément, l'atrophie des muscles paralysés.

Voyons si ces caractères anatomiques rendent un compte satisfaisant des symptômes observés au lit du malade.

Je l'ai déjà dit, le caractère fondamental, ou, en d'autres termes, la caractéristique clinique de cette maladie, c'est la coïncidence de la paralysie du mouvement avec l'intégrité parfaite de la sensibilité générale et spéciale, l'intégrité de l'intelligence et l'intégrité de toutes les fonctions nutritives. Aucune autre espèce de paralysie n'est plus exclusivement limitée au mouvement. Un seul système d'organes est atteint, le système musculaire; une seule fonction, la locomotion. Et s'il m'était permis de parler ici un langage figuré, mais qui rend parfaitement ma pensée, je dirais que les malheureux affectés de cette maladie parvenue à son apogée réalisent cette fiction du Tasse qui nous représente les arbres de sa forêt enchantée, dont chacun était une créature humaine métamorphosée, sensibles à tous les coups qui leur étaient portés sans pouvoir s'y soustraire, et ne pouvant exprimer leur douleur autrement que par de sourds gémissements.

Eh bien ! que nous montre l'anatomie pathologique mise en regard de l'observation clinique ?

A l'intégrité parfaite de l'intelligence répond l'intégrité parfaite de l'encéphale.

A l'intégrité parfaite du sentiment répond l'intégrité parfaite des faisceaux postérieurs de la moelle et des racines postérieures des nerfs spinaux.

A la paralysie du mouvement répondent : 1° l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux; 2° l'atrophie musculaire.

La marche graduelle ou progressive de la paralysie du mouvement est d'ailleurs parfaitement expliquée par la marche graduelle ou progressive de l'atrophie musculaire, aussi bien que par celle de l'atrophie nerveuse.

Mais quelle est la part respective de l'atrophie musculaire et de l'atrophie des racines spinales antérieures dans la production de cette paralysie ? Ou en d'autres termes, quel est le rapport qui existe entre ces deux atrophies ? C'est là, je crois, le nœud de la question. Je vais essayer de l'aborder.

Et d'abord, je ne pense pas qu'on puisse admettre que le fait de la coïncidence de l'atrophie musculaire et de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux soit un fait exceptionnel, par cela seul que cette coïncidence n'a pas encore été observée. Pour mon compte, je n'admets pas les faits exceptionnels dans les sciences d'observation. Le mot célèbre d'un grand écrivain philosophe, *l'exception confirme la règle*, me paraît un paradoxe insoutenable ; car, de deux choses l'une, ou bien les faits exceptionnels sont des faits incomplets, mal observés, ou bien ces faits sont exacts ; dans le premier cas, ce sont de mauvais faits qui n'appartiennent à aucune catégorie, et dont il faut purger la science ; dans le second cas, ce sont des faits d'un autre ordre, appartenant à une autre règle ; ils ne sont donc pas exceptionnels.

Je passe à d'autres objections.

La coïncidence de l'atrophie musculaire et de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux serait-elle purement fortuite? Une pareille assertion se réfute d'elle-même. Quoi ! il est démontré par les expériences physiologiques les plus péremptoires que les racines antérieures des nerfs spinaux partagent la propriété des faisceaux antérieurs ou antéro-latéraux de la moelle, que comme ces derniers elles sont exclusivement affectées au mouvement, et l'on voudrait qu'il n'y eût qu'une simple coïncidence entre l'atrophie des muscles et l'atrophie des nerfs qui en sont les seuls excitateurs ! Évidemment, cela implique.

Il y a donc connexion, et connexion intime entre ces deux lésions, l'atrophie musculaire et l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux ; et bien évidemment il ne peut exister entre elles d'autre rapport qu'un rapport de subordination. Mais, de ces deux lésions, quelle est celle qui est cause, point de départ? quelle est celle qui est effet? Ces deux hypothèses peuvent être soutenues : raisonnons successivement dans le sens de l'une et de l'autre.

Si nous admettons que l'atrophie musculaire est la cause organique primitive de la maladie, il faut nécessairement admettre que l'atrophie nerveuse est un effet consécutif. Sans doute, on conçoit que de même que le système vasculaire d'un organe diminue et s'atrophie en proportion de la diminution et de l'atrophie de cet organe, le système nerveux devenu inactif puisse éprouver dans les mêmes circonstances une réduction proportionnelle. Ne voit-on pas, en effet, le nerf optique s'atrophier lorsque le globe oculaire a été atteint par une maladie ou par une lésion mécanique qui l'a rendu inapte à remplir ses fonctions?

Le même phénomène devrait certainement se produire dans les nerfs du mouvement s'il existait une atrophie musculaire primitive ou idiopathique, je veux dire indépendante du système nerveux. Je suis même persuadé qu'à la suite de l'amputation d'un membre, les racines spinales antérieures et postérieures qui présidaient au mouvement et au sentiment des parties qui n'existent plus doivent présenter des atrophies correspondantes ; mais, dans le cas actuel, ce qui faudrait prouver, c'est la préexistence de l'atrophie musculaire à la paralysie ; or la marche de la maladie établit au contraire de la manière la plus positive que l'affaiblissement ou la paralysie commençante précède toujours l'atrophie du système musculaire.

Mais telle est quelquefois la rapidité avec laquelle l'atrophie musculaire succède à l'affaiblissement de la myotilité, qu'on serait tenté de croire que l'atrophie musculaire est la cause et la paralysie l'effet, ou tout au moins que la paralysie et l'atrophie marchent simultanément. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans aucune autre espèce de paralysie l'atrophie n'est ni aussi prompte ni aussi complète; et en cela cette paralysie se différencie parfaitement de toutes les paralysies qui ont leur point de départ au centre céphalo-rachidien. Cela est si vrai que dans plusieurs observations que j'avais recueillies avant d'avoir constaté par l'autopsie l'atrophie du système musculaire, j'avais été tellement frappé de la rapidité insolite du développement de l'atrophie, que j'avais caractérisé cette maladie sous le titre de *paralysie musculaire avec atrophie.*

La théorie de l'atrophie primitive des racines antérieures des nerfs spinaux, ayant pour effet immédiat la paralysie musculaire progressive qui en révèle l'existence, et pour effet consécutif l'atrophie musculaire, est bien plus conforme à l'ordre hiérarchique des fonctions. Toute la physiologie comme toute la pathologie du système nerveux n'établissent-elles pas en effet partout et toujours la subordination des muscles aux nerfs qui les animent : la moindre excitation, la moindre lésion des nerfs qui président au mouvement en exerçant une influence correspondante sur les muscles auxquels ils se distribuent ; la section d'un nerf qui anime exclusivement un muscle ou un groupe de muscles ayant pour résultat la paralysie d'abord, puis l'atrophie rapide de ce muscle ou de ce groupe de muscles.

Et je prie qu'on ne se laisse pas préoccuper par des considérations étrangères à la question, par une apparente difficulté d'expliquer l'atrophie musculaire par l'atrophie des racines spinales antérieures, alors que des physiologistes distingués ont cru devoir adopter l'opinion que les racines postérieures des nerfs spinaux ont, exclusivement aux racines antérieures, des connexions intimes avec le travail nutritif des organes. N'oublions pas que les faits pathologiques sont souvent des expériences toutes faites sorties des mains mêmes de la nature, et quelquefois bien autrement démonstratives que les vivisections les plus habilement instituées.

Quant à l'influence qu'exercent les nerfs musculaires, et par conséquent les racines spinales antérieures dont ils sont une provenance sur la nutrition des muscles, elle est démontrée par tous les faits de section accidentelle des nerfs moteurs. Ainsi, rien n'égale la rapidité avec laquelle se produit l'atrophie des muscles de l'éminence hypothénar et des muscles

(1) Je crois que le mot *aminci* est plus exact.

extenseurs lorsque le nerf cubital a été coupé, celle des muscles extenseurs de la main et des doigts à la suite de la section du nerf radial, etc.

Mais le fait le plus démonstratif que j'ai vu à cet égard a été recueilli dans le service de Dupuytren par M. Montault (1), alors interne à l'Hôtel-Dieu, et présenté à la Société anatomique. C'était un cas d'atrophie avec paralysie complète du mouvement de la moitié gauche de la langue, avec persistance du tact et de la faculté gustative du même côté. Dupuytren, au grand étonnement de ses auditeurs, diagnostiqua une compression du nerf grand hypoglosse, et, ce qui était plus surprenant encore, il diagnostiqua que cette compression était produite par un kyste acéphalocyste. Le secret de ce diagnostic, c'est que le malade était porteur de plusieurs kystes acéphalocystes, et Dupuytren n'ignorait pas que cette production organique a une grande tendance à se généraliser, au moins dans un assez grand nombre de cas. Le malade étant mort, il fut constaté que le nerf grand hypoglosse était comprimé à son passage à travers le condylien postérieur, et que la cause de cette compression était due à un kyste acéphalocyste. J'ai étudié avec beaucoup de soin cette langue dont la moitié gauche, entièrement graisseuse et très-mince, contrastait avec le développement considérable de la moitié droite, dont les fibres musculaires étaient parfaitement intactes. Le nerf lingual du côté paralysé était aussi développé que le nerf lingual du côté sain; le nerf grand hypoglosse du côté paralysé, au contraire, n'avait pas le tiers du volume de celui de l'autre côté. La langue n'ayant pas été soumise à l'action de l'acide nitrique étendu, il ne m'a pas été donné de déterminer, comme dans le cas de Lecomte, le rapport qui existait entre le névrilème et la fibre nerveuse proprement dite (2).

Je regarde donc comme démontrée cette proposition que, dans la maladie qui nous occupe, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux est la lésion primitive, et l'atrophie musculaire la lésion consécutive, sans conclure en aucune façon que les racines antérieures contiennent, en même temps que les nerfs moteurs, une classe particulière de nerfs que le scalpel n'a jamais démontrée, les *nerfs nutritifs*. Je me rends compte de l'atrophie musculaire d'une manière bien plus simple en la rattachant au défaut d'action, cette grande cause de l'atrophie en général, et de l'atrophie musculaire en particulier. L'observation démontre en effet qu'à mesure que l'influx nerveux diminue dans un muscle, ce muscle s'atrophie en proportion de la diminution de son activité, et que l'atrophie devient complète, et cela très-rapidement, lorsque toute action nerveuse a cessé. Voilà pourquoi la section d'un nerf propre à un muscle ou à un groupe de muscles exerce sur la nutrition de ce muscle ou de ce groupe de muscles, comme aussi sur leur paralysie, une action bien plus complète et bien plus rapide, parce qu'elle est plus directe, que les lésions, aussi profondes qu'on puisse les supposer, du centre nerveux céphalo-rachidien.

Si tous les symptômes de la paralysie musculaire, progressive, atrophique, s'explique parfaitement par l'atrophie musculaire, envahissant successivement et graduellement les diverses fractions du système musculaire, les attaquant tantôt par régions, tantôt suivant l'ordre de leur action, ici par groupes, là un à un, faisceau par faisceau, filet par filet, tous ces symptômes s'expliquent d'une manière bien plus satisfaisante encore par l'atrophie des racines motrices des nerfs spinaux, présidant en quelque sorte à l'atrophie des fibres musculaires. Qu'on me permette d'entrer à cet égard dans quelques détails.

Aussitôt que les racines antérieures des nerfs spinaux ont éprouvé le premier degré de l'atrophie, à savoir l'atrophie par amaigrissement ou par macilence, les muscles qui reçoivent leurs nerfs de ces racines antérieures s'affaiblissent en proportion de l'intensité de cette atrophie; et en même temps que leur force contractile diminue, ces muscles s'atrophient : ainsi diminution de l'influx nerveux par l'atrophie des racines spinales antérieures, diminution de la myotilité, atrophie musculaire, tel est l'ordre de succession suivant lequel se produisent les phénomènes. Si l'atrophie nerveuse reste stationnaire, l'atrophie musculaire reste également stationnaire; à l'atrophie par macilence des nerfs répond l'atrophie par macilence des muscles correspondants. Ainsi, chez Lecomte, les racines antérieures des nerfs dorsaux et lombaires ayant seulement diminué de volume, les muscles des membres inférieurs (à l'exception des muscles de la région antérieure de la jambe et des faisceaux les plus postérieurs du soléaire) et les muscles des parois abdominales n'avaient pas subi d'atrophie remarquable; les muscles intercostaux eux-mêmes n'avaient pas dépassé le degré de l'atrophie par macilence, bien que les effets de leur contraction parussent complétement nuls pendant la vie du malade, tandis que les racines antérieures des paires cervicales et de la première dorsale étant le siége principal de l'atrophie, et cette atrophie étant même portée jusqu'à sa dernière limite dans un certain nombre d'entre elles, les muscles des membres supérieurs qu'elles animent étaient le siége principal de l'atrophie. J'ai donc la conviction intime que s'il était possible de déterminer d'une manière rigoureuse le degré relatif d'atrophie de chaque racine antérieure, de suivre ces racines à travers les diverses combinaisons qu'elles subissent dans les plexus nerveux et dans les cordons nerveux eux-mêmes jusqu'à leurs extrémités terminales, on pourrait expliquer d'une manière rigoureuse, par les divers degrés de l'atrophie des racines antérieures, les divers degrés de l'atrophie du muscle.

Pour se faire une idée de la marche si irrégulière et en apparence si bizarre de la paralysie musculaire atrophique, il faut se rappeler quelques données anatomiques dont voici les principales. L'anatomie de texture démontre en effet : 1° que chaque nerf est un plexus; 2° que chaque filet nerveux est constitué par un nombre plus ou moins considérable de filaments d'une ténuité excessive, tous parallèles, juxtaposés, lubrifiés, parfaitement distincts et indépendants les uns des autres; 3° que chaque filament nerveux à son extrémité centrale à la moelle et son extrémité périphérique à l'organe pour lequel il est destiné; que quelles que soient les combinaisons diverses à travers lesquelles passent ces filaments nerveux, ils se mêlent sans se confondre, et qu'ils conservent toujours la propriété qui les caractérise aussi bien que leur indépendance, de telle sorte qu'on peut considérer ces filaments nerveux comme autant de fils électriques isolés qui transmettent sur le cadran de leur extrémité terminale l'impulsion qu'ils sont reçue sur le cadran de leur extrémité centrale, et réciproquement.

Eh bien! cette indépendance anatomique aussi bien que physiologique des filaments nerveux explique pourquoi tel groupe de muscles, tel muscle en particulier, peuvent être affectés isolément; pourquoi, dans le même muscle, on rencontre quelquefois tous les degrés de l'atrophie; pourquoi tel faisceau musculaire peut être complétement passé au gras, tandis que le faisceau voisin aura à peine éprouvé le premier degré de l'atrophie, ou même présentera son caractère normal.

Cette indépendance explique pourquoi la paralysie musculaire atrophique présente en quelque sorte autant de variétés que d'individus; pourquoi elle ne débute presque jamais de la même manière, jamais sous forme hémiplégique ou paraplégique; pourquoi cette paralysie atrophique tantôt se généralise et envahit successivement tous ou presque tous les muscles volontaires, tantôt se localise à un membre, à un segment de membre, aux muscles de la paume de la main, au deltoïde, aux muscles de l'épaule, aux extenseurs et aux fléchisseurs des doigts. J'ai été consulté, il y a quelques années, pour deux enfants de la même famille chez lesquels la paralysie atrophique avait débuté par les muscles de la face. Tout récemment, j'ai été consulté par un négociant (1) très-fortement constitué, dont la paralysie atrophique est limitée à la langue; cet organe est agité de mouvements fibrillaires continuels; il me paraît rapetissé. L'articulation des sons est lente et incomplète, la déglutition difficile et exigeant pour s'accomplir la présence d'un bol alimentaire volumineux ou d'une certaine quantité de liquide : aussi la déglutition de la salive est-elle à peu près impossible. J'aurais cru à un commencement de paralysie générale des aliénés, si je n'avais pas eu connaissance de la paralysie musculaire atrophique.

Resterait maintenant une question étiologique à résoudre : Quelle est la cause de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux? Cette question serait toute résolue si les faisceaux antérieurs de la moelle étaient le siége de quelque altération, car j'ai eu occasion d'observer à la Salpêtrière plusieurs cas de paraplégie qui m'ont présenté, en même temps que l'atrophie des racines postérieures des nerfs spinaux, une dégénération grise des faisceaux postérieurs. J'ai même fait représenter plusieurs de ces cas, livraison XXXII, planche II.

Dans le premier cas, représenté figure 3, les cordons médians et postérieurs étaient transformés en une bande grise, gris jaunâtre et indurée, qui occupait toute la longueur de la moelle, laquelle était atrophiée et présentait à peu près les deux tiers de son volume ordinaire; les racines postérieures étaient tout à fait atrophiées, elles étaient transparentes, extrêmement grêles, et contrastaient avec les racines antérieures, qui avaient conservé leur volume et leur aspect naturels. L'atrophie des racines était un peu moins considérable à la région cervicale qu'aux régions dorsale et lombaire.

Dans un autre cas tout à fait semblable au précédent, les deux cordons médians et postérieurs de la moelle étaient convertis en une pulpe molle, gris rosé, pénétrée de vaisseaux sanguins : cette altération était plus profonde à la partie inférieure qu'à la partie supérieure de la moelle; or les racines postérieures des nerfs spinaux étaient très-grêles,

(1) Voy. BULLETIN DE LA SOC. ANAT., année 1832, p. 115.
(2) Il est dit dans l'observation : Le nerf glosso-pharyngien paraissait aussi avoir été comprimé, je n'en ai pas tenu note.

(1) Ce malade m'a été conduit par le docteur Neboux.

surtout en bas : je n'ai pas suivi les nerfs spinaux au delà du canal rachidien.

Dans un troisième cas de dégénérescence grise des cordons postérieurs de la moëlle, il y avait également atrophie des racines postérieures des nerfs spinaux.

Il est évident que dans ces cas l'atrophie des racines postérieures était consécutive à l'atrophie des faisceaux postérieurs de la moelle ; mais dans la paralysie musculaires atrophique nous avons vu que les cordons antérieurs de la moelle étaient parfaitement sains. Quelle est donc la cause de l'atrophie des racines antérieures dans ce cas ? Ici l'observation nous abandonne. Attendons que de nouveaux faits nous permettent de résoudre ce problème, à la solution duquel se rattacheront peut être des données thérapeutiques importantes sur cette maladie.

Et de même que la paralysie musculaire atrophique, partielle ou générale, inexprimable jusque là et confondue avec la paralysie par lésion de la moelle épinière, a d'abord trouvé son interprétation dans le fait de l'atrophie progressive, partielle ou générale, des muscles de l'appareil de la locomotion ; de même que cette atrophie musculaire progressive vient de trouver à son tour sa raison suffisante dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, espérons que cette atrophie des racines antérieures trouvera sa solution, soit par la détermination de l'origine réelle des nerfs spinaux, origine réelle qui nous est encore tout à fait inconnue, soit par la détermination de la lésion morbide de ces racines qui produit leur atrophie ; car n'oublions pas que l'atrophie est une espèce morbide qui est presque toujours secondaire ou consécutive à une autre lésion.

L'observation de Lecomte, en établissant que la cause de la paralysie musculaire atrophique réside, non dans les muscles eux-mêmes, mais dans les racines antérieures des nerfs spinaux, indépendamment de toute lésion appréciable de la moelle, a donc introduit un fait nouveau dans la science ; mais je ne me dissimule pas que la détermination de cette paralysie par l'atrophie des nerfs substituée à l'atrophie des muscles n'a fait que reculer la difficulté sans la détruire. Qu'est-ce à dire ? qu'il faut attacher peut d'importance à ce fait ? Telle n'est pas ma manière de voir. Dans les sciences d'observation, reculer la difficulté c'est un commencement de solution du problème, c'est, comme on le dit ailleurs, le dégagement d'une inconnue. Il est bien possible d'ailleurs que l'atrophie pure et simple des racines antérieures soit la cause organique la plus élevée à laquelle il nous soit donné d'atteindre.

Tout le reste est peut-être du ressort de l'observation clinique, qui, s'appuyant sur une bonne physiologie pathologique, pourra seule remplir les vides en nous éclairant sur les causes éloignées de cette maladie, sur sa connexion avec d'autres maladies, par exemple avec les affections rhumatismales, et poser les bases d'une bonne thérapeutique.

Il résulte d'ailleurs de l'anatomie pathologique de la paralysie musculaire atrophique, que toute thérapeutique, pour être efficace, doit être appliquée à la première période de la maladie, car bien évidemment une fois que l'atrophie nerveuse, aussi bien que l'atrophie musculaire, est consommée, aucune médication ne peut lui être applicable, car l'électricité qui pourrait bien être le principal moyen thérapeutique de cette maladie, ne peut pas plus refaire un nerf réduit à son névrilème, qu'elle ne peut refaire un muscle complétement atrophié.

Je conclus en disant qu'il existe une espèce de paralysie du mouvement, tantôt partielle, tantôt générale, coïncidant avec l'intégrité du sentiment et de l'intelligence, qui a son principe dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR LE CHOIX DES EAUX MINÉRALES DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE POITRINE ; par le docteur CONSTANTIN JAMES.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ II.

DES SOURCES LES MIEUX APPROPRIÉES AU TRAITEMENT DES DIFFÉRENTES FORMES DE LA PHTHISIE ET DU CATARRHE PULMONAIRE.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer sur les propriétés de certaines eaux minérales simplifient beaucoup ce qui nous reste à dire pour la solution de cette seconde partie de notre thèse. En effet, de l'action spéciale que chacune de ces eaux exerce sur le poumon et le larynx découlent tout naturellement les indications thérapeutiques relatives au choix des sources les plus convenables pour le traitement des différentes formes de la phthisie et du catarrhe pulmonaire. Si c'est la forme inflammatoire qui domine, on aura recours aux sources calmantes ; si, au contraire, c'est la forme adynamique, on aura recours aux sources stimulantes, appropriant autant que possible le mode d'action des sources aux susceptibilités organiques individuelles.

Mais avant de formuler à cet égard des préceptes plus circonstanciés, il me paraît utile d'entrer dans quelques détails sur la nature des lésions pulmonaires que les eaux sont appelées à combattre, sur leur mode de guérison et sur le degré plus ou moins grand de gravité auquel ces lésions sont curables. Commençons par les affections catarrhales.

Certains catarrhes sont causés ou entretenus par l'engorgement passif et en quelque sorte œdémateux de la muqueuse qui tapisse le larynx, la trachée et les bronches. Dans ce cas, les eaux excitantes, par leurs vertus *béchiques*, dégorgent les tissus, en rendant l'expectoration plus facile et plus libre. En même temps qu'elles redonnent du ton à la muqueuse, elles ramènent graduellement sa sécrétion à des conditions normales, et, par une médication substitutive, elles transforment une affection des plus graves en une phlegmasie simple. On a vu guérir ainsi des catarrhes offrant déjà le caractère puriforme.

D'autres fois, l'affection catarrhale dépend d'un état subinflammatoire de la muqueuse. On aura recours alors aux sources calmantes, dont l'effet sera d'exercer une action primitivement sédative, et de diminuer d'emblée la toux et l'expectoration. Dans ce cas, on ne verra survenir aucun de ces phénomènes critiques dont nous venons de parler, et les accidents se dissiperont sans passer par la période d'accroissement.

Mais si l'affection, au lieu d'être catarrhale, est tuberculeuse, pour quelles circonstances et dans quelles limites les eaux minérales pourront-elles être utilement employées ?

Trois cas principaux peuvent se présenter. Ou bien le tubercule, encore semi-liquide, est disséminé dans le tissu pulmonaire ; ou bien, il forme des concrétions soit isolées, soit réunies en masses appréciables à l'auscultation ; ou bien enfin la matière tuberculeuse est déjà ramollie, et elle constitue, au sein même des poumons, des ulcérations, peut-être même de véritables cavernes. Nous allons examiner chacune de ces trois conditions.

Si le tubercule n'est encore qu'à l'état de sécrétion, le raisonnement et l'observation semblent prouver que la phthisie sera curable. Rappelons-nous que certaines sources provoquent dans le poumon un travail éliminatoire que Bordeu compare à celui du kermès. Qu'y a-t-il d'impossible à ce que la matière tuberculeuse se trouve détachée et entraînée par l'expectoration ? On peut admettre également qu'elle est résorbée en partie par le fait des modifications imprimées à la circulation pulmonaire. Toujours est-il qu'on voit des personnes faibles, pâles, étiolées, offrant tous les prodromes de l'invasion tuberculeuse, recouvrer en peu de temps, par l'effet des eaux, les forces et l'embonpoint, et, dans la suite, ne rien éprouver du côté de la poitrine. Quel que soit ici le procédé suivi par la nature, il faudrait bien admettre que le poumon s'est trouvé dégagé.

Nous supposons maintenant que le tubercule est formé. Il est très-douteux que les eaux le fassent disparaître, mais pourtant elles seront utiles en combattant les complications que sa présence détermine. On sait que les concrétions tuberculeuses, surtout quand elles ont acquis un certain volume, sont la cause de mouvements fluxionnaires dont la résorption incomplète entraîne l'infiltration et l'engorgement des tissus environnants. L'eau minérale aura pour effet de les isoler et de rendre au parenchyme pulmonaire sa perméabilité : le tubercule restera enchatonné dans le poumon comme certains projectiles dans les chairs. C'est ainsi que vous trouvez quelquefois, sur le cadavre, des corps étrangers ou même des produits accidentels, dont aucun phénomène n'indiquait l'existence pendant la vie. Mais, à cette période de la maladie, on ne saurait procéder avec trop de réserve, de timidité même, dans l'emploi des eaux. Leur action trop continue ou mal dirigée amènerait la fonte des tubercules, et par suite l'aggravation de tous les symptômes.

Quant au troisième degré de la phthisie, nous n'avons que peu de choses à en dire. Quel bénéfice attendre des eaux, alors que le tissu pulmonaire est désorganisé, que la plupart des canaux sanguins et bronchiques ne sont plus perméables, et que les sommets sont réduits en une sorte de putrilage, ou creusés d'excavations ulcéreuses ! L'expérience a prouvé qu'en pareil cas les eaux minérales, quelles qu'elles soient, ont presque toujours le triste privilége de hâter la catastrophe.

En résumé donc, les eaux peuvent être utiles dans le premier degré de la phthisie, quelquefois aussi dans le second ; mais elles seraient fatales dans le troisième. Et ce que je dis ici de la phthisie pulmonaire s'applique également à la phthisie laryngée, qui n'en est presque toujours qu'une complication.

Toutefois, que les médecins et les malades le sachent bien, c'est surtout comme médication préventive que les eaux minérales jouissent d'une efficacité incontestable. Il ne faut donc pas attendre, pour y avoir recours, que le tubercule ait déjà imprimé aux organes sa fatale empreinte. Souvent, au contraire, il suffira, pour qu'on les conseille, que les craintes soient éveillées par quelque symptôme avant-coureur, ou par le simple soupçon d'une prédisposition héréditaire.

Ces préliminaires posés, j'arrive aux applications pratiques qui en sont le corollaire. Parlons d'abord des sources stimulantes.

Veut-on conseiller une eau sulfureuse, c'est principalement entre les Eaux-Bonnes et la Raillère qu'on pourra hésiter. Les Eaux Bonnes seront préférées si la circulation générale est languissante, le système nerveux peu irritable, et qu'il existe des signes stéthoscopiques ou autres d'un engorgement passif des poumons. Si au contraire le pouls est encore un peu vif, qu'il y ait de l'irritabilité et que des mouvements congestifs internes s'effectuent vers les organes pectoraux, on devra préférer la source de la Raillère. On la préfèrera surtout s'il y a eu des hémoptysies, accident toujours grave, alors même qu'il n'est pas le symptôme de tubercules.

Je n'ai rien de spécial à dire sur les autres sources sulfureuses que nous avons rangées dans la même classe, si ce n'est qu'on ne devra y recourir qu'à défaut des sources de la Raillère et des Eaux-Bonnes qui paraissent leur être infiniment supérieures.

Quant aux eaux du Mont-d'Or, nous nous rappelons qu'elles opèrent au sein de l'organisme une sorte de mouvement dynamique et centrifuge qui a pour effet de congestionner la peau, et de rappeler à leur siége primitif les évacuations supprimées. Elles n'agissent donc sur la poitrine qu'à titre de médication révulsive. Aussi doit-on, pour les prescrire, consulter moins l'état anatomique de la lésion pulmonaire que la cause qui l'a produite ou qui l'entretient. Qu'un organe aussi important que le poumon se trouve ainsi libéré de ses souffrances, la maladie peut n'être pas guérie en réalité; mais la nouvelle forme sous laquelle elle se manifeste dans un autre point ne compromet ni la vie ni la santé, et elle devient beaucoup plus accessible à nos traitements.

C'est surtout pour les affections catarrhales que les eaux du Mont-d'Or sont utiles. Quand le tubercule est déjà formé, n'en espérez aucun résultat avantageux.

Dans les cas où ces eaux paraissent le mieux indiquées, on ne saurait examiner avec trop de soin l'état de la circulation générale. Si le pouls est plein, le visage coloré, que le cœur soit un peu volumineux, les eaux du Mont-d'Or, par la surexcitation qu'elles déterminent, pourraient amener des congestions vers le cerveau et les principaux viscères. Aussi conviennent-elles rarement aux tempéraments pléthoriques.

Des sources stimulantes si nous passons aux sources calmantes, il nous sera facile de spécifier les circonstances dans lesquelles celles-ci devront être conseillées. Nous n'avons en quelque sorte qu'à prendre le contre-pied de ce que nous venons d'établir pour les premières.

Ainsi les eaux d'Ems conviennent surtout à ces malades chez lesquels les congestions sanguines sont promptes et faciles, qui sont sujets aux épistaxis et se plaignent d'avoir habituellement le front brûlant, sans toutefois éprouver ni bourdonnements ni vertiges. Leur cœur par intervalle bat avec une énergie inaccoutumée. Ils s'enrhument facilement, ont peu d'appétit, maigrissent; cependant l'auscultation ne dénote encore aucune altération de l'appareil respiratoire.

C'est à ces phthisiques, ou plutôt à ces malades menacés de phthisie, que les eaux d'Ems sont avantageuses. Elles conviennent également pour les catarrhes bronchiques et certaines affections nerveuses du larynx caractérisées par l'enrouement et l'aphonie.

Si l'on croyait tout ce qu'on raconte de la vertu curative des eaux d'Ems, elles posséderaient une spécificité véritable pour faire cesser la toux, dissiper les engorgements pulmonaires et même cicatriser les ulcérations des poumons. C'est surtout depuis que l'impératrice de Russie a recouvré la santé à ces eaux qu'elles jouissent, en Russie et dans le nord de l'Allemagne, d'une réputation égale à celle de nos Eaux-Bonnes. Or l'observation prouve qu'elles sont tout à fait impuissantes contre la phthisie confirmée.

Les eaux de Penticouse se rapprochent beaucoup par leur mode d'action des eaux d'Ems. Elles conviennent, comme elles, aux malades irritables, qui ont l'apparence plutôt que la réalité du tempérament pléthorique, dont les pommettes sont vivement colorées et dont la santé éprouve les premiers ébranlements qui annoncent l'invasion des tubercules. Dans les cas de cette nature, les eaux de Penticouse tempèrent la trop grande activité du sang et agissent comme un puissant révulsif des engorgements du poumon et des bronches.

Quand l'affection thoracique offre encore quelque chose d'un peu aigu et qu'on peut craindre que l'élément inflammatoire ne soit pas tout à fait éteint, on aura plutôt recours aux eaux de Penticouse qu'à celles d'Ems, celles-ci étant moins sédatives, et, par suite, exposant davantage aux inconvénients de la fièvre thermale.

Les eaux de Weilbach sont, avons-nous dit, les eaux les plus hyposthénisantes qui existent. Sous ce rapport, elles conviennent dans beaucoup de circonstances où les sources que nous venons de décrire seraient inutiles ou même dangereuse. Ainsi certaines affections de poitrine se compliquent d'un état fébrile plus ou moins intense qui, d'habitude, s'exaspère le soir et use peu à peu les forces du malade, sans qu'on sache quel remède apporter. On n'ose pas ôter du sang, car déjà l'individu est trop faible; on n'ose pas non plus administrer des toniques, car ils ne seraient pas supportés. Eh bien! j'ai vu, dans des cas semblables, les eaux de Weilbach opérer de véritables prodiges.

Ces eaux conviennent surtout aux individus pléthoriques, dont la constitution offre franchement les attributs du tempérament sanguin. Les hémorrhagies nasales, les congestions actives du poumon, les hémoptysies même, bien loin d'être des motifs de s'abstenir, sont autant d'indications de l'emploi de ces eaux. Il est à noter aussi que les hommes s'en trouvent mieux que les femmes. Ce sont surtout les jeunes gens de 18 à 25 ans alors en quelque sorte que, chez eux, la séve est dans toute la plénitude de sa vitalité.

Quant à l'emploi des eaux de Soden, ce que nous savons de leurs vertus légèrement laxatives fournit des indications suffisantes. Ainsi elles conviennent dans les phthisies commençantes plutôt que confirmées, que caractérisent l'état saburral des premières voies et l'atonie des fonctions digestives. Elles sont surtout indiquées quand il existe des constipations opiniâtres; car il est de remarque que la constipation, pour peu qu'elle se prolonge, entraîne à sa suite de la toux et de la fièvre, deux accidents toujours à redouter quand on craint l'apparition des tubercules. L'action de ces eaux sera puissamment secondée par un régime fortifiant, l'exercice au grand air, les promenades à cheval et toutes les distractions qu'offre le riant voisinage du Taunus.

Mais on aura soin de ne boire l'eau minérale qu'à doses très-fractionnées. Le moindre excès pourrait irriter la muqueuse intestinale, et par suite provoquer des diarrhées qu'il serait très-difficile de maîtriser.

— Je n'entrerai pas dans de plus longs développements sur les questions que soulève le choix des eaux minérales dans le traitement des maladies de poitrine, car je m'étais seulement proposé de comparer entre elles, au point de vue thérapeutique, les sources les mieux appropriées à ces maladies, et non d'écrire une notice spéciale sur chacune. Ce travail, d'ailleurs, je l'ai déjà fait dans mon GUIDE PRATIQUE. C'est pour le même motif que je ne crois pas devoir parler ici de l'inhalation des gaz fournis par les sources, de l'action des eaux minérales transportées, de ce qu'on appelle la Cure de petit-lait, et de tant d'autres moyens d'agir sur les voies respiratoires, tous ces détails se trouvant consignés dans mon ouvrage.

On sera peut-être surpris que, pour l'indication des sources qui conviennent le mieux aux différentes formes de la phthisie et du catarrhe pulmonaire, j'aie pris plutôt pour guide les symptômes généraux, les accidents dominants et l'ensemble même de la constitution, que la lésion anatomique locale. C'est que, s'il est vrai que l'auscultation donne le plus souvent la mesure exacte des désordres matériels, il ne l'est pas moins que ces désordres se produisent et se développent sous des influences bien différentes. De même, en effet, que le thermomètre mesure seulement la chaleur, sans en indiquer l'origine, de même aussi le stéthoscope constate le degré des altérations du poumon, sans donner d'éclaircissements sur leur raison d'être ou de n'être pas. De là la nécessité, pour le choix d'une eau minérale, de s'enquérir du tempérament des malades, de leurs antécédents et des susceptibilités si diverses de leur organisation, la même lésion pulmonaire réclamant souvent, suivant les individus, l'emploi de sources essentiellement différentes.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros de janvier, février et mars 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Expériences sur l'élimination élective de certaines substances par les sécrétions, et en particulier par la sécrétion salivaire*; par M. Cl. Bernard. 2° *Considérations générales sur les maladies du cœur*; par M. Beau. 3° *De la névralgie épileptiforme*; par M. Trousseau. 4° *Sur une variété de la fracture de la trochlée humérale*; par M. Laugier. 5° *De l'alcoolisme chronique envisagé dans ses*

rapports avec la paralysie générale; par M. Lasègue. 6° *Fièvre jaune*; *sa spécificité; cas sporadiques*; par M. Dutroulean. 7° *Recherches sur la phlébite de la veine porte*; par M. Leudet. 8° *Recherches anatomiques pour servir à l'histoire des kystes de la partie supérieure et médiane du cou*; par M. Verneuil. (Premier article.) 9° *Du traitement des kystes de l'ovaire par l'injection iodée*; par M. Duplay. 10° *Sur quelques phénomènes stéthoscopiques rarement observés dans la pleurésie chronique*; par MM. Barthez et Rilliet. 11° *Remarques et observation sur une nouvelle source d'indication du trépan dans les ostéites syphilitiques du crâne*; par M. Gosselin. 12° *Du traitement des épanchements pleurétiques purulents par les injections en général et les injections iodées en particulier*; par M. Boinet. 13° *Recherches sur la tumeur lacrymale*; par M. Bérand. (Premier article.)

EXPÉRIENCES SUR L'ÉLIMINATION ÉLECTIVE DE CERTAINES SUBSTANCES PAR LES SÉCRÉTIONS, ET EN PARTICULIER PAR LA SÉCRÉTION SALIVAIRE; par le docteur CL. BERNARD.

Le mémoire de M. Bernard touche à l'une des questions les plus importantes de la physiologie pathologique. On sait que certains médicaments, une fois dissous et portés dans le sang, y séjournent plus ou moins longtemps, et sont éliminés avec les matériaux naturels des sécrétions. Les expériences des physiologistes à ce sujet datent de loin, et de nos jours la précision des procédés d'analyse chimique a permis de démontrer que dans cette élimination des substances médicamenteuses, des diurétiques par exemple, il n'y avait point augmentation de la quantité des matériaux de décomposition éliminés normalement par nos organes, mais seulement augmentation de la quantité d'eau. M. Bernard ne s'est point proposé de doser la quantité des principes organiques éliminés avec les diverses substances dont il a étudié les voies de transport hors de l'organisme, et sous ce rapport ses recherches laissent un peu à désirer dans leur application à la pathologie.

Les substances sur lesquelles il a expérimenté sont : l'*iodure de potassium*, l'*iodure de fer*, le *lactate de fer*, les *sucres de canne et de raisin* et le *prussiate jaune de potasse*. Les sécrétions qu'il a interrogées d'une manière spéciale sont les salives, la bile, l'urine. M. Bernard a ainsi constaté avec des substances parfaitement solubles, injectées dans le sang ou absorbées par l'estomac, et circulant dans l'économie sans produire aucun accident : 1° que quelques-unes de ces substances ne passent jamais dans certaines sécrétions : ainsi, le prussiate jaune de potasse, les sucres de canne et de raisin ne se rencontrent point dans la salive, tandis que qu'd'autres se montrent au contraire dans toutes les sécrétions, seulement avec une plus ou moins grande rapidité : l'iodure de potassium; 2° que certaines de ces substances s'éliminent complétement et rapidement de l'économie par les urines : prussiate jaune de potasse, sucres, etc., tandis que d'autres ne sont éliminées qu'en partie, et peuvent rester dans l'organisme et se montrer pendant un temps plus ou moins long dans d'autres sécrétions : l'iodure de potassium. Notons, avec M. Bernard, que pour ce sel, comme pour les autres produits éliminés par la salive, la substance médicamenteuse, au lieu d'être expulsée en dehors, est incessamment rejetée dans l'estomac, de là reprise par la circulation, puis ramenée dans la salive, et ainsi de suite.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES DU COEUR; par le docteur BEAU, médecin de l'hôpital Cochin, agrégé, etc.

Ce n'est pas la première fois que M. Beau s'occupe de la pathologie et de la physiologie du cœur; ses travaux antérieurs sur ce sujet se rapportent au mécanisme des mouvements et des bruits au cœur, ainsi qu'à ceux des artères, et on sait que les idées que cet observateur a développées à ce sujet diffèrent complétement de celles qui sont généralement reçues. On verra avec plaisir aujourd'hui que M. Beau, étendant à la pathologie le résultat de ses recherches sur ce sujet obscur, arrive à présenter sous une face nouvelle l'étude des maladies organiques du cœur. Sans doute il ne cherche point à expliquer toutes les parties de cette question, mais au moins celles qu'il envisage il les considère sous un jour nouveau, et il sait sortir à propos du cadre banal des données dogmatiques. Reconnaissons ici, du reste, que cette étude sur les maladies du cœur est une étude pratique, clinique plutôt que physiologique, et que l'auteur s'est abstenu avec dessein d'y faire intervenir sa théorie des bruits et des mouvements du cœur. Cette précaution rend ce travail forcément acceptable même par ceux qui n'admettent point les théories de M. Beau, et dans les études ultérieures sur les maladies du cœur, chacun sera obligé de descendre avec cet observateur dans le détail des faits qu'il étudie, soit pour approuver, soit pour critiquer les opinions qu'il émet à ce sujet.

Une des plus grandes difficultés de la pathologie des maladies cardiaques est de savoir pourquoi dans tel cas, avec des lésions organiques profondes, insuffisances ou rétrécissements, la vie continue et les fonctions générales s'exécutent d'une manière assez satisfaisante; pourquoi dans d'autres cas, avec des altérations organiques légères en apparence, il y a des troubles organiques profonds et arrêt de la circulation. M. Beau, sans résoudre ce problème, l'a cependant indiqué. Il a au moins établi, dans l'étude des maladies du cœur, deux périodes essentiellement différentes, et c'est là ce que n'ont point fait d'une manière aussi complète les observateurs qui l'ont précédé : une première période, dans laquelle, malgré les altérations organiques *valvulaires* ou *cavitaires*, la circulation se fait complétement dans le cœur, qui se vide, à chaque systole, du sang qu'il reçoit; une seconde période, dans laquelle la systole est incomplète, ou du moins ne suffit plus à débarrasser le cœur de tout le sang qui y afflue. L'auteur, qui donne à cette dernière période de la maladie le nom peut-être impropre d'*asystolie*, en étudie complétement les signes en rapport avec la circulation générale. Ce sont les signes indiqués par les auteurs qui ont précédé Laennec comme caractérisant les maladies du cœur, l'injection de la face, des lèvres, la bouffissure des paupières, le gonflement et l'oscillation des veines du cou, la petitesse et l'inégalité du pouls, les palpitations, la dyspnée, etc., etc. Nous n'insisterons ici que sur les particularités vraiment intéressantes : 1° Les palpitations s'observent quelquefois dans l'état organique normal du cœur, souvent avec des lésions organiques; on ne les observe point ordinairement dans les cas prononcés d'asystolie. « Dans cet état du » cœur, la contraction des cavités est insuffisante à chasser complétement » l'ondée sanguine dans les artères; on comprend que la même contraction » ne soit pas assez puissante pour produire les battements forts et éner» giques qu'on appelle des palpitations. » Quand il existe des palpitations dans l'asystolie, elles tiennent à ce que la contraction des oreillettes n'est pas encore assez diminuée ou effacée par leur distension. 2° « Dans l'asystolie, il n'y a pas de bruits anormaux, ou, s'il y en a, ils sont beaucoup moins intenses qu'avant l'asystolie. » Distinction importante sur laquelle n'ont pas assez insisté les auteurs, parce qu'ils ne comprenaient point la cause de cette apparente anomalie, et qui montre que les bruits anormaux, qui sont si importants dans le diagnostic des affections valvulaires, n'ont de valeur que dans les cas qui ne s'accompagnent pas d'asystolie, c'est-à-dire dans la première phase de la maladie. Lorsque l'asystolie existe depuis un certain temps avec tous ses symptômes, gonflement des jugulaires, bouffissure de la face, pouls petit, confus et irrégulier, il est impossible de dire s'il y a des lésions valvulaires ou s'il n'y en a pas. Dans ce cas, la percussion seule permet de reconnaître que le cœur a acquis un fort volume, et qu'il le doit à une dilatation probablement hypertrophique. Ainsi donc, toutes les fois qu'on trouvera manifestes les symptômes de l'asystolie, on pourra presque à coup sûr diagnostiquer une dilatation cardiaque, une dilatation des cavités droites primitives ou consécutives.

Que deviennent, en face de ces faits, les distinctions de Corvisart entre les anévrismes actifs et les anévrismes passifs? Les recherches anatomopathologiques démontrent tous les jours qu'avec les signes de l'anévrisme passif on rencontre les dilatations hypertrophiques les plus considérables. Que devient cette prétendue rigueur de l'auscultation cardiaque et les indications minutieuses introduites dans cette étude, et dont on a voulu faire autant de signes différentiels de lésions anatomiques particulières? Le travail de M. Beau porte à toutes ces recherches un coup décisif, et montre qu'elles ne sont applicables qu'aux cas où la maladie débute, et qu'il faut, dans toute une catégorie d'observations, en revenir aux signes indiqués par Corvisart, et parfaitement analysés avant lui par Senac.

SUR UNE VARIÉTÉ DE LA FRACTURE DE LA TROCHLÉE HUMÉRALE; par M. LAUGIER.

La description de cette variété manquait seule dans les classifications récentes sur les fractures du coude. M. Laugier, après en avoir soigneusement observé un exemple sur le vivant, analyse ainsi les signes qui la différencient d'avec les fractures soit du condyle interne, soit de la portion supérieure du cubitus, lesquelles pourraient être prises pour elle :

La fracture de la trochlée humérale peut être produite dans une chute sur la paume de la main;

Elle laisse aux mouvements passifs de l'avant-bras sur le bras toute leur étendue;

Dans l'extension du membre, elle s'accompagne de l'inclinaison de l'avant-bras sur le bras en dedans, à angle très-obtus, dont le sommet répond au-dessous de l'épitrochlée;

En forçant cette inclinaison, on reconnaît une mobilité transversale anormale et une crépitation osseuse manifeste;

Il n'y a aucun déplacement du cubitus en arrière ou en dedans;
L'olécrâne est immobile sur le cubitus;
Les deux condyles de l'humérus sont immobiles soit sur ceux-ci, soit entre eux.

SUR QUELQUES PHÉNOMÈNES STÉTHOSCOPIQUES RAREMENT OBSERVÉS DANS LES PLEURÉSIES CHRONIQUES; par les docteurs BARTHEZ et RILLIET.

On a accepté pendant longtemps la théorie de Laennec, ou ses résultats en auscultation, comme le *nec plus ultra* de la science. Du moment qu'on pouvait reconnaître à l'aide du stéthoscope une pneumonie, une pleurésie, une phthisie, on était satisfait, et des auteurs se sont trouvés qui n'ont pas craint d'annoncer que l'auscultation ne devait pas dépasser les limites qui lui avaient été imposées par Laennec. Et cependant à chaque pas, sans la pratique de l'auscultation, on pouvait s'apercevoir que Laennec n'avait pas résolu une foule de difficultés pratiques ou théoriques. Aujourd'hui on convient généralement de cela, et quelques observateurs ont cherché à introduire dans les données de l'auscultation des interprétations particulières et des détails nouveaux; mais personne n'a entrepris de refaire sur un nouveau plan, et avec des observations plus précises, la théorie de Laennec. C'est un rôle difficile, mais que nous ne croyons point impossible. Les faits cités par MM. Barthez et Rilliet rentrent dans l'ordre des faits de détail que nous signalions tout à l'heure; ils sont intéressants à plus d'un titre et montrent: « que dans certaines pleurésies chroniques accompagnées d'un épanchement plus ou moins considérable, on peut pendant plusieurs jours, pendant plusieurs semaines, pendant plusieurs mois même, percevoir une respiration bronchique qui, par son intimité et par son timbre, simule à s'y méprendre la respiration caverneuse, et même cette variété de respiration amphorique qu'on perçoit dans les grandes cavernes. L'illusion est quelquefois rendue plus complète par l'apparition d'un gros râle humide qui ressemble à un véritable gargouillement. »

Maintenant, si la respiration caverneuse, la respiration amphorique et le gargouillement peuvent être perçus dans la pleurésie et en l'absence de toute excavation pulmonaire, il semble difficile de ne point admettre que ces bruits ne sont que le retentissement exagéré de ceux qui se produisent normalement dans la trachée et dans les grosses bronches. Quant aux conditions qui favorisent la perception de ces bruits, ces auteurs les rapportent aux chefs suivants: 1° la condensation du poumon; 2° le retentissement exagéré des bruits laryngobronchiques; 3° la présence d'une couche mince de liquide, etc. Toutes circonstances qui ne nous semblent pas définies d'une manière assez précise.

REMARQUES ET OBSERVATION SUR UNE NOUVELLE SOURCE D'INDICATION DU TRÉPAN DANS LES OSTÉITES SYPHILITIQUES DU CRANE; par M. GOSSELIN.

OBS. — Une femme, arrivée à la période cachectique de la syphilis constitutionnelle, avait au niveau du frontal et du pariétal droit deux ulcères et une tumeur pulsatile. Le stylet porté dans les ouvertures des téguments faisait reconnaître une altération organique des os sous-jacents. Elle était tourmentée par une céphalalgie habituelle, sans exacerbations nocturnes, et causant une insomnie continuelle. Diarrhée, affaiblissement graduel, perte d'appétit. L'iodure de potassium et le vin de quinquina n'ayant point amélioré cet état grave, M. Gosselin se décida à appliquer le trépan. Une première opération montra sur la surface arachnoïdienne la présence d'une substance mollasse grise, très-fétide, non diffluente, ressemblant à une bouillie épaisse, qu'il fut impossible d'enlever complètement avec les pinces et la spatule. Mais, quoiqu'on eût appliqué successivement trois couronnes de trépan, on ne vit pas de pus s'écouler. On enleva quelques pièces osseuses offrant les caractères réunis de la carie et de la nécrose.

Le lendemain l'état général était meilleur; la malade avait moins de céphalalgie et commençait à dormir davantage et à ressentir de l'appétit. Mais au bout de huit jours, on aperçut encore sous l'os de la matière pultacée qu'on ne put enlever et que la suppuration n'entraînait point. Cinq nouvelles couronnes de trépan furent encore appliquées, et donnèrent, quant à l'ablation de la substance pultacée adhérente et à l'extraction des pièces osseuses malades, le même résultat que la première opération.

Un amendement assez marqué suivit cette seconde séance opératoire. Néanmoins, au bout d'un mois la céphalalgie reparut, et la nécrose ne paraissant point bornée, M. Gosselin appliqua une nouvelle couronne qui permit d'enlever plusieurs portions osseuses dénudées sur les deux faces, et dont l'interne était recouverte de la même matière concrète et fétide.

L'état général gagna beaucoup; mais ce progrès vers le mieux ne tarda pas plus que les précédentes fois à se démentir. La suppuration devint abondante et de mauvaise odeur; la nécrose s'étendait de jour en jour. Une nouvelle opération proposée à la malade fut opiniâtrement refusée, et elle succomba trente-six jours après la dernière.

L'autopsie ne présenta de remarquable qu'un épaississement et une condensation notable de presque tout le frontal et de ce qui restait du pariétal; ces parties paraissaient avoir subi une ostéite hypertrophiante analogue à celle qu'on trouve souvent dans les os longs autour des portions nécrosées.

M. Gosselin pense que la substance concrète putride dont nous venons de parler n'était pas du pus, mais cette matière plastique comparable à celle qui se développe souvent à la surface des os sous l'influence de la diathèse syphilitique. Il est d'avis que la trépanation a été utile en permettant d'enlever, en même temps que les pièces osseuses nécrosées, cette matière épaisse et fétide dont la reproduction continuelle et la présence sous les os entretenaient sans doute la fièvre hectique, en fournissant des matériaux putrides à l'absorption.

— Sans doute le genre d'influence dont parle M. Gosselin n'a pas été étranger à l'amendement qui a suivi chacune des opérations. Cependant, si l'on tient compte de la petite quantité de substance concrète que chaque application de trépan a permis d'extraire, on comprendra que le soulagement qui a pu en résulter a dû être très-peu notable. Nous l'expliquerions, quant à nous, par cette considération toute différente que l'ablation d'une portion aussi considérable de la boîte crânienne, en supprimant partiellement la compression que la maladie faisait subir au cerveau, a opéré un débridement véritable qui devait nécessairement faire céder les symptômes pour un certain temps.

TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES PURULENTS PAR LES INJECTIONS EN GÉNÉRAL ET LES INJECTIONS IODÉES EN PARTICULIER; par M. BOINET.

Il n'est pas de sujet qui, dans ces derniers temps, ait plus préoccupé les chirurgiens que l'opération de l'empyème. Les académies, les cours, les journaux, la pratique des hôpitaux, la pratique particulière, y trouvent le texte de discussions intéressantes ou l'occasion d'applications utiles. Au milieu de ce conflit d'opinions et de faits, il est devenu difficile de discerner l'origine et la filiation des idées et du progrès. Cependant, pour qui voit ce mouvement d'assez loin et d'assez haut pour séparer ce qui est général de ce qui est particulier, dégager le vrai du faux, l'erreur de la vérité, il est possible de ramener toutes les agitations, tous les efforts en sens divers, à un même point de départ et à un même point d'arrivée.

On se rappelle l'importante discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine en 1837 sur l'opération de l'empyème. Après plusieurs séances où toutes les opinions se firent jour, il fut implicitement reconnu que cette opération, incertaine dans ses ressources, dangereuse dans ses applications, n'offrait à l'art aucun avantage sur les méthodes naturelles. Cette conclusion, dictée par la supputation comparative des résultats, avait, dans une consultation pour le fils d'un personnage éminent, servi de base à la résolution adoptée de s'abstenir d'opérer. Pendant plusieurs années, la pratique, impressionnée du sentiment qui avait prévalu à l'Académie, paraissait avoir abandonné pour longtemps l'idée d'opérer l'empyème, quel que fût le procédé employé. Il y a quinze ans de cela. Cependant, après une période de quinze années, on est arrivé à regarder aujourd'hui comme une ressource précieuse, innocente, et presque certaine dans ses résultats, une opération considérée précédemment comme presque sûrement mortelle, et pour cette raison universellement abandonnée.

Voilà certes un point de départ et un point d'arrivée bien distincts, puisqu'ils sont marqués par des conclusions et des résultats entièrement opposés. La recherche des causes qui ont produit dans l'espace de quinze années cette remarquable révolution est un sujet d'études aussi intéressantes pour la science que pour l'art. Il y a longtemps que nous nous proposions de l'entreprendre, et nous nous y préparions avec le calme que donne la connaissance de la vérité, quand nous avons rencontré sur notre chemin le travail de M. le docteur Boinet. Si notre confrère s'était borné à faire connaître les résultats plus ou moins heureux de la pratique qu'il cherche à faire prévaloir, nous l'eussions laissé passer son chemin. Mais, comme c'est l'habitude, pour mieux assurer la prééminence de la méthode qu'il cherche à rajeunir, il a refait l'histoire d'une certaine façon, il a dénaturé les idées, changé les dates, confondu les méthodes, interverti les rôles, le tout au grand détriment de la science et au grand avantage des injections iodées. Cette déclaration nous coûte d'autant plus à formuler dans des termes aussi précis, qu'elle s'adresse à un homme que, sous d'autres rapports, nous nous plaisons à entourer de nos sympathies. Mais ici plus que jamais nous devons laisser à l'ancien adage: *Amicus Plato, sed magis amica veritas*, toute son indépendance et sa portée.

La première chose qui préoccupe M. Boinet, c'est l'influence des méthodes et des procédés opératoires sur les résultats obtenus. Dès le début, il commet plusieurs erreurs notoires. « Les anciens procédés, dit-il, étaient » vicieux et entourés de circonstances graves, puisqu'ils avaient l'inconvénient de laisser pénétrer librement l'air dans la poitrine; mais *les* » nouveaux procédés, tout en ayant l'avantage de s'opposer à cette pénétration de l'air, *n'ont pas produit de meilleurs résultats* que les pro-

» cédés anciens. Lorsque les opérations ont été faites dans des *pleurésies* » *chroniques* purulentes et compliquées, la mort a *presque toujours* eu » lieu. Ainsi M. Trousseau, qui, sur onze opérations dans des épanche- » ments aigus, a obtenu onze guérisons, compte sept morts et une guérison » incomplète sur dix opérations pratiquées pour des épanchements puru- » lents. Dans ces cas, le procédé opératoire, *tout* perfectionné qu'il est, ne » promet donc pas *de meilleurs résultats* que l'autre procédé, et les ac- » cidents qui ont lieu ne viennent *donc* pas de la pénétration de l'air dans » la cavité thoracique, puisque cette pénétration *n'a pas eu lieu*, et cepen- » dant *tous* les malades atteints d'*épanchements pleurétiques chroniques* » succombent presque infailliblement. » Pour faire apprécier l'exactitude et la rigueur de cet inventaire, commençons par rappeler que, parmi les nouveaux procédés, M. Boinet comprend indistinctement les moyens employés par MM. Trousseau, Reybard et J. Guérin. Or il est positif que, quoique les procédés mis en usage par les deux premiers de ces médecins *dérivent* de la méthode que nous avons instituée et soient *postérieurs en date* à cette méthode, ils ne réalisent aucune des sécurités de cette dernière ; d'où il n'était pas permis de confondre la méthode originelle avec ses imitations imparfaites. Mais voici qui est plus grave : M. Boinet n'a jamais vu une seule application de la thoracentèse sous-cutanée qu'il juge de cette façon. Il n'en connaît ni les principes, ni les instruments, ni leur mode d'action, et finalement, lorsqu'il dit qu'elle n'a été appliquée avec succès que dans des épanchements *aigus*, il dit deux choses également erronées : la première, c'est que nous n'avons appliqué notre méthode à *aucun* cas de pleurésie aiguë, mais seulement à des épanchements *chroniques* séreux et purulents ; la seconde, c'est que, sur trente et quelques opérations, pour ne parler que des faits authentiques, que nous avons pratiquées au dépôt de Saint-Denis, à l'Hôtel-Dieu et au Val-de-Grâce, *aucune* n'a été suivie d'accidents, et sur les quatorze malades opérés en public, onze sont sortis guéris, et trois seulement ont succombé, non des suites de l'opération, mais d'une affection constitutionnelle. Voilà les faits. M. Boinet ne pouvait arguër d'ignorance. La plus grande partie avait été indiquée, avec les remarques bienveillantes qu'ils comportent, dans l'excellent ouvrage de M. Abeille. M. Boinet a dû les y lire ; il aurait pu, d'ailleurs, se renseigner directement et complétement auprès de nous, et des principes de la méthode, et de ses applications, et des résultats qu'elle a produits. En préférant s'abandonner à des notions conjecturales et à des appréciations sans fondement, il nous a mis dans la regrettable nécessité de relever la légèreté de ses jugements.

Nous n'attachons pas une aussi grande importance aux erreurs de chronologie que commet M. Boinet au sujet de la création des nouveaux procédés et des nouvelles méthodes opératoires. La thoracentèse sous-cutanée, comme application spéciale à la méthode sous-cutanée, a été communiquée à l'Académie des sciences et publiée en 1839 ; appliquée sans interruption depuis cette époque jusqu'à ce jour, elle a inspiré successivement les procédés mis en usage par MM. Trousseau et Reybard. Elle n'a pas fait autant de bruit que ses filles naturelles ; mais, pour que personne n'en ignore, la GAZETTE MÉDICALE a pris soin, en rendant compte des applications de ces deux auteurs, de rappeler chaque fois la préexistence et la prééminence de la thoracentèse sous-cutanée. M. Boinet fera sans doute son profit de ces nouvelles rectifications.

M. Boinet n'ayant encore publié que la partie historique de son mémoire, nous ne traiterons le fond de la question que lorsqu'il aura fait connaître les résultats de l'emploi des injections iodées.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DU MAL DE POTT.

M. PIORRY lit un mémoire sur le mal de Pott.

L'auteur établit que l'affection désignée généralement sous le nom de mal de Pott, et qui consiste dans une tumeur de la colonne vertébrale, avec paralysie des membres inférieurs, du rectum et de la vessie, comprend un grand nombre de maladies variées, tandis que le traitement par lequel on les combat, et qui consiste en *cautères, moxas* et *sétons*, est employé d'une manière banale. Ce traitement réussit tellement mal, suivant M. Piorry, qu'une mort lente et douloureuse est presque constamment la conséquence de cette terrible affection qui rend les malades paralytiques et presque imbéciles ; le point capital, dit M. Piorry, est de reconnaître le mal dès son principe, et c'est ce que l'on ne peut pas faire sans percuter avec grand soin et sur le plessimètre, la colonne vertébrale.

M. Piorry soumet à l'Académie quarante observations, desquelles il résulte que la méthode de traitement qu'il emploie (et qui consiste dans l'usage de phosphate de chaux et de l'iodure de potassium ; dans le repos, un régime réparateur, et de bons soins hygiéniques) a réussi d'une manière complète, dans plus de 20 cas, et a calmé les accidents dans plusieurs autres. Plusieurs fois même, des abcès locaux ou par congestion n'ont pas empêché la guérison.

Du reste, la mesure de l'efficacité du traitement était donnée par les variations en moins que présentait la figure de la colonne vertébrale malade tracée sur la peau au moyen du plessimètre et du crayon.

M. Piorry dépose sur le bureau plusieurs dessins représentant la forme et l'étendue des tumeurs vertébrales, et d'autres qui indiquent le décroissement successif et rapide survenu dans leur volume par suite de l'administration de l'iodure de potassium et du phosphate de chaux.

NOUVELLE MÉTHODE SUR LE TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE.

M. BAUDENS lit un mémoire sur le traitement de l'hydrocèle vaginale par la méthode qu'il a exposée devant l'Académie le 9 décembre 1850.

Cette méthode consiste à pratiquer des injections multiples avec des liquides de plus en plus excitants, pour élever graduellement l'inflammation de la tunique vaginale et à s'arrêter juste au degré voulu sans rien livrer au hasard. On est arrivé à la limite désirable quand la tunique vaginale sécrète une lymphe plastique coagulable, formant des dépôts fibrineux, des exsudations pseudomembraneuses. Jusqu'ici, pour reconnaître que l'inflammation est arrivée à un degré d'intensité suffisant, on était réduit à constater l'augmentation en volume des bourses du côté opéré, et même du testicule avec chaleur et douleur se propageant quelquefois sous les lombes.

M. Baudens a découvert, depuis un an, un signe beaucoup plus infaillible, dont il a vérifié l'exactitude sur 20 malades opérés ; et qui ne l'a pas trompé une seule fois.

On sait, dit-il, que nous laissons en place, pendant trois ou quatre jours, la canule de notre trocart dans le scrotum, afin de rester tout ce temps en communication avec la tunique vaginale dont nous voulons développer graduellement l'inflammation. Or chaque fois que nous ôtons la tige pleine qui forme la canule, il s'en écoule un liquide plus ou moins abondant fourni par la tunique vaginale. Ce liquide est chaque fois recueilli dans un petit verre, et quand l'inflammation est assez élevée pour sécréter des matières plastiques, le liquide contenu dans le verre se sépare comme le sang d'une saignée en deux parties, l'une séreuse, l'autre centrale, plastique, sous forme de pseudomembranes nageant dans la sérosité.

M. Baudens attache à ce signe une grande importance, comme imprimant à sa méthode de traitement le dernier cachet de la précision la plus rigoureuse.

GOITRE ET CRÉTINISME.

M. CHATIN adresse sous ce titre : UN FAIT RELATIF A LA QUESTION DU GOITRE ET DU CRÉTINISME, un mémoire qu'il résume par les lignes suivantes :

Fully et Saillon sont deux villages contigus, et placés au milieu des vignobles qui s'étendent sur la rive droite du Rhône. Fully, où toute la population a le goître, est cité pour le grand nombre de ses crétins ; Saillon est, au contraire, renommé dans le Valais pour la belle santé de ses habitants, que n'atteignait que rarement le goître, plus rarement encore le crétinisme. Le contraste était d'autant plus remarqué que les conditions d'altitude, d'aération, d'exposition, etc., sont aussi semblables que possible entre les deux villages.

Mais depuis quelques années, Saillon a perdu l'heureux privilége dont il jouissait : le goître et le crétinisme frappent ses habitants, auxquels ceux de Fully n'auront bientôt plus rien à envier. Les observations faites par M. Moulin, président de Saillon, établissent que les progrès du goître et du crétinisme datent de l'époque où, malgré les conseils de M. Barman, frère de l'ambassadeur suisse à Paris, la commune a remonté la prise d'eau, destinée au village, de la partie inférieure du torrent (la Salente), au point où celui-ci se précipite en cascade des glaciers de la montagne. Entre les deux prises d'eau est une source thermale (environ 28° c.) abondante qui se jette dans le torrent, dont elle forme à peu près la soixantième partie.

Or il résulte de mes analyses :

Que l'eau du torrent détournée en amont de la source chaude, et qui n'est autre que celle actuellement consommée à Saillon, est privée d'iode, comme celle de Fully et de la plupart des contrées du Valais ;

Que l'eau du torrent prise sur le point où était l'ancienne prise d'eau est plus iodée que l'eau bue à Paris ;

Que l'eau de la source thermale qui se jette dans le torrent entre la prise d'eau ancienne et la nouvelle est une véritable eau minérale qui contient au moins soixante fois plus d'iode que l'eau de Paris et de la plupart des contrées où le goître est inconnu.

Ces observations ont pour effet d'établir :

L'existence et la nature d'une cause locale du goître et du crétinisme ;

La possibilité d'introduire les eaux minérales iodurées comme prophylactique de ces maladies dans le régime alimentaire des hommes, ainsi que dans celui des animaux producteurs de lait, viande, etc.

RUPTURE DES SONDES ET BOUGIES DANS LA VESSIE ; LEUR EXTRACTION PAR LES VOIES NATURELLES SANS INCISION.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES, après avoir rappelé ses communications précédentes sur les moyens d'extraire de la vessie des corps étrangers autres que des calculs, cite des faits nouveaux qui en démontrent l'efficacité.

Comme le mécanisme des instruments extracteurs varie en raison de la nature et de la forme des corps à extraire, il déclare, pour ne pas faire de confusion, qu'il ne parlera dans cette lettre que des bougies et des sondes. Si elles sont petites, un instrument les ploie en double, les deux bouts dirigés en arrière; si elles sont assez grosses pour que leur volume, ainsi ployées, ne permette pas leur sortie, un autre instrument, les saisissant par le travers, les fait tourner sur elles-mêmes et les place dans la direction de l'urètre. C'est une sorte de brise-pierre dont les branches ou mors, au lieu de s'affronter d'avant en arrière, s'accolent latéralement.

L'application de la gutta percha, la fabrication des sondes, ajoute M. Leroy-d'Etiolles, a augmenté de beaucoup la fréquence des accidents de ce genre. Pour sa part, il a eu cinq fois l'occasion d'extraire des fragments de bougies et sondes faites de cette substance, et à ce sujet il fait une remarque importante: c'est que, parmi ces instruments, il y en a qui subissent une altération spontanée qui, après quelques mois, les rend, sans avoir servi, tellement fragiles qu'elles se rompent comme le bois le plus léger ou comme de la cire.

M. Leroy met sous les yeux de l'Académie des sondes et des bougies fabriquées à la même époque, qui, lors de leur livraison, paraissaient également bonnes; les unes ont subi l'altération dont il vient d'être parlé, tandis que d'autres ont conservé leur souplesse. Des chirurgiens et des malades, ignorant cette particularité, ont introduit de ces bougies et les ont brisées dans la vessie, sans avoir fait aucun effort pour les introduire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend:

Une lettre du ministre de l'intérieur, qui informe l'Académie qu'il autorise la reprise des travaux de la commission de l'ANNUAIRE DES EAUX DE LA FRANCE, pour la publication de la seconde partie de l'important ouvrage dont elle s'est chargée.

— M. RENAULDIN informe l'Académie qu'il fait hommage à chacun de ses membres d'un exemplaire de son ouvrage sur les médecins numismatistes.

— M. BASSET adresse un mémoire sur un nouveau moyen de prévenir les infiltrations urineuses dans les opérations d'urétrotomie et d'urétroplastie.

L'auteur demande que ce mémoire soit admis à concourir pour le prix d'Argenteuil. Il joint à sa demande un paquet contenant un mémoire à l'appui, et le dessin de la sonde urophage dont il est inventeur. (Comm. d'Argenteuil.)

— M. DEBRY (de Brest) écrit qu'il a imaginé un nouveau pessaire à gouttière pour porter les remèdes dans le vagin.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'HUILE ESSENTIELLE D'ORANGES AMÈRES.

M. IMBERT-GOURBEYRE, professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, adresse sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes:

1° L'huile essentielle d'oranges amères développe dans l'organisme à l'état physiologique des affections *sui generis*, des accidents spéciaux.

2° Ces accidents sont de deux ordres: d'un côté des accidents locaux, caractérisés par des éruptions de diverse nature; de l'autre des phénomènes nerveux, tels que céphalalgie, névralgies faciales, bourdonnements d'oreille, oppression thoracique, gastralgie, pandiculation, agitation et insomnie nocturnes et même des convulsions épileptiformes.

3° L'action du principe volatil des aurantiacés a beaucoup de rapports avec celle du camphre.

4° Cette huile essentielle paraît être soumise à la loi dite de *substitution* ou de *similitude*.

TRAITEMENT DE L'ANÉVRISME PAR L'INJECTION DE SUBSTANCES QUI COAGULENT LE SANG DANS L'ARTÈRE.

M. LEROY-D'ETIOLLES écrit à ce sujet une lettre de laquelle nous extrayons le passage suivant:

« Dans le procédé dont il est question, il y a trois idées distinctes: premièrement l'idée de suspendre, d'isoler une petite colonne de sang dans une artère et de la rendre stagnante entre deux points de compression; secondement l'idée de favoriser la coagulation de cette portion de sang stagnante en injectant une solution styptique dans la cavité de l'artère au moyen d'une canule assez ténue, assez effilée pour ne pas léser le vaisseau; troisièmement le choix de la substance la plus propre à déterminer la coagulation. De ces trois idées, je crois pouvoir dire que deux m'appartiennent; je les ai publiées en 1832, en 1835, en 1844; je place sous les yeux de l'Académie un recueil de mémoires et de lettres où se trouvent consignées les expériences que j'ai faites à ce sujet. Reste la troisième idée, c'est-à-dire le choix de la substance la plus propre à produire la coagulation. On a parlé du perchlorure de fer; je crois qu'en effet une solution de ce sel sera plus efficace que l'alcool dont je me suis servi dans mes expériences; peut-être en trouvera-t-on une autre d'un effet plus puissant encore; je le désire, car la réussite de la méthode en deviendrait plus certaine. S'il est vrai, comme on l'a dit dans la Société de chirurgie, que cette méthode soit appelée à avoir dans le traitement des anévrismes une importance égale à celle de la lithotritie dans les affections calculeuses, on devra trouver naturel que je rappelle quelle part me revient dans son invention, et l'Académie, je suppose, ne me saura pas mauvais gré de la saisir de la question. »

DES GATEUX DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS.

M. GÉRARD, médecin en chef de l'asile des aliénés d'Auxerre, adresse sous ce titre un mémoire dans lequel il se propose de prouver:

1° Que gâter n'est qu'un symptôme d'une affection plus ou moins grave du système nerveux;

2° Que ce symptôme se manifeste dans le délire aigu, dans la stupeur mélancolique, dans l'idiotie, dans la démence avancée, dans la paralysie générale et dans l'épilepsie;

3° Que pour faire disparaître ou atténuer ce symptôme, il faut traiter l'affection dont il émane, selon les indications qui lui sont propres, absolument comme dans la fièvre typhoïde, il faut guérir l'affection typhoïde pour rendre les excrétions volontaires; ou encore comme dans les inflammations des organes, il faut traiter l'inflammation pour supprimer la fièvre. (Comm. MM. Ferrus, Londe et Baillarger.)

— M. BOUYER (de Tursac), M. PONTIS (de Lunrière) et M. LACAUX (de Lajonchère), adressent chacun une réclamation relative à la relation d'une opération césarienne contenue dans un mémoire de M. Mastieurat-Lagémard, sur lequel il a été fait récemment un rapport à l'Académie.

(Renvoyé à la commission qui avait été chargée de faire le rapport sur le mémoire de M. Mastiémal-Lagémard.)

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Husson, mort à l'âge de 81 ans.

Une députation de l'Académie, dont les membres sont désignés par le bureau, assistera au convoi qui doit avoir lieu mercredi le 12 avril.

HUILE DE FOIE DE MORUE.

M. BOUCHARDAT lit en son nom et celui de MM. Grisollet, Guibourt et Soubeiran, un rapport sur les travaux que M. Berthé, pharmacien à Paris, a soumis à plusieurs reprises au jugement de l'Académie et qui se rapportent à l'huile de foie de morue et à ses succédanés. M. le rapporteur résume son rapport en ces termes:

« Dans les différents mémoires que M. Berthé a présentés à l'Académie, il a ajouté des faits importants à l'histoire des huiles de foie de morue; il a en particulier exécuté des expériences intéressantes pour démontrer la présence du phosphore dans cette huile. Il a établi comment la réaction de l'iode sur l'huile était autre que celle que l'on avait admise. Partant de ce point, il a montré comment on avait pu être induit en erreur sur la composition de l'huile iodée et comment il fallait procéder pour arriver à un résultat constant.

En conséquence, la commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur pour ses utiles communications. (Adopté.)

— M. BOUCHARDAT lit un rapport sur un remède secret dont la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

L'ordre du jour appelait M. Piorry à la tribune pour un rapport officiel; mais, sur la proposition de plusieurs membres, l'Académie consultée décide que l'on passera à la discussion du mémoire de M. Cruveilhier.

La parole est à M. Parchappe.

PARALYSIE MUSCULAIRE ATROPHIQUE PROGRESSIVE.

M. PARCHAPPE: Le vif intérêt excité au dedans et au dehors de l'Académie par le mémoire de M. le professeur Cruveilhier, s'explique non moins par l'importance des questions résolues ou soulevées que par l'autorité du nom et le talent de l'exposition. En effet, au point de vue physiologique, ce mémoire confirme, par une nouvelle preuve, la vérité du magnifique théorème de Ch. Bell, et fournit un nouvel élément de discussion à la théorie encore imparfaite de la nutrition musculaire; au point de vue pathologique, il fonde sur des caractères anatomo-pathologiques spéciaux la détermination d'une espèce nosologique nouvelle, la paralysie du mouvement volontaire par atrophie des nerfs moteurs et des muscles, et soulève la question du rôle de l'atrophie nerveuse dans les maladies qui ont pour siége soit le système nerveux lui-même, soit l'appareil musculaire.

Symptomatologiquement caractérisée par le développement graduel et successif de la diminution du mouvement, jusqu'à l'abolition, dans les muscles volontaires et par l'intégrité, parfaite et jusqu'au dernier moment persistante de la sensibilité et des facultés intellectuelles et morales, la nouvelle espèce morbide, à laquelle M. Cruveilhier rattache positivement les trois observations contenues dans son mémoire, et analogiquement, les observations publiées par divers auteurs, notamment par MM. Aran, Thouvenet, Duchenne, etc., aurait pour caractères anatomo-pathologiques, d'une part, l'absence de toute altération dans l'encéphale et la moelle épinière, d'autre part, l'existence non-seulement de l'atrophie musculaire, positivement reconnue par M. Cruveilhier lui-même et après lui par d'autres observateurs, mais encore et de plus, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, constatée par M. Cruveilhier dans l'observation unique où l'état de ces racines a été vérifié.

M. Cruveilhier ne paraît pas hésiter à admettre que cette dernière altération ait existé dans les deux observations qu'il a lui-même recueillies et ne doive exister dans toutes les observations semblables. Il ne pense pas que la coïncidence de l'atrophie des racines nerveuses avec l'atrophie des muscles auxquels se distri-

buent leurs branches puisse être fortuite, exceptionnelle. Pour lui, il n'y a pas dans la science de faits vraiment exceptionnels. Il y a des faits complets ou incomplets, bien ou mal observés, semblables ou différents.

J'avoue que je partage entièrement cette conviction philosophique sur la valeur des faits en médecine. Aussi je crois, comme M. Cruveilhier, que la coïncidence de l'atrophie des racines motrices spinales avec l'atrophie des muscles volontaires, dans l'espèce distincte de paralysie graduelle du mouvement volontaire qu'il aura eu l'honneur de déterminer pour la première fois, ne manquera pas de se vérifier par d'autres observations. Et s'il arrivait que cette vérification ne se réalisât pas dans des cas où à un développement morbide analogue correspondrait purement et simplement l'atrophie musculaire, il en faudrait conclure à l'existence de deux maladies différentes par leur nature, bien qu'analogues par leurs symptômes. Et loin que cette nécessité de distinguer une autre espèce de maladie caractérisée par l'abolition graduelle du mouvement volontaire infirmât la valeur de la détermination nosologique due à M. Cruveilhier, il faudrait y voir un nouveau perfectionnement de la science et un acheminement à la cessation de cette confusion de faits, d'idées et de mots qui s'est depuis quelque temps introduite dans les études des pathologistes sur les maladies paralytiques.

En déterminant la nouvelle espèce morbide, M. Cruveilhier, comme on devait l'attendre de sa sagacité, n'a pas manqué de l'opposer à la maladie depuis longtemps connue sous le nom de paralysie générale des aliénés.

Dès 1838, dans un mémoire sur les altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale, j'ai élevé la prétention d'avoir déterminé anatomo-pathologiquement cette dernière espèce de maladie, sous le nom de folie paralytique, en lui attribuant pour caractère essentiel le ramollissement phlegmasique de la couche corticale cérébrale. Dans tous les cas de paralysie générale rigoureusement diagnostiquée et suivie de mort qui se sont présentés à mon observation dans l'asile public des aliénés de la Seine-Inférieure, depuis le 1er janvier 1835 jusqu'au 1er janvier 1848, j'ai positivement, et sans rencontrer une seule exception, constaté l'existence du ramollissement plus ou moins étendu, plus ou moins profond de la couche corticale cérébrale. Le nombre de ces observations, qui s'élevait en 1838 à 48, avait atteint en 1841, époque de la publication de mes documents nécroscopiques, le chiffre 86, et en 1848, époque d'une communication faite à l'Académie des sciences, le chiffre 201.

Cette détermination, qui a pour moi la valeur d'une démonstration, bien qu'elle n'ait pas été jusqu'à ce moment généralement acceptée, deviendra de plus en plus sûre et de moins en moins contestable et contestée, à mesure que la science se perfectionnera dans la connaissance approfondie des diverses espèces de paralysies.

Parmi les différences nombreuses qui séparent la paralysie générale des aliénés, la folie paralytique, soit des diverses espèces de paralysie qu'on a essayé de confondre avec elle sous le nom de *paralysie générale progressive*, soit de la maladie décrite par M. Cruveilhier, il en est une qui porte sur le mode même de l'altération du mouvement, et que je crois utile de signaler en quelques mots.

Dans la paralysie générale des aliénés, dans la folie paralytique, quand il n'y a pas de complication avec une autre maladie, c'est-à-dire quand le ramollissement phlegmasique, qui la constitue anatomiquement, se borne à la couche corticale cérébrale, l'altération du mouvement, qui augmente lentement et graduellement, n'arrive jamais jusqu'à sa suppression absolue. La paralysie demeure incomplète, caractère qui a été saisi dès la première époque où cette maladie a été observée. Et, d'autre part, l'affaiblissement graduel de la force motrice volontaire, qui est le caractère essentiel de cette paralysie, porte à la fois sur tous les muscles volontaires, bien qu'elle se traduise dans les mouvements partiels par des effets fort inégaux, sans aucun doute, suivant le siége, l'étendue et la profondeur du ramollissement, mais surtout suivant l'inégalité du degré de précision et de force réclamé par les divers mouvements composés qui donnent naissance à la parole, à la station, à la marche, etc. La paralysie est primitivement générale, et son développement est bien plus un développement d'intensité graduelle dans tous les mouvements volontaires, qu'un développement d'extension graduelle d'un muscle ou d'un système de muscles à un autre muscle ou à un autre système de muscles. Il en est de la diminution de la motricité volontaire dans la folie paralytique, comme de la diminution de la sensibilité, qui, dans cette maladie, a aussi pour caractères d'être graduelle, générale et incomplète.

Après avoir déterminé, par des preuves à mon avis irréfragables, les caractères nosologiques de la nouvelle espèce distincte de paralysie des mouvements volontaires, M. Cruveilhier a posé la question pathogénique en ces termes :

» Quelle est la part respective de l'atrophie musculaire et de l'atrophie des racines spinales antérieures dans la production de cette paralysie? Ou, quel est le rapport qui existe entre ces deux atrophies? »

M. Cruveilhier pense que l'atrophie des racines motrices est l'altération primitive et essentielle, celle qui amène consécutivement dans les muscles d'abord la paralysie, puis l'atrophie, et il résume sa doctrine pathologique en disant :

» Il existe une espèce de paralysie du mouvement tantôt partielle, tantôt générale, coïncidant avec l'intégrité du sentiment et de l'intelligence, qui a son principe dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux. »

C'est ainsi que M. Cruveilhier a dénoué ce qu'il a fort justement appelé le nœud de la question.

C'est en effet à cette question de l'antériorité pathogénique de l'atrophie dans les nerfs ou dans les muscles que commencent les grandes difficultés et que commenceront aussi les grands dissentiments.

La connexion pathogénique des deux lésions est démontrée dans l'observation de Lecomte par la concordance du degré d'intensité de lésion entre les parties nerveuses et musculaires anatomiquement et physiologiquement unies. Cette connexion, dont la réalité s'appuie en outre sur toutes les analogies pathologiques, avait déjà été positivement constatée par M. J. Guérin.

Chez une jeune fille atteinte de pied-bot, les extenseurs des orteils et les péroniers latéraux étaient complétement paralysés, le membre tout entier émacié, la sensibilité conservée : on trouva, après la mort, une décoloration des muscles paralysés de la jambe et de plusieurs muscles de la cuisse, une diminution de volume notable dans les nerfs du membre, plus considérable et évaluée au quart du volume normal dans les racines antérieures lombaires et sacrées du même côté. Aucune lésion ne put être constatée dans la moelle épinière, ni dans les racines postérieures.

M. Cruveilhier, qui ne conçoit la possibilité de cette connexion entre les deux lésions, que sous la condition d'un rapport de subordination, admet lui-même qu'on peut chercher dans l'une ou l'autre des deux lésions celle qui aurait le caractère d'un point de départ, d'une cause.

Après avoir comparé les motifs qui peuvent être invoqués en faveur de l'une ou l'autre des deux hypothèses, le savant professeur se décide en faveur de celle qui attribue le rôle de point de départ et de cause à l'atrophie des racines nerveuses.

C'est, en effet, par l'appréciation analogique du rôle primitif ou consécutif qui appartient à l'atrophie nerveuse dans les maladies du système nerveux et des muscles, et par l'induction physiologique, que la question difficile dont il s'agit peut être tranchée, si elle est vraiment susceptible d'une solution absolue avant que des faits plus nombreux, plus complets l'aient reproduite et éclairée sous toutes ses faces.

Mais il est tout d'abord important de remarquer que les deux hypothèses discutées par M. Cruveilhier n'épuisent pas la question.

Il y a des atrophies coexistantes du système nerveux et du système locomoteur sur l'antériorité relative desquelles il est impossible de se prononcer, et qui paraissent représenter deux faits contemporains, simultanément produits sous l'influence d'une même cause, ce sont toutes les atrophies congéniales qui peuvent être véritablement rapportées à l'agénèse. L'agénèse simultanée de diverses parties du système nerveux et des appareils sensitifs ou locomoteurs qui s'y rattachent n'est-elle pas le plus souvent l'expression d'une lésion dynamique unique qui étend à la fois son action sur toutes les parties instrumentales d'une fonction.

Un caractère analogue ne pourrait-il pas appartenir à la maladie nouvellement étudiée, dont les éléments anatomiques, atrophie nerveuse et atrophie musculaire, seraient la commune expression d'une lésion dynamique, essence de la maladie et condition primitive des deux lésions simultanées et secondaires? Mais ici, le domaine de la question s'élargit à un tel point, que la pathologie tout entière pourrait y entrer.

Je crois qu'il est sage, au moins quant à présent, de la restreindre dans les données positives des faits anatomo-pathologiques, comme l'a fait sciemment et volontairement M. Cruveilhier, et de se borner par conséquent à l'appréciation comparée des deux hypothèses qu'il a discutées.

M. Cruveilhier admet d'une manière générale la possibilité de l'atrophie nerveuse, consécutive à une atrophie musculaire primitive ou idiopathique. En effet, il croit que le système nerveux, devenu inactif, peut s'atrophier; il cite les faits bien connus d'atrophie du nerf optique dans les cas de suppression de la vision, dépendante de lésions du globe de l'œil; il est disposé à admettre qu'à la suite de l'amputation d'un membre, les racines spinales antérieures et postérieures qui présidaient au mouvement et au sentiment des parties qui n'existent plus, doivent présenter des atrophies correspondantes.

Je crois que l'influence de l'inactivité fonctionnelle sur l'atrophie des diverses parties constituantes du système nerveux, bien qu'assez généralement admise, n'est pas encore exactement appréciée dans toute son importance.

Persuadé que la diminution du mouvement de composition nutritive, sous l'influence de l'inactivité fonctionnelle, représente une loi générale de l'économie vivante, j'avais admis, *à priori*, dès mes premières recherches d'anatomie pathologique sur l'aliénation mentale, que la diminution ou la suppression de l'activité cérébrale dans la démence devait avoir pour effet de produire à la longue une atrophie plus ou moins considérable du cerveau.

C'est en partie pour donner une base solide aux recherches que je me proposais de faire pour la vérification de cette loi, que je me suis d'abord efforcé de déterminer aussi rigoureusement que possible le volume et le poids normal de l'encéphale, en tenant compte de toutes les différences physiologiques, résultats que j'ai publiés en 1836.

De 1835 à 1848, j'ai pesé avec soin le cerveau de tous les aliénés qui ont succombé dans le service, à la tête duquel j'étais placé, et j'ai ainsi obtenu, en définitive, une masse considérable de faits parfaitement concluants. La discussion raisonnée de 284 observations m'avait conduit, dès 1841, à formuler, dans mon Traité de la folie, la loi pathologique *du décroissement graduel du cerveau en raison de la dégradation successive de l'intelligence dans la folie simple*. Une nouvelle série de 498 observations m'a permis de confirmer cette loi. Dans une note communiquée à l'Académie des sciences, le 31 juillet 1848, j'ai résumé les résultats de ces deux séries d'observations, qui se contrôlent l'une par l'autre, et qui s'appuient définitivement sur 782 observations.

	1re série.		2e série.		Totalité.		Proportion des différences.	
	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	homm.	femm.
Folie aiguë (manie et mélancolie, état aigu.	1,449	1,295	1,428	1,253	1,433	1,274	1,000	1,000
Folie chronique (démence).	1,363	1,186	1,335	1,191	1,344	1,189	923	933
Folie chronique :								
1° Simple affaiblissement intellectuel. .	1,402	1,216	1,418	1,214	1,405	1,227	980	963
2° Manie et mélancolie chronique. . . .	1,395	1,231	1,370	1,237	1,381	1,235	963	969
3° Incohérence. . .	1,374	1,202	1,353	1,210	1,358	1,208	947	948
4° Stupidité.	1,297	1,152	1,274	1,129	1,281	1,139	886	894

L'existence de la loi ressort clairement de la comparaison des deux catégories, folie aiguë et folie chronique, dont les moyennes diffèrent d'une quantité en poids égale à 89 grammes pour les hommes, à 85 grammes pour les femmes; en proportion égale à 77/1000 pour les hommes, à 67/1000 pour les femmes.

Elle se révèle encore plus évidemment par la comparaison des moyennes dans les quatre catégories de la folie chronique, où l'on voit le poids du cerveau diminuer en même temps que la puissance intellectuelle, et où la différence des moyennes entre la folie aiguë et le dernier degré de la folie chronique atteint 152 grammes ou 114/1000 chez les hommes, et 135 grammes ou 106/1000 chez les femmes.

L'atrophie du cerveau par inactivité fonctionnelle, que j'ai pu ainsi démontrer sur une large échelle par la preuve irréfutable du poids comparé, se laisse d'ailleurs saisir avec évidence pour un œil exercé dans les cas individuels, toutes les fois qu'elle est un peu prononcée. Et je l'ai, dans un grand nombre de cas, positivement constatée par la mensuration partielle, soit des circonvolutions, soit de la couche corticale.

L'atrophie avec induration joue, dans les maladies de la moelle, assez confusément rapportées à l'inflammation, un rôle très-important. Je suis porté à croire que, dans un certain nombre de cas de paralysie ancienne où je n'ai trouvé après la mort d'autre altération qu'une induration atrophique de la moelle épinière, la diminution de l'activité fonctionnelle avait eu une part principale dans l'atrophie de l'organe nerveux.

Chez une femme atteinte de paraplégie depuis dix ans, dont la paralysie avait d'abord porté exclusivement sur le mouvement complétement aboli dans les jambes, s'était dans les deux dernières années de la vie étendue à la sensibilité, l'anesthésie occupait les extrémités inférieures des deux côtés jusqu'au-dessus du genou, et avait respecté les fonctions de la vessie et du rectum. J'ai constaté après la mort une atrophie très-notable de la moitié inférieure de la moelle épinière, des nerfs de la queue de cheval et des muscles des extrémités inférieures, surtout des jambes.

Ollivier (d'Angers) a cité, d'après M. Magendie, l'observation d'une vieille femme qui était depuis une douzaine d'années dans une inaction presque complète, le corps fortement fléchi en avant et les membres inférieurs dans un état de contracture assez prononcé; aucune altération de la sensibilité n'accompagnait la lésion du mouvement. — On trouva la moelle épinière considérablement diminuée de volume et très-dure. Les racines antérieures des nerfs rachidiens étaient réduites en quelque sorte à leur névrilème, tandis que les postérieures n'offraient aucun changement appréciable.

On ne trouve, il est vrai, dans les annales de la science, qu'un petit nombre de cas d'atrophie des nerfs coïncidant avec l'atrophie des muscles dans les paralysies anciennes de cause encéphalique; mais souvent on a constaté, en même temps que la conservation du volume, l'altération de la couleur et de la consistance, expression non équivoque d'une lésion de nutrition.

L'influence de l'inactivité fonctionnelle dans les muscles, comme condition déterminante de leur atrophie, est démontrée par un si grand nombre de faits physiologiques et pathologiques, qu'il serait tout à fait superflu d'en citer des exemples.

Si la portée de cet ensemble de faits, qui démontre la généralité de la loi de décroissance des organes en raison de leur inactivité fonctionnelle, est réduite à ce qui se rapporte à l'influence de l'inactivité motrice, on voit que l'effet d'atrophie qui peut lui être attribué, se produit dans les divers instruments organiques du mouvement sous la condition de subordination et de solidarité qui les unit physiologiquement. Ainsi l'atrophie du muscle, organe producteur du mouvement, est l'expression constante de l'influence de l'inactivité motrice, que cette inactivité ait pour condition une altération de l'encéphale, de la moelle épinière, des racines motrices, des nerfs; mais en même temps les instruments intermédiaires de l'action motrice supprimée, nerfs moteurs, racines motrices, cordons moteurs de la moelle, participent au mouvement d'atrophie. Et de plus, si l'inactivité motrice a sa condition essentielle dans le muscle lui-même, l'atrophie tend encore à se propager dans les agents nerveux du mouvement, rendus plus ou moins complétement inactifs par l'immobilité musculaire, dans les nerfs, dans les racines motrices et jusque dans la moelle épinière.

Bien que je sois disposé à accorder une part importante à l'inactivité fonctionnelle dans la génération de l'atrophie nerveuse, et à admettre que la suppression de toute action musculaire, et, à plus forte raison, la suppression des muscles eux-mêmes, en tant qu'organes de mouvement, puisse et doive provoquer l'atrophie des nerfs moteurs et des racines motrices, j'avoue pourtant que, dans l'observation qui est le sujet de cette discussion, l'atrophie des racines motrices est signalée comme si considérable dans son intensité et si rapide dans son développement, que je ne puis pas, plus que M. Cruveilhier, consentir à la considérer comme une simple atrophie d'inactivité fonctionnelle, consécutive à l'atrophie primitive et essentielle des muscles.

Le défaut de rapport entre l'atrophie considérable des racines motrices et l'atrophie beaucoup moins prononcée de leurs irradiations dans les muscles, serait encore une difficulté sérieuse contre l'hypothèse de la propagation des muscles aux nerfs.

On ne saurait contester que la propagation de l'atrophie en sens inverse, c'est-à-dire du système nerveux aux muscles, ne soit, à tous les points de vue, le fait le plus ordinaire, le plus général et le plus certain.

L'insuffisance probable de l'hypothèse du développement consécutif de l'atrophie dans les racines motrices, par suite de l'inactivité fonctionnelle que leur aurait imposée l'atrophie musculaire, conduit naturellement à admettre la probabilité de l'hypothèse contraire adoptée par M. Cruveilhier.

A l'appui de son opinion, M. Cruveilhier a invoqué un grand nombre de preuves analogiques dont on ne saurait contester la valeur et la force. Ainsi M. Cruveilhier rappelle la généralité du fait de la subordination pathologique de l'atrophie musculaire à l'altération des divers éléments constituants du système nerveux, encéphale, moelle; nerfs; il insiste sur la rapidité et l'intensité du mouvement d'atrophie qui se produit dans les muscles sous l'influence de la section accidentelle des nerfs chez l'homme, et de leur section expérimentale chez les animaux; et tous les détails d'explications ingénieuses qu'il donne pour motiver la vraisemblance de sa doctrine sont généralement conformes à toutes les données de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux.

C'est en m'appuyant sur l'accord, beaucoup plus constant qu'on ne le croit, de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, que je passerai rapidement en revue les objections adressées à la doctrine de M. Cruveilhier, par M. Bouvier, dans son intéressante et savante improvisation.

Quand cet accord n'existe pas, ce n'est pas la faute de la nature, qui a soumis à des lois constantes, invariables, les phénomènes de la vie; c'est la faute ou de l'anatomie, ou de la physiologie, ou de la pathologie, la faute même de toutes les trois, et quelquefois aussi, il faut bien l'avouer, la faute des observateurs.

Il y a déjà, dans l'observation si patiemment étudiée, si clairement exposée, si judicieusement interprétée de M. Cruveilhier, un exemple assez éclatant de l'accord de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie en ce qui se rapporte au théorème de Ch. Bell. Il n'est pas sans intérêt de rappeler à ce sujet que la distinction des nerfs purement moteurs et purement sensitifs que Galien avait admise par induction anatomique, a été construite par Ch. Bell, dans l'admirable développement qu'il lui a donnée, sur des données en quelque sorte purement anatomiques, que l'expérimentation physiologique et l'observation pathologique ont élevées jusqu'à la hauteur de démonstration scientifique, déjà strictement dans l'œuvre de Bell lui-même, et depuis largement et magnifiquement dans les œuvres des plus éminents physiologistes, Magendie, Béclard, Muller, Longet, etc.

Les distinctions exactes et judicieuses, que M. Bouvier a faites ou rappelées, en ce qui se rapporte aux divers degrés de la paralysie et de l'atrophie dans les muscles, et aux résultats des expériences de MM. Duchenne et Brierre de Boismont, sur la persistance et la disparition de l'irritabilité musculaire, ne font qu'exprimer, sous une forme restreinte, des ordres distincts de faits, que la physiologie est parfaitement en mesure de compléter.

Le mouvement volontaire seul est paralysé dans les muscles par les maladies qui ont exclusivement leur siége dans l'encéphale. Le mouvement par les excitations directes portées sur les muscles, sur les nerfs, sur la moelle, est encore possible. L'irritation électrique démontre la persistance de la contractilité musculaire. Les muscles gardent jusqu'à un certain point leur tension motrice. Leur atrophie est lente et limitée. C'est le cas des hémiplégies cérébrales et cérébelleuses; c'est aussi le cas de la paralysie générale des aliénés, dans laquelle la maladie a pour siége la couche corticale cérébrale.

Le mouvement volontaire est paralysé; la contractilité musculaire s'éteint consécutivement après une durée plus ou moins longue, en même temps que se prononce un mouvement rapide d'atrophie profonde, dans les maladies qui suppriment l'action des centres nerveux par une lésion profonde de la moelle épinière, et plus sûrement encore par une lésion profonde des racines motrices et des nerfs moteurs. Les muscles perdent leur tension motrice; ils ne répondent que faiblement, et finissent par cesser de répondre à l'irritation galvanique, en même temps qu'ils s'atrophient rapidement et profondément. C'est le cas des paralysies vraies, dans lesquelles MM. Duchenne et Brierre de Boismont ont constaté la suppression de l'irritabilité musculaire. C'est le cas de la maladie dont l'observation de Lecomte est un exemple.

Enfin, dans l'atrophie musculaire idiopathique, sans lésion des nerfs des centres nerveux, dont j'admets parfaitement l'existence, il est évident que le mouvement volontaire et l'irritabilité musculaire doivent diminuer graduellement, pour disparaître complétement et sans retour dans tout muscle, dans tout faisceau, dans toute fibre musculaire dont l'atrophie a atteint son dernier terme, c'est-à-dire la transformation graisseuse.

Certainement le nom de paralysie, qui implique la diminution ou la suppression du mouvement par altération du système nerveux, ne serait pas applicable à ces cas d'atrophie musculaire, idiopathique et primitive, qui, jusqu'à la dernière observation de M. Cruveilhier, paraissaient devoir comprendre toutes les observations groupées par M. Aran, sous le nom d'*atrophie musculaire progressive*, et par M. Thouvenel, sous le nom de *paralysie musculaire atrophique*.

Mais certainement aussi il ne s'agit pas d'un cas de ce genre dans l'observation de Lecomte, qui est bien une paralysie, puisqu'un de ses caractères anatomiques essentiels est la lésion profonde des racines nerveuses motrices.

L'objection tirée par M. Bouvier de la marche suivie par la suppression du mouvement volontaire et de l'irritabilité dans ses rapports avec la marche de l'atrophie musculaire, ne me paraît pas avoir la portée qu'il lui attribue pour infirmer la doctrine soutenue par M. Cruveilhier. Que montrent, en effet, les symptômes observés pendant la vie? La diminution graduelle du mouvement volontaire, coïncidant avec la diminution du volume des muscles, et la persistance de l'irritabilité musculaire, jusqu'à l'effacement complet des muscles. Que montrent les altérations constatées après la mort? Divers degrés d'atrophie nerveuse coïncidant avec divers degrés correspondants d'atrophie musculaire, la persistance de fibres musculaires intactes dans les muscles dont l'irritabilité avait persisté, la transformation graisseuse complète dans ceux dont l'irritabilité avait été éteinte.

Que conclure de ces faits, sinon la connexion étroite, la correspondance parfaite des deux lésions d'atrophie, se maintenant toujours et partout entre le muscle et le nerf, et jusque dans le dernier rapport de la fibre musculaire et de la fibre nerveuse, premier terme et élément anatomo-pathologique essentiel de la maladie dans ce qu'elle a de connu.

Ce sont ces fibres musculaires non atrophiées en connexion normale avec la moelle épinière et l'encéphale, au moyen de filets nerveux non atrophiés, qui répondent jusqu'au dernier moment aux excitations de la volonté et aux irritations de l'électricité.

Une autre objection de M. Bouvier est tirée de la rapidité de la marche et de l'intensité du degré de l'atrophie musculaire dans la maladie, dont le caractère le plus frappant lui paraît être la tendance à la tranformation graisseuse des muscles. Mais cette rapidité et cette intensité exceptionnelles de l'atrophie musculaire, considérée comme consecutive, suivant M. Cruveilhier, à l'atrophie nerveuse, et qui lui est sans contredit étroitement, intimement liée, n'a rien que de conforme à ce que l'on sait de l'influence exercée par les sections accidentelles ou expérimentales de nerfs moteurs. Pour chaque fibre musculaire qui s'atrophie, l'atrophie complète du filament nerveux qui lui correspond dans la racine motrice est l'équivalent d'une section. Est-il étonnant que, sous son influence, des effets analogues à ceux de la section soient produits dans les fibres musculaires.

Enfin, et c'est là une dernière objection qui soulève une question importante que la physiologie n'a pas encore suffisamment éclairée. la subordination, invoquée par M. Cruveilhier, du muscle aux racines motrices, n'est certaine qu'en ce qui se rapporte au mouvement volontaire; elle est contestable et contestée en ce qui se rapporte à la contractilité, et surtout à la nutrition musculaire.

Mais sur ce point, ce qui est positivement établi par l'expérimentation physiologique, par les travaux de Muller, Sticker, Reid, et notamment par les belles recherches de mon honorable ami Longet, c'est que la contractilité ne persiste que pendant un certain temps, quelques semaines, quelques mois, dans les muscles, quand ils ont été séparés de la moelle épinière complétement par la section des nerfs mixtes, ou partiellement, soit par la section des nerfs moteurs, soit par la section des nerfs sensitifs, et que la contractilité ne s'éteint qu'à mesure et en raison des progrès de l'atrophie.

Si l'on rapproche de ces faits bien démontrés la disparition beaucoup plus rapide de la contractilité dans les muscles après la ligature des artères, on reconnaîtra que la diminution et la cessation de la contractilité musculaire sont essentiellement sous l'influence de la nutrition des muscles.

La contractilité musculaire est généralement considérée par les physiologistes comme une propriété inhérente aux muscles, dépendante de leur état de vie, et par conséquent subordonnée au mouvement de composition nutritive, qui est la condition de l'entretien de leur vie. Ce mouvement de composition nutritive est lui-même subordonné à l'action du sang qui apporte les matériaux de la nutrition, à l'activité fonctionnelle du muscle qui est mis en jeu : pour le mouvement, au moyen des nerfs moteurs, par les centres nerveux, et pour l'assimilation nutritive, très probablement par les mêmes centres au moyen des nerfs sensitifs du système cérébro-spinal, ou des fibres grises du système ganglionnaire. Que l'une ou l'autre de ces conditions vienne à être supprimée, et l'atrophie, se produisant dans les muscles, entraînera la perte de la contractilité.

La suppression évidente de l'une de ces conditions par l'atrophie des racines antérieures dans l'observation de Lecomte, a pu, a dû suffire à provoquer l'atrophie musculaire.

Mais quelle est la cause de l'atrophie des racines antérieures? Est-elle dans une lésion anatomique, dans une lésion dynamique des parties nerveuses centrales, substance grise de la moelle epinière par exemple, qui aurait agi à la fois sur ces racines et sur les muscles eux-mêmes pour les atrophier.

J'imiterai sur ces questions obscures la sage réserve de M. Cruveilhier, et je m'arrêterai comme lui devant l'inconnu.

Malgré l'étendue sans doute déjà trop grande, que je me suis trouvé entraîner à donner à cette note, je me vois encore forcé de présenter, avant de finir, quelques courtes observations sur la dénomination donnée par M. Cruveilhier à la maladie qu'il a déterminée.

Comme M. Bouvier, je conçois qu'on puisse accorder une certaine importance à la dénomination des maladies, et je partage bien sincèrement son éloignement pour cette qualification de *progressive*, depuis quelques années introduite dans la nomenclature nosographique. Je connais peu de maladies auxquelles cette appellation ne puisse être appliquée, soit à un moment donné, soit même dans tout le cours de leur développement; et il me semble que toutes les paralysies du mouvement, qui n'atteignent pas du premier coup leur terme, c'est-à-dire qui ne sont pas dues à une désorganisation rapide et profonde de l'une des parties du système nerveux d'où dépendent les mouvements, sont progressives dans leur développement. Je laisserai très-volontiers à M. Cruveilhier le soin de tenir compte de cette observation, s'il le juge utile ou convenable. Mais je tiens essentiellement à ce que le nom de paralysie soit conservé à une maladie dont un des caractères essentiels est une altération du mouvement, liée à une altération du système nerveux.

En définitive, je pense que la maladie dont M. Cruveilhier a déterminé les caractères symptomatiques et anatomo-pathologiques, doit entrer comme espèce distincte dans le cadre nosologique; qu'elle doit y être rapportée à la classe des paralysies du mouvement; et que, quant à présent et jusqu'à plus ample informé, elle peut être considérée selon la formule donnée par M. Cruveilhier, *comme une espèce de paralysie tantôt partielle, tantôt générale, coïncidant avec l'intégrité du sentiment et de l'intelligence, et ayant son principe dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux.*

M. J. Guérin : De quelque manière qu'on envisage la maladie qui a fait le sujet de l'intéressante communication de M. Cruveilhier, on ne saurait méconnaître qu'elle est entourée de grandes obscurités. Je n'en voudrais d'autre preuve que la diversité des opinions exprimées par les trois honorables membres qui ont pris part jusqu'ici à la discussion. Pour M. Cruveilhier, c'est une paralysie du mouvement par atrophie des racines antérieures. Pour M. Bouvier, c'est une atrophie musculaire essentielle primitive, dans laquelle la lésion nerveuse mérite d'être prise en considération, mais comme phénomène accessoire seulement. Pour M. Parchappe, c'est évidemment une paralysie du mouvement, mais par des considérations un peu différentes de celles invoquées par M. Cruveilhier. Comme fait et comme doctrine n'y a-t-il rien de plus à voir dans la maladie de Lecomte? Après avoir lu et écouté attentivement les raisons données de part et d'autre, il m'a paru qu'on avait négligé quelques-unes des circonstances de l'observation rapportée avec tant de soin par M. Cruveilhier, capables de jeter quelque lumière sur le sujet en discussion. Précisons d'abord l'objet du débat. De quoi s'agit-il? 1° De savoir si la maladie observée par M. Cruveilhier est une paralysie du mouvement produite par l'atrophie des racines antérieures ou une maladie essentielle et primitive des muscles, telle qu'elle a été désignée dans ces derniers temps sous le titre d'*atrophie musculaire progressive*; 2° si, en envisageant la maladie de Lecomte comme une paralysie, on peut la considérer comme maladie nouvelle. Je vais examiner successivement ces deux questions au point de vue du fait et au point de vue de la doctrine.

Il y a dans l'observation rapportée par M. Cruveilhier trois circonstances principales, matérielles : l'atrophie des racines nerveuses dévolues au mouvement, l'atrophie des muscles, et la transformation graisseuse des muscles atrophiés. Il s'agit de déterminer le mode de génération et de subordination de ces faits, par rapport à la paralysie. M. Cruveilhier, sans se prononcer d'une manière absolue, considère la lésion des racines antérieures comme primitive, et les altérations musculaires comme consécutives. Vous connaissez l'opinion mixte de M. Bouvier. M. Parchappe, plus explicite, a cherché à établir d'une manière plus positive que la lésion nerveuse a été la première en date, qu'il s'est agi d'une paralysie du mouvement, et il y est arrivé moins par les faits que par une série d'inductions fort habiles, et qui pourront convaincre un certain ordre d'esprits. Jusque-là nos honorables collègues ont fondé leurs raisonnements sur les faits d'anatomie pathologique, fournis par l'observation de Lecomte. Mais ils ne sont pas allés au delà. Cependant il existe dans cette observation des faits de physiologie pathologique et des renseignements étiologiques auxquels personne ne me paraît avoir pris garde, et qui sont peut-être de nature à jeter le plus grand jour sur les obscurités de la question.

La paralysie n'est pas, comme on le suppose généralement, un état absolu : elle présente plusieurs phases, plusieurs degrés, plusieurs modes qui la diversifient de manière à multiplier ses apparences et ses manifestations. Aussi, depuis plusieurs années, ai-je cherché à établir que la paralysie comprend surtout trois modes, trois degrés : la *contracture simple*, la *contracture paralytique* et la *résolution paralytique*. Ces trois états, émanant de la même origine, se trouvent souvent réunis chez le même individu et dans un même appareil musculaire. C'est ce que l'on a pu observer chez Lecomte. Faisant à l'histoire de sa maladie l'application des données qui précèdent, on constate deux faits également importants : 1° une espèce de spasme fibrillaire permanent, qui a été observé dès l'origine de la maladie, et comme un de ses premiers symptômes, sinon le premier. 2° M. Cruveilhier a constaté qu'il y avait chez Lecomte certains mouvements spasmodiques désordonnés : ainsi, lorsque le malade faisait effort pour écarter les mâchoires, il éprouvait des tremblements, des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement de la mâchoire inférieure, ou bien celle-ci était brusquement, involontairement portée en avant, sous l'influence de la contracture spasmodique des ptérygoïdiens externes. Or, à l'autopsie, il s'est trouvé que non-seulement « tous les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, temporal, masséter, ptérygoïdien interne, avaient leur développement » ordinaire, mais que les ptérygoïdiens externes ont paru relativement plus développés que les autres muscles masticateurs. » Qu'est-ce que cela, sinon que l'affection spasmodique des muscles, la contracture, c'est-à-dire la paralysie, avait existé avant l'altération musculaire, l'atrophie, à laquelle on a voulu la rattacher? Le spasme fibrillaire de la plupart des muscles, et la contracture paralytique mieux accusée dans quelques-uns seulement, sont donc des faits propres à établir que, chez Lecomte, la paralysie a précédé et produit l'atrophie musculaire, en d'autres termes, que la maladie était bien une paralysie.

Mais quelle est, dans l'état actuel de la science, la signification de cette pa-

ralysie et la place qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique ; en d'autres termes, faut-il la regarder comme une espèce nouvelle de paralysie?

Il convient de considérer, dans le cas de Lecomte, l'atrophie des racines antérieures liée à la paralysie du mouvement, d'une part; de l'autre, l'atrophie des muscles paralysés et leur transformation graisseuse. Relativement à la concordance de l'atrophie des racines du mouvement avec l'abolition de la contractilité, le fait rapporté par notre savant collègue M. Cruveilhier n'est pas le premier qui soit connu dans la science. Ainsi que l'a déjà fait remarquer M. Parchappe, à la date de 1842, M. Longet avait déjà publié un fait de ce genre, que je lui avais communiqué (1). Ce fait n'offre pas seulement, comme a dit M. Parchappe, un premier exemple de l'atrophie des racines antérieures ayant coïncidé avec une paralysie de quelques-uns des muscles du membre inférieur correspondant, mais on y trouve surtout *deux circonstances* très-précieuses propres à mettre hors de doute la subordination de la paralysie du mouvement à l'atrophie des racines. Ces deux circonstances sont : 1° l'association, dans les différents muscles de la jambe, des différents degrés et modes de la paralysie (contracture et résolution paralytiques), desquels était résultée une difformité du pied; 2° la décoloration et l'atrophie des muscles et faisceaux de muscles paralysés. Ajoutons que, comme dans le cas rapporté par M. Cruveilhier, toutes les racines nerveuses n'étaient pas également et complétement atrophiées, et que corrélativement tous les muscles, tous les faisceaux de muscles n'étaient pas également paralysés, décolorés et atrophiés. Voilà pour la question physiologique.

Cependant, ainsi que M. Bouvier l'a très-justement fait remarquer, chez Lecomte, le fait de la dégénérescence graisseuse des muscles, rapide, générale, arrivant pour ainsi dire en même temps que l'atrophie, n'est pas en rapport avec ce que l'on observe dans les paralysies dépendant d'une altération de la moelle ou des nerfs rachidiens. Le fait est exact; la dégénérescence graisseuse est, dans ces sortes de paralysies, beaucoup plus tardive, beaucoup moins générale et moins complète. Mais cette difficulté n'en est peut être pas une si l'on veut bien tenir compte de la nature des faits et de leurs conditions de diversité.

Jusqu'ici, nous ne nous sommes préoccupés que de l'existence de la paralysie considérée d'une manière absolue. Mais, en principe, il doit exister, et en fait, il existe différentes espèces de paralysies, dont la nature étiologique différente implique une différence proportionnelle dans les caractères. Ceci n'est pas une hypothèse, et pour n'en citer que deux exemples : la paralysie saturnine et la paralysie syphilitique n'offrent-elles pas des différences corrélatives à la différence de leur cause. Or, dans l'évolution de la maladie de Lecomte, n'a-t-il pas existé aussi des circonstances étiologiques capables de rendre compte des caractères particuliers de l'altération musculaire : l'atrophie graisseuse? Sans aucun doute, suivant nous, et l'Académie va pouvoir s'en convaincre.

Au commencement de l'observation rapportée par M. Cruveilhier, on lit que « Lecomte fait remonter à deux ans environ l'origine de sa maladie, il en » accuse *une nuit passée à la belle étoile* sur un pavé boueux, dont il n'était » séparé que par une toile humide. Il se réveille *tout engourdi* du côté droit, » sur lequel il était couché. »

Pendant un an, à la suite de cette nuit, le malade éprouve un *affaiblissement* de la myotilité bornée à la main. « Au bout de ce temps, à la suite d'une *nuit* » *froide et humide passée à la belle étoile*, Lecomte éprouve une assez grande » *faiblesse* dans les membres inférieurs, et plus particulièrement dans les ge- » noux ; depuis cette époque, il ne lui fut plus possible de supporter sans fa- » tigue une longue marche ; il *tombait souvent*, etc. » Telles sont les circonstances qui ont présidé au développement de la maladie de Lecomte. Est-il possible d'en méconnaître le caractère et la portée? Apres une première nuit passée sur un pavé boueux, première atteinte, état local et stationnaire; après une seconde nuit froide et humide passée à la belle étoile, extension de la maladie. La seconde épreuve ne confirme-t-elle pas, ne met-elle pas hors de doute la signification de la première, et toutes deux ne s'accordent-elles pas pour établir que Lecomte a contracté sur ce pavé humide, dans la boue, une paralysie de nature rhumatismale, en un mot, d'une nature spéciale quelconque? Comment a dû agir organiquement cette cause, sinon de l'extérieur à l'intérieur, à la périphérie du système nerveux, c'est-à-dire sur les extrémités terminales et complexes des deux systèmes nerveux, ganglionnaire et rachidien? En admettant cette manière de voir, infiniment probable, quoi de plus facile à expliquer que les phénomènes de contracture spasmodique d'une part, et de l'autre le mode d'altération particulière de la contexture des muscles, l'atrophie graisseuse, par la paralysie d'une portion périphérique du système nerveux ganglionnaire, combinée avec la paralysie périphérique des filets nerveux rachidiens correspondant aux racines atrophiées? De cette façon, ne met-on pas d'accord toutes les circonstances anatomiques, physiologiques et pathologiques de la maladie : la spécificité des caractères en rapport avec la spécificité des causes.

D'après cet exposé, la maladie dont M. Cruveilhier nous a présenté l'observation serait donc, au point de vue physiologique, une paralysie du mouvement produite par l'atrophie des racines des nerfs affectés au mouvement volontaire; et, au point de vue pathologique, une paralysie spéciale, de nature rhumatismale, ayant commencé par la périphérie du système nerveux, et ayant atteint simultanément des filets appartenant aux deux systèmes nerveux : animal et ganglionnaire; en un mot, une *paralysie rhumatismale périphérique du mouvement*.

M. LE PRÉSIDENT demande à M. Cruveilhier s'il désire prendre la parole.

(1) ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX, ETC.; par F. A. Longet. 1842. Tome I, page 358.

M. CRUVEILHIER répond qu'aucun dissentiment ne s'étant élevé sur la question de fait qui se rattache à sa communication, il n'a rien à ajouter.

La discussion est close.

— M. COLLINEAU commence la lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Voisin relatif à l'éducation des idiots.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

LA SIFILIZZAZIONE STUDIATA QUAL MEZZO CURATIVO E PRESERVATIVO DELLE MALATTIE VENEREE; da CASIMIRO SPERINO. — Un vol. in-8°. Janvier 1853. A Turin, imprimerie sociale des artistes, A. Pons et Ce.

(Suite et fin.—Voir les numéros 14 et 15.)

CURATION. — La syphilisation a été appliquée chez 41 malades du syphilicôme, pour les guérir de symptômes constitutionnels. Mais tous ces symptômes sont loin d'avoir la même importance. Nous avons déjà fait remarquer, par exemple, que les tubercules muqueux disparaissent souvent par l'effet des seules médications locales, ou même de soins de propreté. M. Sperino abonde aujourd'hui et très-explicitement dans notre sens. Il reconnaît formellement (p. 349) que « les tubercules muqueux peuvent disparaître momentanément par l'effet de simples moyens locaux, sans aucun traitement mercuriel. » Son observation 55 est relative à une femme qui, précédemment affectée de tubercules muqueux, en avait guéri à l'aide d'une *simple cure locale*. Bien plus, on voit dans l'observation 77 une jeune fille offrir de nombreux tubercules muqueux à la vulve, au périnée et à l'anus. Elle fut laissée à l'hôpital pendant vingt et un jours *sans aucun traitement général ni local*. Au bout de ce temps la syphilisation fut entreprise chez elle, mais avant de la commencer on nota que les tubercules muqueux étaient devenus *beaucoup plus petits* qu'à l'époque de son entrée. Avec une pareille disposition à la résolution spontanée, il serait illogique de compter cet accident au nombre de ceux dont la disparition prouve en faveur de l'efficacité d'une méthode quelconque ; et nous croyons entrer dans les intérêts, sinon dans les intentions de M. Sperino, en les éliminant du total des faits donnés comme confirmatifs de sa doctrine.

Trente-deux faits restent donc ; mais ils appellent encore plus d'une restriction. D'abord une qui ne sera point contestée porte sur deux cas où la mort eut lieu. Hâtons-nous d'ajouter que la syphilisation ne peut en être accusée, puisqu'elle fut à peine essayée chez l'un de ces sujets par deux, chez l'autre par cinq piqûres.

Trois de ces faits concernent des lésions dont la nature syphilitique constitutionnelle est à nos yeux fort douteuse. Ainsi, un ulcère du pharynx est qualifié de secondaire; mais il survint *vingt-huit jours* seulement après le début du chancre primitif; mais on ne décrit aucun de ses caractères ; mais il ne s'accompagne de nul autre accident constitutionnel. Un autre a trait à une carie des métacarpiens, de *nature douteuse*, dit l'auteur. Un autre ulcère de la région tibiale soulève aussi quelque incertitude sur son origine.

Quatre syphilides exanthématiques superficielles ont disparu durant la syphilisation ; mais en combien de temps ? En trois mois, trois mois et demi, six mois et demi et sept mois !... Or laissons la parole à M. Sperino, pour apprécier la signification d'un pareil résultat ; « La syphilide exanthématique, dit-il (p. 602), aurait peut-être également disparu sans aucun traitement. »

Dans un cas, quatre saignées presque coup sur coup ont bien pu faire pâlir et dissiper une éruption assez légère.

Dans un second cas, il n'y eut qu'amélioration.

Dans un troisième la syphilide avait cédé, et après 150 inoculations pratiquées durant trois mois, on pouvait croire, si la syphilisation possède en elle quelque pouvoir, qu'elle avait été suffisamment prolongée pour l'avoir déployé dans toute sa plénitude. Cependant au bout des trois mois il y eut une récidive de la manifestation constitutionnelle.

Nous comptons enfin quatorze cas où l'action des mercuriaux et des iodurés a été associée à celle des piqûres dites curatives. A la vérité M. Sperino n'accorde à ces précieux agents que le titre d'auxiliaires ; car il inscrit sans balancer en tête de ces observations : *Sifilizzazione coadjuvata dal mercurio*, ou *dal ioduro potassico*. Mais nous ne pouvons partager son opinion sur le rang à donner à ces deux puissants

antisyphilitiques; et à nos yeux de pareils *coadjuteurs*, pour employer son expression, valent au moins le dignitaire principal!

Ainsi donc, six faits seulement conservent les conditions voulues pour faire preuve. Ne serait-il pas juste de retrancher encore les cas où des douleurs ostéocopes, seul signe d'une syphilis constitutionnelle, ont pu être dissimulées ou mensongèrement déclarées guéries par des malades impatientes de mettre un terme au long et douloureux traitement qu'elles n'osaient refuser ouvertement? Quoi qu'il en soit, ces six cas, non pas inattaquables sans doute (car il n'est point de symptôme vénérien qui ne puisse fortuitement s'effacer sans remèdes), mais échappant aux diverses fins de non-recevoir que nous trouvons justement applicables contre les autres, ces six faits, disons-nous, méritent d'être sérieusement médités par les adversaires de la syphilisation. Peut-être le rapport de la commission de Turin viendra-t-il nous édifier sur leur valeur; mais en attendant, avec ce que nous connaissons de la science et de l'honorabilité de M. Sperino, nous ne pouvons nous refuser de dire que, quoique en petit nombre, leur lecture a produit sur notre esprit la plus profonde impression.

La lecture des principales circonstances de l'un d'eux montrera au lecteur si c'est à tort ou raison.

Une femme de 19 ans entra (obs. 92) au syphilocôme le 21 août 1852, avec deux chancres primitifs datant de quarante-cinq jours. Ils ne sont pas indurés. Deux bubons fluctuants s'ouvrent spontanément au bout de peu de jours.

Le 5 septembre on commence à apercevoir sur les membres, le dos et l'abdomen, de petites pustules cuivrées, indolentes. Le 10, elles s'étaient étendues et avaient revêtu tous les caractères d'une syphilide papulo-pustuleuse. Deux gros tubercules muqueux parurent en même temps, l'un sur la lèvre inférieure, l'autre sur la commissure labiale droite. L'ouverture des bubons est devenue virulente.

Le 19 on commence les inoculations syphilisatrices; on en fit successivement 88 en 14 séances, jusqu'au 12 décembre.

Vers le 12 novembre l'éruption syphilitique, qui était déjà considérablement diminuée au bout du premier mois, ne laissait plus aucune trace. Les tubercules muqueux étaient effacés depuis le 7 octobre.

Moins de deux mois ont donc suffi pour la guérison. Et sous ce rapport, comme pour la gravité des symptômes morbides, ce cas peut rivaliser avec ceux que l'on présente comme les plus beaux exemples de succès dus à l'emploi des remèdes spécifiques ordinaires.

L'observation 72 est relative à une femme qui portait une syphilide tuberculeuse en groupes, sur la face, le cou et les épaules, depuis près de quinze jours. Au bout de vingt jours employés à pratiquer 50 piqûres, l'éruption avait notablement diminué. A partir de ce moment (20 août 1851) jusqu'au 6 janvier 1852, on fit encore 236 inoculations. L'éruption disparut peu à peu. Dès le 28 septembre il ne restait que des taches cuivrées qui allaient en se décolorant de jour en jour.

Dans l'obs. 73 une syphilide tuberculeuse développée sur l'abdomen et sur la hanche droite depuis six jours, céda d'abord, mais reparut sous une nouvelle forme après quatre mois d'inoculations, pour disparaître définitivement, grâce à la continuation des pratiques syphilisatrices.

Une fille de 18 ans (obs. 93) avait des tubercules muqueux, un psoriasis syphilitique qui existait depuis vingt jours, et la teigne faveuse. Dix-sept jours après son entrée la syphilide persistait au même degré, on la syphilisa par 69 piqûres faites dans l'espace de quatre-vingt-dix-sept jours. Dès le trente-sixième jour l'éruption devenait plus pâle. Au bout de quatre-vingts jours il n'en restait plus d'autre trace qu'une teinte un peu livide qui s'affaiblissait graduellement. Les croûtes faveuses détachées par des cataplasmes avaient laissé à découvert une surface sur laquelle on ne put constater la reproduction d'aucune pustule.

Enfin l'obs. 95 signale une influence encore plus marquée de la syphilisation. En vingt-sept jours et 28 piqûres des douleurs ostéocopes avaient cessé, des tubercules ulcérés entre les orteils étaient cicatrisés. Malheureusement, des ulcères suite d'ecthyma syphilitique avaient précédemment guéri avant qu'on n'eût commencé la syphilisation ni fait non plus aucun traitement antisyphilitique.

Maintenant de ces faits, à nos yeux très-valables, tirons-nous la conséquence qu'il faut immédiatement traiter par la syphilisation les malades atteints de symptômes constitutionnels? Nous n'allons pas si vite. Pour qu'une méthode devienne rationnellement applicable, il faut trois conditions : qu'elle ait de l'efficacité contre l'affection contre laquelle on l'emploie; que ses avantages ne soient pas compensés par ses inconvénients; enfin que nulle autre médication ne puisse rendre les mêmes services à moins de frais, c'est-à-dire avec moins de chances fâcheuses pour les malades. Eh bien! si les quelques faits précédents nous semblent capables de commencer la démonstration du premier point, on voit que les deux autres restent encore presque tout entiers à établir; car il est très-douteux que la cure syphilisante puisse soutenir le parallèle avec les spécifiques ordinaires sous le rapport de l'incommodité, des dangers même, inhérents ou éventuellement attachés à leur usage respectif. Et quant à la puissance curative, celle du mercure et de l'iode est tellement constante, que pour détrôner ces deux merveilleux agents, le nouveau prétendant aurait besoin d'appuyer ses droits sur une statistique bien autrement nombreuse que celle dont M. Sperino peut aujourd'hui présenter le modeste total. La place qu'on lui pourrait accorder en l'état actuel ne serait donc qu'à la suite du mercure et de l'iode, et après l'impuissance bien constatée de ces deux médicaments.

On peut voir du reste, dans les écrits récents de M. Auzias et dans le livre de M. Sperino, que l'exclusion si longtemps absolue que les syphilisateurs donnaient aux mercuriaux est à présent reniée d'une manière officielle. Les méthodes jadis rivales vivent en bonne intelligence, s'appellent, si je puis dire, en consultation. Bonne fortune pour les malades, preuve de sens de la part des sectaires, ce relâchement ne me paraît pas d'aussi bon augure pour la méthode. Toute doctrine qui cède sur un point est menacée de déchéance. Pour qui entreprend une révolution, l'éclectisme, quelquefois le plus sage parti, sera toujours taxé de faiblesse. Aussi nous ne saurions trop le recommander aux expérimentateurs futurs, qu'ils se gardent d'une pareille alliance. Pour qu'on puisse juger, soit en bien, soit en mal, la syphilisation, il faut qu'elle ait le courage de demeurer seule responsable de ses services comme de ses méfaits.

Le livre de M. Sperino prêterait à une foule d'autres considérations, car il ne s'est pas borné à dresser une sèche et froide énumération de faits cliniques. Sur cette statistique il a édifié l'œuvre complète de la syphilisation systématisée dans ses principes, ses moyens, ses écueils, ses auxiliaires, ses conséquences et ses applications diverses. Ajoutons que, à cette partie de l'ouvrage, il ne manque ni la modestie attrayante de l'inventeur, qui ne dit et sait ue dire que la vérité, ni la sobriété de style, qualité si rare chez les écrivains de la péninsule, que M. Sperino a toujours su garder. Mais avant de discuter les applications de la découverte, il fallait bien étudier la réalité des faits qui lui servent de base. Ce devoir, nous l'avons rempli en toute conscience, sûrs d'avance de ne contenter ni l'auteur ni ses antagonistes, mais jaloux par-dessus tout de ne démériter ni notre propre estime ni la leur, dans une discussion qui a servi de passe-port à tant de passions. L'occasion se produira sans doute bientôt de revenir sur ce sujet. Nous la saisirons avec d'autant plus d'empressement que, mieux éclairés alors sur la valeur réelle des observations contenues dans ce livre, nous pourrons les analyser de nouveau sans craindre, comme aujourd'hui, de voir nos conclusions modifiées par des éclaircissements ultérieurs.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

— Par un décret impérial du 31 mars 1853 ont été nommés chevaliers dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur:

M. Leprieur, pharmacien de première classe de la marine, à la Martinique;
M. Lépine, chirurgien de première classe de la marine, à la Martinique;
M. Riou-Kerangal, chirurgien de seconde classe de la marine, à la Martinique;
M. Marc, chirurgien de seconde classe de la marine, à la Guadeloupe;
M. Lozach, chirurgien de seconde classe de la marine, à la Guadeloupe;
M. Longneteau, chirurgien de troisième classe de la marine, à la Guadeloupe.

— Par décret impérial du 2 avril 1853, la démission offerte par M. Deguérin, chirurgien de troisième classe de la marine, a été acceptée.

— M. Méry, médecin principal, est désigné pour les hôpitaux militaires de la province de Constantine.

— L'Académie impériale de médecine et chirurgie de Saint-Pétersbourg, dans une de ses séances du mois de janvier dernier, a élu à l'unanimité membre correspondant, notre confrère le docteur A. Legrand.

— Dans la séance de l'Académie de médecine de mardi dernier, M. le président a annoncé la mort de M. Husson.

— NOUVEAU CAS DE MORT PAR LE CHLOROFORME. — Nous apprenons qu'un nouveau cas de mort par le chloroforme vient d'avoir lieu à la Pitié, dans le service de M. Valleix. Il s'agit d'un homme porteur d'un anévrisme de la crosse de l'aorte, qui avait en même temps une chute du rectum. Pour la réduire, on l'a soumis au chloroforme, qui a déterminé la mort. (GAZ. DES HÔP.)

— La Société médicale allemande, fondée en 1844, vient de transférer son siége dans un local plus spacieux, au n° 24 de la rue de l'École-de-Médecine (au 2e étage).

Ses séances ont lieu en hiver tous les lundis, et en été le premier et le troisième lundi du mois, à huit heures précises du soir.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SURDI-MUTITÉ.

Ainsi qu'on l'a dit à la dernière séance de l'Académie de médecine, c'est pour la seconde fois, à vingt ans d'intervalle, que ce corps savant est appelé à examiner l'importante question de la surdi-mutité. Cette remarque ne doit pas rester stérile. Depuis l'époque où les idées d'Itard sont descendues dans l'arène, la face de la question a-t-elle changé? les problèmes agités sont-ils restés les mêmes? On bien la science et l'art, sortis d'une voie stérile, ont-ils pris une nouvelle direction? Enfin s'agit-il d'une découverte à constater, ou seulement d'un progrès à favoriser? Telles sont les préoccupations qui ont dû assiéger les personnes présentes à la dernière séance de l'Académie. Malgré l'immense intérêt du sujet, malgré l'attention ou plutôt les efforts d'attention dont l'auditoire n'a cessé de faire preuve, nous sommes obligé de le confesser, quelque chose plus que nous sans doute n'a pu démêler, à travers une foule de questions incidentes, d'interpellations indirectes, et, nous devons le dire, d'excentricités académiques, de quoi il s'agissait. L'espèce de curiosité particulière qu'a toujours le privilége d'exciter l'honorable membre qui parlait au nom de la commission, n'a pas peu contribué à détourner l'attention d'un but sérieux et déterminé. Cependant nous avons fini par saisir les points culminants du débat, et nous croyons servir la discussion qui doit continuer dans la prochaine séance en posant clairement la question qu'il s'agit de résoudre. Or cette question nous paraît doublement importante au point de vue de la science et de l'art.

Jusqu'à ces derniers temps, la surdi-mutité, acceptée comme une fatalité absolue, était frappée en quelque façon du véto de la science; et les pauvres sourds-muets, objets de la sollicitude et de la pitié de quelques âmes sympathiques, étaient restés complétement étrangers aux bienfaits que l'art moderne a répandus avec tant de profusion sur la plus grande partie des infirmités humaines. Le caractère même de la sollicitude et des efforts dont ils étaient l'objet, n'atteste pas moins la stérilité de la science que l'indifférence de l'art.

L'abbé de l'Épée et l'abbé Sicard, en prenant sous leur patronage ces infortunes regardées comme définitives, avaient créé pour elles l'art de suppléer, par le langage des signes, le langage des sons et de la parole dont on les croyait à jamais déchus. Êtres disgraciés, race à part, il ne venait à l'idée de personne qu'on pût effacer jamais de leur front cette fatale empreinte du doigt de Dieu. Et dans cette douloureuse résignation, les efforts que l'on faisait pour développer leur esprit et étendre leurs communications entre eux, ne faisaient que marquer plus profondément la ligne de circonvallation qui les séparait du reste des hommes. Cependant, mue par une inspiration supérieure, la science s'est demandée un jour si le mystère de ces infortunes était à jamais impénétrable, et si, au lieu de consommer leur séquestration à l'aide d'un langage étranger au reste des hommes, l'on ne devait pas plutôt chercher à les rattacher à la grande famille, en réveillant chez eux les moindres aptitudes au langage commun. Ce jour de révélation fut l'aurore d'un véritable progrès, et c'est ce progrès, non encore réalisé, mais conçu, mais aspirant instinctivement au but, qui frappe à la porte de l'Académie. Regarder, en effet, la surdi-mutité comme susceptible d'amélioration, la regarder comme quelquefois curable, c'est supposer possible une détermination scientifique des faits en corrélation avec les méthodes curatives, et c'est avoir constaté, au moins empiriquement, la possibilité et l'efficacité de cette concordance. Or cette hypothèse et cette espérance ne sont plus un rêve.

Le premier pas dans cette voie a été d'établir qu'il y a des sourds-muets qui ne parlent pas, uniquement parce qu'ils sont sourds: parce qu'ils n'ont point appris à parler. Il y a dans la communication de la parole deux premiers part: celui qui parle et celui qui écoute. On n'avait pas réfléchi que le premier, en procurant un second ou avantage qu'il n'a pas, jouit néanmoins de celui de communiquer sa pensée dans le langage commun. Cette idée, entée sur la première, a porté ses fruits: on a essayé de faire parler les sourds-muets qui ne sont que sourds, et on y est parvenu.

Un second pas a été de voir que la surdi-mutité a des degrés: qu'à certains de ces degrés, l'exercice de la parole rend plus apte à l'entendre, s'il ne réveille pas quelquefois complétement la faculté de parler et d'entendre qui n'était qu'endormie.

Un troisième pas a été, en conséquence des deux premiers, de substituer dans l'éducation des sourds-muets la méthode de la lecture sur les lèvres et des sons articulés, aux méthodes mimiques et dactylologiques jusqu'alors exclusivement en usage.

Eh bien! ces trois marches du progrès, déjà établies et éprouvées dans d'autres pays, en Belgique et en Allemagne, doivent-elles être adoptées en France? Telle est la question que l'Académie est appelée à résoudre.

Il y a, nous devons le reconnaître, dans cette question de science et d'humanité, une question personnelle qui la complique. On peut bien, au plus grand avantage de leur clarté et leur autorité, abstraire un instant les idées. Mais dans leur marche ascendante, elles sont inséparables de celui qui leur donne la main; dès lors leur fortune est exposée au choc des passions et des intérêts, puisqu'elles-mêmes se dégagent difficilement des passions et des intérêts dont elles sont aussi bien les instruments que le but. C'est sans doute ce qui se vérifiera dans la reprise de la discussion.

Toutefois, dût la cause du progrès favoriser autre chose que la science et l'humanité, dût le savant et l'homme se ressentir du bienfait des idées qu'ils ont contribué à introduire chez nous, nous nous résignons volontiers à la nécessité d'être utile à l'un en servant les intérêts de l'autre. Entrons donc dans le cœur du débat.

Ce n'est pas en France que les idées résumées plus haut ont reçu la première impulsion. Depuis plusieurs années déjà, elles avaient porlé leur fruit en Allemagne et en Belgique. Chargé par l'autorité de visiter les établissements les mieux tenus dans les différents pays, M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'établissement des sourds et muets de Paris, et par conséquent au courant de ce qui se pratiquait chez nous, a pu aisément constater les différences. C'est à la suite de plusieurs missions, qu'il a entrepris de faire pénétrer dans nos établissements le progrès constaté dans ceux de la Belgique et de l'Allemagne. M. Blanchet n'est pas un simple importateur. Pénétré de l'idée qu'une réforme dans la pratique doit être précédée d'une étude scientifique des indications, il a scruté à fond la surdi-mutité. Pour cela, il a mis à contribution les connaissances acoustiques et physiologiques les mieux établies; en sorte qu'au rôle de propagateur, il joint celui d'inventeur. C'est ainsi que, voulant asseoir sur une base rigoureuse

---

Feuilleton.

LETTRES SUR VICHY.

(Quatrième lettre.)

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Mon cher et très-honoré confrère,

Nous supposons qu'éclairé sur les deux principales sources d'indications qui peuvent déterminer l'emploi des eaux minérales, la composition chimique des eaux minérales elles-mêmes et les résultats généraux de l'expérience acquise, un médecin a conseillé l'administration du traitement thermal. Il n'a pas encore fait plus que s'il avait conseillé un traitement par les toniques, par les antispasmodiques, par les fondants; il a donné une direction à suivre. Il reste à formuler le traitement.

Ce mot *formuler* n'est guère usité en thérapeutique thermale. C'est un tort, et les médecins eux-mêmes croient trop généralement avoir tout dit quand ils ont prescrit à un malade d'aller prendre les eaux de Vichy ou d'ailleurs. Il est vrai qu'ils s'en rapportent pour les détails aux médecins qu'ils savent chargés de l'administration des eaux. Mais ils suppléent volontiers de loin à cette intervention par quelque vague indication: vous boirez de telle source. Et le malade n'a même pas toujours besoin d'encouragement pour se traiter à sa guise, et diriger lui-même son traitement. Ceci est matériellement préférable, parce que les eaux minérales représentent un médicament ordinairement facile à tolérer dans d'assez larges limites; mais n'est guère plus raisonnable que s'il s'agissait de toute autre médication. Cette sorte d'indifférence que l'on voit trop souvent affecter relativement à leur mode d'administration peut convenir à ceux qui ne croient pas à l'efficacité réelle et médicamenteuse des eaux minérales. Mais si l'on considère celles-ci à titre d'agent thérapeutique actif, et si l'on admet qu'elles introduisent dans l'économie des principes considérables et doués de propriétés certaines, quelle que soit l'idée que l'on s'en fasse, on ne saurait disconvenir de l'importance qu'il doit y avoir à les administrer de telle ou telle manière.

Nous allons entrer dans quelques détails à ce sujet. On verra combien le mode d'administration des eaux de Vichy doit varier suivant les individus et suivant les maladies, et le lecteur y trouvera peut-être des renseignements utiles touchant les ressources qu'offre l'emploi de ces eaux, et par suite touchant leurs indications.

Lorsqu'un malade doit prendre les eaux de Vichy, il s'agit de déterminer d'abord s'il prendra ces eaux en boisson et en bains, ou seulement sous l'une de ces formes; à quelle source et à quelle dose l'eau sera prise, et à quels moments de la journée; s'il devra faire usage de douches ascendantes ou de douches à percussion,

la détermination des cas de surdi-mutité qui sont curables par l'exercice de la parole et le développement des organes de l'ouïe, il a substitué à l'orgue ou aux bruits indéterminés l'usage des acoumètres du monocorde, échelonnant avec précision le nombre des vibrations perceptibles pour chaque sujet. Il ne faut pas croire qu'il ait négligé les autres éléments de différenciation, tels que l'intensité du son, l'amplitude des vibrations et le timbre, qui sont capables de modifier les résultats de la simple échelle diatonique; c'est au contraire en tenant compte de tous les éléments de diagnostic qu'il est parvenu à établir des catégories; si bien que, pendant le traitement et à la fin du traitement, les mêmes mesures ont pu servir à constater et à préciser les résultats.

Des sujets catégorisés par M. Blanchet, sous les yeux de la commission, il n'en est aucun qui n'ait retiré quelque avantage du système de moyens employés. Nous disons système, parce qu'il ne s'agit ici ni d'un remède, ni d'une pratique, mais bien d'un ensemble approprié à l'ensemble des indications à remplir. Dans chacune des séries, la commission a constaté des résultats, gradués depuis une simple augmentation de la perception de l'ouïe, jusqu'à une restauration fort avancée de cette faculté, avec développement parallèle de la parole. C'est donc un fait certain que, parmi les sourds-muets que l'ancienne méthode eût voués à la culture exclusive de la mimique et de la dactylologie, c'est-à-dire que l'on eût confinés à perpétuité dans la classe des sourds et muets, il s'en est trouvé bon nombre qu'on a pu rendre à la société et au commerce de leurs semblables. Dans quelle proportion se trouvaient-ils? D'après l'examen auquel la commission a procédé, il s'en est trouvé constamment, dans chaque série, un certain nombre (1 sur 3 ou sur 5) dont l'état s'est montré susceptible d'être guéri ou amélioré, et qui, soumis à une éducation et à un traitement convenables, pourraient arriver à saisir directement la parole par l'oreille ou par l'intermédiaire d'instruments acoustiques.

La conséquence la plus immédiate qui doit ressortir des efforts de M. Blanchet et des travaux de la commission, sur la catégorisation des sourds et muets, sera une modification profonde dans l'organisation actuelle de l'enseignement de l'école des sourds et muets de Paris. Il faudra en effet, de toute nécessité, que les élèves susceptibles de bénéficier de la nouvelle méthode reçoivent une éducation spéciale, donnée exclusivement par des professeurs parlants, chargés de les exercer suffisamment à l'articulation. L'Académie s'associera sans doute dans ce but aux conclusions de la commission; et l'administration, complètement renseignée, n'hésitera pas à accueillir le système proposé par M. Blanchet.

JULES GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES-UNES DES MALADIES GASTRO-INTESTINALES DE LA PREMIÈRE ENFANCE; par M. le docteur RILLIET, médecin en chef de l'hôpital de Genève.

(Suite. — Voir les numéros 5, 6 et 8.)

PRONOSTIC.

ENTÉRITE LÉGÈRE. — Comme son nom l'indique, la maladie n'offre aucun danger; cependant comme elle peut être le précurseur des formes graves aiguës ou chroniques, il ne faut pas considérer cette affection comme une maladie insignifiante.

ENTÉRITE CÉRÉBRALE. — Malgré la gravité apparente de la maladie, elle se termine le plus souvent par le retour à la santé. Tous les faits d'entérite cérébrale que nous avons insérés dans le cours de ce travail sont, à l'exception de celui qui va suivre, des exemples de guérison, et nous en avons observé d'autres où la terminaison n'a pas été moins favorable. C'est la durée, la répétition et la gravité des symptômes éclamptiques qui font tout le danger; il est d'autant plus grand que la forme éclamptique s'unit à la forme cholérique comme dans le cas suivant :

ENFANT DE DEUX MOIS; ALIMENTATION PEU CONVENABLE; DÉRANGEMENT D'ENTRAILLES PRODROMIQUE; DÉBUT PAR DE LA DIARRHÉE ET DES VOMISSEMENTS; REFROIDISSEMENT; ÉCLAMPSIE; AMÉLIORATION MOMENTANÉE; RETOUR DE L'ÉCLAMPSIE; MORT; A L'AUTOPSIE, INFLAMMATION DANS DEUX OU TROIS PLAQUES DE PEYER.

OBS. VII. — Je fus appelé à voir en consultation, au mois de septembre 1849, une petite fille de deux mois atteinte d'entérite. Le médecin qui lui donnait des soins me raconta que cette enfant nourrie moitié par la mère, moitié avec le lait de vache, avait eu, trois semaines avant le début, du dérangement d'entrailles. La régurgitation du lait était fréquente. Quinze jours plus tard, l'enfant qui avait une chute du rectum avait rendu presque chaque jour de petites selles muqueuses avec des stries de sang. Elle faisait de grands efforts, poussait des cris aigus en allant du ventre et n'amenait en définitive qu'une très-petite quantité de matières. Malgré ces symptômes, l'enfant n'avait pas maigri d'une manière appréciable. Elle semblait assez bien portante pour que ses parents n'eussent pas jugé convenable d'appeler un médecin.

Le 22 septembre, la maladie aiguë débute par des selles fréquentes et des cris aigus.

Le 23, la diarrhée persiste accompagnée de vomissements très-fréquents. Les selles sont plus séreuses, sans l'être complétement : les unes sont verdâtres, les autres jaunes.

Le 24, persistance de la diarrhée et des vomissements, *refroidissement des extrémités*, convulsions des globes oculaires.

Le 25, seconde attaque d'éclampsie; à la convulsion des globes oculaires se joint celle des bras. La diarrhée persiste; cependant la nature des selles a changé; elles ne sont plus séreuses; leur couleur est jaunâtre; elles commencent à s'épaissir.

Je vois l'enfant à trois heures de l'après-midi. (Je copie textuellement sur mes notes l'état dans lequel je la trouve.)

La petite fille est couchée auprès de sa nourrice; elle dort d'un sommeil paisible. La respiration est régulière, ainsi que le pouls qui est bien senti, à 140, plutôt plein pour un enfant de cet âge. La peau est chaude généralement; il n'y a pas de flaccidité des chairs ni d'amaigrissement exagéré. Les yeux sont assez profondément creux, sans être cependant caves. Le faciès n'a nullement l'aspect que j'ai vu souvent aux enfants atteints de choléra infantum et qui est caractérisé par un amaigrissement considérable du visage, la saillie des pommettes et la flétrissure de la peau. La bouche est bien humide, la langue naturelle. Pas de muguet. Le ventre est un peu flasque; la peau se laisse pincer facilement.

Le peu d'intensité des symptômes cérébraux et surtout l'absence de la persistance de ces symptômes, joints aux vomissements, à la diarrhée et au refroidissement, me fait penser que nous avons affaire à une affection gastro-intestinale aiguë avec réaction sympathique vers l'encéphale et non à une maladie de cerveau.

J'émets un pronostic favorable, pourvu que les vomissements et les selles

---

Nous allons suivre cet ordre dans l'exposé de ces différents modes d'administration du traitement; mais on voit que la formule de ce traitement n'est pas déjà si simple.

La très-grande majorité des malades doivent prendre l'eau thermale à la fois en bains et en boisson. Mais il en est chez qui l'un ou l'autre de ces deux modes d'administration des eaux est formellement contre-indiqué.

Les bains de Vichy sont contre-indiqués à peu près dans les mêmes circonstances que les bains en général; ainsi la disposition aux congestions ou aux affections cérébrales de toutes sortes, l'existence d'une maladie du cœur, et en général de toute espèce d'affection fonctionnelle ou organique des organes thoraciques, ne permettent guère d'user prudemment de ces bains, de ces bains surtout qui favorisent plus que d'autres la tendance aux congestions encéphaliques ou thoraciques. Nous en dirons autant des anasarques considérables, des ascites, sauf le cas où l'épanchement séreux est manifestement le symptôme d'un engorgement du foie ou d'une tumeur, et encore ne faut-il procéder alors qu'avec une grande retenue. Il faut éviter encore les bains chez les femmes grosses à qui on juge convenable de faire suivre un traitement thermal; j'ai observé un cas d'avortement qui ne reconnaissait pas d'autre cause. Il y a des goutteux qui demeurent incessamment ou pendant de longues périodes, sous l'imminence d'une attaque de goutte. Il y a des gouttes vagues, errantes, mobiles, toujours prêtes à se porter d'un point vers un autre, menaçant à la fois les jointures et les viscères. Nous redoutons dans les cas de ce genre l'usage des bains qui, par leur action sur la peau, la susceptibilité qu'ils y développent, la facilité avec laquelle ils déterminent quelquefois une fluxion vers les appareils profonds, les vicissitudes extérieures, etc., peuvent n'être pas sans graves inconvénients.

D'un autre côté, il est des malades qui doivent se contenter de l'usage des bains. J'ai vu des personnes qui, sans que l'état de l'estomac pût en rendre aucunement compte, ne pouvaient tolérer en aucune façon l'eau de Vichy prise à l'intérieur. Un jeune homme, qui avait déjà subi l'année précédente un traitement thermal pour des congestions hépatiques répétées, revint à Vichy beaucoup mieux portant, ayant seulement le système nerveux singulièrement surexcité et par sa nature et par de récents travaux. J'essayai successivement de toutes les sources; il me fut impossible de lui faire supporter un quart de verre d'eau minérale pure ou coupée. Aussitôt survenaient des nausées, un tremblement général, puis de la diarrhée. Ce qui se voit beaucoup plus souvent, ce sont des gastralgiques qui ne peuvent supporter l'eau minérale, sans redoublement des douleurs cardialgiques; des dyspeptiques qui ne peuvent les digérer et chez qui elles occasionnent de la pesanteur, des renvois, enfin des signes d'indigestion. D'autres fois, sous l'influence apparente d'une constitution atmosphérique, une diarrhée glaireuse ou dyssentérique est rappelée par la moindre dose d'eau minérale. Mais c'est surtout dans les entérites et les diarrhées chroniques que l'usage interne des eaux de Vichy se trouve souvent contre-indiqué. Il faut, dans les cas de ce genre, savoir attendre; l'efficacité des bains, dans ces derniers cas surtout, est souvent assez grande pour qu'au bout de quelques jours, peut-être seulement dans une seconde saison, les eaux puissent être supportées sous toutes les formes.

Mais dans l'immense majorité des cas, l'eau de Vichy bien administrée est

ne se répètent pas coup sur coup ; j'aurais dû ajouter et pourvu qu'il ne survienne pas de nouvelles attaques d'éclampsie.

Voici, en effet, ce qui arrive. Du 25 au 27 les vomissements ne se reproduisirent pas, les selles allèrent en diminuant de nombre, mais le pouls resta fréquent. L'enfant eut de la tendance à l'assoupissement. A six heures du soir, le 26, elle fut prise d'une crise de convulsions qui entraîna la mort.

L'AUTOPSIE fut pratiquée trente-six heures après.

Pas de vergetures, pas de signe de putréfaction, pas de traces d'épanchement dans le cerveau ni de méningite, mais il y a une congestion évidente de la pie-mère et de sa substance grise sans ramollissement. Le cerveau a la consistance ordinaire à cet âge, c'est-à-dire un peu de mollesse.

Les *organes thoraciques* sont sains.

ABDOMEN. — L'estomac a sa forme et sa position ordinaire ; léger ramollissement de la membrane muqueuse du grand cul-de-sac qui manque en quelques points, mais le tissu sous-muqueux est nacré, résistant, parfaitement sain.

Le reste de la membrane muqueuse est normal. Pas trace d'injection.

L'intestin grêle présente trois invaginations de 3 à 4 pouces de longueur, à 2 ou 3 pieds de distance les uns des autres ; la portion invaginée se laisse dégager facilement ; pas d'adhérence. En ouvrant le tube intestinal, dans ces points-là, en deux endroits, je trouve les plaques de Peyer d'un rouge vif, légèrement saillantes et un peu molles. (Entérite folliculeuse dans l'invagination.)

Le reste du tube digestif est parfaitement sain. Il en est de même de tous les autres organes contenus dans le ventre.

Il est évident que l'enfant aurait guéri sans l'attaque d'éclampsie. Comme nous le disions, ce fait qui, sauf la terminaison, offre une grande analogie avec l'observation III, est un exemple du mélange des formes cérébrale et cholérique, et une preuve nouvelle que toutes ces différentes espèces sont au fond une seule et même maladie.

On a pu voir combien les lésions étaient légères, puisqu'elles étaient limitées à l'inflammation de quelques plaques de Peyer et à un léger ramollissement de l'estomac, fait qui prouve que, dans les cas de cette espèce, il peut y avoir disproportion complète entre les lésions et les symptômes, comme il y a un désaccord absolu entre la gravité apparente et la gravité réelle de la maladie. Nous nous sommes demandé si les invaginations s'étaient révélées par quelques symptômes. Mais nous avons conclu par la négative. En effet, l'invagination avait lieu dans plusieurs points de l'intestin grêle ; elle était en tout semblable à celle que l'on observe chez les enfants qui ont succombé à des maladies de nature variée, sans symptômes abdominaux. D'ailleurs les symptômes principaux de la maladie ont manqué, car les petites selles muqueuses striées de sang qui ont précédé le début étaient évidemment le résultat de la chute du rectum, et une fois la maladie confirmée, elles ont disparu pour être remplacées par des selles séreuses.

ENTÉRITE CHOLÉRIFORME. — Le pronostic est fort grave ; nous avons vu mourir plus des trois quarts de nos malades. Cependant nous avons été assez heureux pour en sauver qui paraissaient dans un état désespéré.

Voici les circonstances qui nous ont paru les plus fâcheuses : le très-jeune âge, le sexe féminin, la pauvreté, l'épidémie.

1° *Le très-jeune âge*. Les enfants âgés de 3 semaines à 3 mois sont tous morts ; ceux qui ont guéri étaient âgés, un de 3 mois, un de 7 mois et de 8 mois, un de 11 mois, un de 22 mois.

2° *Le sexe*. Une seule fille a guéri, mais il ne faut pas oublier que le nombre des enfants du sexe féminin était beaucoup moins considérable que celui des enfants du sexe masculin.

3° *Condition sociale*. Quatre des guéris appartenaient aux classes supérieures ou moyennes.

4° Les enfants qui ont guéri ont été atteints pendant les mois où la maladie ne régnait pas épidémiquement.

Sous le rapport des symptômes, les sujets qui ont guéri nous ont offert exactement les mêmes que ceux qui sont morts, avec cette différence que les symptômes les plus inquiétants ont été quelquefois moins intenses et surtout moins prolongés.

En étudiant avec soin nos observations, nous voyons en définitive qu'il ne faut pas désespérer du malade quand le pouls conserve de la tenue, quand l'altération des traits n'est pas profonde, quand le refroidissement ne va pas en augmentant graduellement, ou bien, lorsqu'après le refroidissement et la perte du pouls, on peut obtenir une réaction salutaire.

L'état, au contraire, est fort grave quand, d'une heure à l'autre, les enfants deviennent méconnaissables et se fondent, quand le pouls est d'une extrême petitesse, quand le froid est général, et surtout quand les symptômes persistent plus de vingt-quatre heures.

La durée est l'élément le plus important pour le pronostic, quelque formidables que soient les symptômes, il ne faut pas perdre toute espérance s'ils sont de courte durée.

Il faut du reste être toujours très-réservé sur le pronostic, car on rencontre des cas qui quelquefois, au premier abord, paraissent peu graves, puis tout à coup surviennent des symptômes les plus alarmants. Le médecin modifie alors son pronostic, mais il est de nouveau détrompé par l'apparition de nouveaux signes qui donnent l'espoir d'une issue favorable.

Le fait suivant est la preuve évidente de la réserve qu'il faut apporter dans le pronostic.

GARÇON DE 7 MOIS ; PRÉDISPOSITION CATARRHALE ET DARTREUSE ; MAUVAISE HYGIÈNE ALIMENTAIRE ; HUIT JOURS DE PRODROMES, PAR DE LA DIARRHÉE ; DÉBUT AIGU PAR DES VOMISSEMENTS FRÉQUENTS ET DE LA SOIF ; VINGT-QUATRE HEURES PLUS TARD, AGGRAVATION INSTANTANÉE DE TOUS LES SYMPTÔMES, FROID, PERTE DU POULS, MORT IMMINENTE ; TRAITEMENT PAR LES RÉVULSIFS CUTANÉS ET LES TONIQUES ; GUÉRISON.

OBS. IX. — Le jeune G. est un garçon de 7 mois, qui a été élevé au sein par une nourrice et sevré à 5 mois et demi. Depuis lors il a été nourri de lait et de soupes. C'est le fils d'un pâtissier, et il mange souvent et abondamment de la pâtisserie. Il n'a pas de dents, il n'y a pas de signes évidents de travail de dentition.

Pendant huit jours, diarrhée, sept à huit selles les six premiers jours ; les deux derniers, quinze selles ; le malade a beaucoup maigri. Les selles avaient toutes le même caractère, elles étaient séreuses et muqueuses, peu colorées, mais ne contenaient pas de sang.

Le jeudi 31 octobre 1850, à quatre heures de l'après-midi, il commence à vomir des matières muqueuses filantes, il rejetait chaque gorgée de liquide qu'on lui donnait, il avait une *soif excessive*.

On m'appelle le vendredi 1er novembre, je vois l'enfant dans les bras de sa bonne, *assis*, portant bien sa tête, suivant les objets, s'occupant de tout, mais ayant l'air abattu ; les yeux étaient cernés, la langue humide, les gencives sans sécheresse ni rougeur, le ventre naturel. Il me parut *peu malade* et atteint de ces troubles fonctionnels des voies digestives, si fréquents à cet âge. L'intensité de la soif et la fréquence des vomissements auraient dû cependant me donner quelque inquiétude.

Je prescris 2 centigr. de calomel. On vient m'avertir que le calomel a été rejeté ; c'était à midi et demi ; je fais donner, à deux heures, une seconde dose

---

tolérée convenablement. Il faut donc savoir de quelle source on fera choix.

Nous commençons par poser en fait qu'il est impossible, de l'examen physique ou chimique de chacune des sources de Vichy, de déduire aucune sorte d'indication relative au choix à faire dans leur application thérapeutique. Nous ne saurions faire d'exception que pour celles qui renferment une proportion notable de fer ou d'hydrogène sulfuré ; car pour les principes essentiels aux eaux de Vichy, ils existent dans toutes les sources, comme nous l'avons vu, en proportions sensiblement identiques ; et quant aux différences de température, elles ne sauraient par elles-mêmes fournir de données très-importantes.

Chacune des sources de Vichy offre-t-elle des propriétés particulières applicables à chacune des maladies que l'on traite spécialement dans ces eaux ? Si l'on s'en rapportait aux habitudes de la pratique, à Vichy, et à la réputation particulière de chacune des sources, on serait tenté de répondre affirmativement. C'est ainsi que la source de l'*Hôpital* paraît dévolue aux affections de l'estomac, celle de la *Grande-Grille* aux maladies du foie, celle des *Célestins* à la goutte et aux maladies des voies urinaires. Cette pratique a sans doute sa raison d'être ; mais si on y attachait une idée de spécificité proprement dite, de telle source pour tel ordre d'affections, on se tromperait beaucoup. On doit avoir habituellement beaucoup plus égard, pour le choix de la source, aux conditions générales du malade qu'à la nature de la maladie. Seulement, comme la plupart des malades atteints d'une même affection se présentent dans des conditions générales assez semblables, il en résulte des indications analogues pour la majorité d'entre eux. Les détails dans lesquels nous allons entrer feront aisément comprendre la part qu'il faut faire, à ce sujet, à la nature de la maladie, à la constitution, au tempérament, aux habitudes du malade. Passons successivement chacune des sources en revue.

L'eau de l'*Hôpital* est la moins excitante de toutes celles de Vichy. D'une température moyenne, d'une saveur douce, un peu fade, légèrement nauséeuse pour quelques personnes, elle ne détermine ordinairement pas de chaleur à l'estomac, elle ne porte pas à la tête, mais elle se digère quelquefois avec un peu de difficulté.

Elle se trouve donc naturellement indiquée chez les individus affectés de dyspepsie, de gastralgie, d'entérite chronique, chez tous ceux enfin dont les organes digestifs affaiblis ou irritables réclament une modification locale aussi douce et aussi peu stimulante que possible. Elle n'en est pas moins impérieusement indiquée, de quelque maladie qu'il s'agisse, chez les individus disposés aux congestions sanguines ou dont le système nerveux est vivement surexcité.

Mais on se lasse assez facilement de l'usage de cette source. Il arrive même souvent qu'elle ne semble pas stimuler l'estomac d'une manière suffisante ; alors elle paraît lourde, provoque des renvois, des nausées même. C'est à la proportion un peu considérable de *barégine* qu'elle renferme que M. Prunelle attribue la difficulté que l'on éprouve à la digérer. On la remplace quelquefois alors avantageusement par la *Grande-Grille*, mais surtout par le *Puits Lardy* ou la *source des Dames*, c'est-à-dire par des eaux ferrugineuses. Notre habitude même est, dans la plupart des cas où nous avons cru devoir commencer le traitement par l'eau de l'*Hôpital*, de le faire régulièrement poursuivre à une source ferrugineuse. C'est certainement la meilleure pratique dans la dyspepsie en particulier.

qui n'est pas vomie, mais l'enfant continue à rejeter chaque cuillerée du liquide qu'on lui donne, il a plusieurs selles plus colorées que les précédentes. Tout à coup, à trois heures, il poussé des cris aigus; les yeux se convulsent en haut; il reste inerte dans les bras de sa bonne, on le croit mourant.

J'arrive et le trouve en effet dans l'état le plus alarmant; il a énormément changé depuis ma visite, trois heures auparavant. Les yeux sont profondément encavés et fermés, le nez est froid, le visage immobile, les pieds glacés, le pouls filiforme, très-irrégulier, résolution de tout le corps. Le ventre est mou et se laisse pincer comme un chiffon, aucun signe de sensibilité quand on le touche. Pas de convulsions.

Je fais immédiatement appliquer un sinapisme qui couvre tout le ventre, et je fais donner tous les quarts d'heure, alternativement, une demi-cuillerée à café de vin de Malaga, et une à dessert de la potion suivante.

Prenez : Aq. cinamom . . . . 60 grammes.
Liq. anod. Hoffm. . . . . 12 gouttes.
Spirit. Zaiziberis . . . . 12 —

Au bout de dix minutes, j'enlève le sinapisme du ventre; il a légèrement rougi la peau, mais il *n'a pas été senti*. Je fais envelopper les jambes de deux autres sinapismes, qu'on doit porter ensuite aux cuisses et remplacer plus tard par des cataplasmes vinaigrés.

Ces remèdes sont ponctuellement exécutés. L'enfant vomit les deux premières prises de sa potion, le vin de Malaga passe; au bout d'une demi-heure, je sens que le pouls reprend un peu de force et de régularité, mais il est toujours très-fréquent; l'enfant continue à pousser des cris dus probablement à la douleur des sinapismes. Il a une *soif inextinguible*; il boit avec une avidité inouïe les petites cuillerées de potion. Je le revois plusieurs fois dans le reste du jour; les symptômes graves s'amendent, le pouls reprend de plus en plus de force, la chaleur revient; il ne vomit plus et les selles sont supprimées. L'enfant est très-agité, il crie sans cesse. A six heures du soir, je fais cesser le vin et la potion tonique. Je la remplace par une potion, avec 2 grammes de magistère de bismuth pour 90 grammes de véhicule, une cuillerée à café toutes les demi-heures et deux cuillerées à soupe de bouillon de poulet toutes les autres demi-heures. La potion et le bouillon sont tolérés.

Le samedi matin, 2 novembre, le mieux continue, mais l'enfant n'est pas hors de danger, l'anxiété est grande, le pouls toujours fréquent, le ventre est moins mou, pas de selles, pas de vomissements.

Continuation de la potion; deux tasses de bouillon avec une infusion d'herbes aromatiques; augmenter la dose du bouillon de poulet.

Le mieux se soutient dans le jour.

Le 3 novembre, l'amélioration a augmenté, les traits sont beaucoup moins altérés, la chaleur est égale partout, l'enfant toujours agité, irritable; pas de vomissements, une selle, mais toujours une soif inextinguible.

J'augmente le bouillon de poulet et j'y joins, pour trois prises, deux cuillerées à soupe de lait. Continuer les bains, éloigner la potion, une cuillerée toutes les trois heures seulement.

Le 4 novembre, au matin, il est encore très-éprouvé, mais je le trouve dans un état analogue à celui où il était lors de ma première visite. Il s'occupe des objets, est assis sur les bras de sa bonne; son irritabilité a beaucoup diminué. Une selle teinte en noir par la potion de bismuth. (Un bain, potion toutes les quatre heures, bouillon de poulet plus nourrissant, lait pur au bain-marie, un mélange de lait et de bouillon de poulet.)

Depuis ce jour, la guérison est assurée, et l'enfant reprend rapidement des forces. Cependant il reste encore amaigri pendant deux ou trois semaines.

Cette observation a été transcrite textuellement des notes que j'ai prises au moment où j'avais l'enfant sous mes yeux. A ma première visite, comme il est dit dans l'observation, j'étais peu inquiet. L'apparence de l'enfant, la conservation des joues et de la température normale de la peau contribuaient à me rassurer. Mais j'aurais dû mettre plus de réserve dans mon pronostic d'après les commémoratifs. Chez un enfant de sept mois, à l'époque de la dentition, huit jours de diarrhée suivis de vingt-quatre heures de vomissements et d'une soif excessive, ne sont jamais des symptômes indifférents. La suite l'a bien prouvé. A peine quelques heures se sont-elles écoulées, que je suis rappelé en toute hâte, et qu'à mon retour je trouve l'enfant *méconnaissable*, une nouvelle série de symptômes est survenue, qui annonce un trouble profond dans le système nerveux, l'amaigrissement rapide, la perte du pouls, le refroidissement, et tous les signes les plus évidents et les plus graves. Le changement est si profond et si subit, que je conserve peu d'espoir de sauver le petit malade, le cas me paraissant identique, mais beaucoup plus rapide dans sa marche que celui de l'enfant qui fait le sujet de l'observation (o° X). Les révulsifs, sur une surface étendue et près des organes souffrants, et les toniques me paraissent les remèdes les mieux indiqués. Ce sont eux que je mets en usage. J'ai la conviction qu'ils ont contribué à la guérison du petit malade. On pourrait, en cas pareil, recourir à une révulsion encore plus générale, comme le conseille le professeur Trousseau, en donnant un bain sinapisé; ou mieux encore, comme j'ai eu l'occasion de le faire moi-même, en enveloppant, de la tête aux pieds, l'enfant dans un drap trempé dans une forte infusion de moutarde.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

PARALYSIE MUSCULAIRE ATROPHIQUE.

Nous réunissons sous ce titre les deux communications suivantes, dont l'une a été adressée à l'Académie de médecine dans sa dernière séance, et l'autre est empruntée au MONITEUR DES HÔPITAUX, toutes deux relatives au sujet de la discussion soulevée par le mémoire de M. Cruveilhier, et qui peuvent jeter quelque jour sur la nature de cette obscure affection.

ATROPHIE MUSCULAIRE; observation adressée à l'Académie de médecine, séance du 19 avril, par M. NIEPCE.

OBS. I. — Le docteur M..., de l'arrondissement de la Tour-du-Pin, âgé de 42 ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution qui avait été bonne jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de la maladie, a ressenti, il y a trois ans, à la suite des fatigues incessantes de l'exercice médical dans les campagnes, quelques douleurs rhumatismales dans différentes parties du corps, principalement dans les muscles du dos, du cou et des bras, accompagnées d'une fièvre intermittente. Ces douleurs durèrent pendant tout le mois de mai et disparurent dans le commencement de juin, en même temps que la fièvre, qui céda aux préparations amères et au sulfate de quinine. Dès les premiers jours de juillet, le malade s'aperçut que la région postérieure du cou, le bras, l'avant-bras et la main gauche s'amaigrissaient, que les mouvements musculaires s'affaiblissaient dans ces parties. La tête avait légèrement fléchi sur le thorax. Attribuant ces lésions au principe rhumatismal, le malade se rendit aux eaux d'Aix, en Savoie, pour y suivre un traitement thermal complet.

Il resta aux eaux pendant vingt-six jours, après lesquels il revint chez lui. Il n'éprouva plus aucune douleur rhumatismale. Sa fièvre ne reparut pas; mais l'amaigrissement musculaire et la faiblesse des mouvements augmentè-

---

La *Grande-Grille* est un peu plus chaude, plus sapide, plus stimulante, plus facilement et plus rapidement digérée que celle de l'*Hôpital*. Elle a la réputation de convenir surtout dans les maladies du foie. Ce qu'il y a de certain, c'est que, sans raison connue et chimiquement appréciable, elle paraît plus active et plus énergique que celle de l'*Hôpital*. Elle sera donc naturellement préférée toutes les fois que les organes digestifs n'offriront pas de complication réclamant l'eau de l'*Hôpital*, ce qui arrive le plus souvent dans les engorgements simples du foie et les calculs biliaires. Mais aussi nous l'avons vue rappeler immédiatement tous les accidents de la dyspepsie chez des malades qui en avaient obtenu la disparition par l'usage de l'*Hôpital*.

L'eau de la *Grande-Grille* sera également préférée chez les individus mous, lymphatiques ou très-débilités, comme dans la cachexie paludéenne ou africaine en particulier, et souvent alors associée à quelque source ferrugineuse. Elle convient surtout merveilleusement aux suites des maladies d'Afrique, de la dysenterie surtout. Notre ami M. le docteur Finot, médecin principal, a fait, sur ce sujet, le traitement des suites de la dyssenterie africaine par l'eau de la *Grande-Grille*, des observations d'un haut intérêt dans un travail communiqué au ministre de la guerre et inséré dans les MÉMOIRES DE MÉDECINE MILITAIRE.

De ces diverses applications des sources de Vichy, il résulte une physionomie toute particulière de leurs abords, et fort curieuse à observer pour le médecin qui, ignorant de leurs propriétés, chercherait à les deviner sur l'apparence des malades qui les fréquentent.

Autour de l'*Hôpital*, dans le bassin circulaire, évasé contre toutes les règles de l'hydrologie minérale et recouvert d'une élégante coupole à jour, occupe le milieu d'une jolie place ombragée de platanes, affluent des malades, jaunes pour la plupart, maigres et pâles, à teint blafard et transparent, quelquefois terne et terreux; leur démarche, souvent pénible et chancelante, est celle des gens épuisés, à moins qu'une sorte de surexcitation nerveuse d'activité artificielle ne les anime; leur physionomie est inquiète et mobile. On rencontre là beaucoup de jeunes femmes élégantes, des hommes portant sur leurs traits l'empreinte des veilles et du travail, comme les premières du monde et des plaisirs; la plupart des malades de l'Hôpital sont là, traînant une apparence languissante et cachectique. Il est facile de reconnaître, sur ces diverses physionomies, le cachet des maladies de l'appareil digestif; elles seules impriment un pareil caractère d'épuisement et d'énervation.

Autour de la *Grande-Grille*, la physionomie est tout autre; on se croirait transporté au milieu d'une population différente. Ce sont pour la plupart des gens d'un âge mûr; ils se promènent gravement sous les contres du vieux Vichy, du *Bâtiment du Roi*, dont les vieilles pierres se retrouvent encore à cet angle du moderne établissement thermal. Les physionomies ont d'aspect méditatif et concentré, sombre, souvent des maladies de l'appareil hépatique. Les teints reflètent toutes les nuances possibles de l'ictère, depuis la teinte citrine jusqu'au vert bronze le plus foncé. Le bistre du soleil d'Algérie et les teintes blafardes de la cachexie africaine qu'y promènent les malades de l'hôpital militaire impriment encore à ce coin de Vichy un caractère tout particulier. Ici le nom des maladies est inscrit sur les figures et facilite le diagnostic.

Parlons des *Célestins*. C'est, dit-on, la source des goutteux et des graveleux.

rent. Craignant alors d'être atteint d'une maladie de la moelle épinière, il fit appliquer à la nuque des moxas, des vésicatoires, pendant l'hiver suivant. Au printemps, voyant que ce traitement n'avait produit aucun résultat satisfaisant, il employa les frictions avec la teinture de noix vomique sur les parties affaiblies, et se soumit à l'usage interne de la strychnine. Cette nouvelle médication ne modifia en rien l'affection, et l'atrophie musculaire continua d'augmenter en même temps que les muscles perdaient leurs mouvements. Le malade n'éprouvait aucune douleur; l'appétit était bon, les digestions faciles, et la respiration n'avait éprouvé aucune modification. Les membres inférieurs étaient à l'état normal. La tête était alors fléchie fortement en avant, au point que le menton s'appuyait sur le devant du thorax, et était légèrement incliné à gauche. Les mouvements du bras gauche presque impossibles, et les doigts de la main étaient fortement fléchis.

Dès le 12 juin il se rendit de nouveau à Aix, en Savoie, où il prit 18 douches et bains de vapeurs. N'éprouvant aucune amélioration de ce traitement, il se rendit à l'établissement thermal d'Allevard.

A son arrivée, je constatai l'état suivant :

La tête est fléchie en avant et le menton reposait sur le thorax; la *région postérieure* du coup est atrophiée, au point que les apophyses transverses et épineuses sont apparentes. Le membre thoracique gauche est pendant le long du corps, les doigts de la main fortement fléchis. Pour relever un peu la tête, le malade est obligé de faire de violents efforts qui parviennent seulement à la soulever très-faiblement.

Les mouvements du bras, de l'avant-bras et de la main gauche sont très-faibles. Ceux du bras droit sont plus mobiles et plus faciles. La respiration est facile. L'appétit est bon, les digestions faciles. Les membres inférieurs sont intacts; la locomotion facile.

Muscles postérieurs du cou. — Le trapèze est atrophié dans toutes ses parties, beaucoup plus à gauche qu'à droite. Les mouvements d'élévation du moignon de l'épaule du côté gauche sont impossibles. L'inclinaison latérale et l'extension de la tête et son mouvement de rotation à gauche, sont réduits à très-peu de chose. Du côté droit, ils sont plus prononcés.

Le grand dorsal et le grand rond présentent, dans leur moitié supérieure, une atrophie considérable; aussi les mouvements d'adduction et de rotation du bras gauche, en dedans et en arrière, sont impossibles. A droite, ils sont beaucoup plus faciles.

Le rhomboïde est également plus atrophié à gauche qu'à droite, et les mouvements de rotation qu'il imprime à l'omoplate sont impossibles.

L'angulaire de l'omoplate est aussi atrophié, puisque les mouvements d'extension de la tête sont presque abolis.

Muscles antérieurs du cou. — A la région antérieure du cou, les muscles sterno-mastoïdiens sont atrophiés, principalement à gauche. Les mouvements qu'ils impriment sont presque nuls à gauche. Les autres muscles sont sains.

Muscles de l'épaule. — Le muscle deltoïde gauche présente une atrophie considérable. Son action est nulle. Il en est de même du sus-épineux, du sous-épineux et du sous-scapulaire. L'aspect de l'épaule présente une déformation considérable, et l'on voit que les muscles sont réduits à une très-faible épaisseur; les muscles de l'épaule droite sont très-affaiblis, et leurs mouvements sont presque intacts.

Muscles du bras. — Tous les muscles du bras gauche sont atrophiés et leurs mouvements abolis. Ceux du bras droit sont à peine déformés et leurs mouvements sont à peu près à l'état normal.

Muscles de l'avant-bras. — L'atrophie considérable des muscles du membre gauche rend leurs mouvements presque nuls; l'avant-bras droit est sain, ainsi que ses mouvements.

Muscles de la main. — Les muscles de l'éminence thénar de la main gauche sont complétement atrophiés et ne jouissent d'aucun mouvement. Il en est de même de ceux de l'éminence hypothénar et des interosseux. Les doigts sont fléchis. Dans cette main, la paralysie est à peu près complète.

La main droite est normale.

Muscles de la région thoracique. — Le grand pectoral gauche a diminué de moitié de volume. Le droit est intact; il est impossible au malade de croiser le bras gauche et de porter la main gauche sur le devant de la poitrine, tandis que ces mouvements sont faciles pour le bras droit.

Le petit pectoral et le sous-clavier gauche sont un peu atrophiés, il en est de même du grand dentelé.

Tous les muscles de l'abdomen, des lombes et des membres pelviens sont sains et leurs mouvements intacts. Les muscles de la face n'ont éprouvé aucune altération appréciable. La déglutition, les mouvements de la langue, la voix, la digestion n'ont éprouvé aucune modification. Tous les muscles de la vie organique ont conservé leurs fonctions.

Dans toutes les régions atrophiées, la sensibilité s'est conservée, soit à la peau, soit dans les parties profondes. Il y a seulement affaiblissement et perte des mouvements volontaires.

Tel est l'état de ce malade à son arrivée à Allevard; mais quelle peut être la cause de ce défaut de nutrition, de cette résorption lente de la substance musculaire, de cette atrophie progressive, qui ont amené l'affaiblissement et la paralysie des mouvements volontaires? Devais-je attribuer cette maladie aux douleurs rhumatismales, ou à la fièvre intermittente, ou à une lésion de la moelle épinière? Le traitement thermal m'a fait découvrir la cause vraie de cette terrible affection.

Soumis à l'action interne et externe des eaux sulfureuses et fortement iodurées d'Allevard, ce malade a été atteint d'une poussée très-forte qui a amené la sortie sur la surface cutanée d'une éruption de syphilides nombreuses.

Le traitement a été énergique et la poussée s'est prolongée pendant plusieurs jours. Le malade a pris des bains, des douches générales, des douches écossaises dirigées sur la nuque et le long du rachis, et des bains de vapeurs. Ce traitement, supporté très-facilement par le malade, ne parut avoir eu d'autre résultat que celui de l'apparition des syphilides, et le malade retourna chez lui dans le même état. Mais, à dater de ce moment, l'atrophie n'a plus fait de progrès, et dès le mois de janvier suivant, le malade, auquel j'avais conseillé l'usage de l'iodure potassique, s'est aperçu que les muscles atrophiés avaient légèrement augmenté de volume, principalement à la nuque, et que les mouvements semblaient revenir.

A dater de ce moment, la substance fibreuse augmenta de volume, les mouvements devinrent plus sensibles et le malade étant revenu à Allevard au commencement de juillet de l'année suivante, il me fut facile de constater une amélioration très-notable, au point que l'atrophie a diminué de moitié. La main gauche a repris un peu de force, les doigts sont moins fléchis, et les muscles plus développés. Le traitement a consisté en bains et surtout en douches écossaises; une nouvelle poussée s'est manifestée, mais elle a consisté seulement en une éruption miliaire; il n'est survenu aucune syphilide.

PARALYSIE ET ATROPHIE MUSCULAIRE DU MEMBRE SUPÉRIEUR GAUCHE; MORT; AUTOPSIE; NULLE LÉSION DU SYSTÈME NERVEUX; par M. LANDRY, interne des hôpitaux.

Obs. II. — Plateau, garçon, âgé de 16 ans, bijoutier sur acier; entré à l'hôpital Beaujon le 12 janvier 1851, salle Saint-Léandre, n° 142.

Antécédents. — Rien du côté des parents. Il ne se rappelle avoir fait aucune maladie avant l'âge 12 ans. Depuis cette époque il habite Paris, et presque toujours a été maladif : rhumes, diarrhées, faiblesse; la cholérine en 1849. Pendant deux ans, ce malade a couché dans un endroit fort humide; il y a neuf mois, habitant encore ce logement insalubre, en une seule nuit, il fut pris de douleurs aux articulations des deux membres supérieurs, mais beaucoup plus fortes du côté gauche où il existait aussi de la douleur dans les parties molles. Rien de semblable du côté des jambes. Il suspendit son travail et alla passer quinze jours à la campagne, où ses conditions hygiéniques étaient meilleures. Il ne fit aucun traitement

---

Pourquoi? Les raisons de cette réputation de spécificité ne sont pas toutes médicales. Située à une certaine distance de l'établissement thermal et des sources qui s'y groupent, la source des Célestins coule au bord de l'Allier, aux pieds d'un rocher perpendiculaire. Une tente mobile abrite le buveur d'eau; près de là, un billard, un petit salon de conversation; devant lui, l'autre rive de l'Allier, toute verdoyante; à droite, le pont de Vichy, pittoresque comme tous les ponts dans la campagne; à gauche, des montagnes vertes, bleues, azurées suivant qu'elles s'étagent à l'horizon. Là les graveleux et les goutteux surtout vont, par une habitude promptement devenue traditionnelle, s'installent le matin; ils y trouvent cigares, journal et d'ailleurs nombreuse compagnie d'hommes, à peu près exclusivement, et boivent, nous dirons tout à l'heure comment. L'agrément du lieu, la fraîcheur, le goût piquant, agréable de l'eau, une réunion de malades qui, par exception, n'engendrent pas la mélancolie, de malades portant la plupart tous les attributs de la plus brillante santé, tout cela sans doute entre pour beaucoup dans le rapport étroit qui s'est établi entre la goutte, la gravelle et la source des *Célestins*. Pour la plupart de ces malades, les *Célestins* seuls sont Vichy, et il est fort difficile de leur persuader qu'en faisant usage des eaux de l'*Hôpital* ou de la *Grande-Grille* ils suivent réellement un traitement thermal. Il est certainement tout naturel que la source des *Célestins* attire, comme les autres sources, une certaine spécialité de maladies. Indépendamment des agréments du lieu et de l'excellence de l'eau, il nous a paru que ces eaux agissaient un peu plus directement que les autres sur l'appareil urinaire, et M. le docteur Petit ne paraît pas douter qu'elles ne soient réellement plus actives que les autres dans le traitement de la goutte, comme celles de la *Grande-Grille* le seraient dans le traitement des maladies du foie.

Mais l'eau des *Célestins* est éminemment stimulante, et porte surtout son action excitante sur deux points, les organes urinaires et le cerveau. Elle n'offre donc aucun inconvénient dans les gravelles sans douleur et sans irritation rénale ou vésicale. Mais pour peu qu'il existe des douleurs un peu vives vers la région lombaire, et quelque disposition à la néphrite, ou de la sensibilité vers le col de la vessie, on est exposé à voir son usage exaspérer ces symptômes, déterminer des accidents de néphrite, de cystite, des hématuries (M. Prunelle), et forcer de suspendre et de cesser les eaux; c'est surtout dans les cas de cystite chronique, de catarrhe de vessie, de névrose vésicale, que nous n'avons presque jamais commencé le traitement par l'eau des *Célestins* sans avoir à le regretter. Mais lorsque, suivant les circonstances, on a mis en usage les eaux de l'*Hôpital*, de la *Grande-Grille* ou du *Puits-Lardy;* toujours à faible dose dans ces dernières affections, on peut alors, avec plus d'avantage et de sécurité, recourir à l'eau des *Célestins*.

Mais ce qui est plus important encore, c'est la facilité avec laquelle l'usage de cette source peut développer et favoriser la disposition aux congestions cérébrales. Nous pourrions citer beaucoup d'exemples à ce sujet.

Un des savants les plus distingués de l'Angleterre vint à Vichy, il y a trois ans, atteint de ce que les Anglais appellent *gouting dyspepsy*, c'est-à-dire goutte vague, chronique, sans accès déterminés, légère déformation des doigts, sédiment urique abondant dans l'urine, et enfin un certain degré de dyspepsie. Sir R.., avait la face colorée, finement injectée, se plaignait souvent de céphalalgie et d'étourdissements. Lui-même refusa de faire usage de bains, à cause

et tout disparut pendant ce séjour hors de Paris. A son retour, il reprit son travail et son lit humide. Le quatrième jour au matin, en se levant, il ne peut nullement se servir de son membre supérieur gauche, qui restait incapable de tout mouvement, et tel que nous le voyons aujourd'hui. Bientôt le jeune malade s'aperçut qu'il maigrissait et qu'il perdait de son volume. Depuis, cette diminution de volume n'a pas cessé de faire des progrès. Il est en apprentissage et ne mange presque jamais de viande; boit à peine du vin. Du reste, sa nourriture n'a jamais été meilleure. Il entra dans le service de M. Tardieu à l'Hôtel-Dieu : saignée, quatre bains sulfureux en un mois. Il sortit alors et fut reçu chez M. Tessier, où il paraît avoir été traité par l'homœopathie. Après un court séjour, il passe à la Charité, où il est resté quatre mois sans obtenir la moindre amélioration : bains sulfureux, douches de vapeur, électrisation. Enfin il est entré à l'hôpital Beaujon, où l'état suivant est constaté :

État du malade dans les salles de M. Sandras. — Très-maigre, figure blême, peau généralement brune, yeux caves, pupilles peu contractiles. Bon appétit; bon état des digestions; pouls petit, filiforme, très-dépressible; premier bruit du cœur un peu prolongé à la base.

Tout le membre supérieur gauche est paralysé et les mouvements volontaires de totalité du membre sont impossibles. D'ailleurs, nulle contracture. Le jeu des articulations est parfait; les mouvements volontaires de l'avant-bras sur le bras sont absolument nuls. La main peut être volontairement fléchie sur l'avant-bras; elle peut également être étendue, mais pas au delà d'une certaine limite qui est fixée par le redressement de la main et ne peut aller jusqu'au renversement en arrière. Ces mouvements de flexion et d'extension ne peuvent, du reste, s'exécuter sans la flexion et l'extension des doigts, et paraissent dépendre uniquement des muscles moteurs des doigts. Lorsque l'on soulève l'avant-bras, la main retombe presque inerte du côté de la flexion. Les doigts restent habituellement un peu fléchis; mais on les étend sans difficulté. Ce membre en entier est dans un état de maigreur extrême et d'un volume plus de moitié moindre que le membre droit. Le deltoïde semble ne plus exister et l'on voit à travers la peau tous les détails de l'articulation scapulo-humérale; à la place des muscles sus et sous-épineux, on trouve une dépression profonde à travers laquelle on touche presque immédiatement l'omoplate. A droite, cette dépression n'existe pas. Les muscles du bras paraissent nuls et la peau semble directement accolée à l'humérus. Au-dessous de la peau, on saisit une masse flasque et sans aucune trace de contractions. L'avant-bras est singulièrement applati d'avant en arrière, les deux espaces interosseux se dessinent en creux. Toutefois, au fond, quand le malade agite les doigts, on sent des contractions marquées, la masse des supinateurs, des pronateurs, celle des fléchisseurs n'existent réellement plus, et à leur place on sent au toucher les mêmes tissus flasques donnant la sensation que l'on éprouve en touchant des étoupes et dont j'ai parlé plus haut. Toutes les parties molles de la main sont réduites à une nullité presque complète. Le trapèze remplit bien ses fonctions. Le grand dorsal et le grand pectoral, bien que peu volumineux, peuvent cependant rapprocher le bras du corps. Rien de semblable à ce qui précède dans aucune autre partie du corps. D'ailleurs pas de troubles du côté de la sensibilité, aucun symptôme fourni par les centres nerveux, pas de céphalalgie, pas de rachialgie spontanée ou développée par la pression. Les sens et l'intelligence sont bien conservés. (4 pillules de Vallet; bains sulfureux; électricité.)

10 mai. Nulle amélioration sensible ne s'est déclarée; des douleurs vives se sont manifestées dans l'articulation tibio-tarsienne gauche qui s'est tuméfiée, puis enfin on y a découvert des signes non douteux d'une collection purulente. Il est envoyé en chirurgie.

17 juin. L'articulation a été ouverte et la suppuration est très-abondante, l'amaigrissement est extrême et l'atrophie du membre supérieur gauche est portée au point que tous les muscles semblent avoir disparu. Toutefois, les mouvements des doigts s'exécutent encore, quoique très-faiblement, mais ceux de la main sont tout à fait perdus. Tout le membre est d'une légèreté extrême qui rappelle celle d'un membre de squelette.

10 janvier 1852. L'amputation de la jambe gauche a été jugée nécessaire et pratiquée au mois d'août. Après cette opération, l'état général s'était beaucoup amélioré et le malade reprenait de l'embonpoint. Six semaines après, des accidents semblables à ceux qui s'étaient manifestés dans l'articulation tibio-tarsienne se montrèrent dans celle du genou gauche. L'amputation de la cuisse a été faite au mois de décembre, mais la cicatrision du moignon se fit mal, l'état général ne s'améliora pas; fièvre lente, dépérissement, maigreur considérable, même état du membre supérieur gauche; mais les mouvements même des doigts sont supprimés depuis assez longtemps.

11 janvier. Mort ce matin.

Autopsie le 12 janvier 1852. — Le cadavre présente à peu de choses près l'aspect du malade pendant sa vie, c'est-à-dire une maigreur extrême que la mort n'a pu augmenter. Toutefois l'amaigrissement du membre supérieur gauche, en totalité, dépasse de beaucoup l'amaigrissement général. Par la dissection, on reconnait une réduction générale du système musculaire; chaque muscle ne présente qu'un petit volume, mais dans tous, excepté dans ceux qui appartiennent au membre supérieur gauche, cette diminution de volume tient évidemment à la seule disparition du tissu graisseux, habituellement interposé entre les fibres et faisceaux. D'ailleurs, ils sont d'un beau rouge brun qui rappelle la coloration des muscles les mieux développés, sont assez fermes, et tout indique l'intégrité de leur structure. Pour ce qui regarde les muscles du membre supérieur gauche, les choses sont bien différentes. D'abord, en général, ils présentent tous une teinte d'un rouge pâle, jaunâtre, qui contraste avec la belle couleur de ceux du reste du corps. Cette teinte ressemble fort à celle des muscles du pharynx avant qu'ils aient subi l'influence de l'air, ou à celle des fibres musculaires de l'œsophage. Par place même, elle devient d'une telle pâleur, surtout dans les muscles larges, comme le trapèze et le grand dorsal, qu'on distingue à peine le tissu musculaire du tissu fibro-graisseux voisin.

Tous ces muscles sont mous et d'une consistance qui ne s'éloigne pas beaucoup de celle du tissu cellulaire. En général, le tissu musculaire persiste dans tous les muscles, et nous n'en avons pas trouvé un seul dans lequel il ait entièrement disparu; mais dans tous on peut constater : 1° la disparition complète du plus grand nombre des fibres; 2° une altération de la plupart des autres, telles qu'elles paraissent en voie de disparition. En sorte que, dans le même muscle, on trouve des faisceaux de fibres presque intacts, et d'autres présentant les divers degrés de l'atrophie, caractérisée surtout par une diminution considérable de volume et par la décoloration du tissu musculaire, présentant toutes nuances, depuis le brun jaunâtre jusqu'au jaune paille. Toutefois, il est bon de noter que les fibres disparues ne sont nullement remplacées par un autre tissu; elles se sont atrophiées simplement.

Tissu propre et gaînes celluleuses. La disparition des gaînes celluleuses et aponévrotiques musculaires n'est d'ailleurs pas moins remarquable que celle du muscle lui-même. Ainsi, la forte aponévrose qui recouvre les muscles sus et sous-épineux n'est plus indiquée que par une membrane à peine fibreuse. Il en est de même des autres. Le tissu graisseux intermusculaire est absolument nul, mais le tissu cellulo-graisseux sous-cutané est assez abondant. J'ai dit que tous les muscles restaient encore bien indiqués; mais quelques-uns ont subi une atrophie plus complète. Le grand dorsal, par exemple, surtout dans sa partie supérieure, se présente sous l'apparence d'un feuillet musculaire presque aussi mince que le peaucier. Vers sa partie supérieure même, il reste à peine quelques fibres d'un jaune pâle légèrement rosé. Toute la partie dorsale du trapèze est dans le même cas; mais sa partie cervicale n'est guère moins conservée qu'à droite. Tous les muscles de l'omoplate sont dans un état voisin de la disparition complète. Le deltoïde est représenté par un plan musculeux d'une ligne d'épaisseur, moulé sur le moignon de l'épaule. Les muscles du bras et de l'avant bras sont dans un état analogue. Il en est de même de ceux de la main, qui tous persistent quoique très-réduits; l'adducteur du pouce lui-même et les interosseux sont dans un état de conservation qu'on n'avait pas soupçonné. Cependant, si l'on compare tous ces muscles avec ceux du membre

---

de la facilité avec laquelle le sang lui portait à la tête. Je lui prescrivis l'eau de l'*Hôpital* à dose modérée; mais se sentant goutteux, il lui fallait les *Célestins*, et ses instances furent telles qu'au bout de dix à douze jours, je lui en permis un verre, avec autorisation d'en prendre un second au bout de quelques jours. Dès le lendemain il en but trois. Un instant après ce troisième verre, il rentrait chez lui, chancelant comme un homme ivre, pris de vertiges, d'étourdissements, obligé de s'appuyer sur un bras, le teint animé, les conjonctives injectées, les pieds froids. Du repos, des sinapismes, de l'eau de Sedlitz dissipèrent ces signes de congestion cérébrale. Quelques jours après, je lui conseillai de retourner à la fontaine de l'*Hôpital*; mais par une obstination assez commune, il alla boire un verre d'eau aux *Célestins*, un seul, et les mêmes accidents se reproduisirent. Faut-il ajouter que depuis lors il voulut bien s'en tenir à ma prescription première?

Une pareille susceptibilité n'est sans doute pas ordinaire : cependant de tels exemples montrent combien il faut s'observer dans ces traitements en apparence si faciles. Un autre monsieur de Paris, gras, mais faible, et ayant les organes digestifs dans un état d'atonie prononcée, vint à Vichy pour une goutte régulière, dont il ne portait pas de traces actuelles, et une gravelle d'acide urique considérable, rendant des graviers volumineux. Il crut pouvoir se passer de médecin, et s'en alla tout naturellement aux *Célestins*, boire de cinq à six verres par jour, sans prendre de bains. Aussitôt survinrent de la céphalalgie et des étourdissements, qui ne firent qu'augmenter, pendant six jours qu'il suivit ce régime. Il vint alors me trouver, près à quitter Vichy. Je lui prescrivis, après quelques jours de repos, de l'eau de l'*Hôpital* et des bains. Rien de semblable ne se reproduisit plus. Du reste, les résultats du traitement ont été entièrement favorables dans le premier cas, et si, dans le second, la santé générale ne s'est pas améliorée, la gravelle a disparu, et la goutte a été fort atténuée. Il y a trois ans de cela, et je n'ai pas perdu de vue ces deux malades.

J'ajouterai que le nombre des cas où, pour des raisons de ce genre ou d'autres, j'ai vu des goutteux ou des graveleux suivre leur traitement à d'autres sources qu'aux *Célestins*, ou ne faire qu'un usage très-restreint de cette dernière, est considérable, et que je n'ai aperçu aucune différence dans les résultats obtenus.

Les eaux d'*Hauterive* seraient certainement les plus propres à suppléer celles des *Célestins*, alors que celle-ci ne peut être utilisée. Malgré une plus forte proportion et de gaz et de principes fixes, nous n'avons jamais vu résulter de leur usage d'accidents analogues à ceux que nous avons précédemment signalés. En outre elles sont merveilleusement digestives, si je puis ainsi dire, c'est-à-dire que dans les conditions organiques les plus variées elles se trouvent parfaitement tolérées, alors que les autres sources sont difficilement supportées, ou ne produisent que des résultats peu satisfaisants. Elles ne présentent donc pas précisément d'applications spéciales parmi les différentes sources de Vichy, mais elles sont beaucoup plus généralement applicables qu'aucune d'elles aux différents genres ou individualités pathologiques qui se rassemblent ici et réunissent ainsi par excellence les propriétés et les applications thérapeutiques de l'eau de Vichy.

Je n'insisterai pas sur le parti spécial que l'on peut tirer de la *source Lardy* ou de la *source des Dames*. Ces sources ferrugineuses sont surtout utiles aux

droit, le contraste est extrêmement frappant, tant sous le rapport du volume que sous celui de la couleur. S'il était possible d'établir un rapport, on pourrait dire que ceux de droite sont à ceux de gauche, sous le rapport du volume, comme 5 : 1, et comme 10 ou 15 : 1 sous le rapport de la coloration; mais pour quelques-uns, pour le deltoïde, pour une partie du trapèze et du grand dorsal, etc., ces proportions seraient au-dessous de la vérité.

En examinant les artères du membre, on est frappé de la ténacité de leur tonique. Elle est telle qu'elle rappelle celle des veines, et le tissu jaune semble avoir complétement disparu. Les parois veineuses sont entièrement transparentes; mais aucune altération de structure ou de calibre des vaisseaux. Mon collègue, M. Boullay, me dit qu'il a vainement cherché le pouls radial gauche pendant le séjour du malade dans les salles de M. Robert. Il ne l'a jamais trouvé. Cependant l'artère radiale persiste, mais d'un petit volume qui n'est d'ailleurs pas moindre que celui de l'artère radiale droite. Les vaisseaux axillaires et sous-claviers présentent leur épaisseur normale, et aucune altération de calibre ne s'y remarque.

Le cerveau, sans l'enveloppe de sa boîte osseuse, examiné avec le plus grand soin, n'offrait absolument rien d'anormal. J'en dirai autant du cervelet, de la protubérance et de la moelle allongée. La consistance de tous ces organes est parfaite. Le canal rachidien est exempt de toute altération. A la région cervicale, nous n'avons rien noté de spécial dans sa cavité; mais, à partir de la deuxième ou troisième vertèbre dorsale, tout l'espace compris entre le cylindre osseux et la face externe de la dure-mère rachidienne est rempli par des sortes de flocons graisseux très-mous, qui du reste, paraissent incapables de comprimer l'organe. Les membranes rachidiennes ne présentent rien d'anormal. La moelle est parfaitement saine dans toute sa partie cervico-dorsale. Les origines nerveuses sont très-belles, tant dans le canal vertébral qu'en dehors. Les nerfs du plexus sont extrêmement beaux et nets de toute lésion.

Le grand sympathique est aussi examiné, mais il est impossible de rien découvrir d'anormal. Les trois ganglions cervicaux existent : on voit partir, du moyen et de l'inférieur, des filets d'anastomoses avec le plexus brachial, et l'examen le plus attentif montre tout bien intact. Les autres organes ne sont pas examinés. (MONITEUR DES HÔPITAUX.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de janvier, février et mars 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Observation de fièvre pernicieuse comateuse*; par M. Faget. 2° *Considérations générales sur les maladies de l'encéphale chez les vieillards*; par M. Durand-Fardel. 3° *Moyen nouveau pour coaguler instantanément le sang dans les artères*; par M. Pravaz. 4° *Considérations sur les kystes hydatiques du foie, suivies de la description d'une maladie inédite des voies biliaires*; par MM. Mesnet et Boinet. 5° *Traitement de l'inflammation par les enduits imperméables*; par M. Robert-Latour. 6° *Chloro-anémie grave et chronique guérie par les préparations ferro-manganiques*; par M. Cél. Perrin. 7° *De la nature de l'homme et de ses facultés*; par M. Aubert. 8° *Remarques pratiques sur l'emploi du chloroforme*; par M. Ribes. (Pour éviter les dangers du chloroforme, l'auteur veut qu'on opère au moment où il n'a encore produit que ses premiers effets. Ce parti est effectivement le plus sûr; mais ne vaudrait-il pas mieux donner la préférence à l'éther qui peut être administré jusqu'à production de l'anesthésie complète?) 9° *Considérations sur quelques points de l'étiologie et de la thérapeutique des fièvres intermittentes*; par M. Prosper de Pietra-Santa; et rapport sur ce travail, par M. Durand-Fardel. 10° *De l'hydrothérapie appliquée au traitement du choléra, méthode de Priessnitz lui-même*; par M. Gnettet. 11° *Torticolis par rhumatisme du trapèze*; par M. Duchenne (de Boulogne).

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES DE L'ENCÉPHALE CHEZ LES VIEILLARDS; par M. le docteur DURAND-FARDEL.

Cet article, extrait d'un traité clinique et pratique des maladies des vieillards qui doit paraître prochainement, contient quelques remarques intéressantes au point de vue de la nature des maladies propres à la vieillesse. Tout d'abord, l'auteur élimine l'inflammation des méninges, non pas qu'elle ne survienne pas quelquefois dans la vieillesse, mais parce que ces faits sont excessivement rares à cet âge. A l'opposé de cette affection, on peut ranger l'hémorrhagie circonscrite, qui est très-rare dans l'enfance et dans l'âge adulte, et qui est si fréquente dans un âge avancé. On se demande d'abord à quelles conditions anatomiques ou physiologiques il faut rapporter cette variation des espèces morbides suivant les âges. Ces affections tiennent-elles aux mutations qui s'opèrent dans les conditions générales de l'organisme, ou bien sont-elles sous la dépendance des changements organiques ou fonctionnels qui surviennent dans la masse encéphalique? M. Durand-Fardel nous semble incliner vers la dernière opinion. Dans ce cas, il faut définir la lésion qui prédispose aux hémorrhagies. Voici comment s'exprime l'auteur à ce sujet : « Il est difficile de ne pas admettre un lien entre les congestions périodiques du cerveau qui s'opèrent à toute une époque de la vie, et ces altérations profondes de toute une autre époque.... Dans l'hémorrhagie cérébrale, les antécédents, les phénomènes précurseurs, les prodromes immédiats, les causes occasionnelles dans les cas rares où elles se laissent apercevoir, les prédispositions, tout cela se confond avec la congestion cérébrale. Le ramollissement ne débute pas autrement que par une hyperémie cérébrale générale ou locale. » Après cette déclaration, on comprend que l'auteur refuse toute part à la fragilité et à la rupture des artères cérébrales. Cette condition pathogénique des hémorrhagies cérébrales, que M. Durand-Fardel appelle grossière, et dont il fait bon marché, intervient cependant dans un certain nombre de cas, et il est impossible aujourd'hui de ne pas tenir compte des altérations des capillaires du cerveau, surtout de leur transformation graisseuse qui a été mise hors de doute par les observations microscopiques.

CONSIDÉRATIONS SUR LES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE SUIVIES DE LA DESCRIPTION D'UNE MALADIE INÉDITE DES VOIES BILIAIRES; par les docteurs MESNET et BOINET.

Les considérations sur les kystes hydatiques se réduisent à l'histoire d'un cas de kystes hydatiques nombreux du foie où il y eut ponction, injection iodée, séjour de l'iode dans la poche, accès fébriles quotidiens et mort; on trouva à l'autopsie plus de 20 kystes hydatiques de diverses grandeurs, dont quelques-uns étaient abcédés.

---

enfants, aux femmes, à la suite des fièvres intermittentes, enfin dans tous les cas où les ferrugineux peuvent être indiqués. Nous avons signalé leur utilité dans la plupart des cas de dyspepsie, alors même qu'il ne paraît pas exister d'indication spéciale des ferrugineux.

Un mot encore sur la source *Chomel*, dont nous avons indiqué précédemment la température élevée et les propriétés spéciales. Cette eau renferme un peu d'hydrogène sulfuré (*eau sulfureuse accidentelle*) qu'elle perd promptement, mais que l'on y rencontre si on la boit dès qu'elle est puisée. Cette source est peut-être moins excitante encore que celle de l'*Hôpital*, aussi convient-elle aux personnes très-délicates, très-susceptibles, à celles surtout dont l'appareil respiratoire présente quelque complication qui n'ait pas paru contr'indiquer formellement le traitement thermal, ainsi, enrouement, toux, dyspnée, palpitations, imminence de tubercules, catarrhes, etc. Une source bien connue, mais non encore exploitée, la source de *Vaisse*, présente une apparence bitumineuse qui pourra la rendre, dans les cas de ce genre, préférable à la source Chomel : nous nous promettons de la soumettre à de prochaines observations.

Nous venons d'ébaucher rapidement et très-incomplétement l'histoire pratique de chacune de ces sources. On peut se faire une idée de la manière dont le médecin de Vichy peut être guidé dans le choix de l'eau spéciale à prescrire. Mais si nous voulions ajouter ici le chapitre des idiosyncrasies, nous n'en verrions pas la fin. Ici comme dans toutes les thérapeutiques, il est des individus qui ressentent les effets des remèdes à l'inverse des autres. Il faut savoir ne pas résister à ces individualités. Et puis on rencontre des cas difficiles de vomissements, de névrose abdominale, d'atonie générale, etc., où l'on arrive très-difficilement à formuler le traitement le plus convenable. Il faut tâtonner, essayer, et souvent alors on se trouve fort embarrassé pour choisir entre ces deux alternatives : abandonner un traitement dont les effets ne paraissent pas devoir justifier les prévisions, ou bien insister sur de nouvelles combinaisons, pour essayer d'en tirer enfin quelque parti favorable.

Après avoir choisi la source, il faut indiquer la quantité d'eau à boire. Ceci est moins difficile, mais non moins important. Nous rencontrons à ce sujet des pratiques fort différentes. Les eaux de Vichy se prenaient, il y a quelques années, à des doses très-élevées. On procédait habituellement par huit ou dix verres par jour; de quinze à vingt étaient les doses habituelles; on atteignait quelquefois la trentaine, et des chiffres fabuleux pourraient encore être cités. Nous croyons que ces derniers excès n'ont jamais été consentis par aucun médecins, mais ils trouvent une sorte d'encouragement dans la libéralité des prescriptions médicales. Aujourd'hui encore, de douze à quinze verres, et même de vingt à vingt-cinq par jour, sont journellement prescrits aux goutteux. Un verre d'eau à Vichy représente en moyenne 250 grammes; douze verres, trois litres ou 15 grammes de bicarbonate de soude; vingt-quatre verres, six litres ou 30 grammes de ce sel.

Nous verrons, dans une prochaine lettre, que le moindre inconvénient de ces doses élevées est d'être inutiles, car de pareilles proportions de substances minérales ne sauraient être introduites impunément dans l'économie, si elles ne devaient rencontrer des voies naturelles d'élimination. Aussi, même dans les cas d'abus le plus flagrant, n'observe-t-on guère à Vichy, ou à la suite du traitement de Vichy, de ces phénomènes de *cachexie alcaline*, que Cullen avait

La maladie nouvelle des voies biliaires consiste dans les altérations suivantes : dilatation générale des conduits biliaires ; dans toute leur étendue existent des tubes partout continus, se divisant et se subdivisant comme les conduits eux-mêmes, canaliculés jusque dans leurs divisions les plus fines, libres au milieu du canal, pouvant s'extraire par une légère traction, et présentant un calibre d'autant moins considérable, des divisions d'autant plus multipliées qu'on se rapproche davantage de la surface du foie.

Suivant M. Mesnet, ces tubes intérieurs auraient pris naissance à la surface interne de la membrane muqueuse, par suite d'une altération inflammatoire de la membrane elle-même ; ce serait une sorte de pseudomembrane qui, doublant le conduit biliaire, aurait agi comme corps étranger, produit l'inflammation de la muqueuse, et enfin la séparation des deux parties.

CONSIDÉRATIONS SUR QUELQUES POINTS DE L'ÉTIOLOGIE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par le docteur P. DE PIETRA-SANTA.

Le docteur Pietra-Santa pose en principe que, dans les fièvres intermittentes, l'administration du tartre stibié imprime à l'organisme une secousse inattendue, un ébranlement général, qui rend plus prompts, plus efficaces les effets du sulfate de quinine, permet de diminuer les doses de spécifique, et, chose tout aussi précieuse, rend les récidives moins fréquentes, les convalescences plus rapides. Ensuite il passe en revue les circonstances qui influent sur la production de la fièvre, à savoir la chaleur du jour, l'humidité de l'atmosphère, l'abaissement et le défaut d'équilibre de la température. « Rien de plus agréable, dans la belle saison, que la promenade des Cascines à Florence : des allées d'arbres séculaires, l'Arno, des prairies artificielles, des milliers d'habitations sur les collines environnantes. Si l'on y séjourne au delà de 7 à 8 heures du soir, on est souvent pris, le lendemain, d'un accès de fièvre intermittente. De 10 heures du soir à 4 heures du matin, l'on peut impunément se promener dans les bois et le long de la rivière ; mais de 4 heures à 5 heures et demie du matin, nouveau danger de contracter la fièvre. » Les médecins les plus recommandables ont constaté ces faits, auxquels l'auteur ajoute son témoignage, qui est celui d'un observateur sérieux et capable. Il ajoute plus bas qu'on ne retrouve, dans la situation topographique des Cascines, aucun des éléments aptes à favoriser la production du miasme. Pas de mélange d'eau douce ni d'eau salée, pas de terres inondées, pas de marais, pas de détritus de matières végétales ou animales, pas de vase sur les bords sablonneux de l'Arno.

Plus loin, il constate que des propriétaires aisés de la Maremme Toscane n'ont jamais eu de fièvre, quoique leur habitation soit entourée de marais et d'étangs. « Ils attribuent cette immunité au soin constant de rentrer au logis au coucher du soleil, de n'en sortir qu'après son lever, de se placer soir et matin, pendant quelques minutes, devant un feu flamboyant, de prendre en se levant un verre de liqueur ou d'eau-de-vie. » Sans adopter complétement ces explications, l'auteur cite un certain nombre de faits tirés de sa pratique et de son observation en Corse. Nous citerons seulement les plus intéressants : 1° Quoique la ville d'Ajaccio soit entourée des plus agréables campagnes, il est impossible de les habiter l'été : aux portes mêmes, sur une colline qui donne sur le golfe, est située l'école normale. Les personnes qui ont habité cet endroit ont été de tout temps sujettes aux fièvres intermittentes, et aujourd'hui encore, les élèves de l'école sont très-souvent atteints d'accès de fièvre. Un fait très-curieux, c'est que les personnes qui habitent les maisons situées au bas de la colline, sur les bords de la mer, à un tir de fusil de l'école normale, jouissent d'une immunité parfaite. 2° A 10 kilomètres d'Ajaccio, dans la vallée et au pont de Prunelli, on rencontre des terrains passablement cultivés, bien boisés et sans traces d'eaux stagnantes ; plusieurs ouvriers, au milieu de l'été de 1850, y ont été employés sur la route : tous ces ouvriers, sans exception, au bout de 5 ou 6 jours, ont été dangereusement atteints par les fièvres. 3° Des faits analogues ont été observés dans la longue et étroite vallée de la Navaccia, l'une des moins humides et pourtant l'une des plus malsaines de la Corse.

TORTICOLIS PAR RHUMATISME DU TRAPÈZE ; par M. DUCHENNE (de Boulogne).

Ce travail, communiqué à la Société de médecine de Paris, et relatif à un cas de torticolis produit par la contracture de la portion claviculaire du trapèze, et de l'angulaire de l'omoplate, offre, entre autres choses curieuses et nouvelles, un échange de largesses et de compliments entre MM. Duchenne et Bouvier, dont un troisième auteur absent a fait tous les frais. Quatre idées nouvelles ou faits nouveaux ont défrayé cette espèce de donation mutuelle.

Ces quatre idées sont exposées comme il suit :

« M. DUCHENNE (de Boulogne) : 1° Je désire parler d'une maladie qui n'a pas *suffisamment* attiré l'attention des médecins : c'est le torticolis. M. Bouvier a fait sur ce sujet un travail fort intéressant. Mais je ne pense pas que l'espèce de torticolis dont je veux parler ait encore été décrite : il est produit par le rhumatisme de la *portion claviculaire du trapèze et de l'angulaire de l'omoplate.*

» 2° Il y a un phénomène que M. Bouvier a parfaitement indiqué, et qui a surtout frappé mon attention, c'est que, quand il y a une inclinaison de la tête, *il existe un mouvement en masse de la tête dans le sens opposé.*

» 3° M. BOUVIER : *Tout le monde* connaît les deux périodes de cette affection : l'une *aiguë*, l'autre *chronique* ou *ancienne*. Cependant, comme moyen de traitement, on ne connaissait *jusqu'à présent* que la ténotomie, les appareils, et le traitement antiphlogistique.

» 4° Il y a un moment où les tissus ne sont plus enflammés, et cependant ce n'est pas encore un état chronique : c'est *alors* qu'interviendra la méthode de notre confrère..... qui fera *éviter* souvent l'opération de la ténotomie. »

Le premier sentiment que la lecture de ces passages nous a fait éprouver est celui d'une vive satisfaction. Nous avons combattu, pendant bien des années, pour faire adopter ces vérités, et ce sont ceux-là même qui les ont combattues qui s'en font aujourd'hui les champions, à leur profit il est vrai. Ce serait le cas de dire :

« Vous me faites, seigneur,
» En me *croquant* beaucoup d'honneur. »

Croquer n'est pas absolument le mot qui convient ici. Nos excellents confrères ne nous veulent pas tant de mal. Il leur suffit de prendre ce qui leur paraît mériter cet honneur. Mais le second sentiment qu'ils nous ont fait éprouver, après la satisfaction d'avoir vu nos idées appréciées à ce point par des juges aussi compétents, c'est le besoin de reprendre ce qui nous paraît bon à conserver. Or voici de quoi justifier cette prétention.

---

signalés, et que M. Trousseau et M. Magendie ont rencontrés. Mais ces doses, trop élevées, fatiguent les voies digestives, l'appareil urinaire, y développent de l'irritation, exagèrent les symptômes des maladies existantes, disposent aux hypérémies actives, surexcitent à un haut degré le système nerveux cérébral et sympathique, et souvent occasionnent des accidents fébriles.

Pour nous, nous procédons, au contraire, systématiquement par doses très-graduelles, et définitivement peu élevées. Nous commençons toujours par un ou deux verres au plus dans la journée, en augmentant d'un par jour, jusqu'à cinq ou six, dose que nous dépassons rarement. Pour peu qu'il y ait de susceptibilité dans l'appareil digestif ou du système nerveux général, nous ne prescrivons que des moitiés ou des quarts de verre.

L'eau minérale a souvent encore besoin d'être mitigée par de l'eau de gomme, une infusion quelconque, du lait, du sirop : tout cela rentre dans ces nécessités de la pratique qu'il est fort difficile de formuler d'avance, mais auxquelles on apprend aisément à satisfaire, avec un peu d'expérience, et surtout avec un peu d'attention. Beaucoup de personnes encore, des femmes surtout, sont désagréablement impressionnées par l'acide carbonique que certaines sources développent en grande quantité, la source *Lardy* en particulier ; elles ressentent à l'instant des phénomènes divers très-prononcés, passagers, il est vrai, et sans gravité par eux-mêmes, mais qu'il ne faudrait cependant pas négliger absolument. On réussit presque toujours à les prévenir, en attendant pendant quelques minutes, avant de boire, que l'excès de gaz se soit dégagé.

En procédant avec toutes ces précautions, il est extrêmement rare que les malades viennent à souffrir du traitement lui-même, et ils peuvent toujours s'arrêter où il faut, sans avoir à revenir sur les prescriptions passées, ce qui ne touche pas moins à l'intérêt du médecin qu'à celui du malade ; *sic enim artis honori et medici famæ consulitur.*

Il nous est arrivé, du reste, plus d'une fois, pour cette question de doses, de nous guider d'après une sorte d'instinct des malades, autant que d'après notre propre expérience. Il est inutile d'insister sur ce que, toutes choses égales d'ailleurs, il y aurait des inconvénients à prescrire les mêmes quantités à des malades qui boiraient avec dégoût et répugnance, qu'à ceux qui le font avec plaisir. Mais nous faisons allusion surtout à une avidité toute particulière que certains malades témoignent pour l'eau de Vichy, et qu'il faut souvent considérer comme une sensation vraie et digne d'attention. Ces malades offrent en général une tolérance remarquable pour des doses un peu élevées d'eau minérale. Il est bien entendu qu'il faut savoir résister à cet entraînement s'il se rencontre quelque contre-indication. Il faut aussi s'assurer que l'on ait affaire à des malades qui sachent s'observer avec intelligence et sincérité : car si l'on écoutait la plupart des habitués des Célestins, c'est par litres qu'il faudrait les abreuver.

Dans notre prochaine lettre, nous traiterons des bains et des douches, et nous rencontrerons sur ce sujet des questions du plus haut intérêt pratique.

DURAND-FARDEL,
Médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy.

(*La suite prochainement.*)

PREMIÈRE IDÉE. Relativement aux variétés de torticolis produites par la contracture de muscles du cou autres que le sterno-mastoïdien : le trapèze, l'angulaire de l'omoplate, etc., c'est une application, au même titre que beaucoup d'autres, de notre théorie générale des difformités, et qui n'était pas restée à l'état de conception, de formule générale ; témoins les passages suivants d'un mémoire dont le résumé a été communiqué à l'Académie des sciences (1).

« J'ai été conduit, par cette doctrine (de la rétraction musculaire), à déterminer les différentes variétés anatomiques qu'affecte le torticolis, et dont jusqu'ici on ne connaissait que celles produites par le raccourcissement du sterno et du cléido-mastoïdiens. Ainsi j'ai reconnu que la rétraction du *splenius*, du *trapèze*, des *scalènes*, de l'*angulaire de l'omoplate*, etc., peuvent successivement et collectivement donner lieu à autant de variétés de torticolis, etc. » Le chapitre tout entier du RAPPORT de la commission des hôpitaux, consacré au torticolis, est le développement complet de cet énoncé général, c'est-à-dire de cette première idée de M. Duchenne (de Boulogne).

DEUXIÈME IDÉE. Le mouvement en masse de la tête en sens opposé de l'inclinaison primitive qui a si fort frappé M. Duchenne, et dont il s'est plu à faire honneur à M. Bouvier, est un des faits que nous avons signalés le premier et le plus approfondi. Nous y sommes revenu dans nos deux mémoires de 1838 et 1840 (2). Ce qu'il y a de plus étonnant, c'est que le fait dont M. Bouvier s'est laissé gratifié par M. Duchenne (de Boulogne) a été précisément un des points les plus contestés par cet auteur, et l'occasion d'une polémique vive entre lui et nous (3).

« Grâce au ciel, mon *bonheur* passe mon espérance ! »

TROISIÈME IDÉE. La distinction entre la *contracture* et la *rétraction* qui fait la base du diagnostic des difformités opérables et non opérables, et que, suivant M. Bouvier, *tout le monde* connaît, est précisément le résultat le plus important de nos recherches. *Tout le monde* le sait si bien que nous avons à peine besoin de le rappeler. Et si MM. Duchenne et Bonvier peuvent réellement l'avoir oublié, nous les renverrons à tous nos mémoires et en particulier au chapitre sur le torticolis du RAPPORT DE LA COMMISSION DES HÔPITAUX. C'est là que nos habiles confrères s'assureront qu'il existe, pour traiter les difformités par *contracture*, des méthodes très-efficaces autres que la ténotomie. C'est ce que nous avons été obligé de rappeler, il y a quelques semaines, à l'occasion d'un mémoire de M. Debout sur les déplacements essentiels du scapulum.

QUATRIÈME IDÉE. L'existence d'une période intermédiaire à la contracture récente et la rétraction, période pendant laquelle un traitement autre que les antiphlogistiques et la ténotomie doit être appliqué, est en effet d'une assez grande importance pour avoir été convoité par MM. Duchenne et Bouvier. Mais leur convoitise n'a fait que rehausser la valeur de ce fait et le mérite de sa première indication. Or voici ce qui est imprimé à la date de 1840 : « J'ai montré en outre qu'entre la contracture et la rétraction, » il existe un état intermédiaire du tissu musculaire, dans lequel ce tissu » perd sa consistance charnue, s'évide en quelque façon de sa fibrine, » et se réduit à la trame celluleuse... A ces trois états du tissu musculaire » doivent être adaptés trois modes de traitement différents. »

A ces renseignements si précis nous n'ajouterons qu'une simple remarque : c'est que pendant longtemps M. Duchenne (de Boulogne) a été un des auditeurs les plus assidus de nos conférences cliniques à l'hôpital des Enfants, et que M. Bonvier, quoiqu'il ne nous ait jamais fait cet honneur, a eu néanmoins d'autres occasions non moins favorables pour s'initier à nos idées. C'est sans doute ce qui les a si bien guidés l'un et l'autre dans leur choix. Mais nos savants confrères ont trop d'esprit pour ne pas reconnaître que ce qui est bon à prendre est, aussi, bon à reprendre et à garder. (J. G.)

II. REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

(Ancien JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.)

Les numéros de janvier, février et mars 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Du pouls récurrent*, par M. Massé. 2° *Ictère des nouveau-nés, clinique de M. Duclos.* 3° *Dans le panaris terminé par nécrose de la dernière phalange, faut-il préférer l'extirpation de l'os à l'amputation partielle?* par M. Velpeau. (La réponse affirmative se base sur la facilité, la sûreté de l'opération et sur le peu de difformité qui résulte de l'extirpation. Du reste, cette pratique est aujourd'hui devenue générale.) 4° *Un écoulement de sang par l'oreille indique-t-il nécessairement l'existence d'une fracture du crâne?* par le même. (Non ; une simple déchirure dans la caisse du tympan, résultat d'une violence externe, peut y avoir donné lieu.) 5° *De certaines tumeurs du tronc guéries par le caustique de Vienne* ; par M. Debreyne. 6° *Du datura stramonium* ; par M. Michéa. 7° *Tumeur blanche du pied, extirpation du cuboïde* ; par M. Nélaton. 8° *De la médication résolutive dans les maladies de la peau* ; par M. Devergie. 9° *Fourchette avalée et retrouvée plus tard dans la cuisse* ; par M. Le Tellier. 10° *Valeur diagnostique de l'écoulement de sang par le mamelon* ; par M. Grenet. 11° *Cas de vagissement utérin* ; par M. Teyssel. 12° *Quelques considérations sur la famille des solanées* ; par M. Delioux. 13° *Traitement de quelques variétés de paraplégie.* 14° *Des purgatifs dans les maladies de la peau* ; par M. Devergie. 15° *Invagination intestinale, gangrène, guérison* ; par M. Devaut. 16° *De la véritable composition du rob Boyveau-Laffecteur* ; par M. Soubeiran. 17° *Effets salutaires du baume opodeldoch dans la carie des os* ; par M. Van den Broeck. 18° *Observations relatives aux tumeurs blanches* ; par M. de Larue. (Il conseille d'appliquer après la cure un appareil contentif et compressif en caoutchouc.) 19° *Propriétés thérapeutiques de la chicorée sauvage* ; par M. Michéa. 20° *Origine des tubercules pulmonaires* ; par M. Berger. 21° *Opération de trachéotomie par un procédé particulier* ; par M. Maslieurat-Lagémard. 22° *Des fractures chez les enfants* ; par M. Guersant. 23° *De la cautérisation à joindre à la dilatation dans les rétrécissements de l'œsophage* ; par M. Gendron. (M. Gendron fixe l'indication de la cautérisation avec le nitrate d'argent, à ce cas, savoir : quand des éponges aussi volumineuses que le bol alimentaire traversent, grâce à l'impulsion de la main de l'opérateur, un obstacle que le bol alimentaire ne peut ensuite franchir.)

DE LA MÉDICATION RÉSOLUTIVE DANS LES MALADIES DE LA PEAU.

Sous la désignation de médication résolutive, M. Devergie comprend dans sa clinique de l'hôpital Saint-Louis un certain nombre de médicaments que nous allons énumérer ici avec les doses et les précautions recommandées par ce praticien :

1° Le *sous-acétate de plomb*, que l'on doit employer dissous dans 400 fois son poids d'eau ; dans la solution au 1/300 cette substance agirait encore comme irritant. — 2° L'*alun* s'emploie dissous dans 300 fois son poids d'eau ; on peut augmenter graduellement cette dose. Il est impossible d'indiquer *à priori* les cas où l'une de ces substances agira, l'autre restant inerte. — 3° Le *chlorhydrate d'ammoniaque* agit à peu près comme l'alun, et s'emploie aux mêmes doses. — 4° Le *sublimé* est le meilleur résolutif à mettre en usage dans les maladies de la peau ; on l'emploie dissous dans 1,500 ou 2,000 fois son poids d'eau. — 5° Le *tannin* uni à l'axonge dans la proportion de 1 gramme sur 30. On peut élever successivement la dose du tannin de 1 à 4 grammes. — 6° L'*oxyde de zinc* à la dose de 1 sur 30. — 7° Le *camphre*, si efficace contre le prurit, à dose de 20 ou 30 centigrammes pour 30 grammes de pommade. — 8° Le *chloroforme* dans la proportion de 1 à 3 grammes pour 30 d'axonge. — 9° L'*huile de cade*, qu'il faut se garder d'employer à dose trop élevée ; on l'applique à l'aide d'un pinceau sur la surface malade. — 10° Enfin il est des affections cutanées qui ne se trouvent bien ni des applications liquides ni du contact des corps gras, et où il faut avoir recours aux poudres résolutives. Le *lycopode* est d'un emploi vulgaire dans ces cas ; la *poudre de vieux bois* convient, dit-on, dans quelques cas ; mais on a un médicament plus sûr et plus actif en étendant dans de la poudre d'amidon les poudres de tannin, d'alun, de sous-nitrate de bismuth dans la proportion de 1/1,000 à 1/400.

FOURCHETTE AVALÉE, RETROUVÉE PLUS TARD DANS LA CUISSE ; par M. LE TELLIER.

OBS. — L'auteur avait déjà été appelé une fois auprès de la dame Curée, âgée de 57 ans, aliénée, pour lui extraire une fourchette en fer qu'elle venait d'avaler dans le but avoué de se donner la mort.

Le 2 avril 1848, il eut encore l'occasion de lui rendre de nouveau le même service.

Huit mois s'écoulèrent durant lesquels cette femme conserva un bon appétit et ne se plaignit d'aucune douleur dans le ventre, lorsque vers la fin de novembre de la même année, elle accusa une vive douleur dans la hanche et la cuisse gauche. M. Letellier, pensant avoir affaire à une sciatique, prescrivit quelques remèdes qui furent incomplétement exécutés, et perdit la malade de vue.

Le 5 janv. 1852, prié d'aller la visiter, il constata que les douleurs de la cuisse s'étaient exaspérées à un degré extrême. Épuisée par ces longues souffrances, qui depuis deux ans la retenaient presque immobile au lit, elle avait maigri, perdu l'appétit ; le pouls était faible, presque insensible, le sommeil rare ; dévoiement et infiltration des extrémités, redoublement fébrile tous les soirs. La cuisse gauche offrait, à son tiers supérieur et externe, une tuméfaction assez considérable, sensible à la pression, sans fluctuation appréciable. Cette femme, qui avait recouvré la raison, disait qu'il y avait dans cette tumeur une four-

(1) RÉSUMÉ D'UN MÉMOIRE SUR LE TORTICOLIS ANCIEN, présenté à l'Académie des sciences le 20 juillet 1840. (GAZ. MÉD., 1840, p. 165.)

(2) Voy. TROISIÈME MÉM. SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX, 2e éd., p. 24, et GAZ. MÉD., 1840, p. 466.

(3) GAZ. MÉD. des 7 et 14 avril 1838, et mém. cité, p. 55 et suiv.

chette en fer qu'elle était parvenue à avaler le lendemain du jour où on lui avait retiré la dernière, c'est-à-dire près de trois ans et neuf mois précédemment. Mais ses parents croyaient qu'elle se trompait et déraisonnait encore sur ce seul point.

Au bout d'un mois, la tumeur s'abcéda spontanément à quatre travers de doigt au-dessous du grand trochanter. Il en sortit beaucoup de pus; et on sentait au-dessous de l'ouverture une saillie très-douloureuse à la pression. Quelques jours plus tard, on aperçut une pointe en fer qui avait percé la peau. En cherchant à l'attirer au dehors, une seconde pointe se fit jour à côté de la première. Bientôt une troisième se présenta.

M. Le Tellier pratiqua une incision et put extraire la fourchette, dont il manquait la plus grande partie du manche ainsi qu'une des dents. La troisième dent était en partie détruite et recourbée à son sommet. La surface offrait une oxydation assez étendue.

La malade succomba, huit jours après l'opération, à l'affaiblissement antérieur qui la minait graduellement.

L'autopsie ayant été refusée, on ne put qu'inciser la cuisse. On n'y trouva que plusieurs foyers purulents vides, situés autour et au-dessous du grand trochanter dont la surface était très-rugueuse.

— Quel trajet ce corps étranger avait-il suivi de l'estomac jusque dans la cuisse? L'autopsie ne l'ayant pas démontré, on ne pourrait, à cet égard, se livrer qu'à des conjectures plus ou moins plausibles. D'ailleurs, de semblables migrations sont si fréquemment accomplies par des aiguilles qu'un instrument aigu et se présentant par la pointe n'a pas dû rencontrer beaucoup plus de résistance. Mais une autre circonstance nous frappe dans cette observation; c'est le rétablissement des facultés intellectuelles à partir du moment où les douleurs se sont fait ressentir. Une suppuration étendue du tissu cellulaire a agi dans le même sens où l'on voit souvent opérer les blessures accidentelles graves que les aliénés s'infligent. De même une épilepsie, jusque-là incurable, cède parfois à une brûlure ou à une mutilation sérieuse. Le médecin doit, ce nous semble, trouver là un puissant encouragement à multiplier les agents de la révulsion sous-cutanée profonde dans le cas de perversion morale réfractaire aux autres médications rationnelles. L'art doit-il, en effet, rester au-dessous des résultats que la nature réalise quelquefois fortuitement et contre toute attente?

OPÉRATION DE TRACHÉOTOMIE PAR UN PROCÉDÉ PARTICULIER; par M. MASLIEURAT-LAGÉMARD.

C'est en 1841 que M. Maslieurat fit, pour la première fois, connaître le procédé instrumental qui lui avait si heureusement réussi, dans un cas imprévu, à remplacer la canule qu'on laisse à demeure, après la bronchotomie, pour maintenir béante l'ouverture des voies aériennes. Il consiste, comme chacun le sait, à accrocher chaque bord de la plaie avec une épingle recourbée vers sa pointe, ou au moyen de la pince dilatatrice que M. Charrière a confectionnée pour remplir plus sûrement la même indication. Depuis lors, M. Maslieurat, encouragé par d'autres succès, s'est attaché à étendre la sphère d'application de sa découverte. Ce n'est plus dans un cas pressant et à défaut de canule qu'il propose maintenant de l'employer, mais bien à titre de méthode générale. Les motifs qu'il donne pour justifier sa préférence sont de divers ordres.

Il fait d'abord remarquer qu'après la trachéotomie pratiquée pour le croup, il importe que l'enfant ne reste pas constamment dans le décubitus dorsal; dans cette attitude, en effet, la respiration est plus gênée, et les mucosités ne peuvent pas sortir spontanément. Or, avec la canule, il faut que l'enfant reste cloué sur le dos; pour peu qu'il dévie à droite ou à gauche, elle est expulsée de la plaie, et on a à l'introduire de nouveau.

Ces paroles ont sans doute quelque chose de trop absolu; mais il n'en est pas moins vrai que la dilatation *par traction excentrique* de M. Maslieurat se dérangeant moins fréquemment, permet au jeune sujet de changer aisément de position, de même qu'il assure au chirurgien la facilité d'extraire les mucosités qui se présentent à l'ouverture trachéale.

Mais c'est surtout après la trachéotomie pratiquée pour extraire un corps étranger que la dilatation par les crochets offre de précieux avantages. On n'ignore pas que, assez souvent, les voies aériennes étant incisées, le corps étranger ne se présente pas et ne peut point non plus être retiré. Parfois ce n'est que quelques jours après qu'il vient faire saillie entre les bords de l'incision. Quelle conduite doit alors tenir l'opérateur? placera-t-il une canule? Non, ce serait s'opposer aux efforts par lesquels la nature déplace et expulse ordinairement le corps étranger. Pansera-t-il à plat? C'est ce qu'on fait usuellement aujourd'hui. Mais alors l'ouverture ne garde pas la largeur suffisante, ou du moins n'atteint pas celle qu'on pourrait lui donner en tenant ses bords écartés; et si le corps engagé se présente entre ses lèvres, il éprouvera de la résistance à sortir.

Il y a plus: on a vu des noyaux, des haricots, etc., rester encore plusieurs jours après l'opération dans les voies respiratoires. Or, durant ce temps, la plaie tend naturellement à se resserrer. Quel précieux secours apporterait donc à la terminaison spontanée de ces graves accidents un appareil qui, sans obstruer l'ouverture artificielle, la maintiendrait dans sa plus grande ampleur! Or, ce moyen est réalisé sans fatigue pour le malade par le procédé de M. Maslieurat.

Pour donner une idée des puissantes indications qu'il peut alors remplir, l'auteur cite un cas où M. Kennedy eut à traiter un enfant qui s'était introduit dans le conduit aérien un noyau de prune. Le chirurgien anglais fit la trachéotomie. Cette opération, non-seulement ne procura pas l'issue du noyau, mais ne pouvait, par suite du rapprochement des bords de la plaie, s'opposer à la suffocation qui menaçait le petit malade. M. Kennedy, qui n'avait pas de canule à sa disposition, introduisit à plusieurs reprises un tuyau de plume qui chaque fois soulageait le malade par la facilité de respirer qu'il lui procurait; mais, ce tuyau ne pouvant être maintenu, le malade mourut de suffocation. — Le noyau de prune fut trouvé immédiatement au-dessous de la fente de la glotte.

Évidemment, dans ce cas, si on avait mis une canule (et elle était nécessaire pour assurer la respiration), le noyau n'aurait pu être expulsé par la bouche. L'appareil de M. Maslieurat remplissait doucici, el remplissait seul, les deux conditions exigées par l'état du malade.

(La suite au prochain numéro.)

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

La dernière séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'intérieur et du commerce adresse:

1° Un rapport de M. Lemasurier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Versailles, sur une épidémie de rougeole et de suette miliaire qui a régné dans la commune de Viroflay, en novembre 1852. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Lafon, médecin inspecteur des eaux minérales de Trébas (Tarn), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852. (Commission des eaux minérales.)

3° Des demandes d'avis sur des remèdes secrets ou nouveaux.

M. le préfet de police transmet le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour les mois d'avril, mai, juin, juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 1852.

— M. MONTFEUILLARD (de Ville-sur-Tourbe) adresse le tableau des vaccinations qu'il a faites dans les communes de Courtémont et de Berzieux (Marne) en 1852. (Commission de vaccine.)

— M. CHEVILLION (de Vitry-le-Français) adresse une observation de gangrène pultacée de la lèvre accompagnée d'accidents généraux très-graves à la suite d'une piqûre de sangsue. (Comm.: MM. Gaultier de Claubry et Requin.)

— M. RIBES (de Nîmes) rappelle qu'il y a quelque temps M. le docteur Ischetgriu a signalé comme un fait capital, nouveau et inattendu, le développement spontané du choléra dans des lieux autres que ceux limitrophes des rives du Gange. M. Ribes ajoute que, dans un rapport qu'il a adressé à l'Académie il y a plus de trois ans sur le choléra de Nîmes et du midi de la France, il croit avoir prouvé que généralement ce fléau naissait et se développait spontanément dans les lieux où il exerçait ses ravages, et avoir à cette époque signalé le premier le fait que M. Ischetgrin donne pour nouveau aujourd'hui. (Commission du choléra.)

— M. GILLEBERT-DHERCOURT (de Lyon) adresse un mémoire ayant pour titre: DE L'HYDROTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE LA SUREXCITABILITÉ NERVEUSE. (Comm.: MM. Pâtissier et Gibert.)

— M. SZOKALSKY, de Savigny-sous-Beaune (Côte-d'Or), adresse une observation de glucosurie consécutive à la fracture du crâne. (Comm.: MM. Bérard et Bouchardat.)

— M. HALLEGUET (de Châteaulin) adresse une observation d'invagination intestinale, avec expulsion d'une anse d'intestin grêle gangrenée. (Comm.: MM. Cruveilhier et Gaultier de Claubry.)

— M. NIEPCE communique une observation d'atrophie musculaire progressive. (Voy. plus haut à la CORRESPONDANCE.)

— M. GOYRAND (d'Aix) adresse, par l'intermédiaire de M. Velpeau, une observation d'imperforation de l'anus et absence d'une partie du rectum. M. Goyrand a pratiqué, dans ce cas, avec succès, un anus artificiel au devant de la fosse iliaque gauche d'après la méthode de Littre. (Comm.: MM. Langier, Bouvier et Velpeau.)

— M. DUMONT, pharmacien à Cambray, adresse un mémoire sur l'action de

la digitaline dans les affections cutanées, faisant suite à la note qu'il a envoyée le 5 août dernier. (Comm. des remèdes nouveaux.)

— M. BOULAND écrit que lorsqu'il a proposé un procédé de chauffage des eaux sulfureuses pour lequel il a réclamé la priorité, il ignorait complétement l'existence du mémoire adressé, en juillet 1844, au préfet de la Seine, par M. Beaude, travail qui précède de deux années ses recherches et qui assure à M. Beaude une priorité incontestable. Il décline en conséquence toute prétention à ce sujet.

— M. VANDELOO (de Venlo) adresse des modèles en plâtre de l'appareil de M. Mathysen pour les fractures. (Comm. : MM. Gerdy et Velpeau.)

— M. SERRES (de Dax) adresse un mémoire qui démontre l'action d'un fébrifuge nouveau renfermé sous deux plis cachetés précédemment déposés à l'Académie, avec prière d'ouvrir ces paquets.

Les paquets ouverts, M. le président en fait connaître le contenu. Le fébrifuge en question qui, suivant l'auteur, guérirait non-seulement les fièvres intermittentes, mais encore les fièvres continues et même la fièvre symptomatique, est le charbon végétal.

CALCULS URINAIRES.

M. LEROY D'ETIOLLES adresse à l'Académie une note relative à l'évacuation des débris de la pierre, au moyen de la sonde à double courant.

Il rappelle que cet instrument, imaginé par Hales et par M. Cloquet, dans le but de dissoudre les calculs urinaires, a été appliqué par lui à l'évacuation artificielle du détritus de la pierre broyée dans la vessie. Il en a publié l'idée dès l'année 1825, dans son livre intitulé : EXPOSÉ DES PROCÉDÉS POUR GUÉRIR DE LA PIERRE (p. 96). La sonde qu'il emploie dans ce but, et qu'il met sous les yeux de l'Académie, diffère de celle de Hales et M. Cloquet, en ce que les deux tubes sont de diamètres très-inégaux, le tube de sortie devant être beaucoup plus large que le tube d'arrivée du liquide. Quant au rapport des tubes, il est d'observation que, sur certains malades, l'ouverture évacuatrice placée en dessous, donne une issue plus facile aux fragments (voy. la fig.), tandis que pour d'autres c'est le contraire; dans ce cas, le jet de liquide, dirigé en bas, frappe sur les débris rassemblés dans le bas-fond, les disperse et les fait retomber dans l'œil de la sonde avec l'eau qui les entraîne.

CHOLÉRA.

M. J. CLOQUET donne lecture de la lettre suivante que lui adresse de Téhéran, son neveu M. Ernest Cloquet :

« Téhéran, 17 février 1853,

» Nous sommes menacés du choléra pour le printemps prochain, et je suis obligé de faire les honneurs du pays à ce désagréable visiteur. La maladie suit, cette fois-ci, une marche tout à fait insolite; elle s'est déclarée à Bassorah en 1851; de là elle a remonté le cours du Tigre jusqu'à Bagdad ; de Bagdad, en traversant le Kurdistan, elle s'est portée vers la province d'Azerbaïdjan. Après avoir ravagé ce pays, et notamment Tauris, qui en est la capitale, elle se dirige vers le sud et le sud-est, en suivant les bords de la mer Caspienne, et l'on assure qu'elle s'est montrée à Casbin, qui n'est qu'à 22 lieues de Téhéran. D'après cet itinéraire, il n'est pas probable que cette fois-ci le choléra se porte du côté de l'Europe; il y a tout lieu d'espérer qu'après avoir levé son impôt sur la Perse, l'épidémie se jettera sur l'Inde, sa patrie, qu'elle n'aurait jamais dû quitter. »

SURDI-MUTITÉ.

M. PIORRY lit, au nom d'une commission, un rapport officiel en réponse à une demande de M. le ministre de l'intérieur, sur le traitement de la surdimutité que M. le docteur Blanchet emploie depuis quelques années à l'institution des sourds-muets de Paris.

Voici le résumé et les conclusions de cet important rapport, dont la lecture a occupé la plus grande partie de la séance.

Il résulte des observations de la commission et des faits consignés dans ses procès-verbaux :

Que la plupart des élèves traités par M. le docteur Blanchet ont éprouvé une amélioration notable dans l'état de leur appareil auditif et vocal.

Que, relativement à ceux de la première série, le n° 1, qui n'entendait, au moment de son entrée dans l'école (Procès-verbal 4, p. 14), aucun son articulé et pas d'ondes sonores au-dessus de 312 vibrations, percevait après le traitement des sons de 2,000, la parole à voix haute près de son oreille, et à l'aide d'un cornet acoustique, les mots prononcés à voix basse.

Chez le n° 2, qui n'entendait que 512, l'audition s'était développée au point de percevoir 4,600 vibrations et de pouvoir mettre sa voix d'accord avec tous les sons de l'harmonium qui se trouvaient dans le registre de son appareil vocal, d'entendre les mots prononcés à environ 2 mètres de son oreille et de pouvoir les répéter (Procès-verbaux 1, 2, 4).

Le n° 3, qui précédemment ne percevait que des sons de 172 à 300, entendait maintenant jusqu'à 2,500 vibrations, répétait les mots proférés à la distance d'un mètre et exécutait les ordres qu'on lui donnait à l'aide de la parole (Procès-verbaux 1, 2, 4).

Le n° 4 était parvenu à acquérir la parole et la faculté de la lire facilement sur les lèvres, quoique son audition ne se fût élevée que de 86 à 526.

Que, relativement aux élèves de la deuxième série, le n° 1 était parvenu à causer facilement (Procès-verbaux 2 et 4), à chanter des airs variés, à réciter des fables, sa voix avait acquis un notable développement, et sa parole, quoique un peu rude, était très-distincte. Ses progrès pour l'audition et la parole étaient si avancés, que la commission l'a vu exerçant très-bien son jeune frère à la gymnastique vocale et auditive (Procès-verbal 4).

Le n° 2, comme le précédent, atteint de surdi-mutité congéniale, entendait tous les mots à une certaine distance de son oreille et pouvait facilement les reproduire (Procès-verbaux 2 et 4).

Que parmi les élèves de la troisième série, il s'en trouvait quatre dont l'audition s'était étendue jusqu'à 4,000 vibrations, et qui percevaient la voix, la parole, à 30 ou 40 centimètres de distance, répétaient aisément les mots qu'on leur disait et répondaient pour la plupart aux diverses questions qu'on leur adressait (Procès-verbal 4, p. 1, 2 et 3).

Que, relativement aux élèves de la quatrième série, la commission en a observé 5 dont l'audition s'étendait, pour 4, à 2,000, et chez un cinquième, à 4,087 vibrations. Tous entendaient les mots, les répétaient distinctement ; le cinquième percevait même la parole à plus d'un mètre de distance (Procès-verbal 4, p. 12.)

Que, d'après l'examen des élèves auquel la commission a procédé, il s'en est trouvé constamment dans chaque série un certain nombre (1 sur 3,4 ou 5), dont l'affection s'est montrée susceptible d'être guérie ou améliorée, et qui, soumis à une éducation et à un traitement convenables, pourraient arriver à saisir directement la parole par l'oreille ou par l'intermédiaire d'instruments d'acoustique.

Que l'appréciation des altérations de l'ouïe, de l'appareil vocal et des résultats du traitement, faite à l'aide des acoumètres et du nombre de vibrations perçues, a paru à la commission un moyen d'une grande exactitude et non moins utile que l'emploi de l'orgue appliqué aux exercices de gymnastique vocale et auditive.

Que, relativement aux sourds-muets atteints de la perte de l'ouïe à un âge avancé, mais possédant encore à un degré plus ou moins parfait l'usage du langage articulé, ils peuvent, quoique affectés d'une surdité à peu près incurable, non-seulement conserver, mais encore développer la faculté de parler et acquérir celle de lire la parole sur les lèvres.

Que les sourds-muets de cette dernière catégorie, ainsi que le constatent les expériences nombreuses que les membres de la commission ont répétées eux-mêmes, peuvent percevoir par les nerfs de sensibilité générale, des vibrations, depuis 80, 90, 100, jusqu'à 1,000 et même 1,200, et recevoir ainsi l'impression tactile d'un certain nombre d'ondes sonores, et que la culture et le développement de cette faculté devront nécessairement leur faciliter la vie de relation et alléger leur infirmité.

Qu'il est indispensable que les élèves des deux catégories que nous venons de signaler, les uns pour retirer plus de bénéfice du traitement, les autres pour conserver et développer leur faculté de parler et d'entendre; d'autres enfin, pour acquérir celle de lire la parole sur les lèvres et ne pas perdre l'usage du langage articulé, reçoivent une éducation spéciale, donnée exclusivement par des professeurs parlant, chargés de les exercer suffisamment à l'articulation.

Qu'il est encore nécessaire, pour assurer et hâter le progrès de la parole et le développement de l'audition, de les placer dans une division spéciale, de les isoler, dans tous les instants de la journée, des autres enfants qui n'offrent pas les mêmes dispositions à acquérir le langage articulé, ou à recouvrer l'ouïe.

Que pour pouvoir établir cette division et empêcher que, d'après le système de rotation en usage à l'école de Paris, les sourds-parlants, les demi-sourds-muets, les sujets susceptibles de recouvrer l'ouïe et la parole, ne restent entièrement confondus avec ceux qui sont tout à fait sourds-muets, qu'ils ne soient indistinctement instruits comme eux, pendant toute la durée de leurs études, presque exclusivement à l'aide des signes, par des professeurs sourds-muets ou parlants, qu'ils perdent par conséquent l'usage de la parole, et sortent des écoles avec une aggravation de leur infirmité, il faut classer tous les enfants dès leur entrée dans l'institution.

Qu'enfin, en observant ces règles, il y a tout lieu d'espérer que les élèves des deux catégories mentionnées pourront rentrer, à la fin de leurs études, dans leur famille et dans la société, avec la faculté de communiquer et de converser plus ou moins complétement à l'aide du langage articulé.

M. VILLERMÉ a eu occasion de converser avec des sourds-muets et avec les personnes chargées de leur éducation, il a appris dans ces entretiens que si,

lorsque la faculté d'entendre et de parler commençait à se développer chez les sourds-muets, ceux-ci venaient à cesser cette éducation, ils perdaient rapidement ce qu'ils avaient acquis, et n'étaient plus aptes à reprendre l'enseignement interrompu; de sorte qu'il faudrait que cet enseignement fût toujours continué et que les élèves restassent toujours dans les établissements de sourds-muets. Je ne sais jusqu'à quel point c'est là un résultat dont on puisse se montrer satisfait. Il serait donc important de pouvoir dire dans le rapport jusqu'à quel point la guérison se maintient à la suite du traitement dont il s'agit.

M. Piorry : Ce que vient de dire M. Villermé est parfaitement juste. Il en est des organes de l'audition comme des muscles, ils s'atrophient et perdent leur aptitude fonctionnelle par l'inaction. Mais c'est précisément à cause de cela qu'il importe que les sourds-muets quittent les établissements aussitôt qu'ils ont acquis le degré d'éducation nécessaire pour les besoins sociaux, car s'ils restent dans ces établissements ils ne tardent pas à reprendre leurs anciennes habitudes et à perdre le fruit de leur éducation.

M. Ferrus a été plusieurs fois chargé de constater des faits semblables à ceux qui font l'objet du rapport, et il a été, par conséquent, à même de faire aussi quelques observations. Il faut, dit M. Ferrus, suivre pendant très-longtemps les sourds-muets pour apprécier exactement les progrès qu'ils peuvent faire. Il arrive assez souvent que les sourds-muets disent ne pas entendre du tout lorsqu'ils entendent un peu; ils dissimulent souvent pour rester dans les établissements; il résulte de là qu'on n'est jamais bien fixé sur leur état réel, et qu'on manque d'un point de départ précis pour apprécier les résultats des moyens employés. C'est là une très-grande difficulté. Aussi ne saurait-on trop louer la commission pour la marche très-bonne qu'elle a suivie dans cette circonstance.

Il est encore une autre circonstance dont il importe de tenir compte, c'est le degré d'intelligence des sourds-muets. Rien n'est plus commun que de rencontrer des idiots parmi les sourds-muets; c'est là souvent une très-grande cause de confusion.

Une autre difficulté, c'est d'apprécier la sensibilité tactile; on sait que chez les sourds-muets la sensibilité tactile est élevée quelquefois à un degré extrême. C'est même là une circonstance dont on peut tirer le plus grand parti.

Enfin M. Ferrus termine en insistant surtout sur la nécessité de diriger activement l'enseignement de l'articulation qui n'a pas été en général assez suivi jusqu'ici. Il faut que cet enseignement soit constant. M. Ferrus rapporte quelques exemples de sujets chez qui la gymnastique de l'articulation a produit d'excellents résultats.

M. Piorry : La commission a compris aussi toutes les difficultés qu'il y avait à constater le degré de la lésion des organes de l'audition. Elle a pris, à cet égard, toutes les précautions possibles pour éviter les causes d'erreur. Comme l'a dit M. Ferrus, il est fort difficile d'apprécier les divers degrés de surdi-mutité. C'est cependant à ce résultat qu'est arrivée la commission à l'aide des procédés imaginés par M. Blanchet. Ainsi il a été, en général, assez facile d'apprécier le nombre de vibrations perçues par les sourds-muets. La commission a aussi tenu compte du degré d'intelligence des sujets sur lesquels elle a suivi ces expérimentations.

M. Bousquet : Il faut savoir qu'un grand nombre de sourds-muets entendent lorsque la voix est élevée et directement dirigée vers eux; mais ils n'entendent pas la voix sur le ton ordinaire de la conversation. Et c'est parce qu'ils ne peuvent pas suivre la conversation qu'ils finissent par y renoncer. Si on ne doit, par les procédés d'éducation dont il s'agit, les amener qu'à ce résultat, c'est à y renoncer.

M. Piorry : Les sourds-muets que la commission a examinés n'étaient pas parfaitement guéris encore, sans doute, mais on sait bien que ce n'est pas en quelques mois qu'on peut atteindre un pareil résultat. M. Bousquet nous parle d'ailleurs d'une époque où à peine les sourds-muets commençaient-ils à entendre un peu, qu'on les renvoyait aussitôt à l'établissement avec les autres sourds-muets, au milieu desquels ils ne tardaient pas à retomber dans leur état primitif.

M. Londe voudrait savoir quels sont les moyens employés par M. Blanchet.

M. Piorry : Ce traitement est trop complexe pour pouvoir le résumer en quelques mots. D'ailleurs tous les détails en ont été longuement énumérés dans le rapport.

M. Bérard ne sait s'il a bien entendu, mais il lui a semblé que le rapport contenait deux hérésies, une hérésie physique et une hérésie physiologique. Il y a deux choses à considérer dans le son, le *ton* qui dépend du nombre des vibrations, et l'*intensité*. Celle-ci peut varier beaucoup le nombre des vibrations restant le même. M. le rapporteur semble avoir oublié de faire cette distinction et n'avoir tenu compte que du nombre des variations. On ne comprendrait pas bien qu'à l'aide du nombre des vibrations seulement, on pût avoir la mesure du degré d'audition.

Quant à l'hérésie physiologique, elle consisterait à avoir établi une sorte d'identité entre la sensibilité générale et la sensibilité spéciale. On sait qu'un même excitant appliqué alternativement sur tel ou tel sens produit des sensations très-différentes suivant le mode spécial de sensibilité des nerfs qui les animent, ici la sensation de lumière, là celle de la saveur, là celle du son, etc. M. Bérard voudrait qu'on fît disparaître du rapport certains passages qui assimilent un peu trop la sensibilité tactile générale avec l'impression auditive.

M. Piorry répond à M. Bérard qu'il n'ignore pas les lois physiques qu'il vient de rappeler. La commission n'a pas négligé de tenir compte de l'intensité des sons comme du nombre des vibrations, mais l'intensité ne lui a pas paru, à beaucoup près, avoir la même importance dans ces expériences que le ton. Sans doute il ne serait pas sans intérêt de répéter des expériences en tenant compte spécialement de l'intensité des vibrations, mais c'est ce qu'on pourra étudier plus tard.

M. Piorry se défend ensuite du reproche d'hérésie physiologique qui lui a été adressé par M. Bérard, au sujet de ce qu'il a dit de l'audition ou de la perception des vibrations sonores par le secours de la sensibilité générale. C'est un sujet sur lequel M. Piorry accepterait volontiers la discussion, mais qui est trop en dehors de l'objet spécial du rapport pour qu'il croie utile de l'engager en ce moment.

M. Dubois (d'Amiens), pour faciliter la décision que va prendre l'Académie sur les conclusions du rapport, donne lecture de la dernière lettre de rappel du ministre, qui exprime le désir que l'expérience soit faite sur la plus grande échelle possible, afin de pouvoir déterminer la proportion des élèves sourds-muets qui peuvent profiter de ce système d'éducation, et de ceux qui y restent réfractaires. Mais afin que les points de la question qui peuvent être considérés comme étant actuellement résolus n'aient point à souffrir du retard que pourrait entraîner la solution de l'ensemble de toutes les questions qui se rattachent à ce sujet, M. le ministre invite la commission à scinder son travail, s'il y a lieu, et à s'occuper immédiatement des points qui peuvent lui paraître susceptibles d'une solution immédiate, sauf à ne considérer cette solution que comme provisoire..

M. Bouillaud est d'avis que l'hérésie physiologique signalée par M. Bérard a été commise, sinon intellectuellement, du moins nominalement. Elle existe, en effet, dans les mots dont s'est servi M. Blanchet dans son mémoire.

M. H. Gaultier de Claubry appuie l'observation de M. Bérard sur la question de physique relative à la différence à faire entre le nombre des vibrations et leur intensité, et il appuie cette observation d'un nouvel exemple.

M. Bonnafont demande la parole pour présenter quelques observations qu'il croit de nature à jeter du jour sur la question.

Vu l'heure avancée, la suite de la discussion et le vote des conclusions sont renvoyés à la séance prochaine. La parole sera réservée à M. Bonnafont.

(La séance est levée à cinq heures.)

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES FISTULES VÉSICO-UTÉRINES, VÉSICO-UTÉRO-VAGINALES, ENTÉRO-VAGINALES ET RECTO-VAGINALES; par M. Jobert (de Lamballe). Un vol. in-8° avec 10 figures intercalées. — Paris, 1852. Chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Dans l'intérêt de ce livre comme dans celui de la science, qu'il est si puissamment appelé à servir, il importe de ne laisser méconnaître son objet spécial ni un seul instant ni à un seul lecteur. On le jugerait mal, en effet, si l'on y croyait trouver un corps de doctrine complet, si l'on y cherchait l'ensemble des recherches de M. Jobert sur ce sujet. Ainsi qu'il le déclare lui-même dès les premières lignes, le présent volume est le complément du Traité de chirurgie plastique qu'il publia en 1849. Certaines lésions, comparativement rares, d'ailleurs imparfaitement encore étudiées par lui à cette époque, avaient dû être réservées pour le moment où il pourrait asseoir leur description sur de nouvelles investigations et sur des résultats plus satisfaisants. En possession aujourd'hui de ces deux ordres de données précieuses, il vient acquitter sa promesse, au grand avantage des chirurgiens qui voulant, à son exemple, pratiquer ces opérations délicates, auront dans l'ouvrage que nous annonçons le guide le plus explicite et le plus sûr qu'ils puissent consulter.

Pour être restreint à une classe de lecteurs, pour ne constituer qu'une *suite*, le livre de M. Jobert n'excitera ni des sympathies moins justifiées, ni peut-être une critique moins vive; car, par la nature de son sujet, il porte sur les cas les plus difficiles de ces opérations déjà si ardues, lors même que l'indication existe à l'état simple. Quand, en effet, la communication s'ouvre entre la vessie et l'utérus lui-même, et que l'urine coule par le museau de tanche, on comprend que l'exploration au spéculum ne faisant découvrir au chirurgien aucune perforation apparente, il méconnaîtra souvent la maladie. Aussi avait-elle échappé à l'attention de tous les auteurs, jusqu'à M. Stoltz qui en publia le premier exemple anatomiquement constaté. En outre, la communication entre les voies génitales et urinaires à ce niveau, ne doit s'observer que très-rarement; et M. Jobert en assigne justement la raison, en remarquant qu'il faut pour sa production une réunion de circonstances fortuites, savoir :

1° Que le bassin présente un certain degré de rétrécissement dans la direction antéro-postérieure de l'excavation, en même temps qu'une largeur suffisante au détroit supérieur, pour livrer passage à la tête;

2° Que le segment inférieur de l'utérus soit poussé profondément dans la cavité pelvienne par la tête du fœtus;

3° Que celle-ci soit proportionnellement volumineuse et s'arrête longtemps au-dessus du détroit inférieur;

4° Que des contractions énergiques la poussent contre l'obstacle qui l'empêche d'avancer.

Mais c'est surtout la hauteur d'une pareille lésion, ainsi que le peu d'extensibilité des lésions qu'elle occupe, qui constituent les points importants de son histoire, parce que ce sont les écueils de son traitement. M. Jobert a abordé de face et victorieusement résolu cet épineux problème : à l'aide de deux incisions faites sur le col utérin dans le sens des commissures, jusqu'au dessus de l'insertion du vagin au col, il peut, sans ouvrir le péritoine, se donner la facilité ou d'oblitérer l'ouverture de communication de la fistule avec la vessie (premier procédé), ou de fermer l'ouverture du col, de manière que la cavité de la matrice et celle de la vessie n'en fassent plus qu'une (second procédé). Dans ce dernier cas, l'urine cesse de couler au dehors; mais le sang menstruel s'échappe par le canal urétral, ce qui est sans inconvénient.

Nous devons nous borner à ces indications succinctes. Laissons au lecteur qui en aura besoin, à chercher dans le livre de M. Jobert les instructions destinées à lui faciliter l'exécution de l'un ou l'autre procédé. Il doit cependant être averti qu'il ne les trouvera nettement formulées dans aucun passage qui le dispense de parcourir le reste du livre. A tort ou à raison, volontairement ou sans y songer, M. Jobert laisse le jeune chirurgien s'initier de lui-même et non sans travail à la connaissance des procédés qu'il lui révèle. L'auteur en démontre ici l'innocuité, là les bases anatomiques. Dans un endroit, il dit sons quelle impression lui en vint la première idée; dans un autre, il en donne l'indication sommaire. Pour bien comprendre l'exécution de tel temps, il vous faut lire deux ou trois observations tout entières; tel détail au contraire vous saute aux yeux au premier coup d'œil que vous jetez sur une des nombreuses planches intercalées. Nous ne louons ni ne critiquons ce mode d'exposition : nous prévenons seulement que c'est le plus usuel à M. Jobert. Il faut le savoir pour s'épargner d'inutiles recherches qui n'aboutiraient qu'à la perception très-défectueuse de notions qu'il est si indispensable de posséder dans toute leur plénitude avant d'en essayer l'application sur le vivant.

Une autre espèce de fistules, moins rares que celles ci, source de plus d'embarras encore pour le praticien, a fourni à M. Jobert l'occasion de mieux déployer les ressources de son génie chirurgical inventif: ce sont les fistules *vésico-utéro-vaginales*, où la perforation s'est établie aux dépens de la destruction du col utérin ou de la portion du vagin qui s'insère directement sur lui. Dans ces délabrements épouvantables par leur étendue, la gravité du pronostic dépend surtout de ce que l'*étoffe*, en quelque sorte, manque pour combler le vide existant, et de ce que les parties voisines auxquelles on a tout d'abord l'idée de s'adresser pour leur emprunter de quoi le réparer, sont, par suite de l'inflammation chronique qui les a désorganisées, devenues incapables de se laisser tirailler de manière à avancer jusqu'à un contact réciproque. Il fallait donc les *relâcher* pour permettre leur glissement. Et c'est là, dans le tracé de ces incisions, que la sage hardiesse de l'auteur s'est manifestée, comme sa prudence, éclairée par les données anatomiques les plus précises, éclate dans leur exécution. Trois procédés différents sont indiqués par M. Jobert pour provoquer l'affrontement, puis l'adhésion des surfaces pathologiquement distantes. Nous ne saurions les décrire ici dans tous leurs détails. Rappelons seulement ce qui ressort, du reste, des observations nombreuses annexées à cet ouvrage, qu'il n'est pas un point de la circonférence du vagin qu'il n'ait attaqué avec le bistouri, pour décoller ce canal et permettre à sa paroi de venir se juxtaposer contre les bords de la solution de continuité à oblitérer. Son audace, sous ce rapport, toujours modérée par la circonspection et l'expérience, a produit des résultats souvent imprévus et presque constamment innocents. Sous l'influence de ces incisions, on voit les tissus se relâcher, céder, éprouver une migration véritable qui les appelle de loin pour les utiliser là où ils peuvent servir. Des guérisons multipliées, crues jadis impossibles, sont mises sous les yeux du lecteur pour attester la fréquente convenance et l'efficacité incontestable de ce puissant moyen d'action.

Quelques remarques générales méritent de fixer plus distinctement l'attention des chirurgiens qui répéteront ces tentatives. Ils doivent d'abord s'attendre à être forcés d'opérer les organes restant en place; car ils ne sont, dans ces cas, que fort peu susceptibles de se laisser abaisser. Mais ce n'est là qu'une source de difficultés, non celle d'indications nouvelles. Avec de la patience et une dextérité que l'habitude donne presque toujours, on peut réussir à les vaincre.

M. Jobert avertit encore de se servir pour les sutures de fils diversement colorés : ce simple expédient épargne au médecin une foule de petits désappointements particulièrement irritants, et abrége pour la malade la durée de souffrances, qu'elle compte en général depuis le moment où l'on commence la première incision jusqu'à celui où elle est reportée dans son lit.

La sonde à demeure, pour quelques personnes le cathétérisme répété autant de fois que l'envie d'uriner se reproduit, sont des précautions consécutives indispensables au succès de l'opération.

Enfin il importe extrêmement de ne pas se hâter d'obtempérer au désir parfois très-vivement exprimé par les malades, d'être vite opérées. Laisser aux adhérences préservatrices le temps de se former et de prendre de la consistance est une règle dont on ne doit jamais se départir, dont la violation exposerait aux plus fâcheuses conséquences: M. Jobert est ici d'un avis entièrement opposé à celui de M. Nottingham.

C'est un phénomène des plus remarquables, que le retour consécutif de la vessie à ses premières dimensions, après des opérations semblables. Réduit au volume d'une coquille d'œuf ou même au-dessous, ce réservoir, du moment que sa perforation est obstruée, recouvre, et cela quelquefois très-promptement, sa capacité normale. Et les malades qui, faute d'ampleur de la poche urinaire, ne pouvaient résister au besoin d'uriner plus d'un quart d'heure, reviennent sous ce rapport à l'état naturel, alors même que la perte de substance a été comblée au moyen de parties essentiellement indilatables, telles que le col de l'utérus, par exemple. Féconde et fructueuse source de méditations pour le médecin physiologiste, et dont, pour sa part, M. Jobert a su tirer le plus utile et le plus brillant parti !

Un très-court article a été consacré aux fistules utéro-vaginales. M. Jobert s'attache particulièrement à prouver que la face postérieure du vagin peut seule devenir le siége de ces perforations avec lesquelles s'abouche la cavité de l'intestin grêle. Les effets de communications semblables sont bien connus. Quant au traitement à leur appliquer, il consiste presque exclusivement en soins de propreté. Bien peu d'efforts sérieux ont été tentés pour instituer la cure radicale de cette pénible infirmité. La science n'a guère conservé le souvenir que de la tentative faite en 1827 par M. Casamayor, qui, au moyen d'un entérotome dont une branche fut introduite par la fistule dans l'intestin, l'autre dans le rectum, chercha à faire passer directement les matières de l'intestin grêle dans le rectum, pour les détourner de l'ouverture anormale qui les conduisait au vagin. Un commencement de succès fut interrompu par l'issue fatale d'une pleuro-pneumonie intercurrente. M. Jobert semble préférer à ce procédé celui de M. Roux, qui consiste à séparer du vagin la portion d'intestin perforée, et à l'introduire, en l'y fixant, dans le gros intestin. Si ce mode opératoire, dont le grave défaut est de nécessiter préalablement la gastrotomie, devait être appliqué, nous pensons qu'on en assurerait le bon effet en plaçant ensuite à demeure dans l'intestin, au niveau de la perforation vaginale, la *canule iléo-cæcale*, imaginée par M. Barbier, de Melle, pour un cas de fistule vésico-intestinale. Du reste, M. Jobert fait entrevoir la possibilité de détacher l'intestin et de le glisser dans le rectum en agissant par le vagin, par conséquent sans ouvrir le péritoine. Un tel plan, s'il était exécutable, mériterait à coup sûr une préférence absolue. Mais il n'est encore qu'à l'état de présomption ou de projet; car l'auteur ne cite ni un cas où il ait été mis en œuvre, ni même une circonstance où il lui ait paru susceptible de l'être avec quelque chance de réussite.

Une mention beaucoup plus étendue a été accordée à l'étude des fistules recto-vaginales. Soit qu'elles résultent de violences traumatiques ou de lésions susceptibles de produire la gangrène de la cloison, ces communications anormales occasionnent une incommodité tellement dégoûtante, que l'art ne saurait trop multiplier ses efforts pour en opérer la guérison. Cependant les essais tentés jusqu'ici dans ce but ne sont pas empreints du rationalisme qui seul peut faire fructifier les procédés les plus ingénieux, en montrant les cas où ils sont applicables et ceux où ils ne donneraient qu'un secours insuffisant. Ainsi que M. Jobert en fait la remarque, trop souvent le praticien appelé à traiter une infirmité de cette espèce emploie un premier moyen, puis un second si le premier a échoué, puis un troisième, absolument comme on le fait pour certains médicaments internes. Et cependant la chirurgie peut exiger des déterminations plus précises, par cela même que ses indications peuvent être posées en connaissance plus complète de cause. C'est donc à simplifier, à méthodiser la pratique générale, à la dépouiller de ces tâtonnements, que doit tendre la science.

M. Jobert avait déjà fait connaître, dans son Traité de chirurgie plastique, l'opération qu'il a imaginée pour réparer la perte de sub-

stance, sans faire éprouver à ses bords des tiraillements qui compromettent l'adhésion qu'on établit entre eux. Le présent ouvrage est spécialement consacré à élucider par tous les détails nécessaires l'exécution de ce procédé, qu'il ne préconise d'ailleurs point pour tous les cas sans exception; car il reconnaît qu'un certain nombre de fistules recto-vaginales étroites, obliques ou sinneuses, ne sont justiciables que de la cautérisation. Il cite même avec éloge l'exemple de M. Amussat et de M. Ricord, qui ont pu, au moyen de plusieurs attouchements caustiques successivement répétés, réaliser l'oblitération de trajets anormaux anciens.

Mais lorsqu'il s'agit d'une large ouverture, on ne peut plus espérer de la fermer par le ravivement et la suture. Il faut nécessairement amener jusqu'à elle des tissus vivants. Or, au lieu d'aller chercher dans le voisinage des lambeaux toujours plus ou moins hétérogènes, c'est le bord même de l'ouverture que M. Jobert déplace, et cela par une nouvelle application de sa méthode autoplastique générale, c'est-à-dire en faisant glisser la paroi postérieure du vagin sur la partie antérieure du rectum. Pour cela il pratique des incisions qui ne doivent intéresser que l'épaisseur du vagin et qui produisent un relâchement suffisant des lèvres de la fistule. Mais comme il n'est pas également inoffensif de porter le bistouri sur tel ou tel point du vagin; comme, d'autre part, le but mécanique de ces incisions oblige de les varier selon la hauteur, la largeur, la direction de la fistule, il s'ensuit que rien ne peut être absolument réglé d'avance dans cette opération. Toutes les modifications se réduisant cependant à couper transversalement ou latéralement, M. Jobert a rendu un grand service en établissant d'après son expérience les limites que ces diverses sections peuvent atteindre sans danger, celles qu'elles ne doivent jamais dépasser, ainsi que le sens selon lequel il faut les conduire. A l'aide de ces dissections, la solidité de la réunion est assurée, et l'on obtient des succès plus prompts et plus exempts d'accidents que lorsque la suture a été faite sur des parties tendues et résistantes, qui ne prêtent qu'au moment de la striction des fils et réagissent ensuite sur eux de manière à se déchirer sous leur traction.

M. Jobert termine la série de ses confidences (nous aimons à donner ce nom à un livre où rien ne se retrouve de l'apparat si commun aux classiques) par d'utiles conseils sur le régime qui convient aux opérées de fistules vésico ou recto-vaginales. La diète ou une nourriture soi-disant *légère*, prédisposent à la pneumatose qui les fatigue beaucoup et peut exercer une distension fâcheuse sur les organes récemment suturés. Il recommande de rompre avec ces errements dans lesquels une prudence mal entendue fait encore persévérer beaucoup de praticiens, et de donner aux malades dès le premier jour une alimentation substantielle demi-liquide. Il faut ensuite préférer pendant toute la cure les viandes de facile digestion aux légumes farineux et même herbacés.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

— La nomination de M. le docteur Brousse, comme chef des travaux chimiques, à Montpellier, a été confirmée par le ministre.

— M. le docteur Seutin vient d'obtenir de S. M. le roi de Prusse la décoration de l'Aigle Rouge, de 3e classe.

— M. le docteur Saint-Yves vient d'être nommé médecin inspecteur des aliénés du département de Seine-et-Marne.

— M. le docteur Alfred Sauze, ancien chef interne de l'asile des aliénés de Marseille, a été nommé médecin adjoint de cet établissement.

— M. le docteur Archambault, médecin de la division des hommes à Charenton, a succédé à M. le docteur Belhomme, dans la direction de sa maison de santé.

— On parle d'un projet de loi sur les sépultures qui autoriserait, avec toutes les précautions convenables, la concession de sépultures dans les églises. Ces concessions, autorisées par le ministre de l'instruction publique et des cultes, seraient l'objet d'un droit variable selon les localités, et de 6,000 à 20,000 fr. On concéderait aussi des chapelles privées, moyennant une rente annuelle ou une somme une fois payée. Le produit de ces concessions profiterait pour partie à la fabrique, et serait employé à la restauration de l'église; l'autre partie composerait un fonds commun, à répartir entre les églises dénuées de ressources.

— Par un décret rendu dans les derniers mois de l'année précédente, le gouvernement a décidé que tous les fonctionnaires publics seraient tenus de porter un costume de ville spécial à chaque ordre de fonctionnaire. Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, communiquée à la Faculté de médecine de Montpellier, dans sa séance du 5 avril, est venue rappeler ce décret à MM. les professeurs, qu'elle engage à s'y conformer.

— M. Aubanel, médecin en chef de l'asile de Marseille, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Franz Kostl vient d'être appelé aux fonctions de médecin directeur de l'asile de Prague.

— M. le docteur Zillner a été nommé médecin en chef de l'asile de Salzburg.

— On vient de bâtir un asile à Port-Philippe, en Australie.

— Les journaux médicaux et pharmaceutiques d'Espagne ont ouvert une souscription pour élever un monument à la mémoire de M. Orfila. Chacun des directeurs de ces journaux, au nombre de six, ont souscrit chacun pour la somme de 100 réaux (26 fr.).

— La commission médicale du Brabant est allée visiter les communes de Quenast, Rebecq, etc., où le typhus sévit depuis quelque temps avec intensité. La misère, qui augmente encore les ravages exercés par la maladie, a vivement impressionné les membres de cette commission, qui se sont empressés de secourir les plus nécessiteux.

— En annonçant la publication du magnifique ouvrage du docteur Warren (de Boston), sur le mastodonte gigantesque, nous sommes heureux de reproduire la traduction d'une lettre adressée à l'auteur par le célèbre professeur Richard Owen (de Londres). Personne n'était plus compétent pour rendre justice au savant professeur Warren.

Lettre du professeur Owen, du Royal College of Surgeons London, *adressée au docteur Warren.*

« Royal College of Surgeons, 1er janvier 1853.

» Mon cher confrère,

» Dans le bel ouvrage qui contient vos recherches sur le *Mastodon Giganteus*, et que j'ai eu le plaisir de trouver chez moi à mon retour d'un voyage en Irlande, je vois que vous m'avez honoré de vos éloges.

» J'en suis fier et reconnaissant, surtout de l'appréciation bienveillante de mes ouvrages scientifiques, que vous mentionnez dans la dédicace si flatteuse pour moi de ce noble travail dont vous avez enrichi la science paléontologique.

» L'étude de la vaste série de faits qui, grâce à vos profondes recherches et observations, ont tant contribué au perfectionnement de l'histoire naturelle du *Mastodon Giganteus*, m'a causé le plus vif plaisir. Votre grande érudition sur ce sujet, met votre monographie au premier rang parmi les traités originaux dans cette branche des sciences.

» J'ai aussi remarqué avec une grande satisfaction votre conclusion (p. 137) sur la nature sexuelle et les rapports du *Tetracaulodon*. Les limites de cette lettre de remerciements ne me permettent pas d'entrer dans des observations critiques. En vous souhaitant tout le bonheur que cette vie puisse vous procurer dans l'année qui commence, je sens que vous avez gagné une nouvelle source de souvenirs dans l'achèvement d'un ouvrage qui fait honneur à votre pays et à votre ville éclairée. Boston aura pour l'avenir à associer une renommée scientifique à celle d'héroïsme patriotique au nom de Warren.

» Croyez-moi, mon cher ami, tout à vous de gratitude et de fidélité.

» RICHARD OWEN. »

— CONCOURS DE L'AGRÉGATION A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (SECTION DE MÉDECINE). — Les épreuves de ce concours, ouvert le 6 décembre, ont été terminées le 8 avril dernier. Le jury a nommé dans l'ordre suivant les candidats élus au scrutin : MM. Avran, Bouchut, Lasègue, Delpech, Gubler. Les juges étaient MM. Andral président, Duméril, Piorry, Bouillaud, Requin, Tardieu, Fleury. Nous rappellerons ici que les principales questions proposées pour texte des épreuves ont été, pour la composition écrite : Des gaz du tube digestif, des conditions de leur production à l'état physiologique, et des conséquences de leur développement. Pour la leçon après trois heures de préparation : De la tuberculisation des ganglions mésentériques, de la morve chez l'homme, de la rougeole, des ulcérations du tube digestif, du cancer de l'intestin, de la dyssenterie. Pour la leçon après vingt-quatre heures : Des convulsions, de l'albuminurie, des hémorrhagies, de l'hémorrhagie pulmonaire, des paralysies partielles, de la syncope, de la fièvre, etc. Les sujets de thèse ont été les suivants : De la valeur séméiotique de la percussion, de la méthode à suivre dans l'examen des malades, des indications thérapeutiques déduites de l'étiologie, des méthodes de classification en nosologie, déterminer l'influence réelle des causes morales et mécaniques dans la production des maladies organiques du cœur et signaler les autres causes de ces maladies. Applications pratiques des découvertes physiologiques les plus récentes concernant la digestion et l'absorption. De la paralysie générale progressive. Des épidémies, des principales distinctions que l'on doit établir entre elles. Rechercher les causes qui président au développement de l'hypertrophie considérée d'une manière générale. Des morts subites. Des principes à observer pour la nomenclature des maladies. De l'état actuel des connaissances acquises en hématologie et des conséquences pratiques qui en découlent. Établir d'après les faits cliniques et microscopiques la théorie rationnelle de la cirrhose.

— M. le docteur Aug. Mercier commencera son cours sur les maladies des organes urinaires et génitaux, le lundi 25 avril, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Phillips commencera la seconde partie de son cours des maladies des voies urinaires le mardi 3 mai, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique.

Cette seconde partie comprend les maladies de la prostate et du col de la vessie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SURDI-MUTITÉ.

Le véritable rôle des Académies devrait être non-seulement d'accueillir et de proclamer le progrès, mais de s'associer au progrès marchant. Au lieu de rétrécir les vues qui leur sont soumises, au lieu de s'arrêter au contrôle des détails, elles devraient sans cesse dominer les questions, montrer aux auteurs que s'ils leur sont quelquefois supérieurs en fait, elles sont toujours leurs égales par les idées. L'histoire des Académies prouve malheureusement qu'il n'en est pas toujours ainsi. Si l'on voulait consulter les appréciations qu'elles ont été appelées à faire des découvertes les mieux établies (nous nous sommes quelquefois donné ce passe-temps), on y trouverait toujours un amoindrissement des idées, comme si une erreur par défaut n'était pas une erreur. Les Académies sont, à l'égard des découvertes, des machines à réduction : c'est ainsi sans doute que le veut l'esprit humain. Nous voudrions cependant que le contraire eût lieu, et l'Académie de médecine compte assez d'esprits élevés pour s'associer à des vues plus sympathiques au progrès : c'est ce qui nous encourage à lui réitérer nos humbles représentations, à lui rappeler sans cesse que, quand elle est appelée à juger une question, elle doit se préoccuper plus de l'idée que de l'homme, plus de la science que du savant.

Les réflexions qui précèdent n'ont jamais été plus utiles à rappeler qu'à l'occasion de la discussion actuellement pendante devant l'Académie. De quoi s'agit-il en effet ? De favoriser d'utiles réformes dans l'éducation physiologique et intellectuelle des sourds et muets ; de forcer la routine à compter avec le progrès ; de faire adopter pour les établissements publics en France ce qui est mis en usage depuis fort longtemps à l'étranger ; en un mot, de s'intéresser à un progrès favorable à la science et à l'humanité. Tel est, en effet, le but auquel on demande à l'Académie de s'associer. Mais ce progrès s'individualise dans un savant, et ce savant recueillera le fruit de la réforme qu'il sollicite au profit des sourds-muets et des établissements qui leur sont consacrés. De là les réclamations de priorité, la critique des méthodes qu'il propose et la négation des résultats qu'il allègue. Mais il n'est pas impossible de faire tourner au profit même de la chose les réclamations et les oppositions soulevées par l'homme. Nous nous chargeons volontiers de ce rôle.

Dans notre premier article sur la discussion, nous nous sommes surtout occupé des idées qui ont préparé le progrès plutôt que des hommes qui y ont contribué. C'est, en effet, la seule méthode propre à faire comprendre l'étendue et la portée d'une question. Bien nous a pris ; car si nous avions commencé par le détail des efforts de chacun, il nous aurait été assez difficile de nous retrouver, au milieu des prétentions rivales. Cette confusion aurait encore augmenté par les réclamations que l'Académie a reçues et par celles qu'elle a entendues. Cependant toutes tendent au même but : la réforme de ce qui existe ; mais toutes n'y tendent pas par les mêmes moyens. Cette concordance pour constater le mal établit au moins la nécessité du remède ; mais on aurait tort d'en conclure que ceux qui ont réclamé, aussi bien que ceux pour qui on a réclamé, ont vu le mal de la même manière et ont proposé le même remède. Cette distinction importante suffirait seule pour faire la part de tout le monde, sinon pour mettre tout le monde d'accord. Voyons en effet.

Dans une lettre adressée à l'Académie, M. Guéneau de Mussy a revendiqué en faveur d'Itard la première idée de classer les sourds et muets d'après leur degré de surdité, et le degré d'amélioration dont leur état serait susceptible. Il a rappelé les moyens imaginés dans ce but par ce célèbre médecin, et enfin la création provoquée par lui, à l'École des Sourds-et-Muets, d'un cours d'articulation destinée au développement et à l'éducation du sens de l'ouïe. Itard avait donc déjà classé les sourds et muets, et il avait obtenu qu'on fît quelque chose pour développer chez eux les rudiments de l'ouïe. Mais cela ne constitue qu'une très-minime partie des réformes demandées et des moyens indiqués pour les réaliser. Nous nous expliquerons plus loin sur les uns et sur les autres.

M. Deleau, dont le nom se rattache avec distinction, depuis un grand nombre d'années, à cette étude, a réclamé aussi pour lui *tout* le mérite de l'initiative. Il a vu les mêmes abus ; mais il ne les a pas vus comme M. Blanchet, et surtout il n'a pas indiqué les mêmes remèdes. Comme Itard, M. Deleau a vu que l'on confondait tous les sourds-muets, et continuant l'entreprise de son prédécesseur, dont il fut un instant l'émule, il a apporté une nouvelle lumière dans la théorie de la classification des sourds et muets. Il a fait plus : il a indiqué d'excellents moyens de développer les organes de la parole et de l'ouïe chez les sujets dont l'infirmité n'est pas à jamais incurable, et il serait injuste d'oublier que plusieurs sujets sortis de ses mains font le plus grand honneur à ses efforts et à ses méthodes. Cependant nous devons le faire observer encore, les vues de M. Deleau pas plus que ses méthodes ne ressemblent absolument au système d'idées et de moyens que M. Blanchet cherche à faire prévaloir.

Après Itard et M. Deleau est venu M. Bonnafont. Cet estimable confrère ne prend pas la chose d'aussi haut ni d'aussi loin ; convaincu toutefois, comme Itard et M. Deleau, que la marche suivie en France est vicieuse, surtout en ce qui concerne le défaut de classement des sourds et muets, il voudrait une réforme à ce point de vue, ainsi qu'au point de vue des méthodes d'enseignement, dont l'uniformité actuelle lui paraît préjudiciable. Les remarques de M. Bonnafont tendent dans leur généralité au but recherché par Itard, M. Deleau et M. Blanchet ; mais elles s'en distinguent par quelques vues personnelles plus ou moins heureuses sur lesquelles il convient de s'arrêter.

M. Bonnafont admet, comme plusieurs de ses prédécesseurs, deux genres de surdi-mutité, l'une congéniale, l'autre consécutive à la naissance ; classification peu rigoureuse, en ce que les cas de l'une peuvent se retrouver parmi ceux de l'autre, et réciproquement. L'idée de doter d'une manière exclusive la surdi-mutité congéniale du triste privilége d'être souvent accompagnée d'une lésion grave de l'intelligence, parce qu'elle est l'effet d'une affection cérébrale, ne repose que sur une observation incomplète. Les maladies cérébrales ou convulsives susceptibles de produire les surdi-mutités congéniales s'observent fréquemment aussi chez les jeunes enfants, et elles produisent chez eux des effets analogues à ceux qu'elles produisent chez le fœtus. Il en est de la surdi-mutité comme des difformités du système osseux. Mais tirant de cette classification une remarque utile, M. Bonnafont a insisté avec raison sur la valeur du degré d'intégrité de l'intelligence dans la surdi-mutité, comme éléments de classification et comme indices de sa curabilité. Jusqu'ici M. Bonnafont n'a fait que confirmer les vues de ses prédécesseurs, et il n'y aurait qu'à le féliciter d'avoir prêté son concours à la cause gé-

---

Feuilleton.

QUESTIONS PROFESSIONNELLES.

SURVEILLANCE DES MAISONS D'ACCOUCHEMENT. — INHUMATION DANS LES ÉGLISES. — L'HOMOEOPATHIE DEVANT LA JUSTICE.

La médecine et l'hygiène s'appuient sur tant de sciences accessoires, sur un si grand nombre de connaissances variées, leur application s'étend à des ordres de faits si divers, les excursions qu'elles se trouvent obligées d'entreprendre sont quelquefois si lointaines, qu'en certaines occurrences, arrivé au terme, on s'étonne de se trouver sur les frontières d'un domaine étranger, et même, en apparence du moins, en flagrant délit de chasse sur les terres du prochain. On dit qu'au temps des manoirs et des barons, on pendait pour un lièvre tué sur les fiefs de son seigneur et maître ; un sort moins tragique, mais néanmoins fort redoutable, menacerait la GAZETTE, s'il lui arrivait, par aventure ou mégarde, de mettre le pied sur le terrain politique. Elle entend et prétend, et ce n'est pas d'aujourd'hui, s'arrêter toujours devant ces terribles frontières, comme au pied d'un mur d'airain, mais elle réclame aussi en même temps le droit d'aller jusque-là. Si quelque fruit appétissant et d'une profitable récolte s'avisait de croître à quelques pas de la frontière, dans son domaine, certes elle irait le cueillir, mais prudemment, et sans jeter un regard indiscret chez autrui, par-dessus la haie ou à travers la claire-voie.

C'est le cas d'agir aujourd'hui de la sorte. Nous allons aborder une question dont il faudra prendre seulement ce qui concerne strictement la médecine, l'hygiène, la dignité professionnelle, la morale enfin, dont les lois qui sauvegardent le corps médical sont en même temps les protectrices. C'est à ce point de vue et à cause de cette sorte de solidarité que des considérants puisés dans la morale nous sont permis.

Que de débats se sont soulevés quand il s'est agi de la suppression de ces tours, ouverts d'un côté sur la rue froide, déserte, remplie de gémissements, et de l'autre sur l'asile habité par la charité qui tarit les pleurs, de ces tours que Lamartine qualifie si bien, dans un discours devenu célèbre : Cette ingénieuse invention de la charité qui a des bras pour recevoir, mais qui n'a ni yeux pour voir ni bouche pour parler. L'économiste et le moraliste n'ont pu se rencontrer sur ce point ; le médecin, dans ce conflit, a franchement marché sous la bannière du second. C'était sa mission, à lui qui, discret témoin, connaît tant de souffrances intimes, et a vu si souvent, assis au foyer du riche et du pauvre, que la honte et la misère sont des portes ouvertes à l'ignominie et au crime. Le mystère et le silence sont nécessaires dans ces pénibles moments où, à la suite d'un coupable oubli ou d'une défaillance de la raison, une femme

nérale du progrès; mais ce médecin a introduit dans la discussion des vues qui nous paraissent lui faire une position à part, et rétrécir le champ des réformes demandées.

Pour cet estimable confrère, la première condition pour apprendre à parler est de s'entendre parler; et toutes les fois qu'un sourd-muet ne sera pas un demi-sourd, c'est-à-dire capable d'arriver à s'entendre parler, il y a lieu de renoncer à toute tentative de lui apprendre la parole. M. Bonnafont ne se fonde pas seulement sur des considérations théoriques; il invoque même les résultats de l'expérience : elle n'a donné lieu, suivant lui, qu'à des résultats complétement négatifs. On ne doit pas considérer autrement, dit-il, « quelques sons criards, rauques, sans timbre aucun et fort dés» agréables, qui sortent de la gorge plutôt que de la bouche, et qu'on est » parvenu à obtenir d'une manière purement mécanique. » Nous ne pouvons partager l'opinion de M. Bonnafont; nous pensons, avec quelques personnes, qu'on peut parvenir, difficilement il est vrai, et avec le concours de circonstances favorables, à faire parler très-distinctement et même agréablement des sourds-muets absolument sourds. Nous aurons occasion de développer nos motifs ailleurs. La règle établie par M. Bonnafont de commencer invariablement l'éducation de la parole par l'éducation de l'ouïe n'est donc pas mieux fondée que le principe dont elle émane, et nous croyons qu'il convient provisoirement de rester circonspect à l'égard de l'un autant qu'à l'égard de l'autre; nous conseillerons volontiers la même réserve à l'endroit de l'influence attribuée par M. Bonnafont au sens de l'ouïe sur l'intelligence. Cette influence, exagérée par l'école de Condillac, doit être renfermée dans les limites des faits mieux observés et d'une philosophie plus élevée.

La question en était à ce point, lorsque l'honorable M. Ferrus y a introduit une nouvelle lumière, et l'a considérée à un nouveau point de vue. Jusqu'ici, en effet, on avait à peu près confondu deux choses également importantes, mais très-distinctes : le rôle de la médecine cherchant à guérir ou à diminuer l'infirmité, et le rôle de l'enseignement et de la pédagogie visant plutôt à développer l'intelligence et à instruire le sourd-muet; les aperçus fins et élevés n'ont pas manqué à notre savant collègue pour motiver et féconder cette utile distinction. Il a surtout insisté avec l'autorité d'une expérience consommée sur le rapport des facultés intellectuelles avec la surdi-mutité, et sur l'importance de cette considération dans le classement des sourds-muets. Cependant M. Ferrus ne l'a pas dissimulé; sympathique à la cause en litige, au progrès demandé, il l'est moins pour les travaux de M. Blanchet, dont il n'a pas bien compris le mérite particulier et la prééminence sur ses devanciers. Mais voyez où conduit la force des choses. Comme ceux qui ont pris part avant lui à la discussion, comme M. Guéneau de Mussy au nom d'Itard, comme M. Deleau, comme M. Bonnafont, M. Ferrus appelle le progrès, il conclut à la réforme, il demande une meilleure classification des sourds-muets à leur entrée, une intervention plus active du médecin, et le perfectionnement des méthodes d'éducation, en ce qui concerne surtout l'éducation de l'ouïe et de la parole. M. Blanchet, par l'organe de la commission, ne demande pas autre chose, il est vrai; mais il le demande par des raisons nouvelles, plus approfondies; il le demande à l'aide de moyens perfectionnés; il le demande fondé sur un ensemble de faits et de vues qui résument les tendances et les travaux de ses devanciers; ensemble qu'il a mieux coordonné, et auquel il a ajouté ce caractère de précision et de généralité qui décide les opinions et le progrès. Si nous n'avions pas à revenir sur cette grave question, nous chercherions à donner immédiatement satisfaction au lecteur en montrant, d'une manière plus précise, en quoi consiste le mérite de l'intervention de M. Blanchet; mais cette appréciation définitive ne sera que plus facile et mieux motivée après les considérations que nous avons le projet de soumettre à l'Académie.

JULES GUÉRIN.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

VENTILATION DES ÉDIFICES PUBLICS ET DES HÔPITAUX EN PARTICULIER; par M. BOUDIN.

A la suite d'un concours ouvert le 18 novembre 1850 par l'administration de l'assistance publique de Paris pour le chauffage et la ventilation de l'hôpital du Nord, le ministre de l'intérieur, sur la proposition de M. le général Arthur Morin, membre de l'Institut, vient de décider, pour trois des pavillons de ce vaste hôpital, l'application du système de la *circulation de l'eau*, et, pour les trois autres pavillons, l'essai d'un chauffage mixte (*eau chauffée par la vapeur*) avec ventilation mécanique.

Bien que sur quatre commissions chargées successivement de juger les divers projets, trois se fussent prononcées en faveur de l'application exclusive de la circulation de l'eau, qui, dans cette circonstance, joignait à une réputation basée sur l'expérience et la notoriété publique, l'avantage de garantir une ventilation beaucoup plus large, avec diminution de la dépense; bien que ces titres semblassent devoir décider la question en faveur de la *circulation de l'eau*, peut-être la science doit-elle se féliciter de la solution adoptée par le ministre, en ce sens que l'établissement simultané des deux systèmes dans un même hôpital facilitera désormais la comparaison, et résoudra sans doute d'une manière irrévocable la question de la valeur relative des deux méthodes appelées à fonctionner dans des conditions parfaitement identiques.

Nous croyons utile de reproduire ici le texte même du programme de ce mémorable concours dont l'institution sera selon nous une des gloires de l'administration de l'assistance publique.

PROGRAMME DES CONDITIONS GÉNÉRALES.

Les appareils proposés devront fournir les résultats suivants :

1° Une température constante de 15 degrés pendant toute l'année, le jour et la nuit, dans les salles de malades et les chambres occupées par les sœurs;

2° Une température de 15 degrés pendant toute l'année, mais le jour seulement, dans les chauffoirs et dans les offices;

3° Une température de 10 degrés toute l'année, le jour et la nuit, dans les escaliers des pavillons de malades;

4° Une ventilation continue d'air chaud pendant l'hiver et d'air froid dans la saison chaude, à raison d'au moins 20 mètres cubes par lit et par heure dans les salles de malades;

---

qui n'a point jeté le masque et chez laquelle survit le sentiment de la pudeur, cherche à cacher sa faute pour rentrer dans une société dont elle veut à tout prix conserver l'estime. C'est sous l'ombre d'un manteau que l'assistance doit lui tendre la main. Si l'assurance du mystère n'est point complète, si cette femme redoute qu'un regard indiscret ne soulève un coin du manteau, il est à craindre qu'elle ne passe de la faute au crime, préférant les reproches de sa conscience à ceux de la société. Aussi tous ceux qui connaissent le cœur humain se sont-ils élevés, au nom de la morale, contre l'abolition des tours; mais, armés de chiffres, parlant économie, sont venus d'autres hommes qui ont eu la victoire dans ce débat. Ils n'ont pas nié la valeur des arguments qu'on leur opposait, mais, transportant la question sur leur terrain, ils ont prétendu que c'était là le vrai champ de bataille, le véritable point de vue auquel on devait se placer. Dans ce cercle restreint et secondaire, ils avaient raison; aussi sont-ils demeurés maîtres.

Eh bien! un autre danger menace encore le mystère des asiles ouverts aux filles qu'une faute a rendues mères, ou aux femmes pour lesquelles un enfant à élever serait un trop lourd fardeau.

Un projet de loi concernant les enfants confiés à l'assistance publique vient d'être présenté à une commission choisie dans le sein du conseil d'État, et la substance de cette discussion a été livrée au public par M. l'abbé Gaillard, dans une brochure intitulée : RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SUR LES ENFANTS TROUVÉS. Les préfets de certains départements avaient pensé pouvoir assimiler ces établissements aux maisons meublées, et les soumettre ainsi à la surveillance de la police; mais lorsque les sages-femmes, par leur résistance à l'exécution de tels ordres, ont été traduites devant la justice, il a été décidé que, dans l'état actuel de la loi, aucune surveillance ne pouvait être exercée sur ces maisons; et, conformément à ces arrêts, les médecins et les sages-femmes ont continué à être astreints seulement à la simple déclaration du fait de la naissance.

Cette intervention de l'autorité, qui n'était point dans la loi, s'y trouvera bientôt stipulée, si l'article suivant, qui paraît avoir été adopté par la commission, reçoit la sanction des corps auxquels elle doit être soumise :

« Titre VII, art. 38. Les maisons particulières d'accouchement sont placées sous la surveillance de l'autorité publique. Un règlement d'administration publique déterminera le mode de cette surveillance. Le règlement ne pourra imposer aux personnes admises dans ces maisons aucune déclaration de leurs noms et domicile. »

La surveillance, l'immixtion de la police sont donc stipulées en principe. Que devient donc alors l'esprit de la loi qui prescrit le silence et la discrétion au médecin, sous peine d'encourir sa sévérité? Que le médecin divulgue ce qui a lieu chez ses malades, ou qu'on y pénètre pour voir ce qui s'y passe, au fond c'est tout un.

D'après l'article que nous examinons, le règlement a carte blanche quant à ce qu'il pourra prescrire; il est seulement stipulé qu'il ne devra pas exiger la déclaration des noms et domicile. Cette restriction sauvegarde sans doute jusqu'à un certain point le mystère, dans Paris et peut-être dans certaines grandes villes; mais, dans les autres localités, et ce sont les plus nombreuses, le voile du secret sera déchiré. Or c'est dans les villes de moyenne importance que le

5° Une ventilation, pendant le jour seulement, dans les chauffoirs, à raison de 10 mètres cubes par lit du pavillon correspondant;

6° Une ventilation dans les cabinets d'aisance, suffisante pour qu'en aucun cas ces cabinets ne puissent dégager de mauvaise odeur, et sans qu'il puisse s'y établir de courant d'air nuisible à la santé des malades;

7° Les appareils de ventilation devront avoir un excès de puissance suffisant pour que l'on puisse produire, dans toutes les salles ou partiellement, une ventilation double de celle qui a été précédemment indiquée, dans le cas où quelque grande épidémie forcerait d'augmenter le nombre des lits;

8° Les orifices d'arrivée de l'air devront avoir une section suffisante pour que l'air n'arrive dans les salles qu'avec une faible vitesse, et à une température qui n'excédera pas 70 degrés;

9° L'air devra arriver dans les salles à un degré hygrométrique convenable, que l'on pourra modifier à volonté;

10° Une disposition spéciale devra permettre d'opérer le refroidissement artificiel de cet air, si cela était nécessaire dans les grandes chaleurs;

11° Les appareils de chauffage général, ou des appareils spéciaux, devront fournir une quantité d'eau chaude suffisante pour tous les besoins des salles, et maintenir à une température convenable des poêles à étuves disposés dans les offices de chaque étage;

12° Un foyer pouvant produire un feu vif, isolé ou dépendant des appareils à étuves des offices des étages supérieurs, sera établi dans chaque office du rez-de-chaussée;

13° Les appareils de chauffage et de ventilation seront disposés de telle façon que leur action puisse être utilisée successivement dans tous les pavillons, ou suspendue dans une partie quelconque des bâtiments. Ils devront permettre, en outre, d'élever ou d'abaisser à volonté la température dans chaque salle.

On admettra au concours tous les systèmes de chauffage usités, notamment le chauffage direct à l'air chaud, le chauffage à circulation d'eau chaude, le chauffage mixte à l'air chaud et à circulation d'eau chaude.

Le même concurrent pourra présenter plusieurs systèmes de chauffage différents.

Les projets devront être accompagnés d'un mémoire descriptif, renfermant les calculs détaillés sur lesquels le concurrent se fonde pour évaluer la consommation annuelle de combustible qu'exigeront ses divers appareils. Il admettra un chauffage général de 200 jours, et les moyennes des températures mensuelles, telles qu'elles sont données par les tables météorologiques de l'Observatoire de Paris pour les dix dernières années.

Le concurrent dont le projet sera adopté, prendra l'engagement de chauffer l'établissement pendant 10 ans, au prix correspondant à la dépense de combustible qu'il aura indiquée, si l'administration le juge convenable. Il fera connaître, en outre, les conditions du bail d'entretien qu'il propose à l'administration.

L'administration adopte le système qui, toutes choses égales d'ailleurs, exigera la moindre dépense d'établissement.

On le voit, pour la première fois l'administration consacrait solennellement le grand principe de la nécessité de la ventilation des hôpitaux; elle faisait plus: elle fixait à 20 mètres cubes par heure et par lit le minimum de la quantité d'air à renouveler; elle déterminait le degré thermométrique de la température qu'il s'agit d'obtenir; enfin, tandis que, partout ailleurs, et par une aberration inconcevable, le chauffage est limité au jour, elle décidait qu'il fonctionnera le jour et la nuit.

Ces règles sont loin sans doute de la perfection; ainsi, nous croyons une ventilation de 20 mètres cubes par heure et par lit, complétement insuffisante pour les hôpitaux, et l'administration semble elle-même l'avoir reconnu en imposant en 1852, pour l'hôpital Necker, une ventilation de SOIXANTE MÈTRES CUBES PAR HEURE ET PAR LIT; d'autre part, si une température de 15 degrés centigrades suffit dans des salles non ventilées, nous avons constaté à plusieurs reprises que cette température doit être portée au moins à 18 et même à 20 degrés, lorsqu'il y a ventilation, pour peu que l'on veuille soustraire les malades à une *sensation* de froid. Quoi qu'il en soit, les règles posées par l'administration constituent un immense progrès hygiénique et méritent à ce titre les plus grands éloges.

Le concours dont nous venons d'exposer le programme donna naissance à trois projets principaux ayant pour base le chauffage direct de l'air au moyen de calorifères; le chauffage par circulation d'eau chaude, système qui, depuis plusieurs années, fonctionne dans un grand nombre des premiers édifices publics de Paris, parmi lesquels nous nous bornerons à mentionner le palais du Luxembourg, l'Institut, le palais du quai d'Orsay, l'École des mines, l'École des ponts-et-chaussés, l'église de la Madeleine (1), les hôpitaux Necker et Beaujon, etc.; enfin un chauffage que nous appellerons *par immersion de vapeur*, dans lequel l'eau renfermée dans des réservoirs est chauffée par de la vapeur d'eau. Ce système est celui de la prison Mazas; à l'Institut, où il paraît n'avoir pas répondu complétement à ce que l'on en espérait, il a été remplacé par la *circulation de l'eau*. En ce qui concerne la ventilation, on sait qu'elle fait partie intégrante du chauffage par circulation d'eau, qui en effet ne chauffe en réalité que par air chaud ou par ventilation; dans le système par *immersion de vapeur*, on proposait une ventilation mécanique, au moyen de tarares mus par une machine à vapeur.

Le projet de chauffage au moyen de calorifères fut immédiatement écarté, comme ayant l'inconvénient de *brûler* l'air. Restaient donc en présence:

1° Le système par circulation d'eau; 2° le système par immersion de vapeur avec ventilation mécanique.

Nous étudierons ces deux procédés dans un prochain article.

(1) On nous assure que, par suite des bons résultats obtenus à l'église de la Madeleine, l'église Saint-Sulpice sera chauffée et ventilée par circulation d'eau chaude, à dater du 1er octobre 1853.

---

mystère le plus profond, la clôture, l'inviolabilité sont indispensables, tout le monde se connaissant, et le premier venu pouvant mettre un nom sur toute figure qu'il apercevrait au fond de son asile. Ce nom sera lu, jusque sur le lit de douleur, par les agents, les inspecteurs de police qui devront nécessairement visiter l'établissement à intervalles plus ou moins rapprochés. Les femmes de toutes les classes, celles surtout que leur position sociale met en relief, qui sont connues de tous, qui ont le plus grand intérêt à être sauvegardées par le mystère le plus profond, qui ne demandent qu'un instant de discrétion et d'ombre, et chez lesquelles l'idée d'un crime n'a jamais surgi, toutes ces femmes, disons-nous, sont donc dévisagées! Nous ne méconnaissons point les qualités et la discrétion des préposés de la police, mais cette discrétion fût-elle plus complète qu'on ne peut l'exiger de la nature humaine si peccable, l'intervention de l'autorité n'en serait pas moins pernicieuse. En effet, un œil, fût-il seul, quand il n'appartient ni au médecin, ni au confesseur, ni à la sage-femme, suffit pour révolter toute pudeur, pour rompre tout mystère, pour détruire toute sécurité, pour illuminer d'un jour indiscret ce séjour désormais sans ombres. Où fuiera-t-elle donc cette femme, où trouvera-t-elle un refuge? Nulle part, car cet œil vigilant la suivra partout. Ne serait-il pas à craindre que le crime, l'avortement, l'infanticide ne parussent à quelques-unes de ces infortunées le seul moyen de cacher leur faute aux regards de la société? Voilà le grand écueil, celui auquel nous sommes toujours fatalement ramenés, quand nous portons atteinte au mystère de ces asiles ouverts au malheur et aux fautes de la femme.

Le législateur pèsera, nous avons cet espoir, les conséquences possibles de cet article du projet, et considérera l'espèce de complicité morale, sans doute bien involontaire, qu'il assumerait peut-être sur lui, aux yeux de Dieu et de la société. Il préférera la perpétuation de quelques abus, s'il en existe toutefois de bien réels, à l'adoption d'une clause dont les conséquences peuvent devenir aussi funestes.

Nous croyons d'autant plus à la possibilité d'une réaction dans le sens pour lequel nous plaidons, que l'art. 38 semblerait n'avoir été adopté qu'à la majorité d'une voix, et qu'une importante modification aurait été apportée à l'article suivant, 42, soumis au même comité:

« Toute personne convaincue de s'être faite l'intermédiaire habituel des expositions ou du transport des enfants dans les hospices, est punie d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de cinquante à mille francs. »

La modification admise, ou dont nous désirerions l'introduction, consisterait à rendre passibles de la pénalité les personnes seules qui se font intermédiaires *dans un but de trafic*. La réserve est sage, car la crainte de la loi, en conservant la première formule, pourrait inspirer des scrupules exagérés; et qui sait alors si la mère malade trouverait une sœur, une amie, une personne dévouée pour transporter son enfant; et si, dénuée de secours, elle ne chercherait pas quelquefois à faire disparaître elle-même son enfant? Nous voilà de nouveau sur le bord des mêmes écueils.

— On sait les préoccupations auxquelles ont donné lieu, surtout dans ces derniers temps, le régime, le mode et l'emplacement des sépultures. Le congrès hygiénique de Bruxelles a, naguères encore, savamment débattu cette

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'EMPLOI DE LA JUSQUIAME DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE; par M. le docteur MICHÉA.

(Suite. — Voir les numéros 4, 8, 10 et 12.)

CATÉGORIE DES MALADES CHEZ LESQUELS LA JUSQUIAME N'A PRODUIT QUE DE L'AMÉLIORATION.

OBS. XXIV. — Madame Félicité J..., marchande dans la rue de Rambuteau, est âgée de 32 ans; son tempérament est lymphatico-nerveux. Elle est issue d'une famille où il n'y a jamais eu d'aliénés.

A l'âge de 10 ans, à la suite d'une contrariété, elle a eu des mouvements convulsifs qui ont duré quarante-huit heures. Elle a commencé à être réglée à l'âge de 13 ans, et depuis lors la menstruation a toujours été normale.

Au mois de juin 1851, madame J.... commença à avoir le sommeil agité. Chaque nuit, endormie à peine, elle ne tardait pas à être réveillée en sursaut par des songes effrayants.

Bientôt elle se plaint d'hallucinations et d'illusions de l'ouïe. Elle prétend qu'au moment de s'endormir ou le matin en s'éveillant, elle entend chuchoter à ses oreilles des personnages invisibles qui la préviennent qu'on a le désir de se débarrasser de sa personne. D'une autre part, elle soutient que certains individus qu'elle ne connaît point passent devant sa boutique en lui adressant mille injures grossières. Plus tard, elle s'imagine que son mari cherche chaque nuit à l'étrangler, et elle va en faire la déclaration chez le commissaire de police de son quartier.

Elle entre en maison de santé le 8 août 1851. Elle continue à être dominée par les mêmes conceptions délirantes, qui sont en grande partie alimentées par les hallucinations de l'ouïe. Elle se plaint d'un sentiment de constriction à la gorge, qui se manifeste surtout la nuit et le matin. Elle tire de ce symptôme la conséquence qu'on a pénétré la nuit dans sa chambre, et qu'au milieu de son sommeil on lui a passé une ligature autour du cou. Elle n'accuse aucune des personnes de sa connaissance, parce qu'elle n'a rien vu ni rien entendu; mais elle est convaincue que des êtres malfaisants peuvent se rendre invisibles et s'introduire, sans qu'elle sache comment, dans les maisons les mieux gardées, dans les chambres les mieux closes. Apyrexie. Sauf le spasme des muscles du pharynx, aucun autre phénomène hystérique. Appétit variable, garde-robes normales.

19. L'extrait de jusquiame est prescrit en pilules, en commençant par 5 centigrammes.

Du 20 au 28, la dose est progressivement élevée chaque jour de la même quantité.

29. Aucun changement bien notable dans l'état des facultés intellectuelles. La malade se plaint de céphalalgie; de sécheresse de la bouche et de constipation. (Lavement avec addition de 30 grammes de follicules de séné. Cessation de l'emploi de la jusquiame.)

Du 6 au 13 septembre, le médicament est administré de nouveau aux mêmes doses croissantes.

14. Madame J.... n'accuse plus son mari d'avoir voulu l'étrangler; elle semble même se repentir d'avoir formulé cette plainte contre lui; mais son sommeil est toujours agité, troublé par des rêves qui l'effrayent et dont le sentiment de terreur la poursuit la plus grande partie du jour. Elle demande à être libre, ce qu'elle n'avait pas encore réclamé jusqu'à présent; et elle insiste surtout pour retourner dans son domicile qu'elle avait abandonné naguère avec le plus grand empressement, dans le but de se soustraire aux prétendus dangers dont elle se croyait menacée.

24. Le mieux se soutient. La malade n'est pas éloignée de convenir elle-même qu'elle a été dupe de son imagination, que ses plaintes et ses accusations n'avaient aucun fondement; mais elle est toujours dominée par un sentiment d'effroi dont elle cherche en vain à se rendre compte.

28. Elle sort de l'établissement dans cet état.

CATÉGORIE DES MALADES CHEZ LESQUELS LA JUSQUIAME A ÉCHOUÉ.

OBS. XXV. — Madame D... est âgée de 32 ans. Elle a la peau flasque, le teint légèrement jaune, les cheveux et les yeux noirs, les membres grêles, le thorax et l'abdomen d'une grande maigreur. Elle est douée d'une sensibilité physique et morale extrêmes.

Réglée à 15 ans, elle n'a jamais eu aucun désordre dans la menstruation. Elle n'a jamais offert de phénomènes spasmodiques bien évidents.

Mariée à 22 ans, elle a eu un enfant onze mois après son mariage.

En 1847, trois ans après son accouchement, elle découvrit par hasard une correspondance que son mari avait entretenue avec une maîtresse, alors qu'il était garçon. Cette découverte lui causa une profonde douleur. Elle devint triste, taciturne, et bientôt elle s'imagina que son mari ne l'aimait pas, qu'il avait le projet de s'en défaire, et qu'elle aurait le sort de la duchesse de Praslin.

Placée en maison de santé le 10 septembre, elle fut traitée par les purgatifs; on lui administra de fortes doses d'aloès, à des intervalles assez rapprochés. Elle sortit guérie on à peu près le 7 novembre de la même année.

Au mois de juillet 1849, elle accoucha pour la seconde fois. Elle avait un désir extrême d'avoir un garçon; elle mit au monde une fille, à peu d'intervalle du jour où sa sœur jumelle accouchait d'un enfant mâle. Ce désir non réalisé la contraria beaucoup.

En 1850, son mari perdit une partie de sa fortune, et ce revers fut suivi d'une rechute.

Replacée en maison de santé le 15 août, elle est en proie à une foule de conceptions délirantes plus ou moins tristes; elle s'imagine que son dernier enfant était un garçon, auquel sa sœur a substitué une fille; elle prétend que son mari est mort, et elle veut qu'on la nomme marquise douairière de Saint-Dizier, etc., etc. Peu d'incohérence dans les idées, dégoût profond pour le mouvement, amour de la solitude. Point d'hallucinations ni d'illusion des sens.

Madame D.... dort très-peu et mange peu. Elle n'a ni retard ni avance dans ses époques menstruelles. Elle se plaint d'éprouver souvent une douleur sourde à l'hypocondre droit. La région du foie n'est pas sensible à la pression, et ce viscère a son volume normal. Constipation habituelle. Absence de fièvre.

Du 17 août au 5 septembre, l'extrait de jusquiame est administré sans interruption, en commençant par 5 centigr. et en doublant chaque jour cette quantité.

6 septembre. La malade a ingéré hier 1 gramme de ce médicament. Aucune amélioration dans l'état mental. Sommeil plus long et plus profond. Un peu de céphalalgie, inappétence, nausées, sécheresse du gosier. Madame D... n'a pas été à la garde-robe depuis huit jours. (*Suspension de l'emploi de la jusquiame; deux cuillerées à bouche de magnésie carbonatée dans un verre d'eau sucrée.*)

19. Même état intellectuel.

Du 20 septembre au 6 octobre, reprise de l'extrait de jusquiame, employé aux mêmes doses et de la même manière que la fois précédente.

7 octobre. Madame D..., qui en a ingéré hier 8 décigr. et demi est aujourd'hui très-agitée. Elle est en proie à une grande loquacité. Suspension de la jusquiame.

---

question. Ces jours passés, dans son remarquable rapport à l'Académie, sur les épidémies de 1850, M. Michel Lévy s'exprimait ainsi au sujet des desiderata qui existent encore chez nous :

« Les dispositions du décret du 12 juin 1804, en ce qui concerne l'emplacement et le régime des cimetières, ne sont pas encore exécutées dans un très-grand nombre de bourgs et de villages, et notamment en Bretagne; les tombes sont groupées autour des églises, au milieu et même au contact des habitations, de la façon la plus irrégulière. A Renac, dont nous avons relaté l'épidémie dyssentérique, les fosses n'ont que 75 à 88 centimètres de profondeur, au lieu d'un mètre et demi à 2 mètres, suivant la prescription légale; l'exiguïté du cimetière oblige à rouvrir les fosses avant l'entière décomposition des corps. M. B... a vu extraire des débris humains mal consumés. Il importe d'avoir présent à la pensée cet état de choses encore si arriéré des campagnes, au moment où l'on songe à rétablir, à titre de privilége, et par concession exceptionnelle, la faculté d'inhumer dans les caveaux des églises. »

Le rapprochement contenu dans ces dernières lignes est plein d'enseignement pour le législateur. Qu'il a fallu de temps, de dépenses, d'efforts, d'ordres et de persuasion pour arriver à une exécution plus ou moins complète des préceptes que nous trace l'hygiène relativement aux sépultures! On a marché, mais il reste encore plus d'un pas à faire, comme nous l'apprend le savant académicien. Et voilà qu'au milieu des regrets formulés par un corps officiel institué pour renseigner le gouvernement, on songerait, non pas à chasser les abus qui existent encore, mais à rouvrir les portes aux anciennes erreurs déjà expulsées? La science a parlé, le législateur a formulé en lois ses préceptes, et l'expérience en a sanctionné la haute utilité; il serait regrettable qu'en si beau chemin le courant du progrès sanitaire et hygiénique s'arrêtât un instant, ou remontât même vers sa source. A Rome même, la ville des tombeaux, où les murs des basiliques sont tant incrustés de pierres sépulcrales, où le pied fait résonner à chaque pas les caveaux mortuaires, à Rome, l'éternelle et l'immuable ville où tous les us, bons et mauvais, se perpétuent de siècle en siècle; eh bien! à Rome la réforme commence, les caveaux des églises se ferment, les concessions deviennent plus rares, et l'on enterre dans des cimetières situés hors des murs. Au delà des Alpes on s'ébranle vers le progrès hygiénique; prendrions-nous notre course en sens inverse?

Nos appréhensions sont heureusement atténuées par ces mots : concession exceptionnelle à titre de privilége. Mais il est à redouter qu'on ne donne de l'élasticité aux termes et surtout à l'application, que l'amour-propre de clocher ne fasse voir trop d'hommes de génie, de familles méritantes, et que la somme fort tentante que doit payer le concessionnaire n'augmente encore cette indulgence.

Il est à présumer que l'autorité, tout en faisant ce pas rétrograde, cherchera au moins à atténuer l'effet des sépultures placées si près des vivants, en exigeant, par exemple, l'embaumement par divers procédés : la momification par le bain de sublimé, la clôture hermétique dans des cercueils de plomb, de verre, de pierre, et qu'elle a déjà songé aux conditions que devront remplir les caveaux pour étouffer entièrement les exhalaisons que pourraient laisser filtrer les fissures des tombes.

— L'homœopathie a le privilége de préoccuper assez souvent le public médi-

12. Même état intellectuel, moins l'agitation et la loquacité qui ont disparu entièrement.

Du 22 au 29, 5 centigr. d'extrait de jusquiame par jour.

Du 30 octobre au 2 novembre, 1 décigr. par jour.

Du 3 au 5 novembre, 15 centigr.

Du 6 au 10, 2 décigr.

Du 11 au 25, 2 décigr. et demi.

26. Aucune amélioration. Interruption dans l'emploi du médicament.

Du 1er au 20 décembre, reprise de la jusquiame, en commençant par 5 centig. et en doublant chaque jour cette quantité.

21. Hier la malade en a ingéré 1 gramme. Même état de l'intelligence. La médication est définitivement abandonnée.

Dans ce cas, nous voyons un premier accès de lypémanie céder, au bout de deux mois, à l'emploi des purgatifs drastiques, tandis que quatre mois de traitement par la jusquiame sont inhabiles à triompher d'un second accès. Cependant la jusquiame exerce ici une influence incontestable sur l'état de l'intelligence, puisque le délire partiel se transforme en excitation maniaque à la suite de l'ingestion de 17 grammes 6 décigrammes du médicament, administrés en deux reprises durant cinq semaines; seulement cette influence n'a aucun résultat favorable. L'état maniaque cède au bout de quelques jours; mais le délire partiel revient sans rien perdre de son caractère et de son intensité.

Obs. XXVI. — Madame M.... a 38 ans, une constitution moyenne, les yeux noirs et le visage assez coloré. Son père est mort aliéné. Elle a été réglée à l'âge de 14 ans, et elle l'est encore.

En 1850, elle conçut un amour violent pour son confesseur, qui lui donnait assez souvent des ornements d'église à confectionner. Elle ne lui avoua jamais cette passion; mais elle la lui faisait comprendre par une foule de moyens indirects, et elle avait l'espoir de la lui faire partager.

Le 8 avril de la même année, le confesseur de cette femme lui refusa sa porte et cessa de lui donner de l'ouvrage; de là un profond chagrin.

Elle s'imagina alors que la police était à sa recherche, qu'on observait sa conduite et qu'on voulait la faire mourir. Elle tremblait à la vue de toutes les personnes qui l'approchaient; elle interprétait dans le sens de sa lypémanie la moindre parole qu'on prononçait à ses côtés, le moindre geste et le plus léger mouvement de physionomie qu'elle apercevait chez quiconque cherchait à rassurer son esprit.

Elle est en proie à des illusions et à des hallucinations de la vue; elle prend la pompe qui fournit l'eau à la maison d'aliénés où elle se trouve pour l'échafaud sur lequel elle doit monter. Elle aperçoit sans cesse à ses pieds une corde destinée à l'étrangler, et à côté de son lit une bière pour recevoir son cadavre. Elle s'agenouille devant les infirmières, en les suppliant de la sauver du supplice qui lui est préparé.

Elle présente une anesthésie cutanée des plus remarquables. Des aiguilles, enfoncées brusquement et profondément dans la peau du cou, du thorax, de l'abdomen, des extrémités inférieures et supérieures, ne lui font éprouver aucune douleur; elle est également insensible à l'action de l'amadou en ignition, moyen à l'aide duquel je pratique de petites brûlures sur toutes les parties du tégument.

Cette insensibilité à la douleur préoccupe et inquiète beaucoup Mme M...., qui s'imagine qu'on lui a changé son corps, qu'elle n'est plus une personne vivante, qu'on lui a jeté un sort et qu'on ne pourra jamais la désensorceler. Néanmoins elle me supplie de tenter quelque chose contre le résultat de ce prétendu maléfice; elle demande que je la soumette à tous les moyens thérapeutiques capables de la curer de son état d'anesthésie. Elle me prévient qu'elle ne reculera devant aucune méthode de traitement, quelque répugnante ou pénible qu'elle puisse être.

Apyrexie; absence d'appétit; constipation; très-peu de sommeil.

Du 3 au 9 mai, je prescris 5 centigrammes d'extrait de jusquiame par jour.

Du 10 au 20, il est administré à la dose d'un décigramme.

22. Même état. (Cessation du médicament.)

Du 1er au 10 juin, reprise de la jusquiame, en commençant par 5 centigrammes et en doublant chaque jour cette dose.

11. La malade en a pris hier 5 décigrammes. Aucune amélioration; sécheresse de la gorge; soif. (Suspension du médicament.)

Du 21 au 30, reprise de la jusquiame aux mêmes doses croissantes, en commençant par 5 centigrammes.

11 juillet. Nul changement. (Cessation de la jusquiame.)

Du 20 au 29, reprise du médicament à doses croissantes, en commençant toujours par 5 centigrammes.

Du 1er au 10 août, l'emploi de la jusquiame est suspendu.

Il est repris du 11 au 20, aux mêmes doses croissantes.

Le 28, la malade sort de l'établissement sans être guérie.

Obs. XXVII. — Madame B... a 54 ans, une constitution robuste et un tempérament sanguin. Elle a cessé d'être réglée il y a environ cinq ans. Depuis assez longtemps elle fait un usage immodéré des boissons alcooliques.

Il y a environ un an, on commença à s'apercevoir que son humeur changeait; elle était devenue extrêmement jalouse de son mari. De plus, très-méfiante à son égard, elle tenait sous clef et refusait de lui donner le linge et la plupart des objets nécessaires à sa toilette. Peu à peu elle s'imagine qu'une jeune domestique, parente d'un de leurs fermiers, est la fille naturelle de son mari; que celui-ci cherche à l'avantager au détriment de ses enfants légitimes, et que dans ce but il détourne tout ce qu'il peut du ménage en fait d'argent, de linge, etc. Enfin, il y a à peu près six mois, il survint une autre conception délirante; elle crut que son mari était parvenu à légitimer sa fille naturelle, à l'aide de la franc-maçonnerie. Elle prétend qu'il a réuni la nuit, au milieu d'une forêt, une troupe de francs-maçons; qu'il a conduit au milieu d'eux la fille du fermier, qu'il ont prononcé sur sa tête des paroles magiques, et qu'ils ont craché en cercle autour d'elle.

Rien ne peut dissuader madame B... de cette idée fixe. Elle ne veut plus voir son mari et passe toutes ses journées à charger des avoués et des avocats de plaider pour elle en séparation de corps et de biens.

Le 15 mai 1850, elle est placée en maison de santé. Elle y entre par surprise; on lui fait accroire qu'on la conduit dans la maison d'un homme de loi.

Interrogée par moi avec soin dans le sens de son délire, et croyant se trouver en consultation chez un avocat, elle accuse son mari de tous les faits cités plus haut. Elle articule ses plaintes avec assez d'enchaînement dans les idées; seulement pour exprimer sa pensée elle se sert souvent d'ellipses de langage, de néologismes, de métaphores et de sobriquets qui la rendent parfois très-obscure. C'est ainsi, par exemple, qu'elle désigne son mari sous le nom de *grand lavement*, qu'elle appelle baptême de la *cracherie* la prétendue cérémonie de la forêt dans laquelle les francs-maçons ont craché en cercle, etc., etc.

Aucune espèce de délire sensorial. Point de tremblement des membres, garde-robes régulières, apyrexie, sommeil agité et de courte durée. Appétit normal. Aucun genre de souffrance physique.

Du 18 au 31, l'extrait de jusquiame est administré à doses croissantes, en commençant par 5 centigr. et en doublant chaque jour cette quantité.

1er juin. Hier la malade en a ingéré 7 décigr. Le sommeil est plus calme et moins agité. Aucune amélioration dans l'état intellectuel. Un peu de céphalalgie, constipation, quelques nausées, sécheresse du gosier et soif vive. (*Cessation de l'emploi du médicament; lavement avec 60 grammes de gros miel; limonade pour boisson.*)

---

cal, et de fournir matière à des causeries qui ne manquent quelquefois ni de sel ni de piquant. Aujourd'hui l'affaire nous semble plus grave; car elle va nous donner occasion d'examiner la question si délicate des droits professionnels, et le sujet également épineux des remèdes secrets.

M. de Bonnard est médecin homœopathe, et il en a le droit, tout comme d'être alchimiste et cabalistique; mais il fournit lui-même les remèdes à ses clients, ce qui est une tout autre affaire. Rien n'est commode comme l'homœopathie pour le cumul: dans une poche, un diplôme de docteur en médecine, dans l'autre, une pharmacie tout entière contenue au fond d'une tabatière... Avec cela on peut traiter les peaux blanches et rouges des deux Amériques et entreprendre un voyage de long cours, légèrement, mais complétement équipé. Bias n'avait pas un bagage plus léger. Pas moins de 1,500 tubes ou flacons, recélant chacun je ne sais combien de globules, tenaient dans deux compartiments de la pharmacie portative de M. de Bonnard. Si l'homœopathe se fût contenté de prescrire ces merveilleux atomes, la justice n'y eût pu mettre le nez; mais il les vendait. Aussi fit-on une descente dans son domicile, et les faits dûment constatés amenèrent-ils la double prévention d'exercice illégal de la pharmacie et d'annonce et vente de remèdes secrets. M. de Bonnard a été condamné à 100 fr. d'amende pour exercice illégal de la pharmacie. Reste la question des remèdes secrets. Voici comment le jugement s'exprime à ce sujet: « Attendu que s'il a été saisi au domicile de Bonnard une certaine quantité de médicaments dont la formule ne se trouve pas au Codex, il résulte des circonstances de la cause que de Bonnard se livre à la pratique d'une médecine particulière, dont les préparations toutes spéciales ne sont prévues dans aucun des formulaires légaux, et que dès lors il n'y a pas lieu de considérer ces médicaments comme des remèdes secrets, par cela seul que le Codex ne les indique pas. »

Nous arrivons au point délicat de la question. Certes nous sommes le premier à réclamer pour le docteur en médecine les priviléges et les prérogatives, dans leur sens le plus étendu, que lui confèrent son diplôme, et nous voulons que son activité puisse s'exercer à l'aide des moyens les plus variés, sous la garantie de ses épreuves scientifiques; mais tout en sauvegardant la profession, il faut bien plus encore sauvegarder le public tout entier. Or nous craignons que l'arrêt prononcé n'ouvre une porte à l'abus. Un médecin peut prescrire toutes les substances qu'il juge convenables, qu'elles figurent ou non au Codex, et les ordonner sous telle forme ou sous telle autre; mais l'ordonnance de police du 21 juin 1828 lui interdit de les annoncer ou de les faire annoncer. Or la prévention porte *annonce et vente* de remèdes secrets. L'inculpé a été acquitté néanmoins, parce qu'il se livre, est-il dit, *à la pratique d'une médecine particulière, dont les préparations toutes spéciales ne sont prévues dans aucun des formulaires légaux.* Nous voulons bien croire que nous ne sommes pas complétement édifié sur le sens de cet arrêt; car en interprétant la lettre, nous arriverions à cette conclusion: Une substance non inscrite au Codex est et demeure un remède secret quand elle est employée par la médecine, nous ne dirons pas allopathe, parce qu'il n'y a qu'une science médicale reconnue et sanctionnée par les siècles; mais cette substance cesse d'être considérée comme telle dès qu'elle sert à quelque invention excentrique dont les prescriptions ne sont pas prévues par les formulaires légaux. Le premier venu qui rêvera un

10. La malade réclame sa liberté avec beaucoup de persévérance. Elle répète à tout moment qu'elle n'est pas folle. Elle redoute extrêmement d'être interdite; et afin de ne pas donner prise sur elle à cet égard, elle refuse absolument de répondre à toutes les questions qu'on lui adresse.

Du 11 au 24, *reprise de la jusquiame* administrée aux mêmes doses croissantes.

25. Il est survenu un changement dans l'état mental; au refus absolu de répondre, qu'elle manifeste toujours, se joint une sauvagerie, une misanthropie extrême. La malade ne sort de sa chambre que par la force; elle ne permet pas que je lui tâte le pouls; elle rebrousse chemin quand elle voit quelqu'un venir à elle, retourne dans sa chambre et cherche à s'y barricader. (*Suspension du médicament.*)

1er juillet. Même état.

Du 10 au 23, l'extrait de jusquiame est prescrit de nouveau et administré comme les fois précédentes.

24. Aucune amélioration.

Du 1er au 14 août, quatrième reprise de la jusquiame.

15. Même état. La médication est définitivement abandonnée.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

Des faits qui précèdent, il résulte les faits généraux suivants :

Terminaisons. Sur dix aliénés, la jusquiame en a guéri six, c'est-à-dire plus de moitié, et elle a déterminé de l'amélioration chez un seul. Chez les six aliénés guéris, la convalescence se manifesta une fois au bout de trois semaines de traitement, une fois au bout d'un mois et quelques jours, une fois au bout de cinq semaines, une fois en un peu moins de six semaines et deux fois au bout de deux mois et quelques jours : d'où il suit qu'en moyenne la guérison est survenue après cinq et six semaines de traitement.

Sexe. Quoiqu'il y eût beaucoup plus de femmes que d'hommes (huit femmes et deux hommes), ces derniers ont tous guéri.

Genres de délire. Les cas de folie circonscrite, avec ou sans hallucinations et illusions des sens, étaient au nombre de neuf, et par conséquent il n'y avait qu'un cas de délire général, qui se trouve compris parmi les guérisons.

Doses. La jusquiame n'a jamais été administrée au delà d'un gramme par jour; en moyenne, la dose variait entre 5 et 7 décigrammes par jour. Pour toute la durée du traitement, les quantités les plus élevées n'ont pas dépassé 48 grammes, et les plus faibles n'ont jamais été inférieures à 2 grammes. En moyenne, la dose a varié entre 12 et 16 grammes.

PHÉNOMÈNES PSYCHIQUES D'INTOXICATION. — Dans un seul cas, chez une femme, où la dose d'extrait de jusquiame fut poussée jusqu'à 1 gramme par jour, le médicament modifia l'état de l'intelligence au point de métamorphoser passagèrement le délire partiel en délire général.

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES DIVERS. — Chez sept malades, la jusquiame a déterminé de la sécheresse au pharynx et une soif plus ou moins vive; chez six, elle a produit de la céphalalgie et de la constipation; chez cinq, des nausées, et chez un, du trouble dans la vision.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

III. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros de janvier, février et mars 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *De quelques effets peu connus de l'engorgement des ganglions bronchiques*; par M. A. J. Hourmann. 2° *Des productions fibro-plastiques accidentelles et des tumeurs fibro-plastiques*; par M. Lebert. 3° *De la propriété fébrigène de l'ail et de son emploi dans le choléra*; par M. Lange. 4° *Remarques et observations sur les luxations compliquées de fractures*; par M. Malgaigne. 5° *Des injections nasales comme moyen d'alimenter les nouveau-nés*; par M. Henriette. 6° *De l'hydrocyanate de fer dans l'épilepsie*; par M. Fabre. 7° *Observation de luxation tibio-tarsienne en dehors, avec issue du péroné à travers les téguments; guérie sans amputation ni resection*; par M. Brouache. (Le pansement au collodion et l'hyponarthécie ont, de concert avec les soins intelligents de l'auteur, dispensé le blessé d'une opération que l'ouverture de la peau et la rupture de presque tous les ligaments auraient, pour beaucoup de chirurgiens, rendue indiquée.)

SUR QUELQUES EFFETS PEU CONNUS DE L'ENGORGEMENT DES GANGLIONS BRONCHIQUES; par le docteur HOURMANN.

Il s'agit, dans ce travail, d'un point de physiologie pathologique relatif à quelques-unes des affections qu'on rencontre sur les enfants, qui sont caractérisées pendant la vie par la difficulté de l'inspiration et la facilité de l'expiration, et dans lesquelles on ne trouve, après la mort, aucune lésion qui puisse rendre compte des accidents horribles qu'on a observés. Dans un certain nombre de cas, on comprend que la difficulté de la respiration puisse tenir à la paralysie des muscles qui ouvrent la glotte, au moment où le courant d'air attiré par l'inspiration pousse l'une vers l'autre les lèvres de cette fente. L'anatomie pathologique confirme cette théorie en faisant voir, dans un certain nombre d'observations analogues, les nerfs récurrents accolés à des ganglions bronchiques engorgés, et ceux-ci ayant presse, distendu et plus ou moins décomposé les filets nerveux auxquels ils adhèrent.

Rappelons à ce sujet les conditions anatomiques sur lesquelles il est à regretter que M. Hourmann n'ait pas insisté davantage : les lymphatiques du poumon et des tuyaux aériens aboutissent à des ganglions dispersés sur l'origine des bronches, aux environs de la coocavité de l'aorte et des grosses divisions vasculaires qui sortent de la poitrine ou qui y pénètrent. Quelques-uns de ces ganglions avoisinent l'origine des nerfs récurrents, d'autres la partie recourbée de ces nerfs. Il serait indispensable d'indiquer, dans l'état ordinaire, le nombre et le volume de ces ganglions, ainsi que leurs rapports précis avec les nerfs récurrents. C'est alors seulement qu'on pourrait voir si le premier effet de la tuméfaction de ces ganglions est d'appliquer plus fortement ces nerfs à leur surface. Nous admettons bien que Franck ait signalé l'engorgement des ganglions bronchiques chez les

---

nouveau système, une invention fantastique, jouira donc de dangereux privilèges que la sagesse des lois a même refusés à la vieille science. Où sont donc alors les garanties pour la société? On tiendra en tutelle l'expérience, de peur qu'elle ne s'égare, et on lâchera les b.ides à un enfant naissant qui n'a et n'aura jamais raison pour le guider, membres pour le porter.

Nous ne serions pas étonné que le ministère public appelât de ce jugement, et il fera bien selon nous.

F. JACQUOT.

— La Belgique vient de perdre deux membres célèbres du corps médical M. le docteur Florent Cunier, ophthalmologiste, fondateur et rédacteur en chef des ANNALES D'OCULISTIQUE, vient de mourir à Bruxelles, à peine âgé de 40 ans.

M. le docteur de Mersseman (de Bruges), membre titulaire de l'Académie de médecine belge, médecin aussi habile que littérateur distingué, vient aussi de terminer sa carrière.

— A la suite du concours pour trois places de chirurgien du bureau central des hôpitaux de Paris, MM. Follin, Depaul et Broca viennent d'être nommés à ces places.

— CONCOURS POUR LE GRADE DE MÉDECINS AIDE-MAJORS DE 2e CLASSE. — Trois concours viennent de finir en même temps : le premier, présidé par M. Alquié; le deuxième, par M. Vaillant; le troisième, par M. Baudens, tous trois inspecteurs du service de santé.

Nous n'avons pas encore la liste des candidats élus par ordre de mérite dans la première division de ce concours; nous espérons pouvoir la publier sous peu. En attendant, voici les noms des candidats élus dans les deux autres sections et classés aussi par ordre de mérite.

Jury présidé par M. Vaillant. 28 candidats élus : MM. Gasté, Simon, Pillon, Barthet, Morel, Morand, Ving, Liotard, Béraud, Mutel, Mulot, Alezais, Mathieu, Creutzer, Japiot, Thevenon, Fouquet, Constantin, Duval, Delune, Dandreau, Cousturier, Cledat de la Vigerie, Beragol, Licardy, Portafax, Clary, Fontez.

Jury présidé par M. Baudens. 28 candidats élus : MM. Vézien, Damien, Sisbrac, Chaslon, Rizet, Duméril, Molinier, Rioublant, Rogues, Malapert, Friant, Bézard, Mi baud, Duruthy, Viennet, Fournier, Saint-Plancat, Vaguey, Rivière, Raoult, Cabaud, Aldrovandi, Peigné, Templer, Causse, Maurel de la Pommarède, Brunot, Ségnr.

— Par décret impérial, en date du 16 avril 1853, M. Fischer, premier médecin en chef de la marine, a été admis à faire valoir ses droits à la pension de retraite, à titre d'ancienneté de services.

— Par un décret du même jour, M. Lauvergne, second médecin en chef de la marine, est nommé au grade de premier médecin en chef, en remplacement de M. Fischer.

enfants atteints d'une forme d'asthme mal définie, mais il n'avait point parlé de la compression des nerfs pneumogastriques ou récurrents. Merrimann est peut-être le premier qui ait indiqué (dans son édition de l'ouvrage d'Underwood) que la huitième paire pourrait être comprimée sur plusieurs points par des ganglions engorgés, et principalement des nerfs récurrents. Des détails aussi précis ont été consignés in LONDON MEDIC. GAZ. de 1834, dans un mémoire du docteur Lee, ayant pour titre : OBSERVATIONS SUR L'INSPIRATION RAUQUE DES ENFANTS, ET SUR SES RAPPORTS AVEC UN ÉTAT MORBIDE DES GANGLIONS THORACIQUES ET PECTORAUX. On connaît l'histoire de ce malade de Bicêtre, surnommé le râleur, à cause du bruit qu'il faisait entendre quand il aspirait l'air dans sa poitrine, et chez lequel on constata que le nerf laryngé inférieur gauche disparaissait complétement dans une tumeur brune et dure avec laquelle il s'incorporait. Les BULLETINS de la Société anatomique (1841) contiennent une observation d'asphyxie par le passage des deux nerfs récurrents à travers une dégénérescence cancéreuse du corps thyroïde. On possède plusieurs observations d'anévrismes de l'aorte avec compression du nerf récurrent et accès de suffocation. Chez un individu atteint d'une dyspnée dont la cause n'avait pu être reconnue, M. Andral constate que les nerfs pneumogastriques se perdaient dans une masse de ganglions engorgés. On pourrait multiplier à l'infini ces observations, sans avancer d'une manière bien précise l'état de la science sur ce point obscur de pathologie. Ce qui manque à tous les observateurs antérieurs et au travail de M. Hourmann, c'est de montrer qu'il n'y a pas seulement coïncidence, mais rapport de causalité ; et pour ce faire, il faudrait démontrer anatomiquement quelle est la part qui revient à la compression des vaisseaux, des bronches, du poumon. Ce n'est qu'après avoir établi d'une manière positive ce point de départ, qu'on pourra assigner à la compression des nerfs laryngés le rôle qui lui appartient dans la production de l'asthme des enfants.

IV. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

(Janvier, février et mars 1853.)

NOUVEAU CAS DE DÉFORMATION DE L'ÉPAULE, CONSÉCUTIVE A LA CONTRACTURE DU RHOMBOÏDE ET DE L'ANGULAIRE DE L'OMOPLATE ; par M. DEBOUT.

Dans cet article, qui fait suite à celui dont nous avons rendu compte dans notre dernière revue (GAZ. MÉD., 1853, p. 99), l'auteur rapporte un nouveau cas de cette difformité qu'il appelle improprement *déformation de l'épaule*, ou *torticolis postérieur*, laquelle consiste dans un *déplacement essentiel du scapulum* produit par la contracture des muscles propres de l'épaule.

Nous n'avons pas à relever seulement l'appellation incorrecte de la difformité, mais surtout une détermination étiologique et anatomique inexacte. Avant d'entrer dans le détail des faits, nous avons un arriéré de compte à régler avec notre savant confrère.

En analysant son premier article, nous avons exprimé notre surprise de ce que l'auteur prétendît être le premier à faire connaître cette curieuse difformité, et la présentât comme jusque-là incurable. Nous lui avons rappelé nos observations antérieures sur le même sujet, ainsi que la méthode thérapeutique qui nous avait parfaitement réussi.

Sur le premier chef, M. Debout nous répond : « Depuis que cette note » est composée, M. J. Guérin, en rendant compte, dans la GAZETTE MÉDI» CALE, de notre premier article, établit ses droits à la priorité de la *des» cription* de cette difformité de l'épaule. Cette réclamation est fort juste : » nous nous empressons de le proclamer. » — Nous ne voudrions causer aucune peine à notre excellent confrère, mais nous regrettons vraiment qu'une fois en si beau chemin de réparation, il ait cru devoir détruire, par des commentaires peu obligeants, et par des restrictions mal fondées, la preuve d'équité scientifique qu'il a voulu donner. Nous glisserons rapidement sur cette partie de son article, attendu que nous lui avons communiqué verbalement les réflexions qu'il nous avait inspirées, et qui seraient sans intérêt pour nos lecteurs. Ce qui peut les intéresser davantage, c'est de savoir au juste en quoi consiste la difformité dont il s'agit, et comment il faut faire pour s'en rendre maître.

Relativement au premier point, nous avons dit et nous maintenons que la difformité est le résultat de la contracture primitive des muscles propres du scapulum, des sus et sous-épineux, de l'angulaire de l'omoplate, du rhomboïde, agissant seuls ou combinés diversement entre eux; et nous avons ajouté, qu'à cette diversité d'éléments étiologiques, correspondent des caractères corrélatifs. Telle est notre doctrine ; il n'est pas besoin d'ajouter qu'elle n'est qu'une application, qu'un cas particulier de notre doctrine générale des difformités par rétraction musculaire. Ce n'est donc pas seulement, comme le dit M. Debout, pour établir nos droits à la *description* de cette difformité que nous avons réclamé, mais bien pour maintenir l'intégrité de notre domaine, de nos principes, comme à nous appartenant d'abord, puis comme donnant parfaitement raison des faits que M. Debout et ses prédécesseurs ont déterminés d'une manière peu exacte, sinon tout à fait erronée. Il ne s'agit pas, en effet, dans cette difformité, de la paralysie du grand dentelé, ainsi que l'ont cru ceux qui, après nous, en ont rapporté des exemples ; ni « d'un spasme des muscles de l'épaule *consécutif à la perte » de la contractilité* tonique du muscle grand dentelé, » ainsi que l'écrit encore M. Debout ; mais d'une contracture primitive des muscles scapulaires, avec ou sans paralysie d'autres muscles. Or cela est tout différent de ce que veulent et disent MM. Debout et ses adhérents, quoiqu'il ait l'air de ne pas comprendre, différence qui n'est rien moins qu'une opposition. « Maintenant, ajoute en effet notre confrère, que la déviation de l'omoplate » soit le résultat d'un spasme musculaire : là n'est pas la question ; seule» ment, pour nous, le spasme était *secondaire* et la paralysie du grand » dentelé la lésion primitive. » Nous disons donc, nous, tout le contraire ; toute la question est dans le fait de la contracture *primitive* des muscles de l'épaule ; en substituant à cette contracture je ne sais quel *spasme consécutif*, on dit une chose entièrement opposée à ce que nous enseignons depuis plus de dix années. Ce n'est pas le lieu d'entrer dans de plus grands détails à cet égard : nous nous bornerons à ajouter, contrairement à l'opinion de M. Debout, que c'est une très-mauvaise et très-dangereuse méthode, quand on met le pied dans une science qu'on a étudiée de la veille, que de s'en rapporter à soi, à ce que l'on a vu ou cru voir, au lieu de commencer par examiner avec soin ce que les prédécesseurs, qui y ont regardé plus longtemps, y ont vu.

La méthode de traitement qui nous a *constamment* réussi consiste, avons-nous dit, dans les onctions stibiées dans la première période, plus tard dans l'application de points de feu. Et à cet égard, M. Debout aurait pu, en y regardant de plus près, se dispenser de nous mettre en contradiction apparente avec nos propres faits. Il ne s'agissait, et il ne pouvait s'agir, en effet, que des déplacements du scapulum produits par la *contracture*, fort différents de ceux produits par la *rétraction*. Or pour prouver que nous n'avions pas toujours guéri ceux de la première catégorie, M. Debout nous a opposé un cas de la seconde, dans lequel une *rétraction* ancienne et presque générale des muscles de l'épaule, et même du tissu cellulaire, avait nécessité plusieurs opérations chirurgicales, suivies d'une amélioration seulement de la difformité. Ne faut-il pas avoir bonne envie de contredire, pour tomber dans de semblables méprises, nous ne disons pas pour recourir à de pareilles ressources?

DE L'EMPLOI DES APPAREILS COMPRESSEURS DANS LES CAS DE BEC-DE-LIÈVRE COMPLIQUÉ DE LA DIVISION DE LA VOUTE PALATINE ET DE LA SAILLIE DU TUBERCULE MÉDIAN.

L'utilité des appareils mécaniques comme adjuvants de l'opération du bec-de-lièvre n'est pas appréciée par tous les chirurgiens comme elle devrait l'être. Les parties molles se réunissent toujours très-aisément à l'aide de la suture lorsque la division ne portait que sur elles. Mais quand les os eux-mêmes sont congénialement écartés, les bords de la plaie qui résulte du ravivement ne peuvent plus être maintenus affrontés par les épingles, ou bien si elles demeurent juxtaposées tant que les épingles restent en place, elles sont tiraillées et se séparent dès qu'on a enlevé celles-ci.

Pour prévenir cet inconvénient très-sérieux, il faut donc rapprocher, avant tout, les bords de la solution de continuité osseuse ; c'est justement là l'indication des appareils dont nous parlions plus haut.

Un objet très-essentiel à remplir est que l'appareil de compression, tout en prenant un point d'appui sur les maxillaires supérieurs pour les rapprocher, agisse en même temps sur le tubercule médian intermaxillaire, saillant en avant, pour le refouler en arrière. Or on peut attendre ce résultat de l'application d'un appareil imaginé par M. Ferd. Martin. Cet ingénieux mécanicien a réussi à réunir les deux indications que nous venons de préciser, dans une machine composée de deux petites pelotes rembourrées qui portent sur les parties latérales de chaque joue. Elles sont maintenues en place à l'aide de deux tiges fixées à une espèce de bourrelet construit en minces plaques d'acier, garnies de peau épaisse et souple, afin de prévenir le résultat d'une pression prolongée. A la pelote droite se trouve articulée une petite tige en acier présentant à sa partie moyenne une troisième pelote plus petite et fortement rembourrée. Son action est de refouler d'avant en arrière le tubercule médian. Le degré de pression de cette partie est limité à l'aide d'une petite courroie qui prend son point d'attache sur la pelote maxillaire du côté gauche. On comprend que la construction de cette partie de l'appareil doit varier suivant les variétés qu'offrirait la disposition du tubercule médian, soit pour son volume, soit quant à la direction selon laquelle il proémine.

Dans un cas de bec-de-lièvre compliqué chez un enfant de 15 mois,

M. Robert, avant de l'opérer, appliqua l'appareil de M. Ferd. Martin. Au bout de deux mois, son action coaptante avait amené presque au contact les deux bords de la solution de continuité osseuse, qui auparavant étaient écartés de 2 centim. et demi. Grâce à cet heureux changement, l'opération put être faite et donna un résultat complétement favorable. L'enfant fut de nouveau soumis à porter la même machine, qu'il devra garder jusqu'à ce que la fente palatine se soit peu à peu complétement fermée.

NOTE SUR LA CURE RADICALE DU VARICOCÈLE; par M. ANCELON.

L'opération pour la cure radicale du varicocèle par cautérisation, telle que la pratique M. Bonnet, paraît à M. Ancelon trop longue, trop compliquée, surtout trop douloureuse. Voici la manœuvre qu'il propose de lui substituer, et qu'il a déjà employée une fois avec succès.

Le malade étant placé sous l'influence anesthésique, mettez à nu les veines variqueuses; isolez-les en les plaçant dans la concavité d'une carte tuilée, interposée entre elles, l'artère et le canal déférent; puis couvrez tout ce que vous voulez détruire de 5 à 6 millim. de pâte de Vienne, que vous laissez en place pendant dix minutes. Enlevez ensuite ce qui reste du caustique, et l'opération est terminée. De la sorte le malade n'a pas souffert; les organes importants, jusques et y compris les lèvres de la plaie, ont été protégés par la carte contre l'envahissement du caustique dont la tendance à la liquéfaction est connue.

Il ne reste plus qu'à couvrir la plaie de cataplasmes émollients, et les circonvolutions de la veine, transformées en cylindres noirs et solides, tombent sans autre accident du septième au huitième jour.

— On peut reprocher à cette simplification de se mettre en dehors des conditions essentielles des procédés par cautérisation. Du moment que, comme le dit M. Ancelon, les lèvres de l'incision sont protégées contre l'action du caustique, une partie de la plaie saignante est livrée au travail ordinaire de suppuration, et les accidents d'érysipèle, phlébite, infection purulente, etc., sont à craindre. Avec plus de célérité, on a moins d'innocuité; nous tenons à rappeler, aussi souvent que l'occasion s'en présente, cette inévitable conséquence aux chirurgiens trop portés à placer en première ligne le *citò!*

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR UN CAS DE PARALYSIE LIÉE A LA GROSSESSE, TRAITÉE ET GUÉRIE PAR LA STRYCHNINE; par le docteur V. BOULLAY.

Différents auteurs ont parlé de la paralysie qui s'observe pendant l'état puerpéral, et qui semble être sous la dépendance de cet état. P. Frank a observé l'anesthésie après l'accouchement; Simpson a publié plusieurs observations de paralysie survenue pendant la grossesse et sans albuminurie (in MONTHLY JOURNAL OF MEDICINE, october, 1847). Depuis lors un certain nombre d'observations sont venues s'ajouter à celles-là, et aujourd'hui il est bien démontré que l'on peut rencontrer, pendant la grossesse comme après l'accouchement, des paralysies qui ne relèvent d'aucune lésion matérielle appréciable des centres nerveux. Celle absence de lésions anatomiques, qu'ont démontrée les recherches microscopiques les plus minutieuses, est en rapport exact avec certains phénomènes observés pendant le cours de ces affections, tels que la disparition brusque des accidents paralytiques et le retour quelquefois très-prompt du mouvement et de la sensibilité dans les parties affectées. L'auteur de l'observation que nous avons sous les yeux ne cherche pas à expliquer ces faits; il en constate l'existence et se borne à rapporter une observation analogue, intéressante à plus d'un titre.

OBS. Une femme de 25 ans, d'une parfaite santé, au huitième mois de la grossesse, est prise tout à coup de perte de connaissance. On observe une anesthésie complète de la moitié droite du corps, avec contracture et mouvements involontaires dans le bras et la jambe de ce côté. Un mois après, accouchement naturel. Après la délivrance, la sensibilité revient dans tout le membre supérieur et dans la cuisse, ainsi que dans certains points du tronc; il y a même hypéresthésie dans les points précédemment anesthésiés. Un mois après l'accouchement, accidents de phlegmasie *alba dolens* dans le membre abdominal gauche. La strychnine, à la dose d'un centigramme pendant plusieurs jours, détermine des fourmillements, des picotements, de la contracture, surtout du côté paralysé. Continuée pendant quarante jours, elle amène la disparition de tous les accidents ci-dessus relatés.

Pour donner une idée exacte de ces faits, il faut les comparer, d'une part, à ceux où l'on rencontre des lésions matérielles du cerveau; d'autre part, aux cas analogues dans lesquels il n'y a point aussi de lésion matérielle. Quant aux premiers, dans l'apoplexie méningée l'intelligence est presque toujours altérée; dans l'apoplexie cérébrale, il y a stupeur, très-rarement la cécité et la surdité existent. L'anesthésie se lie toujours à la paralysie musculaire, quelquefois à la contracture, jamais à une motilité exagérée, comme dans le cas en question. Enfin, quand la paralysie reconnaît pour cause l'hémorrhagie cérébrale, si elle disparaît, ce n'est que lentement, par degrés, et toujours après un temps plus long.

Si nous passons maintenant en revue les principales circonstances dans lesquelles on observe les paralysies qui ne se rattachent à aucune lésion matérielle, nous trouvons: l'épilepsie, l'hystérie, la chlorose, l'éclampsie, les affections des organes génito-urinaires, les hémorrhagies intestinales, toutes affections qui ne se confondent point avec la grossesse, et qui, la plupart d'entre elles, jouissent de la propriété de prédisposer à ces sortes de paralysies, qui portent plutôt sur la sensibilité générale et spéciale que sur la motilité.

V. ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Les numéros de janvier et d'avril 1853 contiennent les mémoires originaux suivants: 1° *De l'étendue de la surface du cerveau et de ses rapports avec le développement de l'intelligence*; par M. Baillarger. 2° *Statistique des maladies mentales en Danemark*; par M. Hubertz. 3° *Rapport médico-légal sur le nommé Miller, accusé d'assassinat*; par M. Aubanel. 4° *Rapport sur l'état mental du nommé Rolland, accusé d'avoir attenté à la vie de sa femme*; par MM. Lannurien et Delannégrie. 5° *Deuxième étude sur la reconstruction projetée de l'asile public des aliénés de l'Isère*; par M. Evrat. 6° *Sur l'épilepsie*; par M. Bouchet. 7° *De la mélancolie avec stupeur*; par M. Baillarger. 8° *Des ressources que fournit l'électricité au diagnostic différentiel des paralysies*; par M. Brochin.

DE L'ÉTENDUE DE LA SURFACE DU CERVEAU ET DE SES RAPPORTS AVEC LE DÉVELOPPEMENT DE L'INTELLIGENCE; par le docteur BAILLARGER.

On enseignait encore, il n'y a qu'un petit nombre d'années, que le déplissement du cerveau pouvait s'opérer par une préparation convenable, sans grande lacération des fibres de cet organe. On se rappelle avec quel art Gall opérait ce déplissement des hémisphères du cerveau, et quelle importance il attachait à ce fait, qu'il considérait comme la plus importante de ses découvertes anatomiques. Aujourd'hui il n'est personne qui ne reconnaisse que ce prétendu déplissement du cerveau ne peut s'opérer que par une distension forcée et une déchirure considérable des fibres de la substance blanche.

On pourrait penser que ce procédé est au moins applicable à la mesure de la surface du cerveau, mais M. Baillarger fait remarquer avec juste raison que la substance cérébrale est extensible, et que les tiraillements exercés avec les doigts peuvent devenir une cause d'erreur. Aussi cet observateur propose-t-il, pour obtenir l'étendue des surfaces cérébrales, de déplisser aussi complétement que possible les hémisphères, en enlevant la substance blanche intérieure, de mouler avec du plâtre la membrane cérébrale ainsi obtenue, de mesurer ce moule avec un tissu mince, en prenant les précautions convenables.

A l'aide de cette méthode, il est arrivé aux résultats suivants: « Le cerveau de l'homme peut être déplissé presque complétement, sans tiraillements, en enlevant peu à peu la substance blanche intérieure; l'étendue de la membrane cérébrale ainsi déplissé est de 1,700 centimètres carrés; le degré de développement de l'intelligence, loin d'être en raison directe de l'étendue des surfaces cérébrales, serait plutôt en raison inverse; la surface du cerveau de l'homme, proportionnellement au volume, est beaucoup moins étendue que celle du cerveau des mammifères inférieurs. »

Les deux dernières conclusions s'éloignent tout à fait de ce que l'on sait sur la relation qui existe entre le développement de l'intelligence et le nombre et l'étendue des circonvolutions. M. Baillarger fait remarquer que, pour comparer l'étendue des surfaces, comme le faisait Desmoulins en 1822, il fallait tenir compte du volume relatif des cerveaux ou plutôt de leur poids; c'est à ce titre seulement que la comparaison est possible entre des animaux de taille bien différente, tels que l'homme et le lapin par exemple. Le cerveau de l'homme, qui pèse 180 fois plus que celui du lapin, n'a cependant que 70 fois plus d'étendue que ce dernier. Les hémisphères cérébraux du lapin ont donc deux fois et demie plus de surface que ceux de l'homme, et il en est de même de tous les petits cerveaux par rapport aux grands. Ce fait, qui paraîtra extraordinaire, et qui est du reste en contradiction formelle avec les résultats formulés par Desmoulins, est sous la dépendance d'une loi géométrique à laquelle il paraît qu'on n'avait pas songé, et que nous énoncerons en ces termes: Le volume de différents cerveaux, en les supposant sphériques et d'égale densité, ou leur poids est proportionnel au cube de leur diamètre, tandis que leur surface, en la supposant régulière, n'est proportionnelle qu'au carré du diamètre. Or les conclusions de M. Baillarger sembleraient démontrer que le plus souvent les anfractuosités de la surface cérébrale ne compensent point le désavantage

d'un excès de volume ; il faudrait pour cela des circonvolutions plus profondes et plus multipliées, ou des lames minces et superposées comme dans le cervelet.

STATISTIQUE DES MALADIES MENTALES EN DANEMARK AU 1er JUILLET 1847 ; par le docteur J.-R. HUBERTZ.

A plusieurs reprises, le gouvernement de Danemark a entrepris des recherches pour établir la statistique des maladies mentales, en 1830, 1840, 1845 et 1847. Ce sont les derniers résultats de cette enquête que M. Hubertz nous expose, et il le fait d'une manière rigoureuse et complétement scientifique. Nous n'insisterons ici que sur quelques parties de ce travail, qui se lient à des questions d'actualité. Sur 3,756 idiots et aliénés existant en Danemark en 1827, on n'a noté les complications que dans 660 cas. Le tableau statistique qui résume ces résultats donne les chiffres suivants : cécité, 32 ; surdi-mutité, 143 ; surdité, 17 ; épilepsie, 242 ; paralysie, 43, etc. On remarque que le goître, qui est très-rare en Danemark, n'a pas été mentionné comme complication.

Plus loin l'auteur étudie, à l'article *Causes*, l'influence du sol sur le développement de la maladie : il établit d'abord que le terrain fertile de l'argile à cailloux roulés, rendu plus fécond encore par des fragments détachés du calcaire et de la craie des couches qui se trouvent dans presque toutes les îles danoises et sur les côtes de l'est du Jutland, donne lieu à une population bien plus dense que les autres formations géologiques.

« Le nombre moyen est de 3,312 habitants par mille carré pour les îles, et de 1,289 pour Jutland.

» Parmi la population dense des îles, on trouve les idiots et les aliénés dans la proportion de 2 à 3 sur 1,000 ; parmi la population éparse de la formation lignite de l'ouest du Jutland, on en trouve 3 à 5 sur 1,000 habitants. On peut donc conclure que la stérilité du sol et le dispersement de la population doivent compter parmi les causes générales de la maladie. »

Dans les localités où le sol ne contient que de l'argile, et où l'humidité ne trouve pas d'issue, on trouve des proportions de malades, tantôt les plus considérables, tantôt les plus restreintes. Sur les terrains sablonneux, où l'écoulement des eaux se fait facilement et où les habitants ont toujours proportionnellement l'atmosphère sèche et chaude, on trouve partout des proportions moyennes. Deux districts doivent à cet égard fixer l'attention : ce sont l'île de Laland dans la Baltique, et l'herred de Vandfuld. L'argile domine dans le sol de ces deux arrondissements, soit à la surface, soit plus profondément ; ils se trouvent dans les mêmes conditions géologiques, et la seule différence tient à la configuration du sol entrecoupé de collines et de vallées dans le Vandfuld, et tout à fait plat dans l'île.

« C'est parmi les habitants de l'île qu'on a toujours trouvé les proportions les plus faibles d'aliénés ; elles s'élèvent rarement jusqu'à 2 pour 1,000, tandis que, dans l'arrondissement, on a constaté la proportion la plus élevée, 6 pour 1,000. » Mais, d'un autre côté, les habitants de l'île sont sujets aux fièvres intermittentes et rémittentes, inconnues dans l'arrondissement.

Les chiffres suivants expriment la proportion des idiots et des aliénés sur 1,000 habitants :

Hommes mariés, 0,48 ; célibataires, 3,76 ; veufs, 2,58 ; femmes mariées, 0,73 ; non mariées, 3,39 ; veuves, 3,1. Totaux : hommes, 2,60 ; femmes, 2,47 ; les deux sexes, 2,53.

Cette proportion peut varier suivant les pays, mais surtout suivant le degré d'exactitude et les principes adoptés pour le recensement. Les auteurs donnent les chiffres suivants :

Pour l'Angleterre, 1 1/2 ; l'Écosse, 2 ; l'Irlande, 1 ; le pays de Galles, 3.

Plus loin, l'auteur étudie l'influence de l'exposition, et il arrive à cette conclusion : que les lieux qui font face au midi sont ceux qui favorisent le moins le développement de la maladie, conclusion qu'il est important de rapprocher des résultats de la commission sarde, dont le rapport démontre que le plus grand nombre des crétins et des idiots se rencontre vers le nord ou le nord-ouest du pays ; d'après les renseignements pris par l'auteur lui-même, à Milan, on aurait trouvé le nombre le plus élevé de crétins sur le versant nord des montagnes de la Valteline.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

NOUVELLE MÉTHODE CURATIVE EXTERNE CONTRE LES NÉVRALGIES SCIATIQUES.

M. POGGIOLI lit un mémoire sur une nouvelle méthode curative externe contre les névralgies sciatiques.

L'auteur soumet au jugement de l'Académie le résultat de plusieurs années de recherches sur le traitement de la névralgie sciatique.

M. Poggioli, ayant observé que les combinaisons de substances médicamenteuses analogues donnaient de meilleurs résultats que les mêmes substances employées isolément, a cherché un médicament réunissant un certain nombre de substances sédatives combinées dans des proportions spéciales.

Voici la formule qui lui a le mieux réussi :

Extrait de belladone	5,0
Hydr. morph.	0,40
Oug. popul.	16,0

Axonge macérée dans q. s. de dat. stra.
Essence de lavande, q. s.

L'application du médicament consiste en frictions douces et prolongées.

L'auteur cite, dans ce mémoire, 10 cas de guérison de sciatique, tous remarquables par la durée antérieure de la maladie, l'insuccès des médications précédemment employées, la rapidité et la persistance du succès après l'application du médicament.

L'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes :

Le rôle que joue la douleur dans les maladies est plus important que beaucoup de pathologistes ne le pensent ; à lui seul, l'élément douleur est une cause puissante de maladie, et peut produire les accidents les plus graves. Dans beaucoup d'affections, la douleur est le symptôme prédominant, si ce n'est toute la maladie, et en la faisant cesser l'état morbide tout entier disparaît.

La médecine contemporaine, trop analytique, substitue souvent à tort les formules simples aux formules complexes. La réunion de plusieurs substances analogues donne de meilleurs résultats que leur emploi isolé et successif ; nous en avons des preuves dans les effets parfois surprenants de quelques médicaments très-composés, qui ont traversé les siècles, survivant à tous les systèmes, la thériaque, entre autres.

ABLATION TOTALE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE POUR UN CANCER DE CET OS.

M. MAISONNEUVE communique, sous ce titre, une observation qu'il résume en ces termes :

Cette opération a été exécutée en deux fois, une moitié seulement de l'os ayant d'abord été atteinte par l'affection carcinomateuse. L'ablation de la portion gauche fut pratiquée le 17 juillet 1851. L'opération dura moins de dix minutes ; la malade ayant été préalablement soumise à l'inhalation du chloroforme : M. Lebert, à qui la pièce anatomique fut confiée, y reconnut une affection cancéreuse de l'os, du genre dit cancer en aiguilles. Le microscope y démontra l'existence de nombreuses cellules spécifiques.

Aucun accident sérieux ne vint troubler la guérison, et lorsque, le 24 septembre, la malade sortit de l'hôpital, il ne restait d'autres traces de l'opération qu'une cicatrice linéaire sur le trajet des incisions. Le canal de Sténon et le nerf facial avaient été ménagés dans l'opération, de sorte qu'il n'y eut ni fistules ni paralysie, et le visage même avait conservé une régularité parfaite.

Quinze mois se passèrent sans que la guérison se démentit ; mais alors la partie conservée de l'os commença à se tuméfier, des douleurs lancinantes semblables à celles qui avaient amené la maladie du côté gauche, se manifestèrent du côté droit. L'état devint tel que la malade dut se déterminer à subir une seconde opération qui fut pratiquée le 31 octobre et consista dans l'ablation de toute la partie restante du maxillaire.

Après une pareille mutilation, dit M. Maisonneuve, il était à craindre que la langue privée de son point d'appui antérieur ne fût entraînée en arrière, que la déglutition surtout ne fût gravement compromise, et que le visage ne restât considérablement déformé. Il n'en fut rien.

Aujourd'hui dix-septième jour après l'opération, la malade est parfaitement guérie ; son visage ne présente aucune déformation. La parole est parfaitement libre et la malade peut manger facilement, non-seulement des aliments liquides, mais de la viande hachée, du pain, des œufs et toutes sortes d'aliments faciles à triturer. Cette trituration s'opère au moyen de la langue, qui presse les aliments contre la voûte palatine. (Commissaires : MM. Roux, Velpeau et Lallemand.)

TRAITEMENT D'UN ANÉVRISME DE L'ARTÈRE POPLITÉE PAR L'INJECTION DE LA SOLUTION CONCENTRÉE DE PERCHLORURE DE FER.

M. NIEPCE adresse un mémoire sur un cas d'anévrisme de l'artère poplitée traité et guéri par l'injection de la solution concentrée de perchlorure de fer, suivant le procédé de M. Pravaz.

Cette observation, dit l'auteur dans la lettre qui accompagne son mémoire, offre de l'intérêt en ce qu'elle démontre que la coagulation du sang dans les artères peut être très-utilement employée dans les anévrismes des gros vaisseaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Un nouveau modèle de lit pour recevoir les évacuations des malades.

2° Divers échantillons de remèdes secrets, et communications relatives à des modes de traitement de diverses maladies imaginés par des personnes étrangères à la science.

3° Rapports sur les épidémies suivantes qui ont régné en 1850 :

Fièvre typhoïde, par M. Haro, médecin cantonal à Pange (Moselle).
— par M. Didier, médecin cantonal à Antilly, canton de Vigy (Moselle).
— par M. Dusonil, médecin des épidémies de l'arrondissement de Melle (Deux-Sèvres).
— par M. Fromentel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Gray (Haute-Saône).
— par M. Gestin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Quimper.

Fièvre miliaire, par M. Grnizard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lons-le-Saulnier.

Rougeole, par M. Guillemin, médecin cantonal à Briey.

Lettre de M. le préfet de la Mayenne sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le collège et dans la ville de Châteaugontier.

4° Rapports sur les eaux minérales de :
Saint-Sauveur, par le docteur Fabas;
Département des Landes, par MM. Massié (Dax), Arrat-Balony (Saint-Laboner), Batbedat (Gamarde), le même (Prechacq);
Barboule (Puy-de-Dôme), par M. Choussy;
Bourbon-Lancy, par MM. Tellier et Rérolle;
Vic (Cantal), par M. Cavaroc;
Uriage, par M. le docteur Bernard;
Forges, par M. Cisseville;
Barèges, par M. Pagès;
Bains de mer de Calais, par M. Boulanger.

SONDE ÉVACUATRICE.

M. Mercier adresse une protestation contre ce qu'il appelle la nouvelle usurpation que M. Leroy-d'Étiolles vient de commettre à son préjudice dans la dernière communication qu'il a adressée à l'Académie relativement à une sonde évacuatrice. Cette sonde, d'après M. Mercier, à quelque différence de courbure près, serait la même que celle qu'il a présentée en avril 1851. (Commissaires : MM. Laugier, Ségalas, Robert et Larrey.)

PARALYSIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE GUÉRIE PAR LES ARMATURES MÉTALLIQUES.

M. Burq adresse une observation de paralysie musculaire qu'il a recueillie il y a quelques années dans le service de M. Rostan, et qui aurait été guérie par les armatures métalliques. (Commissaires : MM. J. Cloquet, Guérin, Bérard.)

TROCART EXPLORATEUR.

M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un nouveau moyen d'aspiration dans l'exploration des tumeurs. C'est une petite ampoule en caoutchouc vulcanisé fixée à un petit tube en verre, lequel s'ajuste par une petite pince métallique au trocart explorateur ordinaire, et fait le vide par une simple pression exercée avec les doigts. (Commissaires : MM. Ricord et Robert.)

DES APPAREILS POLARIMÉTRIQUES; EXPÉRIENCES SUR LA PRÉSENCE DE L'ALBUMINE DANS LE LAIT.

MM. Vernois et A. Becquerel présentent un mémoire sur les appareils polarimétriques intitulé : De la supériorité du polarimètre a extinction sur le saccharimètre de M. Soleil, et expériences nouvelles sur la présence de l'albumine dans le lait, et dont voici les conclusions :

1° Les appareils polarimétriques fondés sur la mesure directe de la déviation du plan de polarisation fournissent des résultats au moins aussi exacts que ceux des appareils fondés sur la mesure de la compensation de cette même déviation.

2° L'exactitude et le degré de précision de ces instruments sont établis sur leur bonne construction et sur la grande étendue du cercle divisé qui porte l'échelle destinée à mesurer les déviations.

3° Les instruments dans lesquels la disposition est telle que le rayon *ordinaire* est éliminé de l'appareil, tandis que le rayon *extraordinaire* traverse seul le liquide actif, pour être éteint lorsqu'il rencontre sous un angle de 90° un autre rayon extraordinaire, sont les instruments les plus commodes, et qui désormais devront être exclusivement employés dans les analyses des liquides organiques. Cette préférence est justifiée par les raisons suivantes :

a. L'extinction est plus facile à apprécier dans les instruments que l'identité des deux couleurs dans les appareils à compensation.

b. La plupart des liquides organiques transparents, vus à une certaine épaisseur, sont rouges; par conséquent on peut tout ramener à l'étude de l'extinction des rayons rouges et obtenir ainsi des résultats toujours parfaitement comparables.

4° Les appareils polarimétriques permettent d'apprécier d'une manière plus exacte que par les procédés chimiques les plus délicats et les plus parfaits, la quantité de substance active contenue dans un liquide doué d'un pouvoir rotatoire manifeste.

5° La proportion de lactine contenue dans le sérum du lait ne peut être appréciée d'une manière exacte que par ces mêmes appareils.

6° Le lait de femme contient quelquefois une quantité d'albumine très-faible; mais dans le plus grand nombre de cas, il n'en contient aucune trace. C'est ce qui a lieu principalement pour son sérum, quand la coagulation a été obtenue en chauffant jusqu'à l'ébullition, comme dans toutes nos analyses. Il n'y a donc pas lieu d'admettre que pour l'étude de ce lait, étude à laquelle notre travail est surtout consacré, la présence de ce principe immédiat puisse altérer les résultats de la détermination de la proportion de lactine accusés dans le sérum par le polarimètre.

7° Le lait de vache contient une proportion très-faible d'albumine qui diminue d'autant la quantité de sucre contenue dans ce liquide, lorsqu'on l'apprécie au polarimètre. Obtenu par la coagulation lente du lait, le sérum contient en moyenne 3 gr. 67 c. d'albumine sur 1,000 gr. de sérum. Par la coagulation rapide (et c'est ainsi que nous avons toujours opéré), cette quantité n'est plus que de 2 gr. 54 c., c'est donc ce chiffre 2 gr. 54 c. que nous pensons qu'on peut à la rigueur négliger pour les raisons susrelatées :

« *a.* Cette quantité d'albumine est souvent très-faible et parfois nulle.

» *b.* La quantité d'albumine est très-variable et ne peut être rattachée à aucune loi positive. »

Enfin, si l'on veut que le sérum en soit tout à fait débarrassé, il y a pour cela un moyen très-simple : il consiste à faire bouillir *pendant une minute* le sérum du lait, et à le filtrer avant de l'examiner au polarimètre. Alors ce liquide ne contient plus de trace sensible d'albumine douée du pouvoir rotatoire, mais l'ébullition ainsi prolongée augmente les quantités proportionnelles de sucre contenues dans le sérum.

SURDI-MUTITÉ.

M. Guéneau de Mussy adresse, au sujet du rapport lu dans la dernière séance par M. Piorry, la lettre suivante, datée du 26 avril :

Monsieur le président,

J'ai appris hier que le rapport de la commission chargée d'examiner les procédés du docteur Blanchet pour le traitement de la surdi-mutité avait été lu mardi dernier, et que, dans la discussion qui a suivi, un membre avait exprimé le regret que je ne fusse pas présent pour communiquer à la compagnie les observations que j'avais faites à la dernière réunion de la commission, observations qui avaient eu l'assentiment de mes collègues, et dont je croyais que notre honorable rapporteur voudrait bien tenir compte. L'indisposition qui m'avait privé d'assister à la dernière séance, me retenant encore chez moi, j'ai l'honneur de vous transmettre par écrit ce que j'aurais dit si j'eusse été présent, en vous priant de vouloir bien en faire part à la compagnie.

En entendant la lecture de ce rapport, je fus frappé de ce que, en rappelant les tentatives faites par Itard pour réveiller le sens auditif chez quelques-uns des enfants confiés à ses soins médicaux, il n'avait pas fait connaître les résultats auxquels il était parvenu; omission doublement regrettable, puisque ces résultats appartiennent à un collègue dont la mémoire nous est chère, qui a bien mérité et des sourds-muets et de l'Académie, et que de plus ils ont été constatés par l'Académie qui, à cette occasion, a déjà répondu à la plus importante des questions qui lui sont de nouveau adressées par le ministre.

Voici les faits, qui se sont en partie passés sous mes yeux.

Aussitôt qu'Itard fut nommé médecin de l'institution des sourds-muets, en 1799, il s'appliqua à rechercher si l'infirmité qui tenait ces infortunés séquestrés de la société était également incurable chez tous; il reconnut d'abord que la surdité n'était complète que dans un très-petit nombre, que chez les autres elle existait à des degrés très-différents, et que parmi ceux-ci il y en avait quelques-uns dont l'audition s'améliorait assez rapidement, en l'excitant méthodiquement par l'action des corps sonores. Cette observation lui fournit la base d'une éducation physiologique, appliquée au développement des organes de l'ouïe et de la parole; elle fut le point de départ des essais qu'il tenta dès lors sur quelques élèves choisis. Deux heures par jour pendant trois ans furent consacrés à cette expérience dont le résultat combla ses vœux. Six enfants reçus sourds-muets à l'institution, trois surtout, furent rendus à leurs familles entendant et parlant, et présentés comme tels à la Société de la Faculté de médecine, qui consigna ce résultat dans un de ses Bulletins (1808, n° 5).

Encouragé par ce succès, Itard poursuivait ses essais; il perfectionnait ses procédés; tous les ans, il soumettait les élèves nouvellement admis à un examen attentif, pour reconnaître ceux qui seraient susceptibles d'être tirés de la classe des sourds; il adressait au conseil d'administration dont j'étais membre, une suite de rapports où en exposant les travaux, il lui soumettait des propositions tendant à régulariser ces essais, et insistait sur la nécessité de former une classe spéciale où les demi-sourds recevraient une éducation dirigée d'après les principes qu'il exposait.

Témoin des résultats obtenus par Itard, et en appréciant l'importance, le conseil n'hésita pas à demander au ministre les fonds nécessaires pour l'établissement de la classe demandée.

L'Académie de médecine, consultée par le ministre à l'occasion de cette demande, *sur le degré de confiance que pouvaient inspirer les résultats annoncés par le docteur Itard*, nomma, pour suivre les travaux de ce praticien, et lui en rendre compte, une commission de sept membres (Antoine Dubois, Coutanceau, Adelon, Guéneau de Mussy, Roux, Pariset et Husson).

Cette commission, après avoir suivi longtemps les travaux d'Itard, constate les résultats qu'il obtenait, fit, par l'organe de notre regrettable collègue M. Husson, un rapport que l'Académie adopta le 6 mai 1828, et qui a été, par son ordre, inséré dans le second volume de ses mémoires.

La commission regarde comme démontré qu'au moyen de l'éducation spéciale du sens auditif pratiquée par Itard, on pourrait mettre au dixième ou au douzième des élèves admis comme sourds-muets en état, à leur sortie de l'institution, de communiquer par la parole avec leurs familles.

Elle reconnaît la nécessité de la classe spéciale demandée par Itard et par le conseil d'administration, destinée à ces demi-sourds.

Vers la même époque, le docteur Deleau s'appliquait aussi à améliorer le sort des sourds-muets et à développer le sens auditif chez ceux qui en étaient susceptibles. Il parvenait ainsi à rendre assez d'audition à plusieurs sourds-muets pour les mettre en état de communiquer par la parole.

Ces résultats ont été constatés :

Par quatre rapports faits à l'Académie des sciences et adoptés par elle les 19 décembre 1822, 13 juin 1825, 23 octobre 1826 et 7 décembre 1829 ;

Par les procès-verbaux des séances qui ont eu lieu à l'hospice des Orphelins, les 16 janvier 1828, 29 juin 1829, 7 mai 1831, lesquels sont signés par les administrateurs et par les docteurs Baffos et Capeler, médecins de cet hospice.

Tels sont les faits que je ne fais qu'indiquer, et qui, à ce qu'il me semble, devaient être pris en considération pour apprécier ce que le docteur Blanchet a pu y ajouter.

Depuis vingt-cinq ans, la voie était ouverte et toute tracée. Le docteur Blanchet y est entré et y a marché avec un zèle et une constance dignes d'éloges; il n'y a pas apporté une méthode nouvelle, des principes nouveaux, comme il paraît le croire. Ce qui lui appartient, c'est d'avoir mis en usage des instruments au moyen desquels il gradue d'une manière plus exacte qu'on ne l'avait fait avant lui, l'excitation portée sur le sens auditif, et mesure avec plus de précision les progrès de l'audition chez les élèves soumis à ses procédés. On ne peut mettre en doute qu'à l'aide de ces moyens perfectionnés et de sa persévérance, il ne parvienne à égaler les résultats qui ont été obtenus par ses devanciers.

Il est à remarquer qu'il n'a pas été conduit à assigner, pour le nombre des élèves susceptibles d'être instruits par l'ouïe, une autre proportion que celle qui a été invoquée par Itard et vérifiée par l'Académie.

Recevez, etc.

M. Deleau rappelle, à l'occasion du même rapport, que depuis trente ans il s'occupe de ces sortes de travaux.

M. Deleau transmet plusieurs ouvrages : l'un, qu'il désigne sous le n° 1, dans lequel il traite de l'état de l'oreille chez les sourds-muets, et dans lequel il démontre qu'il est facile d'explorer cet organe, même dès le bas âge.

A cet ouvrage est jointe une observation manuscrite d'un jeune sourd-muet de l'institution de Paris qui lui a été confié par M. le ministre de la guerre.

Dans une seconde pièce, M. Deleau démontre qu'en deux jours il a établi le diagnostic des causes de surdi-mutité chez soixante enfants plus ou moins âgés.

Dans un autre ouvrage intitulé : Nouvelles recherches physiologiques sur les éléments de la parole qui composent la langue française, et sur leur application à la nouvelle dactylologie pour l'éducation des sourds-muets, M. Deleau cite le nom de plusieurs de ses élèves, et notamment Benjamin Dubois, sourd-muet, qui a fondé une institution renfermant quarante élèves, qui parlent tous comme leur maître.

M. Deleau propose, en terminant, qu'on choisisse dix à douze sourds-muets de l'âge de 4 à 8 ans, à peu près aussi sourds les uns que les autres, et que le sort les confie aux médecins qui se proposeront de traiter l'organe de l'ouïe et de leur inculquer la parole. Après huit jours d'examen, les médecins qui entreront en lice feront un rapport sur l'état physiologique et pathologique de l'oreille moyenne des enfants qui leur auront été confiés. Une année après, on constatera leurs progrès dans l'art de parler.

La suite de la discussion sur le rapport de M. Piorry est reprise à l'occasion de ces deux lettres, dont lecture a été donnée par M. le secrétaire perpétuel.

La parole est à M. Piorry.

M. Piorry regrette que l'absence de M. Gueneau de Mussy ne lui ait pas permis d'entendre la lecture complète du rapport; il exprime le même regret à l'égard de M. Deleau, auquel il se plaît à rendre publiquement hommage pour ses belles recherches sur ce sujet. Si ces deux honorables médecins avaient entendu son rapport, ils n'auraient point reproché au rapporteur de n'avoir pas tenu compte des travaux antérieurs. M. Piorry donne lecture d'un passage de son rapport, qui prouve en effet que les travaux d'Itard et les belles recherches de M. Deleau y ont été rappelés. Il résulte d'un parallèle qu'établit ici M. Piorry entre la méthode de M. Blanchet et celle de M. Deleau, que ces deux médecins ont cherché à atteindre le même but, mais par des moyens différents. Ce qui différencie la méthode de M. Blanchet de celle de M. Deleau, et ce qui la caractérise particulièrement, c'est de procéder par une gymnastique vocale qui consiste à faire passer les sujets des sons graves aux sons moins graves et aux sons aigus graduellement, et d'avoir apporté une plus grande précision dans l'appréciation des vibrations sonores auxquelles les sourds-muets sont sensibles à l'aide de l'acoumètre.

M. Bonnafont commence par faire remarquer les difficultés que présente la solution de la question pendante devant l'Académie. La surdi-mutité, suivant lui, est une infirmité complexe qui n'intéresse pas seulement les organes de l'appareil de l'ouïe et de la parole; il y a aussi au-dessus de ces appareils un organe qui les domine tous et qui est trop souvent le point de départ de cette infirmité. Toutes les personnes qui ont vu et observé de près les sourds-muets de naissance ont pu constater que cette infirmité se trouve assez souvent liée à un état plus ou moins marqué de débilité dans les organes du cerveau. L'apathie des facultés intellectuelles qui résulte alors de cette dernière circonstance ne saurait être confondue avec les effets propres à la surdité et au mutisme.

La distinction de la surdi-mutité en deux genres, l'une innée, l'autre qui est la conséquence d'une maladie accidentelle survenue après la naissance, lui paraît d'une haute importance, la première se compliquant presque toujours d'un affaiblissement des facultés intellectuelles et restant rebelle à tous les moyens curatifs, tandis que la seconde, bien qu'elle paraisse aussi grave que l'autre, peut n'avoir pour cause que la paralysie plus ou moins complète des nerfs labyrinthiques, ou toute autre affection de l'appareil de l'ouïe.

Cette distinction faite des surdi-mutités innées et accidentelles, reste à établir des catégories entre ces derniers individus, afin de juger ceux qui devront être rebelles à toute médication et ceux qui, moins affectés, pourront offrir quelques chances d'amélioration.

Aux cinq classes établies par Itard, M. Bonnafont propose de substituer la division en trois classes. Le moyen qu'il a employé pour opérer ce classement consiste dans l'application du diapason, comme fait M. Blanchet; seulement il croit devoir réclamer la priorité de l'emploi de cet instrument pour apprécier les divers degrés de sensibilité du nerf acoustique en l'apposant sur les régions du crâne voisines de l'oreille.

Voici comment M. Bonnafont croit qu'on devrait procéder pour faire un classement des sourds-muets.

Nous les soumettrions tous d'abord, dit-il, indistinctement à l'action du diapason appliqué sur le crâne ou à la partie supérieure du sternum, et bientôt nous verrions les sujets expérimentés se diviser en trois catégories bien tranchées :

1° Celle formée des individus qui ne peuvent entendre d'aucune manière;

2° Celle représentée par les sourds qui perçoivent le son du diapason appliqué seulement et non à distance;

3° Celle comprenant les individus, probablement en petit nombre, qui entendront le diapason appliqué sur le crâne et à une certaine distance de l'oreille.

Ces catégories bien établies, tous les sujets devront-ils être soumis au même mode d'instruction? Non, sans doute, et c'est ici que le système que je propose peut recevoir d'heureuses applications. Ainsi, les sourds de la première catégorie qui n'auraient rien entendu, je les considérerais comme rebelles à tout traitement chirurgical, et je les livrerais immédiatement à l'étude du langage mimique.

Pour ceux de la deuxième catégorie qui auraient été sensibles à l'application du diapason, je voudrais qu'on les mît en communication avec un instrument plus complet, le piano, par exemple, ou tout autre, à l'aide d'un appareil qui transmettrait les sons aux parties les plus propres à les recevoir. Il me semble qu'en donnant une valeur convenue à chaque son, il serait possible d'apprendre par cette voie bien des choses à l'élève.

Pendant qu'il serait soumis à ces épreuves, il va sans dire que l'on ne devrait pas négliger le traitement chirurgical, consistant dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache, dans sa dilatation au moyen de petites bougies, dans les insufflations, plus ou moins excitantes ou balsamiques, dans l'oreille moyenne, et enfin dans l'emploi de l'électricité selon le mode que j'ai indiqué dans le cours de ce travail.

Ce traitement devra durer de quatre à six mois, et si après ce temps aucun résultat n'a été obtenu, il faudra y renoncer et renvoyer l'élève à la classe de mimique, où il restera cependant soumis encore aux exercices de la transmission des sons.

Quant aux sourds-muets de la troisième catégorie, qui entendent le diapason à une distance quelconque de l'oreille, il ne peut y avoir aucune hésitation dans le choix du mode d'instruction qu'on devra leur appliquer.

M. Piorry n'a rien à répondre à M. Bonnafont, avec lequel il se trouve d'accord sur presque tous les points, si ce n'est qu'au sujet de l'usage du diapason, dont M. Bonnafont revendique la priorité, il y a une différence dans la manière d'en faire usage, qui lui paraît tout à l'avantage de M. Blanchet. M. Piorry met sous les yeux de l'Académie le diapason et l'acoumètre dont se sert M. Blanchet, et cherche à en démontrer les avantages.

M. Ferrus, en reprenant la parole sur cette question grave et peu connue, déclare tout d'abord mettre M. Blanchet hors de cause. C'est sur le fait même de la question et sur la manière dont la commission paraît l'avoir comprise qu'il désire faire quelques observations.

On se proposé un double but dans l'éducation ou le traitement des sourds-muets; ou plutôt il y a deux manières d'envisager cette question. Il y a à considérer les moyens médicaux et l'enseignement ou l'éducation proprement dite. Le ministre, en s'adressant à l'Académie, n'a pas seulement eu en vue de s'informer du mode d'éducation des sourds-muets, il a désiré évidemment être fixé sur l'ensemble des moyens employés pour leur traitement, savoir ce qu'on fait pour eux au point de vue médical. Or, dans le rapport, je ne vois rien qui ait trait à cela. D'après l'analyse des moyens employés par M. Blanchet, ce médecin ne serait qu'un éducateur ordinaire. Si je voulais faire l'historique de la question, je dirais qu'il y a longtemps qu'on s'est occupé de l'éducation des sourds-muets par la parole; le sort des sourds-muets a été amélioré par Itard, il l'avait été avant lui par l'abbé Sicard et l'abbé de l'Épée; l'éducation par la parole est en usage aujourd'hui dans plusieurs établissements. M. Blanchet a-t-il été plus loin que ses devanciers à cet égard? J'ai vu plusieurs élèves formés par la méthode de l'articulation, et en comparant les résultats que j'ai pu constater avec ceux qu'a obtenus M. Blanchet sur un de ses élèves, je n'ai point trouvé, je l'avoue, que M. Blanchet ait fait mieux qu'on n'avait fait avant lui. Mais j'ai dit que je mettais M. Blanchet hors de cause; j'en reviens donc à la commission.

La commission, en louant les efforts de M. Blanchet et les résultats qu'il a obtenus, n'a pas assez nettement indiqué la différence qu'il y a entre le système d'articulation de ce médecin et les autres systèmes. Il me semble qu'on n'est pas encore parvenu à fixer les meilleures conditions de ce genre d'éducation; la commission, enfin, n'a pas assez tenu compte, à mon avis, des différences relatives au degré d'intelligence; on n'a appliqué, à ce qu'il m'a paru,

ce genre d'éducation qu'aux individus les plus intelligents, mais sans tenir compte, à degré égal de surdité, de l'influence du degré d'intelligence sur les résultats.

Pour apprécier à sa véritable valeur le mode d'enseignement dont il s'agit, il aurait fallu le comparer avec l'éducation par les signes et par l'écriture. Si le nombre de ceux qui arrivent à un résultat satisfaisant par l'étude des signes et de l'écriture est plus grand que celui des sujets élevés par l'articulation, et l'on n'en saurait douter, c'est au moyen qui réussit sur le plus grand nombre qu'il faut donner la préférence.

Ainsi la question, comme on le voit, repose sur une distinction qui n'a pas été faite. On n'est pas fixé sur le nombre des individus susceptibles d'être élevés par tel ou tel moyen, préférablement à tel autre, et là est le nœud de la question. On voit donc de quelle utilité il serait, avant tout, de faire une classification, dont la base la plus importante serait l'appréciation du degré d'intelligence.

Sur la question de la séparation des sourds-muets suivant le mode différent d'éducation auquel ils sont soumis, M. Ferrus n'est pas non plus de l'avis de M. Piorry. Il ne croit pas à l'utilité de séparer les sourds parlants des sourds-muets complets.

En résumé, M. Ferrus trouve qu'il y a une lacune dans le rapport, qu'on n'y a point suffisamment traité la question médicale à côté de la question pédagogique, deux ordres de moyens qui s'entr'aident et qu'on ne peut séparer, et il conclut en proposant :

1° D'ajouter au rapport de la commission sur la surdi-mutité le caractère médical qui lui manque, les moyens thérapeutiques employés par M. Blanchet n'y étant pas même indiqués;

2° De modifier les conclusions qui, dans le but d'isoler complétement les élèves éduqués par la parole, tendraient à transformer brusquement l'organisation actuelle de l'institution;

3° De mettre à profit la latitude que le ministre laisse à l'Académie; ne lui adresser, quant à présent, qu'un rapport provisoire; retenir la question relative au traitement médical, tout en indiquant, d'après des données anatomiques et physiologiques, la voie la plus convenable pour conduire et perfectionner, chez les sourds-muets, l'enseignement de la parole.

M. Piorry: La commission n'a pas voulu exclure la mimique; elle a été frappée de ce que l'éducation des sourds-muets a été confiée jusqu'ici à des sourds-muets; ce n'est pas à coup sûr le moyen de leur apprendre à parler, et elle s'est efforcée de faire ressortir les avantages de l'enseignement de l'articulation. Tel est le but des conclusions dans lesquelles la commission persiste.

M. Cazeaux lit une pièce qui vient, dit-il, de lui être remise à l'instant. C'est une lettre écrite par le professeur d'articulation de l'Institution des sourds-muets de Paris, M. Volquin, lequel nie que M. Blanchet ait jamais pu parvenir à faire parler un sourd-muet de naissance, et lui porte le défi d'y parvenir jamais.

M. le Président fait remarquer ce qu'il y a d'insolite et de contraire aux usages académiques à faire intervenir ainsi dans la discussion une personne étrangère à l'Académie. Il n'eût pas laissé M. Cazeaux faire cette communication, s'il en eût été prévenu.

MM. J. Guérin et Bégin demandent la parole. L'heure étant trop avancée, la suite de la discussion est remise à la séance prochaine.

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DES RAPPORTS CONJUGAUX CONSIDÉRÉS SOUS LE TRIPLE POINT DE VUE DE LA POPULATION, DE LA SANTÉ ET DE LA MORALE PUBLIQUE; par M. Alex. Mayer. 2e édition revue et augmentée. — Un in-8° de 271 pages. Paris 1851, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Le sujet auquel M. Mayer a voué sa plume de déontologiste, se recommande à la fois au médecin par son importance et par ses difficultés. Il ne concerne rien moins que la législation de l'exercice des fonctions génitales, celles qui, habituées à se subordonner toutes les autres, subissent le moins volontiers le contrôle de la raison et ont jusqu'ici tenu en échec les prescriptions de la morale et des codes. C'est en médecine que M. Mayer déclare les aborder, et nous l'approuvons fort en ceci, car l'intérêt personnel est, des divers mobiles mis en jeu dans ce but, celui auquel, par expérience, nous sommes accoutumés à reconnaître le plus de valeur contre les égarements de la tête et des sens. Voyons donc comment il a su utiliser un si puissant levier pour opérer sous ce rapport un changement dans l'état de choses actuel, que tant de gens acceptent et pratiquent comme le meilleur.

M. Mayer pose carrément la question. La population va en croissant. C'est un mal; car plus l'espèce humaine multiplie au delà de certaines proportions, et plus les individus auront à souffrir des privations et de la misère. A la vérité les épidémies, les famines, les guerres, se chargent assez périodiquement de remédier à ce trop-plein. Mais outre que ce n'est point là une solution, au point de vue philosophique, satisfaisante, elle a encore le tort de n'arriver que trop tard, c'est-à-dire après que les maux auxquels elle doit remédier ont eu le temps de se faire sentir. Il faut donc prévenir au lieu de guérir; et la recette toute naturelle est celle-ci : célibataires, abstenez-vous; époux, modérez-vous.

Mais quoi ! va se récrier un confrère, la nature qui nous donne le désir, n'a-t-elle pas par cela même voulu l'acte qui le satisfait ? Et n'allez-vous pas contre ses vues en cherchant à dompter un besoin qui, tout aussi bien que celui de la faim, est l'indice d'un but légitime à accomplir ? La réponse de M. Mayer à cette objection n'est pas sans force. L'homme, dit-il, est soumis à deux impulsions bien distinctes; l'une, qui lui est commune avec l'animal, le sollicite effectivement à contenter ses appétits charnels; mais l'autre, qu'il a exclusivement et en propre, soumet la première à sa juridiction. Ainsi il est des circonstances où le sacrifice de la vie devient un devoir, et où celui qui l'accomplit passe à l'immortalité sous le nom de martyr ou de héros.

Or, puisqu'il est permis et même ordonné dans quelques cas à la nature humaine de faire taire l'instinct de la conservation, on conviendra que l'instinct de la propagation, qui n'est certes pas aussi despotique, et qui ne peut avoir d'objet qu'autant que l'autre conserve son empire, ne court pas plus de risque à être contrôlé par l'intelligence. Nous n'avons qu'une observation à présenter contre cette loi, ou plutôt contre son application : c'est que des principes semblables, excellents à l'usage des héros, ne sont pas à la mesure de l'humanité vulgaire, et que la société, d'ailleurs, ne bénéficierait assurément pas davantage à voir augmenter indéfiniment le nombre des *vierges* que celui des *martyrs*.

« Étant admis ce principe, continue l'auteur, que les lois qui président à la propagation de l'espèce humaine doivent être dominées, et qu'il appartient à l'homme d'appliquer ses facultés intellectuelles à la direction de ces lois, » il reste à examiner les moyens capables de limiter l'extension de la population. Ces moyens sont de deux ordres, destructifs et préventifs. Nous ne nous arrêterons pas plus que M. Mayer à discuter l'opportunité des premiers. Quel systématique oserait aujourd'hui proposer, à l'exemple des peuplades barbares, de tuer le fœtus ou l'enfant venu au monde, parce qu'il n'y a plus de place pour lui entre ses frères déjà nés ?

Quant aux moyens préventifs, il en est trois que l'auteur passe successivement en revue : d'abord, la *contrainte morale*, ou en d'autres termes la continence absolue hors l'état de mariage. Il l'approuve hautement et la recommande avec insistance, mais, abstraction faite du point de vue moral, sur lequel nous ne pouvons que partager ses idées, et pour ne traiter, comme lui, la question qu'en médecin, il nous semble difficile de n'être pas frappé de l'habileté, mais aussi du peu de solidité des arguments qu'il a réunis pour étayer sa thèse. « Pour soutenir, dit-il d'abord, que la contrainte morale est une cause de perturbation dans la santé, il faudrait admettre que les rapprochements sexuels sont de rigueur dès l'époque de la puberté, et que les besoins vénériens doivent être satisfaits dès l'instant qu'ils se révèlent. » En de pareils termes, évidemment la question est, avec intention, présentée sous un faux jour. Sans prétendre qu'il y ait *urgence* de satisfaire ces besoins *dès l'instant* qu'ils se manifestent, ne peut-on croire qu'il y aurait inconvénient à trop retarder, péril à n'y jamais donner satisfaction? « Il faudrait condamner nos lois civiles qui ne permettent le mariage qu'à dix-huit ans pour l'homme et à quinze ans pour la femme. » La conséquence n'est point forcée, car c'est là une sage et bien peu gênante limite. « Il faudrait, à plus forte raison, protester au nom de la science contre le célibat religieux qui s'étend à toute la durée de la vie. » Et pensez-vous donc, monsieur Mayer, que la science ait reculé devant une semblable tâche, qu'elle n'ait pas déjà cherché à éclairer la législation sur les dangers possibles d'une situation aussi antipathique à la nature ?

Serrant davantage son sujet, M. Mayer veut prouver positivement que le commerce des sexes ne constitue pas un besoin qui ne puisse être réprimé sans péril. Ainsi qu'il le remarque, la sécrétion spermatique dépend en très-grande partie, pour son activité, de l'influence cérébrale. L'homme qui caresse des idées lubriques ou qui se plaît à la contemplation d'images capables de surexciter le sens génital, sécrétera de la liqueur séminale en grande quantité. Au contraire, celui dont l'esprit sera tendu vers des objets sérieux, qui concentrera ses facultés intellectuelles sur des études abstraites, fournira dans un temps donné une quantité de sperme bien moins considérable que le premier. Eh bien! dans le premier cas, il y aura des pollutions noc-

turnes, diurnes même, fréquentes et multipliées. Dans le second, le besoin des rapports sexuels, faiblement senti, sera surabondamment rempli par des pollutions rares et à long intervalle. Voilà l'argument de M. Mayer.

Il est loin, nous le déclarons, de nous paraître irrésistible. Le dilemme ainsi employé a le tort grave, sous une apparence de précision, de ne tenir compte que des extrêmes. Il semble au premier abord tout comprendre, puisqu'il embrasse les deux termes les plus distants du problème. Mais entre les habitués de lupanars et les mathématiciens, ne s'agite-t-il donc pas toute une population saine, robuste, célibataire, en forte majorité, ne provoquant point les désirs sexuels, mais que ces désirs viennent d'eux-mêmes, de temps en temps provoquer ? A cette foule, quels remèdes donnerez-vous ? Nous regrettons d'avoir à le dire; mais puisque M. Mayer a répondu à cette question, il nous faut bien reproduire sa réponse. Ces remèdes consistent, dit-il, « dans la diversion que l'homme imprime à ses penchants, en s'adonnant à des travaux manuels ou à la culture des sciences et dans la privation qu'il s'impose, alors que les exigences sensuelles deviennent particulièrement pressantes, de tout ce qui tendrait à augmenter le ton des organes ou l'excitabilité du système nerveux, comme le régime animal, les condiments, les boissons alcooliques, le café. On évite le décubitus dorsal, le long séjour au lit, et surtout un coucher trop moelleux. Enfin l'usage des bains tièdes et les rafraîchissants de toutes sortes rendront comme adjuvants des services incontestables. » Sans être ni phalanstérien ni socialiste, ne peut-on pas aspirer pour ses semblables à quelque chose d'un peu plus sortable ? Et serait-ce donc le dernier mot de la science qui se propose notre bonheur pour but, que de condamner indistinctement tous les hommes à cultiver les sciences ou le nénuphar ? Oh ! que l'auteur nous semble mieux inspiré lorsqu'il écrit ailleurs, oubliant une utopie qui ne pouvait, effectivement, s'enraciner que dans le cerveau d'un homme aussi assidûment voué que notre savant confrère aux travaux absorbants de l'intelligence : « Toute fonction a sa raison d'activité. La nature n'a rien créé sans but. Un organe sans emploi, une fonction sans utilité, sont des choses qui répugnent à l'esprit. »

Dans l'état de mariage même, la liberté illimitée n'est pas davantage selon les vues de l'honorable auteur. Il intervient ici encore pour limiter les rapports conjugaux à la production d'un certain nombre d'enfants, et pour proscrire sortent les artifices qui transforment le coït, source de paternité, en une simple occasion de plaisir. Nous sommes fort à l'aise, la question ne s'élevant qu'au point de vue médical, pour discuter les raisons qu'il invoque; et nous hésiterons d'autant moins à le faire, que ces raisons nous semblent plus spécieuses que solides.

La copulation incomplète, d'après M. Mayer, est pour l'un et l'autre sexe une cause de maladie. Chez l'homme, quand la fonction a été interrompue par un calcul préalable, elle s'accompagne d'abattement et de fatigue et d'une teinte particulière de tristesse. Il cite à ce sujet l'observation d'un ouvrier. Père déjà de six enfants, il voulait ne plus augmenter sa famille, et prenait en conséquence toutes les précautions propres à remplir son but. Cette manœuvre durait depuis six mois à peine et l'individu maigrissait, avait des éblouissements et un tremblement nerveux. M. Mayer lui ordonna la continence qui, régulièrement observée, mit fin à ces accidents. « Qu'il nous soit permis, dit-il en terminant, de voir dans ce fait autre chose qu'une coïncidence fortuite, et de lui attribuer quelque valeur malgré son isolement. » Assurément le fait prouve quelque chose, mais quoi? Tout simplement, selon nous, que cet homme, retenu jusque-là par la crainte d'avoir trop d'enfants, et rassuré depuis six mois par la précaution qu'il employait, s'était durant ce laps de temps abandonné trop ardemment pour sa santé à l'instinct génésique. En un mot, c'est du coït excessif et non du coït anormal qu'il démontre les dangers.

Quant à la femme, il y aurait, selon M. Mayer, pour elle, dans ces manœuvres, une influence non moins désastreuse. Mais son assertion, sur ce point, manque également des preuves nécessaires. « Un grand nombre de névroses générales, dit-il, nous paraissent ne pas reconnaître une autre cause. » Il lui rapporte également l'hystérie et les dégénérescences de matrice. Mais si l'on cherche à savoir sur quelles bases s'appuie sa conviction à cet égard, on reconnaît que de simples affirmations tiennent lieu de démonstration. « Ceci est passé chez nous à l'état de vérité incontestable. Nous n'hésitons pas à placer ces artifices au premier rang des causes morbides. M. le professeur Villars nous dit qu'il partage complétement cette opinion, qui nous démontre qu'il n'y a pas dans le sperme quelque propriété spéciale qui fait de sa projection sur le col une condition indispensable à l'innocuité du coït ? » Voilà les seules formules à son usage : Avons-nous besoin de faire remarquer leur radicale insuffisance à établir une vérité selon la rigueur obligatoire des procédés scientifiques usuels ?

Si, du moins, une explication rationnelle nous donnait la raison claire et intelligible de cette nocuité qu'on attribue au coït hors lieu ? Mais ici encore la théorie reste au-dessous de ce que la raison a le droit d'exiger d'elle avant de se rendre à ses suggestions. Des motifs puisés dans les notions physiologiques ne sont rien moins que conformes à ce que l'expérience nous enseigne; ils le sont tellement peu que, entre les deux auteurs qui ont cherché à faire comprendre l'influence pernicieuse de cette pratique, il n'y a que désaccord, l'un, M. Mayer, professant que le contact du sperme sur le col est nécessaire pour apaiser l'orgasme vénérien, pour calmer les convulsions de la volupté, tandis que l'autre, l'honorable et ingénieux M. Devay (1), estime que l'*onanisme conjugal* est préjudiciable, en provoquant des désirs qui ne sont points satisfaits. Ainsi le même acte, dans une doctrine, nuit parce qu'il laisse goûter la volupté sans apaisement; dans l'autre, parce qu'il met obstacle à ce qu'elle se produise intégralement. Jugez par cette confrontation de deux écrivains estimables de la réalité de la cause dont ils expliquent si différemment le mécanisme ! Répétons, en terminant cette discussion délicate, que nous l'avons entreprise au point de vue exclusivement médical, repoussant, comme plus nuisibles qu'utiles à la cause qu'elles prétendent servir, les considérations dictées par le désir de transformer en règle d'hygiène des privations fort méritoires assurément sous un autre rapport, mais que le médecin ne peut conseiller à appeler d'un autre nom que de celui de pénitences ou mortifications volontaires.

Réduits déjà au plus strict nécessaire par la promulgation de la loi précédente, les époux auront encore fort à faire pour se mettre en règle avec l'auteur; car on comprend bien qu'ils iraient droit contre son but s'ils se dédommageaient de la contrainte qu'il leur impose par le coït fécondant répété selon leurs besoins instinctifs. Celui-là même, d'après lui, doit être espacé, modéré en vertu de certaines considérations d'économie sociale, sanctionnées par la religion; car il faut avant tout, dit-il, que « l'homme ne mette au monde que des enfants qui *peuvent* être heureux. » Cela est fort bien, et nous l'entendons ainsi nous-même; seulement la question ne doit point être limitée à la famille, car la discussion circonscrite à ces termes aboutirait à une défense impérieuse d'engendrer plus d'une ou deux fois, faite aux trois quarts de la population actuelle. Or, comme chaque ménage ne peut pas, à tout instant, connaître le nombre d'enfants que les subsistances du pays permettent d'élever, nous proposerions de publier, au moins mensuellement, un état comparatif des ressources de la province et du mouvement des naissances, tableau sur le vu duquel chaque particulier saurait s'il peut, en conscience, augmenter d'un nouveau citoyen les charges de l'État ! Nous confions au zèle de notre confrère la défense de cette innovation.

Indépendamment de cette solution, M. Mayer propose d'autres moyens; et à ceux-là nous applaudissons de grand cœur, parce qu'ils ne violentent point la nature, et tendent directement à augmenter la somme de bien-être de tous. On a remarqué que les gens absolument privés de fortune procréent considérablement; et cela se conçoit : n'ayant que cette seule diversion à leurs maux, ils en usent d'autant plus librement que le sort malheureux de leur famille ne sera point aggravé par son nombre. Comme ils n'ont rien à leur donner, six enfants seront tout aussi riches que deux. En second lieu, il est également d'observation que la fécondité chez la femme, en d'autres termes que l'aptitude à concevoir est d'autant plus faible que cette femme a plus d'embonpoint et moins à subir de privations. Développant avec force et talent ce double point de vue, M. Mayer en tire la légitime et philanthropique conséquence que pour arrêter la progression trop rapide de la population, il faudrait placer les individus dans des conditions d'aisance et de santé telles que leur désir et leur faculté de procréer y trouvassent des obstacles naturels. C'est là, selon nous, le vrai, le seul remède. Pour être insuffisant, il n'en mérite pas moins d'attention de la part de ceux que le fabuliste a appelés *les médecins des peuples* : car il a, comme tout médicament héroïque, la précieuse propriété de remplir plus d'une indication.

Après cette analyse, où nous regrettons de n'avoir pu exprimer l'estime sincère que nous ont inspirée les généreuses tendances et le beau talent de l'auteur, il serait trop long d'examiner l'*étude psycho-physiologique sur la femme*, dont il a fait suivre l'exposé de son sujet principal. Elle contient cependant d'intéressants développements dont nous espérons bien que nos lecteurs, comme tout ami du vrai, sauront faire leur profit.

P. DIDAY.

(1) HYGIÈNE DES FAMILLES, t. II, p. 77.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Aubanel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Richond des Brus est nommé médecin-inspecteur des eaux de Néris, en remplacement de M. le docteur Sébille, qui passe à l'inspection des eaux de Plombières.

— M. le docteur Amable Dubois est nommé inspecteur adjoint des eaux de Vichy, en remplacement de M. Petit, nommé inspecteur.

— Par décret du 23 avril, M. le docteur Ernest Cloquet, médecin français près du schah de Perse, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

M. Cloquet, neveu du célèbre professeur de la Faculté de médecine de Paris, a mérité cette distinction par son dévouement à la science, son amour de l'humanité et son noble caractère, qui font honneur au nom français dans ces contrées lointaines.

— Par décret impérial, en date du 4 avril, la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a été reconnue comme établissement d'utilité publique.

— M. le docteur Forbes Winslow, dont tous les médecins spécialistes connaissent les importants travaux, vient d'être nommé président de la Société de médecine de Londres.

— M. Soler a été nommé professeur de dermatologie à la Faculté de médecine de Madrid.

— Par décision du conseil d'administration de la Société de secours mutuels de la ville de Blois, MM. Derivière et Dufay sont nommés médecins de ladite Société.

— Le titre de baron a été conféré au docteur Henry Holland, par la reine d'Angleterre.

— La Belgique vient de perdre M. Florent Cunier, rédacteur en chef des Annales d'oculistique, et qui s'était fait, par cette position, un nom connu du monde entier.

— M. le docteur Béchet (de Nancy), vient de mourir. Il emporte des regrets unanimes.

— En Allemagne, M. Jean-Chrestien-Frédéric Harless, professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'Université de Bonn, est mort dans cette ville le 3 avril à l'âge de près de 80 ans.

Le docteur Harless a publié plusieurs ouvrages estimés et a été fondateur et rédacteur en chef des plus célèbres journaux de médecine en Allemagne.

M. Harless avait été reçu docteur et nommé professeur à Erlangen (Hanovre) à l'âge de 20 ans. Il était fils du célèbre philologue de ce nom.

— On annonce que M. Argumosa, professeur de clinique chirurgicale à la même Faculté, et qui a rendu d'éminents services à l'enseignement, a donné sa démission, et l'on attribue cette détermination à des sentiments d'antipathie qui existeraient entre l'honorable chirurgien et le nouveau professeur de dermatologie.

— M. le ministre de la justice de Belgique, par une circulaire en date du 16 mars dernier, adressée à tous les gouverneurs des provinces, a réglementé l'exécution des dispositions organiques et réglementaires concernant les aliénés. Les instructions renfermées dans cette circulaire concernent spécialement les objets suivants :

1° Complément de la liste des établissements;
2° Direction des établissements;
3° Organisation du service médical;
4° Organisation du service religieux;
5° Conditions auxquelles sont subordonnées les autorisations;
6° Formalités à observer concernant les aliénés étrangers;
7° Asiles provisoires et de passage, mode de transport;
8° Entretien et régime alimentaire des aliénés;
9° Registres, formules;
10° Règlements d'ordre intérieur des établissements;
11° Rapports annuels;
12° Aliénés retenus dans leurs familles;
13° Patronage des aliénés indigents.

— L'association médicale de Toulouse a pris, dans sa séance trimestrielle du 3 avril, une mesure à laquelle nous applaudissons de grand cœur. Convaincue que, malgré le zèle et les efforts qu'elle a déployés dans la poursuite du charlatanisme, dont les actes se produisent dans notre ville avec une audace incroyable, elle n'a pas obtenu, faute de preuves suffisamment établies, les résultats qu'elle est en droit d'espérer, elle a nommé une commission de cinq membres, chargée de recueillir tous les faits de charlatanisme qui viendront à sa connaissance, afin qu'elle puisse en poursuivre efficacement la répression.

— Le Moniteur belge publie le relevé des listes des personnes admises en Belgique à exercer la médecine vétérinaire. Le nombre total est de 585; il y a 176 médecins vétérinaires du gouvernement, 128 autres médecins vétérinaires diplômés, 254 maréchaux vétérinaires, et, de plus, 27 médecins vétérinaires de l'armée.

— M. le prince Poniatowski, envoyé extraordinaire et ministre plénipotentiaire de Toscane à Paris, a signé, au nom de son gouvernement, avec M. Drouyn de l'Huys, ministre des affaires étrangères, la convention sanitaire internationale et le règlement annexe déjà successivement adoptés par la Sardaigne, le Portugal et la Turquie. Cette nouvelle adhésion porte à cinq, en y comprenant la France, le nombre des puissances qui se sont engagées, dans l'intérêt du commerce et de la navigation, à modifier leur régime sanitaire d'après les bases arrêtées par la conférence internationale réunie à Paris dans le courant de l'année dernière.

— Brésil. — On annonce, dit le Journal du Havre, que la fièvre jaune a repris avec intensité à Rio-Janeiro, et fait de grands ravages parmi les équipages des navires sur rade.

Le navire français *le Calcutta*, en charge à Rio pour le Havre, a eu son capitaine, M. B. Lemaire, emporté; son second, qui lui avait succédé dans le commandement, n'a pas tardé aussi à succomber, et sept hommes du même équipage ont été en outre enlevés par les atteintes du fléau. On cite plusieurs bâtiments qui ne pouvaient quitter Rio-Janeiro faute de monde, leurs équipages ayant été littéralement décimés et le reste étant sur les cadres.

— Mortalité a Londres. La première semaine d'avril, la mortalité, à Londres, a atteint le chiffre considérable de 1,748, 450 plus que la moyenne établie les années précédentes à cette époque. Les bronchites ont augmentés depuis la semaine précédente de 175 à 231, différence 56; les pneumonies, de 88 à 122, différence 34; les maladies des organes respiratoires de 322 à 420, différence 98; les maladies zymotiques de 233 à 273, différence 40.

Augmentation de mortalité sur la dernière semaine du mois pour ces maladies seulement, 228.

— Mortalité a philadelphie. Depuis le 4 juin jusqu'au 2 octobre inclusivement; 2751 décès ont été enregistrés, 1/4 pour 100 en plus du trimestre précédent. — En déduisant de ce chiffre les enfants morts-nés; les morts de vieillesse et les morts accidentelles, il reste 2497 décès imputables à diverses maladies; dont 980, plus d'un tiers, sont le résultat de maladies épidémiques. — La dysenterie a causé la mort de 394 individus, chiffre supérieur à toutes les années précédentes à pareille époque. — La petite vérole disparaît graduellement de ces contrées. — Le choléra des enfants a donné le chiffre de 273 décès. On remarque que cette maladie tend à diminuer beaucoup depuis 1849. — Elle a occasionné en 1850, 436 décès; en 1851, 344; et 1852, 273. — En résumé, les maladies qui ont grossi le plus le chiffre total de la mortalité, sont : la dysentrie, 394 cas; choléra des enfants, 273; pulmonie, 251; convulsions, 139; marasme, 131; débilité, 114; total 1302; dans ce nombre les enfants au-dessous de 5 ans sont pour la moitié.

— Nous trouvons dans le Messager de Gand des détails sur la situation de la commune de Vinckt (Flandre orient.) Pendant une huitaine de jours, et jusqu'au 13 de ce mois, on nourrissait l'espoir de voir disparaître le typhus; mais depuis cette époque une recrudescence terrible s'est déclarée, les nouveaux cas ont augmenté, et du 15 au 18, sept personnes ont succombé, dont plusieurs, quoique des hommes forts et jouissant d'une santé des plus robustes, ont été enlevés en moins de trois fois vingt-quatre heures.

Russie. — La Gazette des Postes de Moscou annonce officiellement que le choléra a éclaté dans cette ville. Les hôpitaux ont été mis à la disposition des malades dans huit quartiers. Pour assurer le maintien de l'ordre et la régularité du service, des officiers et des employés spéciaux ont été adjoints au gouverneur général dans chaque quartier. On n'a pas encore déterminé d'une manière précise le nombre des cas de choléra.

— L'institution des médecins cantonaux tend chaque jour à se généraliser. Le préfet des Bouches-du-Rhône a pris récemment un arrêté qui établit un service de médecins pour le traitement à domicile des indigents malades dans les communes qui ne possèdent pas de bureau de bienfaisance, ou dont ces établissements ne sont pas suffisamment riches pour rétribuer des médecins. Le département prend à sa charge le traitement des médecins, qui ne peut excéder 400 fr. par an; mais les communes ont à pourvoir à la dépense des médicaments. On organise aussi, dans le Finistère et dans Eure-et-Loir, l'institution des médecins cantonaux.

— Un événement des plus douloureux et des plus imprévus est venu affliger, ces jours derniers, une honorable famille de la rue Montmartre.

M. P... avait réuni sa famille autour du foyer domestique à l'issue d'une fête anniversaire qui avait répandu la gaîté dans tous les cœurs. Tout en causant, M. P..., qui depuis quelques instants ressentait un bourdonnement d'oreille très-importun, essaya de s'en débarrasser en introduisant son petit doigt dans la conque auditive et en l'agitant avec rapidité. Le bourdonnement persistant et la conversation, pleine de vivacité et d'entrain, captivant son attention, il s'approcha presque instinctivement de la cheminée, prit une allumette chimique, et, sans s'assurer du côté qui pouvait être inoffensif, il se l'introduisit dans l'oreille, en frottant énergiquement les parois où se manifestaient les picotements dont il voulait se délivrer.

Dans la préoccupation où l'avait tenu la conversation à laquelle il prenait une part très-active, il avait eu le malheur de tomber sur le mauvais côté de l'allumette, et le frottement brusque et réitéré détermina rapidement une flamme ardente dont on peut imaginer l'effet. Des cris déchirants vinrent changer en consternation la gaîté qui régnait quelques instants auparavant au milieu de cette heureuse famille; le malheureux patient endurait de si atroces souffrances, qu'il lui était impossible d'en expliquer la cause; chacun courut de son côté chercher du secours; le pharmacien voisin arriva bientôt et tenta vainement de calmer les cuisantes douleurs qui continuaient à se traduire en exclamations délirantes. Un homme de l'art vint à son tour et constata que l'intérieur de l'oreille était affecté de profondes lésions, la composition chimique ayant adhéré à la peau intérieure et ayant entretenu une combustion persistante. Il est impossible de décrire les souffrances qu'endura le malheureux M. P...; après deux jours d'angoisses, sa famille a eu la douleur de le voir expirer au milieu d'horribles convulsions.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LA SURDI-MUTITÉ. — TRIBUNAL DE POLICE CORRECTIONNELLE DE LA SEINE : MORT PAR LE CHLOROFORME.

Ainsi que nos lecteurs ont pu le pressentir, la discussion sur la surdi-mutité acquiert incessamment plus d'importance et de développements : *crescit eundo.* C'est qu'en effet elle embrasse des questions si diverses ; elle touche à tant d'intérêts et rencontre des sympathies si élevées, qu'il est bien impossible, quoi qu'on fasse pour la rétrécir, de ne pas être entraîné par ces questions et ces sympathies. Nous en avions jugé ainsi dès le premier jour, bien que le rapport présenté à l'Académie tendît à circonscrire le débat dans l'examen de quelques points particuliers. Nous le confessons volontiers, nous avons tout fait pour amener l'Académie à élargir le cercle de la discussion ; mais nous ne sommes pas seul à en avoir senti la nécessité : toutes les personnes qui, dans l'Académie et dans la presse, ont pris part au débat, ont senti, comme nous et avant nous peut-être, qu'on ne devait pas se borner aux questions particulières, aux points de fait abordés dans le rapport. M. Guéneau de Mussy, M. Ferrus, M. Bonnafont, et en dernier lieu M. Ménière, n'en ont pas jugé autrement. La lettre de M. Ménière en dernier lieu, — bien qu'elle nous paraisse dictée par un sentiment et dirigée par des vues que nous n'approuvons pas, — a eu au moins le mérite de placer le débat en face des grandes difficultés à résoudre. Pour cet honorable confrère, comme pour nous, ce n'est plus une seule personne et un seul ordre d'idées qui sont en cause, c'est l'histoire entière de la surdi-mutité ; les différentes méthodes de traitement, les différents systèmes, les différentes écoles d'enseignement des sourds-muets. En admettant ce cadre et en regardant avec raison toutes les questions qui doivent y figurer comme du ressort de la médecine, il était impossible que le débat restât confiné dans les termes étroits où le rapport de la commission semblait avoir voulu le renfermer. C'est sous cette inspiration que nous avons pris la parole. Nos lecteurs trouveront au compte rendu de la séance la première partie de nos explications. Le temps ne nous ayant pas permis de les donner jusqu'au bout, nous comptons les compléter dans la prochaine séance. Mais ce que nous avons dit fera aisément prévoir ce qui nous reste à dire. Pour le moment, nous ne voulons nous occuper que de la lettre de M. Ménière, médecin de l'Institut des sourds-muets de Paris. L'importance que l'Académie a accordée à cette pièce, en la faisant lire en séance, quoiqu'elle soit d'une étendue considérable, nous donne la mesure de la déférence que nous pouvons lui accorder. Nous la reproduisons donc en entier, et nous nous y arrêterons quelques instants.

La thèse de M. Ménière est fort simple, quoiqu'elle embrasse la question dans toute son étendue et sa généralité. L'honorable médecin des sourds et muets pose en principe que tout ce que l'on a fait pour guérir et améliorer la surdi-mutité, depuis Itard et y compris Itard, n'a abouti à rien. Ce qui se pratique à l'institution des sourds-muets de Paris est le dernier mot de la science et de l'art ; et les diverses tentatives faites, tant en France qu'à l'étranger, en dehors du système suivi dans cet établissement, n'ont abouti qu'à des méprises ou à des déceptions.

La manière de voir de M. Ménière a pour elle l'autorité de son nom et de son caractère ; mais nous ajoutons, avec regret, elle n'a que cela. Le manifeste de notre confrère n'est, d'un bout à l'autre, qu'une suite d'affirmations et de négations. De la part d'un homme ordinaire, on s'y arrêterait à peine. Mais de la part d'un homme qui s'est fait un nom, dont les opinions doivent être considérées comme des corollaires d'une longue expérience, comment ne pas lui demander compte d'une semblable démarche et l'apprécier comme elle le mérite. M. Ménière, placé depuis quinze ans à la tête du premier établissement de sourds-muets de l'Europe, venant sans preuve ni faits, dans une discussion où sont en cause tous les travaux contemporains, affirmer qu'on n'a rien fait pour améliorer l'éducation de la surdi-mutité, on que tout ce qu'on a fait est surprise ou déception, alors que de tous les points de l'Europe on proclame le contraire, venant l'affirmer en face d'une commission qui dit avoir vu et bien vu, en présence d'une Académie que l'État charge de prononcer, une telle démarche est on ne peut plus regrettable et se juge d'elle-même. Mais M. Ménière ne s'est pas même arrêté là. Plus préoccupé de la question personnelle que de la question scientifique, il s'est laissé entraîner à des allusions et à des comparaisons aussi blessantes pour celui qu'elles concernent que pour le corps savant, qui l'a pris au sérieux. Or, quelles que soient nos sympathies, et nous dirons même notre amitié pour l'honorable M. Ménière, nos convictions, notre respect pour nous-même et pour les droits de la critique scientifique nous font un devoir de protester contre ce système commode et expéditif, qui dispense de discuter la science, sous prétexte qu'elle ne serait pas suffisamment représentée par le savant. Ce système, pour n'être pas nouveau, n'en est pas meilleur. Du reste, nous savions qu'on en viendrait là, et nous l'avons dit. Mais nos prévisions n'allaient pas jusqu'à nous faire supposer que les écarts de la polémique viendraient de ce côté.

Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons que regretter qu'un homme aussi bien placé pour voir, qu'un esprit aussi distingué pour comprendre, ait voulu s'immobiliser au milieu du progrès ; et, ce qui est plus regrettable encore, veuille immobiliser avec lui les infortunes que de toutes parts on s'efforce d'atténuer, sinon de guérir.

Cette réponse à la lettre de M. Ménière est plus une protestation qu'une réfutation. On réfute des faits, des idées et des doctrines : la lettre de notre savant confrère ne nous ayant paru renfermer rien de semblable, nous nous bornons à la publier tout entière afin que chacun juge ; et pour le reste, nous nous en tenons à ce que nous avons dit devant l'Académie et à ce que nous nous proposons d'ajouter dans la séance prochaine.

— Un cas de mort par l'emploi chirurgical du chloroforme avait amené, ces jours derniers, un jeune confrère et un étudiant en médecine devant le tribunal correctionnel de Paris, sous la prévention d'homicide par imprudence. Ce cas vient, après plus de cent autres, donner une triste et nouvelle confirmation aux conclusions que nous avons formulées naguère devant l'Académie. L'occasion n'est pas favorable pour faire ressortir tout ce que ce nouveau fait renferme d'enseignements utiles à ce point de vue. Le chloroforme a été administré par un des élèves les plus distingués de nos hôpitaux, c'est-à-dire, selon toute probabilité, avec la prudence et les connaissances requises. Il a été administré chez un sujet jeune, bien portant, offrant toutes les apparences des conditions qui garantissent l'innocuité. Et pourtant le patient est mort en quelques minutes, et après quelques inha-

---

Feuilleton.

LA FEMME DE WING.

Wing est un village anglais, à quelques milles de la ville de Stamford, dont les habitants ont été de temps immémorial gratifiés du sobriquet d'imbéciles (*wing fools*). Néanmoins, ils avaient pour correctif une certaine légende qui a dû les consoler en partie. On dit qu'une vieille sibylle du pays aurait prononcé à leur sujet ces paroles mémorables « Un temps viendra où il entrera plus de fous dans Wing que Wing n'en a jamais contenus. » Cette prédiction, élastique comme tous les oracles, a tenu pendant des siècles ces bons villageois dans l'attente ; mais elle s'est enfin réalisée d'une manière si prodigieuse et si complète que leur amour-propre a dû en être singulièrement flatté. L'invasion du village de Wing, promise par les augures, a eu une cause toute particulière qui a singulièrement ému nos confrères d'Angleterre ; c'est pourquoi nous nous permettrons d'en dire quelques mots à nos lecteurs.

Le phénomène qui a attiré et attire encore à Wing une quantité si prodigieuse de fous n'est autre qu'une femme, non pas une somnambule, comme on pourrait le supposer — la femme de Wing a les yeux bien ouverts — mais une femme médecin, qui fait, dit-on, des cures merveilleuses, dont les fous de Wing sont journellement témoins, et qu'ils sont disposés à soutenir de toute leur autorité.

La femme de Wing n'est pas de Wing, la chose se comprend facilement ; elle est venue s'établir dans ce village, peut-être à cause de l'esprit neuf et candide de ses habitants ; peut-être aussi ce choix lui a-t-il été dicté par le destin, qui veille incessamment à la réalisation des oracles.

Ce qui nous fait pencher pour cette dernière supposition, c'est que la mission de guérir lui a été imposée d'une manière toute mystérieuse. Elle exerçait à l'hôpital de Stamford les humbles fonctions de garde-malade, lorsqu'une nuit, à la faveur d'un rêve, l'ordre lui a été intimé de se dévouer d'une manière plus efficace et plus complète à la santé de ses semblables. Docile à ces inspirations, notre infirmière quitte l'hôpital, après déjeuner, dit l'histoire, et va s'établir à Wing, où elle apporte généreusement les dons précieux de la santé sous forme de diverses drogues qu'elle prodigue, ainsi que ses conseils, sans exiger aucune rétribution. Dès sons complètement gratuits, un médecin qui n'est pas médecin, qui n'a reçu aucun diplôme, qui ne sait ni lire ni écrire, que d'avantages réunis ! quelles garanties exceptionnelles ! comme les habitants de Wing et des environs ont dû en tressaillir d'aise ! — La reconnaissance envers le médecin est un sentiment exquis, mais rare dans tous les pays, et en Angleterre surtout, si nous en croyons les plaintes réitérées de nos confrères. Nous ne sommes donc pas éloignés de croire que ce parfait désintéressement a été un puissant auxiliaire pour favoriser les débuts de l'inspirée ; il va sans dire que peu à peu elle a apporté quelques modifications à ses relations avec sa clientèle, et qu'à

lations. Nous ne savons pas à quelle dose l'agent toxique a été employé, mais tout fait présumer qu'elle n'a pas été considérable. On s'est servi de l'éponge, c'est-à-dire du moyen le plus usité, et pourtant le sujet est mort, bien et dûment empoisonné. Il n'est venu à l'idée de personne de renouveler les explications, les doutes, à l'aide desquels on a essayé d'innocenter cet agent terrible. C'est donc un bien cas de mort par le chloroforme.

Nous avions été appelé aussi à donner notre avis sur les circonstances atténuantes de ce fait malheureux. Nous en avons, à notre grand regret, été empêché par la séance même de l'Académie, où nous avions à porter la parole dans un intérêt non moins respectable. Nous aurions sans doute partagé l'opinion favorable des savants confrères qui ont été appelés avec nous, à savoir : 1° que la science ne possède pas jusqu'ici de règle assez sûre pour prévenir invariablement la mort ; 2° qu'il n'existe pas de moyen certain de rappeler à la vie les sujets sidérés par le chloroforme; 3° enfin que, dans le cas présent, rien ne dénote qu'il y ait eu de la part du médecin, soit pour prévenir, soit pour combattre l'accident survenu, aucune faute commise. Ajoutons que, malgré les éclatants témoignages rendus au savoir et au caractère de notre jeune confrère, le tribunal l'a condamné, ainsi que son aide, à 50 fr. d'amende pour homicide par imprudence. Ainsi qu'on le verra plus loin, le jugement a été motivé surtout par l'omission de quelques précautions accessoires, et par quelques autres circonstances qui ont ajouté à la gravité morale de l'événement; circonstances, nous nous hâtons de le dire, qui ne touchent en quoi que ce soit à l'honorabilité des prévenus.

Toutefois, et malgré les réserves que commande l'action non encore épuisée de la justice, nous nous permettrons de relever, au point de vue de la science et de l'art, deux assertions produites devant la justice par l'honorable professeur Nélaton. Le président ayant demandé à notre savant confrère si l'ammoniaque n'eût pas été utile pour essayer de rappeler le sujet à la vie, M. Nélaton a répondu : « L'ammoniaque ne peut être utile » que de deux manières : ou parce qu'il sera respiré, ou parce qu'il pro- » duira une irritation locale; or, pour un sujet qui ne sentira pas l'ampu- » tation d'un membre, que pourrait faire l'ammoniaque, produisant *une* » *légère cautérisation?* » Cette déclaration, nous ne craignons pas de le dire, et sans aucune espèce de réticence, précisément à cause de la gravité de la circonstance, renferme deux erreurs considérables : la première, c'est que, dans les cas de sidération chloroformique, l'ammoniaque, appliqué au fond du pharynx, au devant du plexus pharyngien, n'agit pas comme *cautérisant*, mais en produisant une secousse énergique, comme électrique, sur les nerfs, et en réveillant leur puissance respiratoire ; la seconde, c'est que de nombreuses expériences, répétées en présence de plusieurs médecins, au nombre desquels je citerai MM. Lebert, Kuhn, Tholozan et Marcel, expériences communiquées à l'Académie, à l'occasion de la discussion sur le chloroforme, ont démontré que l'application pharyngienne de l'ammoniaque concentré est jusqu'ici le plus sûr moyen de rappeler les sujets chloroformisés à la vie. M. Lebert, dans une communication récente à la Société de chirurgie, a exprimé et soutenu vivement la même conviction. Il est donc à désirer qu'on ne se prévale pas de la déclaration du savant professeur de la Faculté pour réitérer l'erreur et sanctionner l'omission qu'il a commise. Certes, il était bien permis à deux élèves d'ignorer ce que le maître ne savait pas ; mais la circonstance est trop tristement favorable pour que nous ne tirions pas de l'oubli une méthode et une ressource qui, dans d'autres circonstances, pourront peut-être prévenir un nouveau malheur. Les personnes qui voudront connaître avec quelque détail nos expériences et notre opinion sur l'emploi de la cautérisation pharyngienne par l'ammoniaque comme moyen de combattre la sidération chloroformique, les trouveront exposées dans notre seconde argumentation académique sur les dangers du chloroforme (GAZ. MÉD., 1845, p. 37).

JULES GUÉRIN.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

QUELQUES MOTS SUR L'HOMME MORAL ; par J. B. G. BARBIER.

L'étude de l'homme offre à l'observation deux parties bien distinctes : 1° son être matériel; 2° ses facultés morales.

L'homme physique nous offre plusieurs systèmes d'organes, qui ont une destination assignée, invariable. Nous trouvons un ensemble d'instruments qui servent à la vie nutritive, qui sont employés à élaborer, à composer les matériaux qui entretiennent l'intégrité du corps, qui conservent son organisation. Un appareil spécial a pour mission de perpétuer l'espèce humaine. D'autres organes, comme la moelle allongée, la moelle épinière, les plexus nerveux, produisent une puissance que l'on connaît sous le nom d'innervation, et dont l'exercice soutient, excite l'action de toutes les pièces qui constituent le corps de l'homme.

Ce fond essentiel de l'organisation nous offre des annexes destinées au service de l'homme moral, comme les organes des sens qui recueillent les impressions des corps extérieurs. Nous noterons les cordons nerveux et les centres médullaires lorsqu'ils servent de conducteurs à ces impressions, les hémisphères cérébraux où elles se rendent, où l'âme les convertit en perceptions. Nous signalerons aussi les plexus ganglionnaires qui sont les agents excitateurs des appétits, des besoins ; les masses musculaires qui, par leurs contractions, exécutent les mouvements, les déplacements que la volonté a résolus.

Cet agrégat d'organes, dont la forme est déterminée, le volume arrêté, la position fixée, est animé par une force secrète, mystérieuse, indépendante de l'intelligence. Cette force, que l'on nomme nature, principe vital, émane de la loi biogénique, loi portée à l'origine du monde, qui tient sous sa dépendance les végétaux et les animaux. Cette loi a présidé à l'évolution du corps humain. La fécondation avait mis sous son empire le germe d'où ce corps est sorti. Cette loi conduit, gouverne tous les actes qui ont pour objet le développement des êtres organisés, le maintien de l'intégrité des fluides et des solides qui les constituent ; c'est elle aussi qui assure la conservation de l'espèce. Cette force nous apparaît, dans les plantes et dans les animaux, comme un principe d'action d'un ordre surnaturel ; elle nous représente la puissance souveraine, éternelle, qui dirige le cours des astres. Elle nous représente aussi l'autorité qui, dans les substances minérales, met en jeu les affinités moléculaires.

L'homme moral a été, par une volonté suprême, comme attaché à l'état, à la constitution de l'être matériel où il se manifeste. Le souffle divin et l'organisation humaine ont une action commune et solidaire. L'âme se sert

---

l'heure qu'il est elle se rend compte, d'une manière plus tangible, de la gratitude de ses clients.

Cette nouvelle sybille de Cos est établie à Wing depuis à peu près deux ans ; sa réputation s'est étendue progressivement au loin ; on vend à Londres de ses pilules; et des comtés les plus lointains les infirmes viennent la consulter. Un omnibus spécial a été établi pour le transport des malades que le chemin de fer dépose par centaines à la station de Manton. Enfin, on raconte des choses à faire dresser les cheveux de tous les médecins qui en ont encore. A plusieurs lieues à la ronde, nos malheureux confrères subissent un affreux chômage ; ils sont réduits à rouler des cigarettes sur leurs croisées, tandis que des malades sans délicatesse leur demandent à eux mêmes, *proh pudor!* (shocking) le chemin de Wing. On raconte à ce propos qu'un praticien du voisinage se serait donné la satisfaction d'éconduire toute une caravane de souffreteux qui s'étaient adressés à lui. Nous ne nous permettrons pas de critiquer ce procédé, le malheur a ses droits !

Nous voudrions pouvoir affirmer que cette grande affluence est composée exclusivement de niais ou de malades appartenant à des classes peu cultivées, incapables par conséquent d'apprécier la médecine orthodoxe et les gradés du collége des médecins de Londres; mais hélas ! on y rencontre par ci par là des gens qu'on est tout surpris d'y voir, et le charlatanisme, en Angleterre comme partout, n'est pas toujours repoussé par les personnes sensées ou soi-disant telles. N'a-t-on pas vu Wellington, dans les derniers temps de sa vie, recommander à ses amis et amies des remèdes de bonne femme, au risque de ruiner à jamais les médecins de trois royaumes, tant était grande son influence sur l'aristocratie anglaise. Ne voit-on pas Radesky s'obstiner à faire de l'homœopathie et soumettre à ce régime toute l'armée dont il est le chef suprême. On nous dira que les hommes de sabre et d'épée ne sont pas tenus de descendre au détail de choses scientifiques, mais encore feraient-ils bien de s'en rapporter à de mieux renseignés sur l'art de prolonger la vie humaine.

Pour en revenir à notre femme de Wing, voici un document puisé à une source respectable, et qui renseignera nos lecteurs mieux que tous nos commentaires. L'auteur du fragment suivant est un gentleman imbu des opinions les plus saines sur la médecine. Il s'est permis, il est vrai, le petit pèlerinage de Wing; mais c'est purement en touriste qu'il se l'est permis et pour obéir aux instincts britanniques, qui portent les Anglais à tout voir par leurs propres yeux. Il va sans dire que c'est à son médecin qu'il offre les prémices de ses observations : « Lorsque j'arrivai à Wing, vers 6 heures du soir, je trouvai 200 personnes environ qui m'y avaient précédé dans le même but. La place du village ressemblait à une foire : des barraques s'élevaient de tous côtés et des marchands de toutes denrées y étaient accourus. Un véhicule spécial, venant du chemin de fer, déposait les malades sur le seuil du docteur mystique et les ramenait ensuite à la station. Un commis établi à la porte distribuait des billets d'entrée pour éviter toute confusion. J'eus le n° 98; 68 personnes attendaient depuis la veille. Pendant ma longue attente je fus à même de recueillir les récits les plus curieux sur les cures merveilleuses de la femme-médecin. Les docteurs du voisinage sont furieux, disait on, elle les ruine. On me raconta aussi qu'un domestique chargé d'apporter à son maître une bouteille remplie d'un médicament très-puissant fut tenté d'y goûter, et qu'ayant éprouvé un grand bien-être après les premières

des hémisphères cérébraux, quand elle perçoit les sensations, quand elle conçoit des idées, des pensées, qu'elle juge, raisonne, imagine, se souvient, etc. C'est encore par les hémisphères cérébraux qu'arrivent à l'âme les sentiments intimes, les désirs, les appétits, les besoins, qui s'élèvent des plexus nerveux. Car l'homme moral se compose de deux ordres de facultés : 1° les opérations purement intellectuelles qui, dans l'organisation, n'exigent que le concours du cerveau ; 2° les émotions que nous nommons des passions, et pour lesquelles l'action des plexus nerveux est une partie obligée.

Nous sentons si bien que notre individualité métaphysique est double, que quand nous voulons exprimer la valeur d'une personne, la considération, les regrets qu'elle mérite, un seul mot ne suffit jamais pour rendre toute notre pensée. Avons-nous parlé de son esprit, nous ajoutons toujours les qualités de son cœur. Nous ne confondons pas la vie mentale avec la vie affective ; nous distinguons l'art de faire penser de l'art d'émouvoir. On nous prévient qu'il y a en nous un bon et un mauvais principe, que la chair se révolte contre l'esprit. C'est cette dualité que l'on signale, quand on met l'intelligence, la volonté, les devoirs aux prises avec les passions, quand on parle de capitulations de conscience.

On comprend que le philosophe, que le psychologiste, que le moraliste aient confondu, sous le titre commun de facultés morales, les opérations de l'intelligence et les émotions que nous nommons des passions, parce que ces facultés se rapportent toujours à la partie spirituelle de l'homme ; mais le médecin qui interroge sans fin l'organisation humaine, qui dans toutes les situations de la vie observe la partie matérielle de l'homme, le trouve dans des conditions organiques si dissemblables, quand il exerce seulement son intelligence, ou bien quand il est actuellement agité par une passion, qu'il se sent forcément conduit à séparer l'homme intellectuel de l'homme passionné.

Observez attentivement le savant qui étudie, qui médite, qui réfléchit, qui compose, qui s'applique à des travaux intellectuels, vous reconnaîtrez que toutes les fonctions qui ont pour objet l'entretien du corps conservent leur régularité normale. Les mouvements du cœur, des artères, des organes respiratoires, la température vitale, etc., n'offrent aucune altération notable. Seulement les hémisphères cérébraux ont pris un mode d'action qui n'est plus celui qu'ils offrent dans le repos de l'entendement. Ils ont reçu une plus grande quantité de sang, la figure est colorée. Si l'application de l'esprit est forte, si elle se prolonge, on ressent un embarras, une pesanteur dans la tête. Bientôt ce sentiment va jusqu'à la fatigue ; il y a obscurcissement des idées, une inaptitude prononcée aux opérations intellectuelles.

L'homme qu'une passion tient actuellement sous son empire, présente au médecin son organisation dans une situation bien différente. Les viscères de la poitrine et de l'abdomen ont leur action troublée, déréglée. Les fonctions digestives, circulatoires, respiratoires, sécrétoires, etc., offrent une perturbation de leur exercice.

Une personne est frappée par un malheur soudain : elle perd sa fortune, un ami, un enfant, etc. Cette nouvelle change l'ordre de toutes les fonctions intérieures : les battements du cœur deviennent profonds, inégaux, irréguliers, les canaux artériels plus petits, plus roides, plus tendus ; la respiration est courte, incomplète, la température du corps baisse, la figure prend une autre expression, etc. Un homme apprend le gain d'un procès, un succès inespéré ; aussitôt il ressent une grande joie, et les contractions de son cœur sont plus fréquentes et plus fortes, son pouls est plus large, plus développé, sa respiration accélérée, sa figure épanouie, plus colorée, etc. La peur, la colère suscitent dans l'organisation une révolution qui peut amener une syncope ; l'expérience a prouvé que cette révolution pouvait même causer une mort subite. La haine, la jalousie dérangent l'exercice des fonctions nutritives, occasionnent un amaigrissement progressif, etc.

Si nous cherchons dans le corps de l'homme d'où peut sortir la puissance qui suscite les phénomènes organiques que nous venons de signaler, nous trouverons d'abord que les nerfs céphalo-rachidiens n'en fournissent pas une explication satisfaisante. Nous serons conduits aux plexus ganglionnaires. Ces plexus sont les agents d'une innervation méconnue, mais réelle, incontestable ; leur composition anatomique, leur situation, leurs rapports avec les organes de la cavité pectorale et de la cavité abdominale révèlent leur importance physiologique. Ils sont formés de ganglions médullaires ou de petits cerveaux et de radiations nerveuses qui enveloppent les viscères, qui pénètrent leur substance avec les vaisseaux sanguins. Ces plexus qui, dans l'état normal, ont une action douce, favorable, salutaire sur les organes de la vie nutritive, sont susceptibles d'éprouver des changements d'état, qui impriment à leur puissance un caractère nouveau, qui l'exagèrent, la pervertissent. C'est ce qui arrive dans l'évolution des passions. L'innervation déréglée que fournissent alors les plexus, provoque le trouble que l'on remarque dans les mouvements du cœur, dans le jeu des artères et des vaisseaux capillaires, dans la calorification, etc. (1).

Pour reconnaître que les opérations de l'entendement ne mettent en action que les hémisphères cérébraux, et que quand une passion s'éveille, d'autres parties de l'appareil nerveux sont affectées, il faut distinguer les actes qui se rapportent à l'esprit de ceux dans lesquels interviennent des prétentions, des appétits, des envies. Le cerveau seul est occupé, tant que nous n'exerçons que l'imagination, la mémoire, le jugement, que l'âme se livre uniquement à la méditation, à la réflexion, à la contemplation, à l'invention, qu'il est question de sciences, d'arts, etc. Mais si le travail intellectuel se passionne, s'il fait naître un sentiment de jalousie, d'enthousiasme, d'ambition, de haine, de colère, les plexus nerveux sont provoqués, ils changent d'état, ils prennent un rôle actif. En même temps qu'ils donnent aux organes de la vie intérieure un autre mode d'action, ils portent au cerveau une impulsion que l'âme perçoit, ils suscitent des idées, des pensées, des tendances, etc. C'est cette influence des passions sur le cerveau, qui les rend souvent favorables aux travaux de l'intelligence ; elles développent, elles éveillent le génie, elles échauffent l'imagination, suscitent d'heureuses inspirations, conduisent au sublime.

Les passions de l'homme ou les changements d'état des plexus ganglionnaires qui leur donnent naissance sont provoqués de diverses manières :

1° Les passions peuvent être le produit d'une perception que les organes des sens ont apportée au cerveau. Un geste, un mot, une insulte, allument

(1) Les curieuses expériences que MM. Cl. Bernard, Budge et Waller viennent de faire sur la partie cervicale du grand sympathique prouvent la puissance que les nerfs ganglionnaires exercent sur le calibre, sur le mouvement des artères et des vaisseaux capillaires, sur la calorification, sur les yeux, sur l'expression de la figure. Ces expériences viennent à l'appui de l'opinion qui donne au grand sympathique un rôle actif dans les passions ; elles montrent que les phénomènes organiques qui les accompagnent sont bien les produits de l'état anormal que prennent alors les nerfs ganglionnaires.

---

gorgées, il s'avisa d'avaler tout le contenu de la bouteille, d'où paralysie des membres inférieurs, et insensibilité complète pendant plusieurs heures. On m'affirma de tous côtés que la femme de Wing ne savait ni lire ni écrire, mais que toute son habileté lui venait d'inspiration, inspiration qu'elle nourrissait cependant des préceptes du vieux Buchan, qu'elle se fait lire à haute voix, pendant qu'elle manipule ses drogues. Son laboratoire se trouve au rez-de-chaussée. Je vis là des herbes en ébullition dans de grandes marmites de cuivre ; plus loin, des macérés filtrant à travers des grands paniers d'osiers ; plusieurs femmes étaient activement occupées à cette cuisine pharmaceutique, et le tout était aussi imposant que possible. A l'étage supérieur je trouvai le docteur. Elle me reçut avec beaucoup de gravité ; néanmoins elle était couverte de taches provenant de ses manipulations, et sa personne comme celle de ses aides pharmaciennes était sale au delà de toute description. Elle ne voulut pas me permettre de lui décrire les symptomes de mon mal, mais essaya de me dire ce que j'éprouvais par l'inspection de ma physionomie. — C'est une femme de 36 ans environ. J'ai été particulièrement frappé de sa pénétration et surtout de la circonspection de son langage. Elle me dit que j'aurais dû la consulter plus tôt, que j'avais mal au foie et qu'il fallait me soumettre à un régime sévère, qu'elle m'indiqua. Autour d'elle étaient rangées une vingtaine de jarres contenant les divers remèdes, dont elle remplit, au moyen d'une cuiller à pot, les bouteilles qu'elle distribue à ses malades. Ces médicaments sont de deux sortes, les uns échauffants et stimulants ; les autres rafraichissants et calmants. Elle fait aussi usage de la quinine à haute dose. Elle me donna de ce médicament. Dans un coin de la chambre j'aperçus une vieille femme qui arrondissait des pilules avec une paire de vieilles mains fort rebutantes. Je quittai cette maison fort révolté, et m'expliquant difficilement comment j'avais pu me décider à tenter l'aventure. »

Voici donc un malade respectable, client d'un médecin respectable, homme de sens et d'esprit, d'après la fine description qu'il nous donne de sa visite. Il y va pourtant, sans croire, bien entendu, mais il y va ; il attend même plusieurs heures à la porte du docteur, en compagnie de toute sorte de monde. Il trouve la femme perspicace ; son diagnostic ne manque pas d'une certaine exactitude. N'importe, tout en repoussant le charlatan, il eût peut-être tâté de la drogue ; que risque-t-on après tout ? qui sait ? Mais le médecin avait des taches à son tablier ; mais la femme qui dosait les pilules était vieille et avait les mains sales. O charlatan maladroite ! l'obscurité de votre origine vous a trahie ; vous prétendez tenir votre science d'en haut, mais vous ignorez les us et coutumes de la bonne compagnie ! Ces mains sales, ces taches repoussantes vous ont fait bien du tort.

Peut-être ne verra-t-on dans tout ce qui précède rien qui soit fort nouveau. Nous avons eu des charlatans des deux sexes ; nous en avons encore ; nos inspirées ont fait même de grands miracles et nos somnambules ont porté la lucidité si loin qu'il n'était plus possible même de perdre un parapluie sans avoir une grande chance de le retrouver. Mais ce que nous n'avons pas ce sont les fous de Wing, ce sont ces bons vieux enfants de John Bull, que le continent n'a pas encore gâtés.

souvent un accès de colère; l'apparition soudaine d'un danger cause la frayeur, etc. Ici la perception intellectuelle a eu un retentissement dans les plexus de l'épigastre. Ces derniers ont éprouvé une mutation; leur action s'est agrandie, et par un mouvement réflexe, elle a porté au cerveau une impression à laquelle sont comme inhérents des désirs, des tentations, des entraînements, etc. C'est par le même mécanisme que l'odeur, la vue d'un mets agréable éveille l'appétit, que l'aspect d'une jolie femme cause l'orgasme des organes de la génération, etc. C'est le changement d'état des plexus nerveux qui décide l'évolution de la passion. La même impression suivie sur deux personnes peut susciter chez l'une une passion violente, parce qu'elle mettra en jeu ses plexus nerveux, et laisser l'autre dans son calme habituel, parce que les plexus de ce dernier conserveront leur état naturel.

2° Des passions peuvent se développer par suite du travail de l'intelligence, et sans que des impressions sensitives les aient provoquées. Des pensées qui arrivent, des réflexions qui se produisent, des souvenirs qui s'éveillent, etc., font souvent naître des mouvements d'ambition, la jalousie, la haine, la colère, etc. Dans ces cas l'activité de l'intelligence émeut les plexus ganglionnaires; le mouvement que ces derniers éprouvent réagit sur le cerveau, il transmet à l'âme les aspirations, les tendances, les phénomènes moraux qui sont propres à la passion.

3° Souvent nous voyons des passions naître, prendre une certaine intensité, devenir fréquentes, opiniâtres, et les impressions extérieures et l'intelligence n'ont pris aucune part à leur évolution. Ces passions spontanées surviennent ordinairement dans les lésions chroniques de l'estomac, des intestins, du foie, du cœur, de l'utérus. Les personnes atteintes de ces maladies sont irritables, impatientes, elles ont comme des accès de tristesse, de morosité, des emportements, des antipathies, des caprices, etc. Ces mouvements passionnés sont involontaires, forcés; ils dépendent des mutations que les lésions viscérales suscitent dans les plexus nerveux qui les entourent. Les malades s'étonnent eux-mêmes des propulsions morales qu'ils ressentent, des sentiments intimes qui les dominent.

Le mouvement que le cerveau reçoit des plexus ganglionnaires a de l'analogie avec celui que lui transmettent les organes des sens; mais il y a cette différence que les sensations n'ont sur l'âme qu'une force contingente, tandis que les sentiments qui s'élèvent des plexus nerveux ont quelque chose d'impératif, que l'âme doit juger, régler, réprimer même, contre lequel elle est souvent obligée de lutter.

C'est toujours dans le cerveau qu'apparaît l'homme moral; c'est par l'intermédiaire de cet organe que l'âme se manifeste; c'est encore là que les passions prennent l'existence, qu'elles revêtent la forme qui les caractérise; aussi la disposition actuelle des hémisphères cérébraux a-t-elle une influence prononcée sur l'intensité des passions. Ces organes sont-ils dans un état d'excitation, la passion prend un grand degré de vivacité. Offrent-ils au contraire un décroissement de vitalité, la passion se montre modérée, facile à contenir; une lésion grave du cerveau qui suspend les fonctions de cet organe le rend en même temps insensible aux impulsions des plexus nerveux: cette lésion anéantit les passions. Les personnes qui sont dans un état comateux, apoplectique, ne sont plus susceptibles d'en éprouver.

D'un autre côté, la disposition organique où se trouvent les plexus nerveux doit être appréciée. Chez certaines personnes ces organes montrent une irritabilité qui favorise la naissance des passions, qui les élève jusqu'à la violence; chez d'autres, ces plexus moins vivants ne susciteront que des passions faibles, amorties. Un homme qui aurait ses plexus ganglionnaires inactifs, comme paralysés, ne ressentirait plus les émotions morales que nous nommons des passions; il serait dans l'état que les stoïciens appellent ataraxie. Son intelligence jugerait la gravité d'un danger; il saurait s'en garantir, mais il n'aurait pas le sentiment de la peur, et ses fonctions intérieures conserveraient leur calme; une injure blesserait son intelligence, mais la colère n'éclaterait pas.

Nous découvrons ici les sources secrètes du caractère moral de tous les hommes: de la vivacité, de l'impatience, de la violence des uns, de l'insouciance, de la mansuétude, de la tolérance des autres. La disposition des hémisphères cérébraux, la susceptibilité des plexus nerveux, recèlent la raison des habitudes, de la conduite, des inclinations, des goûts, des mœurs, des aptitudes, des qualités sociales de chacun de nous. C'est un fonds commun où se puise ce qui constitue la personnalité métaphysique de chaque individu.

L'activité organique que les plexus ganglionnaires prennent dans l'évolution d'une passion se manifeste par des mouvements, par une sorte de travail, que l'on ressent alors dans le centre épigastrique; c'est une constriction pénible; ce sont comme des tiraillements, des ondulations qui remontent vers la tête. Cette activité accidentelle des plexus se voit en même temps dans le trouble qui apparaît alors dans l'action de tous les organes qui sont en relation avec eux.

Dans chaque passion, il y a toujours un accord déterminé entre les phénomènes corporels et les phénomènes moraux; cependant les premiers peuvent s'isoler des seconds. Ainsi un homme éprouve une grande frayeur à l'occasion d'une détonation, de cris, d'une apparition soudaine. A l'instant même son corps éprouve un ébranlement général. Si son intelligence lui montre qu'il s'est effrayé à tort, que personne n'est menacé, le sentiment moral de la passion s'efface, la raison reprend son empire. Mais l'impulsion que les plexus nerveux ont portée sur le cœur, sur les artères, sur les autres organes, durera quelque temps. L'individu restera pâle, tremblant, avec un pouls petit, profond, fréquent, des contractions du cœur inégales, etc.

L'acteur qui sur un théâtre s'efforce d'exprimer une passion, lui emprunte seulement ses attributs extérieurs, il copie les attitudes, les gestes, les accents de la parole, le son de la voix, le jeu des inspirations, l'expression de la figure, des yeux, qui appartiennent à la passion; mais il ne donne pas ordinairement à son cœur, à ses artères, à ses organes intérieurs, l'action déréglée, pervertie que la peur, la jalousie, la colère, la haine, etc., leur fait prendre. On assure cependant que des acteurs éprouvaient les effets organiques des passions qu'ils voulaient représenter.

Les phrénologistes placent le siége des passions dans l'encéphale; mais ils ne tiennent aucun compte du trouble qu'éprouvent les organes intérieurs pendant qu'elles existent. Ils ne s'attachent qu'aux phénomènes moraux des passions, qu'aux aspirations, aux inclinations, aux penchants, qu'elles suscitent; ils n'apprécient pas la concordance physiologique qui existe entre les effets si remarquables qui se produisent alors sur les organes intérieurs, et la situation morale de l'homme passionné.

Comment peut-on supposer que les passions sortent de l'encéphale, quand on voit des accès de tristesse, de jalousie, de haine, de colère, etc., survenir, prendre une certaine intensité, sans que le cerveau y soit pour rien, sans que l'intelligence y ait pris part? Ce sont comme des émotions spontanées, forcées, indélibérées, qui saisissent les individus, qui s'emparent d'eux à leur insu. Le médecin reçoit fréquemment les confidences de personnes que poursuivent des chagrins qui sont contraints, qui n'ont pas de motifs; d'autres personnes avouent qu'elles éprouvent parfois des besoins irrésistibles de pleurer, qu'elles se cachent pour les satisfaire. Souvent on se sent poussé à des impatiences, à des mouvements de colère que rien ne justifie. On voit des femmes qui tout à coup sont prises d'une joie forcée, se livrent à des rires bruyants, convulsifs. Des individus confessent au médecin ce qu'ils appellent leurs faiblesses, des pensées, des penchants, des tentations qu'ils condamnent, qu'ils ont peine à retenir, et qui les poussent, parfois les dominent.

Les pathologistes ne reconnaissent-ils pas que les passions affectent les plexus nerveux, quand ils donnent les chagrins, les saisissements, les inquiétudes, la colère, la jalousie, etc., comme des causes déterminantes des hypertrophies, des dilatations du cœur, des anévrismes de l'aorte, des lésions du foie, de l'estomac, etc.? tandis que ce sont des affections de l'encéphale, des fièvres cérébrales, des méningites, etc., que produisent les contentions d'esprit forcées, les études abstraites trop prolongées.

Les maladies qui ont leur siége dans les hémisphères cérébraux s'accompagnent toujours d'un trouble plus ou moins prononcé dans l'exercice des facultés de l'intelligence; elles faussent les perceptions; elles produisent le délire, des aberrations dans les actes du jugement, de la mémoire, de l'imagination. Au contraire, ce sont toujours des sentiments passionnés que font naître les affections des viscères de l'abdomen et de la poitrine. Les lésions chroniques du foie, de l'estomac, des intestins, du cœur, etc., laissent l'entendement entier, mais elles provoquent des idées tristes, mélancoliques, rendent impatients, emportés, conduisent même à l'ennui de la vie, au désespoir.

Les émotions auxquelles l'homme est soumis pendant la vie, et que nous nommons des passions, n'ont pas une origine commune: 1° il est des passions qui ne sont que l'exagération de besoins, d'appétits, qui ont pour fin l'entretien du corps ou la perpétuation de l'espèce, comme la faim, la soif, les désirs vénériens. 2° L'homme connaît des passions qui se rattachent à l'ordre social, qui sont liées aux institutions que la civilisation a établies, comme l'ambition, l'envie, l'amour des richesses, des honneurs, de la gloire, du pouvoir, etc. 3° Nous sommes susceptibles d'éprouver, à l'occasion d'impressions extérieures ou de mouvements intérieurs, des émotions qui offrent les caractères des passions, comme la joie, la tristesse, la peur, la colère, etc.

Les passions de l'homme présentent un certain nombre de types auxquels on croit pouvoir rattacher chacune d'elles. Il est facile au moins de suivre leur gradation, de les reconnaître toujours, lorsqu'elles ne diffèrent que par leur degré d'intensité, qu'elles sont seulement faibles ou fortes, modérées ou violentes. Mais les passions peuvent se pervertir, elles peuvent même se dépraver. Alors elles deviennent méconnaissables: les tendances, les desseins qu'elles inspirent ne sont plus ceux de l'ordre normal. Une

passion dont la fin est bonne se trouve transformée en un désir qui conduit à une action perverse, coupable, criminelle.

On conçoit facilement la modération d'une passion par une mutation légère, passagère, des plexus ganglionnaires. On conçoit également l'emportement, la vivacité, l'ardeur d'une passion par un travail organique de ces plexus plus prononcé, plus sérieux. Mais quand nous voulons expliquer la perversion, la dépravation des passions, nous sommes conduits à admettre que les plexus nerveux ont pris une disposition accidentelle, une condition morbide. Leur puissance est à la fois exagérée et viciée. Il y a égarement, aberration, corruption des sentiments qu'ils portent au cerveau, et que l'âme perçoit. Les facultés affectives que ces impulsions font naître appartiennent à l'ordre pathologique. Ce sont des monomanies, des manies, que nous avons sous les yeux. Ces penchants pervertis, ces entraînements dépravés se montrent par accès; quand ces derniers ont lieu, on trouve dans le désordre des battements du cœur, du jeu des artères, des inspirations, dans l'expression de la figure, dans les variations de la température du corps, etc., la preuve que les plexus nerveux viennent d'entrer dans une condition accidentelle, que leur puissance est à la fois exaltée et dénaturée.

La faim est un sentiment naturel qui atteste la prévoyance du Créateur. Ce besoin passe à l'état de passion, si on ne peut le satisfaire. La faim est pervertie dans les personnes qui mangent trop, qui se livrent à la gourmandise. Il y a perversion du sentiment de la faim dans les malades qui, subitement, souvent la nuit, éprouvent un besoin irrésistible de prendre de la nourriture. Ces faims morbides sont accompagnées d'un malaise général, de tiraillements dans l'épigastre, de palpitations de cœur, d'un tremblement de tout le corps, de syncopes imminentes. Une petite quantité de nourriture apaise cette faim, fait cesser ces accidents. On ne doit pas la confondre avec la boulimie, avec la faim canine, la faim valle, qui dépendent du développement de l'estomac, de sa forme matérielle, de sa capacité.

La faim est une passion dépravée dans les malades qui avalent en cachette de la craie, du charbon, du sel, du plâtre, du suif de chandelles, etc. Nous rattacherons à ces dépravations de la faim ce que l'on appelle des envies de femmes grosses.

La soif est passionnée dans la polydipsie, dans les personnes qui sont obligées de boire dans une journée des quantités considérables de liquides. La soif est pervertie dans les individus qui ont du goût pour les liqueurs âcres, amères, alcooliques, dans ceux qui se livrent à l'ivrognerie. Observez ces derniers au moment où ils avalent la liqueur favorite : la figure, tout le corps révèlent une volupté intime; les joues se colorent, les yeux sont étincelants. Souvent le besoin de boire revient par accès chez les ivrognes, et ces accès s'annoncent par un changement dans leurs habitudes, dans leur caractère; ils deviennent impatients, querelleurs, irascibles; leur physionomie prend une autre expression; leur raison est impuissante contre le sentiment, contre l'appétit qui s'élève des plexus nerveux.

La perpétuation de l'espèce humaine est garantie par un besoin dont le plaisir sollicite la satisfaction. Ce besoin devient souvent une passion, et c'est celle qui a le plus d'empire sur l'homme. Son exagération est inscrite dans les ouvrages de pathologie sous les noms de priapisme, de nymphomanie, d'érotomanie. Il y a perversion de cette passion, quand elle porte à violer les lois divines et humaines, quand elle blesse la morale publique, quand elle cause le déshonneur, la ruine des familles. Nous renonçons à exposer ici les choses honteuses qui suivent la dépravation de cette passion.

Il est remarquable que la respiration de l'air atmosphérique ne fasse éprouver aucune perception, que l'exercice d'une fonction à laquelle la vie est attachée ne cause aucun plaisir. Mais cette fonction est soustraite à l'empire de la volonté; l'homme ne peut empêcher l'air de pénétrer dans ses poumons. Le besoin de respirer ne prend jamais la forme d'une passion : l'homme n'a pu en faire, comme pour le boire et pour le manger, une source de jouissances.

L'amour paternel, l'amour maternel sont des sentiments naturels auxquels on se livre avec bonheur. Affaiblis, modérés chez certaines personnes, ces sentiments prennent, chez d'autres, la violence, la vivacité d'une passion. Combien d'actes d'audace, de dévouements ils ont produits! L'amour maternel est passionné dans les mères dont la vie semble attachée à celle de leurs enfants. Pouvait-on penser que cet amour, d'origine divine, était susceptible de se dépraver, de se corrompre, qu'il se trouverait des mères qui concevraient l'horrible pensée de tuer leurs enfants? C'est par accès que se produit cet épouvantable désir. Alors le trouble de toutes les fonctions intérieures atteste que les plexus ganglionnaires viennent d'entrer dans une condition morbide. La dépravation de l'amour maternel, l'entraînement criminel qui saisit ces malheureuses mères, procède de l'autorité accidentelle que prennent alors ces plexus.

La conservation de la vie est un besoin instinctif qu'éprouvent tous les animaux. L'homme fuit tout ce qui menace son existence; il recherche tout ce qui assure sa sécurité. Le besoin de vivre est passé à l'état de passion dans les personnes pusillanimes, qui se croient toujours menacées, qui poursuivent des craintes chimériques, qui demandent sans fin à être rassurées. Il y a dépravation de ce sentiment dans les individus qui ont un ennui de la vie, qui sont poussés au suicide. Ce funeste dessein se réveille chez eux par accès. Au moment où il s'exécute, le cœur, les artères, tous les organes intérieurs attestent, par le trouble de leurs mouvements, la disposition morbide des plexus ganglionnaires.

L'attachement de l'homme pour l'homme est un mouvement moral d'où sortent la sympathie, la bienfaisance, la commisération. Ce mouvement s'est élevé jusqu'à l'état de passion, quand il engendre l'amitié, la tendresse, le dévouement. Cette attraction des hommes les uns vers les autres peut se pervertir, se transformer en dédain, en aversion, en inimitié, en haine. Elle a subi une dépravation dans ceux qui s'attachent à nuire, à compromettre la réputation, l'honneur, la fortune des autres, qui inventent des calomnies, etc. Cette dépravation est portée au dernier degré quand on conçoit des pensées de vengeance, quand ces pensées conduisent à un crime.

L'homme ressent, pour le pays où il est né, où son organisation a pris l'air, la nourriture qui ont servi à son développement, un attachement qui dure toujours. Cet attachement a pris les caractères d'une passion dans les personnes qui sont atteintes de la nostalgie. L'amour de la patrie était une passion, quand il a produit ces actes de courage, de bravoure, d'héroïsme, qui ennoblissent nos annales.

La possession d'une belle fortune, la faculté de se procurer des jouissances, de satisfaire ses goûts, sont des souhaits, des vœux que l'on peut avouer, mais qui ne sont des prétentions légitimes que par l'emploi de moyens honnêtes. Ces vœux sont des passions que la morale publique condamne, quand ils conseillent des infidélités, des ruses dans les affaires commerciales, des tromperies, des fraudes dans les relations sociales, etc. L'amour des richesses est perverti dans l'homme qui compromet son honneur par des entreprises mal calculées, par des opérations hasardeuses. Cette passion est dépravée dans l'individu qui vole le bien des autres, dans l'avare qui thésaurise, comme dans le prodigue qui dissipe tout.

L'ordre social a créé pour l'homme une foule de positions différentes. L'envie d'occuper celles qui donnent un rang distingué dans le monde fait naître des passions qui montrent une grande activité. Nous y voyons l'ambition avec ses agitations, avec tous ses soucis. L'orgueil, la vanité, la jalousie sont des produits de la passion qui nous occupe. C'est à la dépravation de l'ambition que nous devons rapporter la longue série des événements, des révolutions, des crimes que nous offre l'histoire du genre humain. Commander est bon, être riche est bon, dit Bossuet, et ces bonnes choses mal prises, mal désirées, font néanmoins tout le mal du monde.

Tous les jeux sont des inventions de l'homme en société. Ils doivent servir à son amusement. Mais on a su intéresser le jeu, et alors il provoque des passions de divers caractères, qui se succèdent, qui se remplacent. Un coup qui se prépare fait naître l'espérance, la crainte, suscite les phénomènes organiques de ces passions. Le sort prononce; s'il est favorable, on observe comme un épanouissement de la vie sur les joueurs heureux, le pouls s'accélère, la figure se colore, etc. Des phénomènes différents se montrent, l'organisation reçoit une secousse d'un autre genre, si l'on fait une perte de quelque importance. Ces émotions répétées finissent par se transformer en un appétit, en un besoin qui domine le joueur, qui lui fait la loi.

Les sentiments qui, chez l'homme, se convertissent en passions, avaient dans son existence une destination, un but. A leur origine, dans leur tendance primitive, on les voit servir à la conservation des individus, à la perpétuation de l'espèce, d'une manière plus ou moins directe. Contenus, bien dirigés, ces sentiments rendent l'homme heureux. Mais s'ils dépassent les limites qui leurs sont assignées, ils deviennent des passions; alors les désirs, les penchants, les besoins qui les caractérisent prennent une force, une autorité, une véhémence que la raison s'efforce de régler, de réprimer. De là pour l'homme un état d'agitation habituelle, une vie de tourments sans cesse renaissants, incessamment renouvelés. Si le sentiment d'où naît la passion se pervertit, surtout si ce sentiment se déprave, le moral de l'homme ne paraît plus qu'un composé de défauts, d'inclinations vicieuses, de penchants pervers, même criminels.

L'étude des passions démontre, dans l'homme moral, un antagonisme entre son intelligence et les appétits, les désirs, les besoins qui constituent ses passions. On retrouve cet antagonisme dans l'organisation, entre les hémisphères cérébraux et les plexus ganglionnaires. L'existence morale de l'homme semble formée de deux parties qui tendent constamment à prendre l'une sur l'autre une domination.

Les passions qui sont modérées troublent peu l'état de l'organisation, laissent le cerveau dans sa condition naturelle, et l'intelligence parvient toujours à les discipliner, à les maîtriser. Les passions qui ont un plus haut

degré d'intensité produisent un désordre organique plus prononcé : le changement d'état qu'elles font éprouver aux hémisphères cérébraux entrave la puissance de l'âme. On voit alors la raison contenir avec peine les tendances de la passion, n'arriver qu'avec des efforts à réprimer les excès qu'elle sollicite. Si la passion est ardente, emportée, impétueuse, si le cerveau a perdu sa condition normale, et que cet instrument, devenu défectueux, prive l'âme de son empire habituel sur la détermination de l'homme, alors les entraînements de la passion, les besoins qu'elle excite, n'ont plus de frein. L'équilibre moral est rompu : la passion a usurpé la direction de toutes les actions de l'individu; ce dernier est sous l'empire d'une puissance qui n'est plus celle de l'intelligence.

Cette lutte éternelle, si constante, si vraie, si manifeste, qui s'établit dans l'homme moral entre la raison et les passions, a été signalée dans tous les temps. C'est elle que désigne saint Paul, dans une épître aux Romains, quand il parle de la loi de son corps qui se met en opposition avec la loi de son esprit. C'est elle qui a inspiré à Pascal cette pensée : Il y a guerre intestine dans l'homme entre la raison et les passions. C'est cette lutte que comprend l'*homo duplex* de Buffon ; elle est contenue dans ces paroles de Bossuet : Le concours de l'âme et du corps est visible dans les passions. En s'étudiant soi-même au moment où une passion se produit, on a la conscience de ce combat intime.

Attribuer les passions à l'action du cerveau, refuser d'admettre le concours des plexus nerveux pour les déterminer, c'est d'abord nier l'existence de la lutte dont nous venons de parler; c'est encore se priver du moyen d'expliquer les effets organiques si remarquables qui accompagnent chaque passion. Mais quel rôle assignez-vous à l'âme ? car tous les phénomènes moraux qui sortent du cerveau lui appartiennent. N'est-ce pas méconnaître son origine, sa dignité, sa majesté, n'est-ce pas la dégrader, que de la rendre responsable des travers, des mauvais instincts, des vices, des actes criminels auxquels conduisent les passions ?

Nous touchons ici à une question bien élevée, bien grave, celle de la liberté morale de l'homme, celle de son libre arbitre. Ici se présentent, avec les garanties que notre faible humanité a le droit de réclamer, les intérêts sacrés de la société qui veut être protégée, la nécessité de lois répressives, leur juste sévérité ; on comprend facilement que ce sujet nous échappe.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA CHUTE DE L'UTÉRUS PAR LE PINCEMENT DU VAGIN (présenté à la Société de biologie en 1852); par M. le docteur A. DESGRANGES, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite. — Voir les n°s 5, 7, 9 et 11.)

CHUTE DE L'UTÉRUS ; LE MUSEAU DE TANCHE A 3 CENTIMÈTRES AU-DESSOUS DE LA VULVE ; GUÉRISON SUIVIE PENDANT SIX MOIS.

OBS. V. — Claudine Auclere, âgée de 25 ans, fileuse de coton, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 22, le 18 septembre 1850. C'est une fille de taille moyenne, d'un tempérament sanguin, qui jusqu'à présent n'a pas eu d'autre maladie que celle qui l'amène à l'hôpital. Ce n'est qu'à 19 ans que la menstruation s'est établie chez elle ; depuis lors elle a toujours été régulière, quoique peu abondante. La malade, qui n'a jamais eu d'enfants, raconte que levant un lourd fardeau, il y a deux ans, elle a senti un tiraillement douloureux dans le bas-ventre, puis qu'elle s'est aperçue d'une tumeur à la vulve. Cette tumeur rentrait la nuit par le séjour au lit; elle ressortait le jour sous l'influence d'un travail pénible ; elle n'était point d'un volume constamment uniforme ; car, suivant le récit de cette fille, elle serait descendue quelquefois jusqu'à 6 centim. au-dessous des grandes lèvres. Pourtant elle ne souffrait pas trop ; elle pouvait travailler, et même pour venir à Lyon elle a franchi à pied une distance de plusieurs kilomètres.

ÉTAT LOCAL. Au moment de la visite, on voit sortir de la vulve une tumeur conoïde qui descend à *trois centimètres* au-dessous des grandes lèvres. Elle est formée par l'utérus dont le col se reconnaît facilement, dans la partie la plus déclive, à sa conicité et surtout à son orifice étroit et circulaire. Tout autour du col, il existe un bourrelet annulaire, rosé, qui n'est autre qu'une duplicature des parois vaginales. Si l'on essaye de pénétrer entre ce bourrelet et la grande lèvre, on est bientôt arrêté par une rainure circulaire, qui n'a pas plus de 2 centim. de profondeur. Si l'on presse sur la tumeur, elle disparaît avec une extrême facilité. Les parties génitales recouvrent aussitôt la conformation naturelle, sauf la profondeur du vagin qui est limitée assez pour ne pas permettre au doigt de remonter à plus de 3 centim. sans être arrêté par le col utérin. L'utérus est très-mobile, il cède à la plus légère pression et peut être porté à droite, à gauche, dans tous les sens. La laxité du vagin, surtout à son extrémité supérieure, se prête parfaitement à cette manœuvre.

Dans l'attente des pinces que j'avais commandées, je fis à la malade, avec le caustique Filhos, une cautérisation superficielle du vagin dans toute son étendue, ce qui détermina une douleur assez vive et une fièvre légère qui disparut dès le second jour.

28. Apparition des règles; elles sont abondantes et très-rouges.

1er octobre. Sans autre préparation qu'un lavement laxatif la veille, on met à demeure *six pinces* sur la paroi postérieure du vagin. Nous eûmes pendant quatre jours des alternatives de malaise et de bien-être; et enfin un peu de constipation qu'il fallut combattre au moyen de lavements avec 60 grammes de manne.

7. Chute d'une pince.

9. Apparition d'un érysipèle facial. Limonade cuite pour boisson ; trois frictions par jour avec la pommade Martial :

Axonge	30 grammes	
Sulfate de fer.	10	—
F. S. A. (Velpeau.)		

11. Toutes les pinces sont tombées ; l'érysipèle se résout.

13. La desquammation commence ; l'état général est bon.

14. Pas de selles depuis cinq jours. (Lavement purgatif.)

16. *Six pinces* mises sur la paroi postérieure ne tombent que le 2 novembre. Durant cette période de temps, la malade a eu des alternatives de malaise général et de bien-être; parfois un peu de constipation, que l'on a combattue par des lavements laxatifs. Tantôt elle se plaignait de souffrir, tantôt elle n'éprouvait aucune gêne. Pas de fièvre. Le régime alimentaire a généralement été faible, à raison de ces malaises fréquents qui entravaient le traitement. (Quatre potages par jour.)

4 novembre. Le vagin se rétrécit visiblement; les parois en sont bosselées et sillonnées de petites brides cicatricielles. Malgré quelques douleurs vagues dans l'abdomen, on applique *deux pinces* dans le cul-de-sac recto-utérin. Elles lâchent prise le 13. Rien de particulier pendant ces neuf jours. Le rétrécissement du vagin fait toujours des progrès.

13. Application de *trois pinces* perfectionnées ; elles se détachent le 17.

18. *Deux pinces* en arrière ; chute le 21.

22. *Une pince* en arrière ; chute le 29. A partir de ce jour, l'étroitesse du vagin ne permet plus d'introduire deux pinces ; pour une seule on éprouve déjà d'assez grandes difficultés.

4 décembre. *Une pince* dans le cul-de-sac recto-utérin ; chute le 11.

12 La malade se plaint, à la cuisse droite et aux lombes, d'une douleur vive qui l'a déjà fait souffrir d'autres fois; elle est à son maximum sur les ramifications du nerf crural, et à l'origine du nerf sciatique. Au-dessous de l'épine iliaque antérieure, un vésicatoire pansé pendant quatre jours avec 0,025 milligr. de chlorhydrate de morphine.)

16. *Une pince* dans le cul-de-sac recto-utérin. Chute le 19. Rien de particulier.

21. *Une pince* en arrière. Chute le 29.

Le vagin est très-rétréci. Sur la paroi postérieure, la dernière application a déterminé la formation d'un bourrelet lisse, rond et très-peu mobile, dont le volume est à peu près celui d'une noisette.

31. On permet à Claudine de se lever et de se promener dans la salle.

7 janvier 1851. La douleur névralgique étant toujours bien forte, on met un nouveau vésicatoire derrière le grand trochanter, et comme précédemment on le saupoudre à chaque pansement avec 0,025 milligr. de chlorhydrate de morphine.

Après le vésicatoire, la cure est complétée par des frictions avec le baume tranquille ammoniacal et camphré.

La paroi antérieure du vagin, qui avait été moins soumise que les autres à l'action des pinces, n'a point encore la rigidité des autres parties. On y place *une dernière pince* qui tombe le 21. La malade n'a pas souffert comme par le passé. Son état général est excellent.

ÉTAT LOCAL APRÈS LE TRAITEMENT. Le vagin a une profondeur de *six centimètres*. Les parois en sont dures et légèrement bosselées. Le durcissement et les bosselures sont marquées en arrière, dans le point où les applications ont été réitérées, plus que partout ailleurs, et notamment que sur la paroi vésico-vaginale qui a été ménagée. De chaque côté, on sent des brides qui remontent jusque vers le col. Le col utérin adhère en avant à la paroi vaginale; on le reconnaît à sa dureté, à sa forme lobulée, bien qu'il soit impossible de le circonscrire. De chaque côté se trouvent deux arrière-petites cavités dans lesquelles peut s'introduire l'extrémité du doigt. Le calibre du vagin est tel que, bien qu'il admette facilement un doigt de 2 centim. de diamètre, on ne saurait sans tiraillement dépasser ce volume.

L'aspect de la vulve est tout à fait normal, sauf un érythème léger à la face externe des grandes lèvres. Toutes les douleurs ont disparu. L'état général est parfait (Trois injections par jour avec la décoction suivante : écorce de chêne, 100 gr.; eau, 1 litre.)

Le traitement est arrêté le 21 janvier 1851, et cette malade sort de l'hôpital parfaitement guérie.

Cette observation, que je mets la cinquième parce que je n'en ai suivi le résultat que six mois, devrait être la troisième par ordre d'ancienneté; Claudine Auclerc est la seconde malade sur laquelle j'ai fait application de la méthode.

Les accidents passagers qu'elle a éprouvés sont trop vulgaires et fréquents

pour être mis sur le compte du traitement ; ils ont été, du reste, sans gravité. L'unique cautérisation que j'ai faite ne diminue en rien l'efficacité que j'attribue aux pinces ; je pourrais répéter ce que j'ai déjà dit : Comment une seule cautérisation guérirait-elle, quand pratiquée six fois chez ma premiere malade, elle n'a point réussi? J'aurais pu d'autant mieux la laisser de côté qu'il n'y avait pas à cela d'indication précise, et que je n'y avais recours qu'en attendant les pinces que je faisais fabriquer.

En tout *dix* applications. Nombre des pinces à chaque fois, par ordre d'applications : 6, 6, 2, 3, 2, 1, 1, 1, 1, 1. Traitement du 1er octobre 1850 au 21 janvier 1851.

DESCENTE DE L'UTÉRUS; LE COL A L'ORIFICE DU VAGIN; RÉTRO-FLEXION; DOULEURS EXCESSIVES; APRÈS LE TRAITEMENT, DIMINUTION REMARQUABLE DES DOULEURS; ÉLÉVATION ET REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS.

OBS. VI. — Le 10 mai 1851, Marie-Clothilde Fourchegut, 18 ans, ouvrière en soie, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 22. Cette fille, assez bien constituée, quoique maigre et petite, fut réglée à 15 ans. La menstruation, d'abord régulière et abondante, devint très-variable plus tard à la suite d'une fausse couche, qui remonte à treize ou quatorze mois ; et d'après son récit elle n'aurait été enceinte que de six à sept semaines quand elle se blessa. Quoi qu'il en soit, depuis lors elle s'aperçut que la *matrice descendait ;* elle sentit même un jour entre les cuisses une tumeur, longue de *trois* centimètres environ, qui la gênait dans la marche. Cette tumeur rentrait par le repos au lit; par la station debout, elle retombait entre les cuisses de *deux* à *trois* centimètres. Plusieurs fois la malade parvint à la réduire ; mais les doigts n'étaient pas plutôt retirés qu'elle redescendait au même point. La malade éprouvait dans le ventre et aux lombes des douleurs très-vives, comme si on lui eût *arraché quelque chose;* ces douleurs s'irradiaient dans les cuisses jusqu'aux genoux, lui causant une très-grande faiblesse. La fatigue et les souffrances qui tourmentaient cette jeune fille devinrent telles, qu'au milieu de la journée elle avait peine à travailler assise à des ouvrages de couture. L'appétit qui avait toujours été bon a fait place depuis l'invasion de la maladie à de l'anorexie, parfois même à des maux d'estomac. Pas de constipation ni de diarrhée. Pas de difficulté dans l'émission des urines. Le sommeil est conservé; pas d'altération du côté des organes thoraciques. Jamais la malade n'a fait usage de pessaires.

ÉTAT LOCAL, *la malade debout.* Les lèvres de la vulve sont rapprochées l'une de l'autre, sans offrir rien d'anormal ni de pathologique. En pratiquant le toucher, lorsqu'on arrive à l'orifice du vagin, qui est assez étroit, on rencontre une tumeur peu volumineuse, conoïde, qu'à son orifice transversal et aux lèvres qui le limitent, on reconnait être le col. Cet organe, de consistance assez molle, de petit volume, bien que très-allongé, ne parait être le siége d'aucun engorgement. Le doigt le circonscrit avec facilité à raison de son peu d'élévation. Mais en arrière, au lieu d'être arrêté par le cul-de-sac du vagin, on arrive sur une tumeur solide, résistante, qui se continue avec le col en avant et repousse le rectum en arrière. Le face de la tumeur qu'on peut explorer parait être convexe, plus large en arrière qu'en avant. De cette face, on arrive sans obstacle, sans interruption sur le col ; il y a une continuité manifeste entre ces deux parties. Le col et la tumeur sont inclinés l'un sur l'autre à angle droit, de façon à rappeler la forme d'une cornue ; le premier est dans l'axe du vagin, l'autre perpendiculaire au même axe. Par le rectum, le doigt retrouve le col et la tumeur ; il peut en suivre également la continuité ; mais de plus en remontant le long de la paroi intestinale, il arrive sur un bord épais, arrondi, qui comprime l'intestin. La forme de cette tumeur qui rappelle l'utérus, sa continuité à angle droit avec le col utérin, établissent qu'outre la descente de l'utérus il y a une flexion en arrière du corps de l'organe sur son col.

La malade couchée. Le vulve, ainsi que nous l'avons dit, n'offre rien à noter. Ce n'est qu'en écartant les petites lèvres que l'on parvient à découvrir, au niveau de l'orifice inférieur du vagin, le col de l'utérus que l'on reconnait à ses caractères anatomiques. Il n'est enveloppé d'aucun bourrelet circulaire, ni recouvert en avant par une saillie de la paroi antérieure gonflée et relâchée. L'examen au spéculum établit encore l'intégrité du col. Pas de rougeurs, de granulations, ni d'ulcérations. C'est à peine si la lèvre antérieure est plus gonflée que la postérieure. L'orifice utérin est obstrué de mucosités claires et filantes, qui sortent en grande quantité quelques secondes après l'application.

Nous aurions pu noter cette malade comme ayant un prolapsus de 2 à 3 centim.; nous ne l'avons pas fait parce qu'au moment de l'examen l'utérus ne dépassait pas la vulve, et que nous nous sommes imposé pour règle de n'avancer que des faits bien vérifiés.

16 mai. *(Première application.)* Introduction du spéculum ancien, le manche tourné vers le coccyx ; écartement des valves jusqu'à 15 centim. de circonférence ; application de *sept petites pinces,* trois sur la paroi droite du vagin, deux à gauche et deux en avant. Dans le cul-de-sac recto-utérin, on fait glisser un embout, que l'on fixe sur un bandage en T double. La malade témoigne quelques légères douleurs pendant l'opération. (Boissons délayantes ; pour nourriture des potages seulement.) La veille elle avait reçu un lavement laxatif.

Les pinces tombent du deuxième au septième jour : une le 20, cinq le 22; la dernière est enlevée le 23.

23. Jusqu'à ce jour, la malade n'a point éprouvé d'accident sérieux; un peu d'anorexie, de constipation ; quelques malaises généraux, telle a été la conséquence de cette première partie du traitement.

Le vagin ne présente pas encore de grands changements ; tout se réduit à quelques lobules inflammatoires, plus sensibles sur la paroi droite qu'ailleurs.

24. *(Deuxième application.)* A l'aide du gorgeret, l'on met en place *deux pinces* en arrière, et *deux de chaque côté.* Il est impossible de soutenir, comme la première fois, l'utérus au moyen d'un embout ; le rétrécissement déjà obtenu ne permet pas de l'introduire. Les douleurs que la malade éprouve pendant l'opération ont pour siége l'hypogastre et les lombes ; elles ne sont pourtant pas assez vives pour qu'une autre fois elle veuille être éthérisée. Au bout de quelques heures, elles n'existent plus, et le soir elle prend, comme la veille, le quart du régime.

Chute des pinces du sixième au septième jour. Cinq se détachent le 29, et la dernière le 30.

2 juin. La malade a bien été jusqu'à ce jour ; elle est un peu fatiguée par l'apparition des règles ; cependant elle souffre moins qu'avant son entrée à l'hôpital.

3 juin. *(Troisième application.) Cinq pinces* mises en place. Il en tombe une le 15, une autre le 16 et trois le 18. Rien de particulier.

19. *(Quatrième application. — Trois pinces.)* Une pince brisée de chaque côté, et une pince ordinaire en arrière. Deux lâchent prise le 25 et une le 28. La malade souffre un peu. (Limonade cuite; potion diacodée pendant la nuit.)

30. Les seules particularités à noter jusqu'à ce jour sont un peu de dyspepsie et de la constipation. De l'eau de Saint-Galmier et quelques lavements suffisent à soulager la malade.

Le vagin est rétréci par rapport aux dimensions qu'il avait avant les applications. Le paroi postérieure est parsemée de petits lobules inflammatoires, hémisphériques saillants, serrés les uns contre les autres. A gauche, on sent une agglomération de petits nodules, formant une tumeur du volume d'une noisette dans l'intérieur du conduit. A droite, les nodules, quoique moins développés, se perçoivent pourtant d'une manière manifeste. La paroi antérieure n'est que peu modifiée. Les nodules y sont moins gros et moins serrés que partout ailleurs.

30 *(Cinquième application. — Quatre pinces.)* Une pince brisée de chaque côté, une ordinaire en avant et une autre en arrière. Elles tombent du septième au neuvième jour : trois le 6 juillet, et la dernière le 8.

La malade a moins souffert cette fois que les autres, elle a pu reprendre le soir même son régime de la veille.

Le jours suivants, des maux d'estomac firent administrer un opiat composé :

Conserves de roses.	15 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.	50 centigr.
Thériaque	50 —

15. *(Sixième application.) Trois pincas* brisées, une en arrière et une de chaque côté. Chute de la première le 22, de la seconde le 24. On enlève la troisième le 28.

La malade n'a pas souffert pendant l'opération. Jusqu'à la fin du mois, la constipation et les maux d'estomac ont été les seuls accidents à combattre, pour lesquels nous avons donné la conserve de roses additionnée et des lavements laxatifs.

1er août. Le toucher fait reconnaître l'existence de lobules inflammatoires, bien développés en arrière, assez marqués sur les côtés, mais plus petits en avant que dans les autres points. La malade déclare ne plus sentir les douleurs aux lombes et dans le ventre, qui la tourmentaient avant le traitement; elle a pu descendre de son lit, marcher sans apercevoir de déplacement.

1er. *(Septième et dernière application.)* On met en place *quatre pinces :* deux brisées sur les côtés, une petite ordinaire en avant et en arrière.

Le 5, chute des pinces brisées.

Le 7 et le 8, chute des deux autres.

10. La malade a bien été jusqu'à présent; plus de douleurs aux lombes et dans le ventre depuis plusieurs jours, seulement le temps lui dure à l'hôpital, et, sous prétexte d'inappétence et de diarrhée, ella demande à sortir. Avant son départ, elle est soumise à un dernier examen.

RÉSULTAT. — Le vagin est notablement rétréci, pas au point cependant de n'admettre qu'un seul doigt. La paroi postérieure du conduit est parsemée, dans toute sa longueur, de petits lobules plus ou moins saillants et arrondis, serrés les uns contre les autres. Sur les parois latérales, les lobules inflammatoires occupent moins d'espace ; ils sont ramassés vers l'extrémité supérieure, et disparaissent complétement dans la moitié inférieure. La cloison vésico vaginale, moins soumise à l'action des pinces, est aussi moins inégale que les autres. Le col, libre de toute adhérence, peut être circonscrit dans toute son étendue; il n'est plus visible, comme avant le traitement, au niveau de l'orifice vulvaire du vagin. En écartant les petites lèvres, l'extrémité seule du conduit vulvo-utérin est mise à découvert. Le museau de tanche, dans l'axe du vagin, est à *quatre centimètres* du méat urinaire, distance qui ne serait point aussi petite sans l'allongement assez marqué du col, qui n'a subi et ne devait subir aucune influence de la médication.

Une particularité frappe : c'est que la tumeur que l'on rencontrait en arrière du col, se continuant avec lui à angle droit, *n'existe presque plus,* bien que le col soit comme autrefois dans l'axe du vagin. Le toucher rectal permet de constater aussi que *la tumeur qui faisait saillie dans l'intestin n'est plus la même;* il faut remonter beaucoup plus haut pour arriver sur une surface qui rappelle le fond de l'utérus. Le disparition presque totale des signes qui avaient fait diagnostiquer une *rétroflexion,* amène naturellement à conclure que cette déviation de l'utérus a été *heureusement modifiée par l'action des pinces.* Écoulement purulent de minime importance.

La malade répète ce qu'elle a dit précédemment sur la disparition de ses douleurs. Elle ne souffre ni dans les reins, ni dans le ventre, ni dans les cuisses;

elle s'est levée, elle a marché, sans apercevoir aucun déplacement.

Elle sort.

Autant le médecin est assailli, tourmenté par les malades qu'il n'a pu guérir, autant il a de peine à retrouver ceux qu'il aurait grand désir de suivre, une fois qu'ils sont guéris. Quelques démarches que j'aie fait faire ou que j'aie faites moi-même, je n'ai pu parvenir à revoir cette opérée. J'ai su seulement de ses parents qu'elle pouvait travailler au tissage de la soie, elle qui, avant le traitement, ne pouvait coudre assise sans souffrir ; qu'elle ne ressentait plus les vives douleurs qui l'avaient amenée à l'hôpital, et que nous avions vues disparaître graduellement au fur et à mesure que la médication avançait.

Je me crois donc autorisé à conclure que l'amélioration si remarquable qui a suivi le traitement s'est maintenue plus tard.

Mais le point sur lequel je tiens à fixer l'attention, celui qui donne à ce fait sa plus grande valeur, c'est le *redressement de la rétroflexion bien constaté* avant le départ de la malade. Il y a là un enseignement précieux qui conduira, je l'espère, à guérir une déviation contre laquelle on n'avait point de prise.

Contrairement aux autres malades que j'ai traitées, celle-ci est la seule qui ait souffert à chaque application. La douleur, assez vive pour être exprimée énergiquement, n'allait cependant pas jusqu'à réclamer l'anesthésie ; jamais elle n'a duré au point qu'il fallût y opposer des moyens spéciaux. J'ai regretté seulement que l'ennui et le dégoût de la malade ne m'aient pas permis de pousser les applications plus loin.

Sept applications. Nombre des pinces à chaque fois 7, 6, 5, 3, 4, 3, 4. Traitement du 16 mai au 8 août 1851.

CHUTE DE L'UTÉRUS TRÈS-ANCIENNE; LE MUSEAU DE TANCHE A 7 CENTIMÈTRES AU-DESSOUS DE LA VULVE ; FEMME FAIBLE, MALADIVE ; TRAITEMENT INCOMPLET ; RÉCIDIVE AU BOUT DE TROIS MOIS.

OBS. VII. — Marguerite Roche, âgée de 58 ans, grenetière à la Croix-Rousse, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Paul, n° 8, le 18 janvier 1851. Réglée à 14 ans, elle a joui d'une menstruation régulière, médiocrement abondante, qui durait quatre à cinq jours et revenait toutes les trois semaines. Ce n'est que depuis dix ans que l'écoulement sanguin périodique a cessé.

La malade, qui souffre depuis *vingt-quatre ans*, fait remonter l'origine de sa chute de matrice à une couche qu'elle eut à cette époque. Elle voulut se lever trop tôt, ne prit aucune précaution, souleva de pesants fardeaux, et peu à peu elle sentit la matrice descendre. Pendant longtemps le déplacement ne fut que peu considérable ; mais depuis *six ans* il s'est beaucoup accru. La tumeur rentrait par le repos au lit ; elle cédait aux pressions modérées que la malade y exerçait quand elle voulait uriner; seulement la moindre marche, la fatigue la plus légère suffisaient pour reproduire le déplacement et une saillie extérieure. Une première fois, il y a quatre ans, elle se fit appliquer un pessaire, qu'elle ne garda pas plus d'un mois; elle s'en mit bientôt un second qu'elle ne put garder que huit jours; aussi en vint-elle à ne porter, pour tout moyen contentif, qu'une serviette entre les cuisses. Enfin, depuis dix ans, elle est sujette à une perte blanche, quelquefois rougeâtre, qui n'a cessé de couler et de tacher son linge, sans être pourtant d'une très-grande abondance.

Du reste, cette femme, bien que n'ayant jamais fait de maladie sérieuse, est considérablement affaiblie par les incommodités inhérentes à son état. Elle ressent de vives douleurs dans les reins, des lassitudes aux cuisses. La marche lui est très-pénible, et si, étant debout, il lui survient un accès de toux, elle est obligée de s'asseoir et de soutenir le ventre avec les mains. Il n'est pas jusqu'à la station assise qui ne lui occasionne des souffrances assez vives sur la partie procidente.

ÉTAT LOCAL. — La vulve est occupée par l'utérus sous forme de tumeur ovoïde, volumineuse, rougeâtre, longue de *sept centimètres*, sur une largeur de cinq et demi, dans la partie la plus développée. Cette tumeur présente une surface sèche, lisse, d'apparence cutanée, sillonnée pourtant de quelques légères stries transversales, qui rappellent les inégalités normales du vagin. Vers l'extrémité inférieure de cette masse, le col engorgé, assez largement arrondi, paraît se confondre avec le reste, ne formant pas, comme chez les malades où il est sain, une éminence surajoutée en quelque sorte à la tumeur générale. L'utérus est légèrement dévié en arrière, son orifice est transversal, linéaire ; la portion du vagin dédoublé en avant est beaucoup plus grande que dans tout autre sens. Les lèvres du museau de tanche sont toutes les deux excoriées. L'antérieure est envahie par une excoriation transversale, longue de 2 centimètres, sur une largeur d'un demi-centimètre seulement ; l'ulcération de la lèvre postérieure est analogue à la précédente, pour la forme et pour les dimensions. Entre la tumeur et les petites lèvres, le doigt est arrêté par un sillon circulaire, plus profond en arrière qu'en avant : ce qu'explique très-bien la déviation du col en arrière, et la plus grande étendue des parois vaginales, libres et à découvert en avant.

La réduction de la matrice procidente s'obtient facilement par des pressions méthodiques, et aussitôt les organes génitaux recouvrent leur forme habituelle. L'utérus réduit jouit d'une grande mobilité dans l'intérieur du bassin ; il cède sans peine à la pression de deux doigts introduits dans le vagin, et faisant effort pour se déplacer latéralement. Le conduit vulvo-utérin est énormément dilaté ; il est relâché surtout à son extrémité supérieure, où les doigts peuvent exécuter de grands mouvements sans rencontrer d'obstacles.

La malade, après deux jours de repos, un grand bain et un lavement laxatif administré la veille est soumise au traitement curatif le 26 janvier.

Du 26 janvier 1851 au 25 mars suivant, on lui fait *cinq applications* de pinces vaginales, dont le nombre, à chaque fois, est par ordre, 9, 6, 6, 5, 4. Malgré sa faiblesse et sa mauvaise santé, il ne survient que quelques légers troubles auxquels on oppose avec succès une médication assez simple. Le seul accident à noter, s'il mérite ce nom, est la perforation de la petite lèvre gauche par l'extrémité libre de l'une des pinces ; encore ceci ne serait-il point arrivé sans le découragement de la malade, qui ne se prêtait qu'avec une grande répugnance au plus simple examen. La plaie se cicatrise rapidement, et tout rentre dans l'ordre.

La malade qui, depuis plusieurs jours, s'ennuyait à l'hôpital, se refuse formellement à de nouvelles applications, alléguant qu'elle ne souffre plus, qu'elle n'éprouve plus de gêne à se tenir debout, à se promener, qu'enfin la matrice ne descend plus dans les accès de toux.

Elle sort le 30 mars 1851, après avoir été soumise à un dernier examen.

RÉSULTAT. — Le vagin, notablement rétréci, comparé à ce qu'il était au début du traitement, n'est pourtant pas arrivé au point qu'on aurait désiré. Le doigt explorateur ne trouve plus cette énorme dilatation ; il rencontre, surtout à la paroi postérieure, de petites nodosités hémisphériques, résistantes, qui, depuis le dernier examen, ont un peu diminué de volume. La paroi antérieure fait une légère saillie entre les petites lèvres, dont elle ne dépasse point le niveau. Le col utérin est logé à une assez grande hauteur, car pour arriver jusqu'à lui on a besoin d'enfoncer le doigt jusqu'à *huit centimètres*. Il est facile à circonscrire. La direction qu'il a prise est à peu près normale; de plus, il paraît un peu moins engorgé qu'à l'époque de la première réduction. Écoulement assez fort d'un pus sanguinolent.

La seule conclusion que je veuille tirer de ce fait, en le comparant à l'obs. II, la voici :

Cinq applications de pinces chez une malade vieille, faible, atteinte depuis vingt-quatre ans de prolapsus, ont produit plus d'effet que six cautérisations chez une fille jeune et forte, malade seulement depuis huit ans. La récidive en elle-même est jugée par l'ancienneté du prolapsus, par la faiblesse de la malade, par le petit nombre d'applications; je suis même étonné qu'elle ait mis trois mois à se produire, je l'attendais immédiatement.

CHUTE COMPLÈTE DE L'UTÉRUS; LE MUSEAU DE TANCHE A SEPT CENTIMÈTRES DU MÉAT URINAIRE ; TRAITEMENT PAR LES DEUX PROCÉDÉS ; RÉSULTAT IMPARFAIT.

OBS. VIII. — Benoîte Gauthier, âgée de 43 ans, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu le 25 juin 1851. Cette femme, d'un tempérament sanguin, fut réglée à 17 ans, et la menstruation, douloureuse d'abord, s'est établie depuis régulière et facile. Devenue enceinte, il y a sept ans, elle eut une grossesse heureuse, un accouchement rapide et des suites de couches très-simples.

Il y a un an qu'à la suite d'un effort et d'une chute, elle s'aperçut que la *matrice descendait*.

ÉTAT LOCAL. — L'utérus proémine à l'extérieur, où il se montre sous forme de tumeur cylindroïde, perforée d'un orifice transversal, linéaire, à son extrémité inférieure. De cette extrémité au méat urinaire, on compte *sept centimètres*. Le col utérin, quoique mou, est néanmoins assez volumineux et engorgé ; il est profondément lacéré à droite par une ancienne solution de continuité, qui doit se rattacher à une déchirure dans la parturition.

La lèvre antérieure fait une saillie lobulée qui proémine sur l'orifice ; la lèvre postérieure est plus uniformément cylindroïde ; le col, en totalité, est incliné en arrière. Le vagin, retourné en partie comme un doigt de gant, a cédé plus en avant qu'en arrière. En avant, il couronne la base de la tumeur d'un bourrelet semi-circulaire ; au niveau de la fourchette, il forme, par une duplicature, une petite tumeur lobulée, en arrière du col ; toute la portion du conduit, retournée, est rouge, sèche, sans traces d'ulcération ; on y retrouve les stries transversales naturelles. Le doigt, en explorant la base de la tumeur, tombe dans une rainure circulaire plus profonde en arrière qu'en avant.

La réduction rend aux organes génitaux leur configuration normale, si ce n'est que le vagin, par sa laxité et son ampleur, permet au col des déplacements très-étendus.

Les *symptômes physiologiques* se réduisent à quelques douleurs lombaires ou abdominales, à de la faiblesse des membres inférieurs. Du reste, les grandes fonctions s'exécutent régulièrement.

Le traitement fut exécuté d'après le premier procédé, sans accidents locaux ou généraux, sans douleurs notables. A peine fut-il besoin, et par mesure de prudence seulement, de réduire un peu le régime à chaque opération.

Nous fîmes huit applications de pinces vaginales ; et malgré la hauteur du col à 6 centimètres du méat urinaire, ainsi qu'un rétrécissement marqué du vagin, l'utérus ne tarda pas à redescendre; seulement il fallait une heure de marche pour que le museau de tanche arrivât à la vulve, tandis que, avant le traitement, il suffisait de quelques pas pour reproduire la chute complète. La malade sortit de l'hôpital ; plus tard elle y rentra, et le nouveau traitement qu'elle subit constitue le *second procédé*.

Nous espérions un meilleur résultat que la première fois : le col, beaucoup moins engorgé, adhérait en avant ; il était situé à 6 centimètres du méat urinaire ; le vagin était rigide, tendu, très-resserré en haut, quoique d'une certaine amplitude à son extrémité vulvaire ; néanmoins, au bout de trois mois, à la suite de

travaux pénibles, notre opérée put constater que son état ne se soutenait pas parfaitement.

Aujourd'hui, après trois heures de fatigue et d'efforts, le col descend près de la vulve; une marche paisible, même assez prolongée, laisse l'organe en place. Somme toute, il y a donc une amélioration incontestable, et la malade s'en applaudit, en même temps qu'une preuve nouvelle de l'innocuité de la méthode, puisqu'on peut à plusieurs reprises la mettre en pratique sans inconvénients.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ARCHIV FUR PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Rédigés par K. Vierordt.

Les troisième et quatrième cahiers, ainsi que le cahier supplémentaire de 1852, contiennent les articles originaux suivants : 1° *Du parasitisme et des parasites*; par le professeur Rod. Leuckart. (Deuxième article.) 2° *Sur la durée des impressions tactiles*; par le professeur Valentin. 3° *Recherches sur l'origine de la bile*; par le docteur Moleschott. 4° *Observations sur la sclérose aiguë (le scléréme) et sur l'érysipèle des nouveau-nés, à l'établissement obstétrical de Stuttgart*; par le docteur Elsaesser. 5° *Sur les ulcères de l'estomac, particulièrement sur les ulcères perforants*; par le docteur Frédéric Güushurg. (La destruction de la muqueuse stomacale est due, suivant l'auteur, à une sécrétion anormale des sucs acides de l'estomac, déterminée par une diminution d'énergie du nerf vague.) 6° *Études pharmacologiques sur la delphinine*; par les docteurs Th.-C. Falck et C. Roerig. (Expériences sur l'action de la delphinine sur les animaux.) 7° *Nouvelle méthode pour la détermination du volume des corpuscules sanguins*; par le professeur Vierordt. (L'auteur continue ses études sur l'analyse microscopique du sang; il donne ici les moyens d'arriver à la détermination précise du volume, soit d'un corpuscule sanguin pris isolément, soit de l'ensemble des corpuscules contenus dans une certaine quantité de sang. Cette méthode reposant sur des formules mathématiques, il n'est pas possible de la reproduire par l'analyse.) 8° *Recherches sur la quantité d'eau que contiennent les muscles, dans différents états pathologiques*; par le docteur Ed. Schottin. 9° *Sur l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu*; par le docteur A. Kussmaul. (Deux observations de rhumatisme avec épanchement sanguin sous le périoste, dans la diaphyse de l'os, suivi de nécrose.) 10° *Sur les fractures du col du fémur*; par le professeur Heyfelder. 11° *Quelques mots sur la source thermale d'Hamam Mescutin, en Algérie*; par le docteur Harless. 12° *Deux moyens mécaniques propres à modérer les accès d'épilepsie ou à les guérir*; par le professeur J.-F.-H. Albers. 13° *Détermination de l'influence de la température sur la fréquence des cas de mort*; par le docteur Otto Eisenlohr. (Formules mathématiques.) 14° *Notes chimiques et microscopiques sur le lait*; par le docteur Moleschott. (L'auteur a trouvé que le colostrum et le lait de vache ont une réaction acide au moment même où ils sortent du pis. Le colostrum des vaches contient encore, neuf jours après la mise bas, une quantité notable d'albumine, outre la caséine et le sucre de lait. Les globules du lait ont une enveloppe propre que l'auteur est parvenu à démontrer.) 15° *Sur le poison des saucisses gâtées et sur les substances analogues qui renferment d'autres aliments tirés du règne animal*; par le professeur Schlossberger. (Premier article, contenant l'historique de la question et les vues théoriques de l'auteur.) 16° *Sur la séparation de l'eau par les reins*; par le docteur Falck. (Deuxième article.) 17° *De l'influence du système nerveux sur les mouvements de l'iris*; par le professeur Budge. 18° *Sur une nouvelle forme très-simple de miroir oculaire*; par le professeur Helmholtz. (Cet instrument est une simple lentille convexe semblable à une loupe; l'auteur indique la manière de s'en servir et le compare à l'instrument plus compliqué décrit par Ruele.) 19° *Sur la mémoire des impressions visuelles linéaires*; par F. Hegelmaier. 20° *Recherches sur les causes d'erreur dans l'évaluation du nombre des globules sanguins*; par le professeur Vierordt (Exposé très-détaillé de la méthode que suit actuellement l'auteur, et de toutes les précautions à prendre pour écarter les causes d'erreur. Comme exemples d'application pratique, l'auteur donne les résultats d'un grand nombre d'évaluations dont les chiffres, par millimètre cube, varient entre 4 et 5 millièmes. Il est certain, comme nous l'avons dit ailleurs, qu'au point de vue scientifique, la méthode du professeur Vierordt est très-satisfaisante; mais la question est de savoir si, pour la connaissance des maladies, il est nécessaire d'arriver à ce degré de précision ou si l'ancienne méthode d'analyse du sang, toute grossière qu'elle est, n'est pas suffisante pour le but qu'on se propose, celui d'établir l'augmentation ou la diminution du chiffre des globules.) 21° *Fièvre intermittente à type de vingt-huit jours*; par le docteur Santlus. (Accès caractérisés par frissons, chaleur, signes d'hépatite, ictère, et qui se reproduisirent quatre fois à vingt-huit jours d'intervalle, aux époques correspondant à la période menstruelle. La maladie ne céda qu'à un changement de résidence.) 22° *Sur l'origine du colloïde*; par le docteur Schrant. (Mémoire traduit du hollandais par le docteur Gustave C.-E. Weber.)

Du parasitisme et des parasites; par le professeur Leuckart (de Giessen).

La plupart des médecins auxquels les sciences naturelles sont peu familières ont encore aujourd'hui des idées fausses sur l'origine et sur les conditions d'existence des parasites : c'est ce qui nous engage à rendre compte du remarquable travail du jeune et savant professeur de Giessen. D'ailleurs, il est nécessaire que le médecin digne de ce nom, je veux dire le médecin instruit et désireux de se tenir au courant du progrès, se dépouille de ces vieilles idées de génération spontanée qui n'ont plus cours aujourd'hui dans la science et qui n'ont jamais servi qu'à cacher notre ignorance, partout où elles se sont produites. Nous engagerons aussi le lecteur à revoir un article sur le même sujet, du professeur Siebold, dont nous avons rendu compte dans la Gazette Médicale de Paris (année 1847, p. 660 et suiv.).

M. Leuckart divise son travail en deux articles ; dans le premier, il traite de l'histoire naturelle générale des parasites ; dans le second, il s'occupe de l'histoire particulière des entozoaires ou helminthes.

Le parasitisme est une loi générale de la création, corollaire inévitable de cette grande loi des êtres, qui veut que ces derniers se nourrissent aux dépens les uns des autres. L'œuvre de destruction qu'accomplissent, pour leur entretien individuel, les animaux carnivores se produit sur une plus petite échelle pour les parasites, que leur petite taille et leur organisation ont placés dans des conditions particulières.

Les conditions d'existence de ces petits êtres sont importantes à connaître, parce qu'elles nous éclairent sur la possibilité ou l'impossibilité absolue des faits relatifs à leur séjour : ainsi les uns sont organisés pour respirer l'air en nature; il faut donc qu'ils puissent accomplir leurs fonctions, c'est-à-dire qu'ils occupent des lieux tels que l'air atmosphérique soit directement accessible à leurs organes. Ainsi, toutes les fois qu'il sera question de parasites aériens par leur organisation et trouvés dans des endroits inaccessibles à l'air, on devra douter de l'exactitude des faits. Il n'en est pas de même des vers qu'on appelle intestinaux : ceux-ci respirent par toute la surface de leur corps; mais ils n'ont pas besoin de la présence de l'air atmosphérique, parce qu'ils sont plongés au milieu de liquides qui tiennent en dissolution du gaz oxygène, avec lequel ils peuvent échanger leur acide carbonique.

Après avoir développé ces considérations, en les appuyant par des exemples, l'auteur s'occupe des migrations des parasites, étude curieuse et de la plus haute importance pour faire comprendre comment ils se répandent dans le corps des animaux. Les métamorphoses que l'on a étudiées et décrites, pour la plupart des espèces, se lient à des changements de séjour. On dirait que l'animal, quand il revêt une nouvelle forme, a besoin de se trouver dans d'autres conditions, comme on le sait, d'ailleurs, depuis longtemps pour la plupart des insectes. Cette vérité s'applique surtout aux vers, dont les diverses espèces, à l'exception des nématoïdes, diffèrent considérablement aux différentes époques de leur vie, au point d'avoir donné lieu à de nombreux doubles emplois : on sait très-bien maintenant, par exemple, que les helminthes ne sont pas toujours entozoaires, et dès lors il n'est plus nécessaire d'avoir recours à l'hypothèse de la génération spontanée pour expliquer leur présence dans le corps des animaux. Il ne s'agit que de chercher à découvrir comment ils en sortent et comment ils y pénètrent sous d'autres formes. C'est à cet examen que l'auteur consacre la plus grande partie de son premier chapitre.

C'est à l'état d'œufs que les entozoaires sortent du canal intestinal. L'observation nous apprend que le plus souvent les œufs de ces animaux ne montrent aucune trace de développement tant qu'ils sont dans l'intestin, et la même chose a lieu pour les œufs des espèces qui habitent les conduits biliaires, les branchies, etc. D'autres fois ce sont les larves qui quittent le corps : d'où il suit qu'il y a très-peu d'espèces qui séjournent pendant toute leur vie dans le même animal.

Quant à leur mode d'introduction, il doit avoir lieu le plus souvent par les aliments et par les boissons. L'auteur cite une foule d'exemples d'espèces qui passent du corps de divers animaux dans celui des carnivores qui font leur nourriture de ces derniers, et fait observer que les carnivores nourrissent beaucoup plus d'espèces d'entozoaires que les herbivores : ainsi le brochet nourrit peu de formes qui ne se trouvent dans les épino-

ches, les carpes et d'autres poissons dont il fait sa proie. Mais on se demande comment ces êtres si mous, si délicats, peuvent se frayer un passage à travers nos membranes jusque dans l'intérieur des vaisseaux ou dans le parenchyme des organes. Ici encore la réponse est fournie par l'observation directe. On a vu des trématodes pénétrer, chez les poissons, dans l'intérieur de l'œil à travers la sclérotique, des échinorhynques traverser la peau et les chairs pour arriver jusqu'à l'intestin; et d'ailleurs, on sait depuis longtemps que les nématoïdes (vers cylindriques), qui n'ont aucune arme, peuvent aussi percer les membranes et se glisser soit dans la cavité des vaisseaux (hématozoaires), soit dans le parenchyme des organes (les filaires, par exemple). On arrive ainsi, sans grande difficulté, à expliquer la présence des entozoaires chez les animaux. Pour l'homme, qui ne se nourrit pour ainsi dire que d'aliments préparés par la cuisson, la recherche de l'origine de ses entozoaires n'est pas aussi facile; cependant on sait aujourd'hui que les filaires s'introduisent sous sa peau en la perforant, et d'un autre côté, la présence des mêmes formes de vers intestinaux dans certaines contrées ou chez certains peuples nous montre une corrélation entre l'existence de ces vers et certaines conditions extérieures qui facilitent leur développement. Les Abyssins, par exemple, qui sont très-sujets aux entozoaires, se nourrissent souvent de viandes crues et avalent même les intestins de plusieurs animaux, *avec leur contenu* (Bruce, Rüppell).

Nous passons sous silence les faits nombreux et authentiques que l'auteur rapporte avec profusion, et desquels résulte non-seulement la possibilité, mais aussi la réalité des migrations des diverses espèces d'entozoaires à travers tous les tissus. Lorsque ces parasites sont arrivés dans des organes parenchymateux ou fibreux, comme le foie, les muscles, le tissu cellulaire, ils s'enkystent à la manière de tous les corps étrangers. Alors le plus souvent leur développement s'arrête; leurs organes génitaux s'atrophient, et ils ne peuvent se reproduire par des œufs: c'est ce qui arrive pour les vers qu'on a nommés cystiques.

La seconde partie du travail de M. Leuckart, dans laquelle l'auteur donne l'histoire particulière des helminthes, n'est pas moins riche que la première en faits nouveaux et intéressants. C'est à tort qu'on donne habituellement à ces êtres le nom de vers intestinaux ou d'entozoaires; car ils passent une assez grande partie de leur vie hors du corps, à l'état d'œufs ou de larves. Dans l'état actuel de la science, il convient de les grouper en quatre ordres seulement: les cestoïdes ou ténias, les trématodes ou distomes, les acanthocéphales ou échinorhynques et les nématoïdes (ascarides, oxyures, filaires, etc.).

Ce n'est que depuis les curieuses découvertes de Steenstrup, consignées dans son mémorable ouvrage sur les *générations alternantes* (generations wechsel), que nous pouvons nous faire une idée exacte de la constitution d'un ténia. Steenstrup a trouvé qu'il existe des larves particulières qu'il appelle nourrices, lesquelles se reproduisent sans le concours des sexes et donnent naissance à d'autres larves susceptibles d'arriver à la maturité sexuelle et alors de produire des œufs (voy. l'article cité plus haut, GAZ. MÉD., 1847, p. 661). Or, dans le ténia, la tête est la larve nourrice, la larve mère, comme on pourrait encore l'appeler. La tête est donc, à proprement parler, tout l'animal, ce qui confirme la vérité de cette ancienne croyance, que la cure du ténia n'est pas complète aussi longtemps que la tête (ou les têtes, quand il y a plusieurs vers) n'est pas expulsée. Lorsqu'elle a existé pendant quelque temps, elle pousse un premier bourgeon (article), puis un second, qui se place entre la tête et le premier bourgeon produit, et ainsi de suite. Le parasite composé s'allonge, et bientôt les dernières pièces du corps, qui sont les plus anciennes, se remplissent d'œufs et deviennent ainsi des larves génératrices. La tête elle-même ne produit jamais d'œufs.

M. Leuckart montre par des figures ce développement remarquable, qu'il compare au développement de certaines méduses qui passent par l'état polypiaire avant d'arriver à leur forme définitive.

Les larves des ténias, c'est-à-dire les têtes sans aucun article, sont très-répandues dans les animaux, d'après les recherches de M. Van Beneden; mais elles ne se développent pas dans les hôtes qu'elles n'habitent que temporairement, du moins d'après ce qu'on observe dans les animaux inférieurs: ce n'est que dans le corps des vertébrés qu'elles commencent à produire des articles. L'auteur rapporte encore ici de nombreux faits qui constatent les migrations de ces larves.

Un ordre de faits non moins curieux comprend ceux qui ont trait aux dégénérescences de ces larves de ténias et à leurs transformations en vers vésiculaires. Dans leurs migrations, ces larves, pour me servir de l'expression de l'auteur, peuvent *s'égarer* et arriver dans des organes peu favorables à leur développement ultérieur. Tantôt la dégénérescence se borne à un arrêt de développement des segments qui restent stationnaires et n'arrivent pas à la maturité sexuelle, comme on l'a vu dans les poissons chez lesquels on a trouvé la même espèce hors de l'intestin et dans l'intestin, mais avec cette différence que les individus trouvés dans l'intestin avaient leur développement normal, tandis que les autres étaient enkystés dans le mésentère ou dans le foie et rabougris. Telles sont aussi les ligules, qui n'acquièrent des œufs que lorsqu'elles ont passé du corps des poissons dans celui des oiseaux. D'autres fois, surtout chez les mammifères et les oiseaux, les segments ovifères ne se produisent pas, et sont remplacés par un appendice vésiculeux. Telle est l'origine des vers cystiques ou vésiculaires, dont on a fait pendant longtemps un ordre particulier, et qu'il faut rattacher maintenant aux cestoïdes. Aussi longtemps que ces vers vésiculaires, les cysticerques, par exemple, restent dans les conditions sous l'influence desquelles ils se sont produits, ils conservent leurs caractères; mais dès qu'ils arrivent dans un lieu favorable à leur évolution, ils changent de forme, perdent leur appendice vésiculeux et poussent des articles comme les vrais ténias. Ce fait curieux a été mis hors de doute par les expériences ingénieuses de M. Küchenmeister (PRAGER VIERTILJAHRSCHRIFT, 1852), qui a pu suivre les changements des cysticerques dont il avait nourri des chiens et des chats. D'un autre côté, M. Leuckart affirme que le *cysticercus fasciolaris* du foie des souris devient le *tænia crassicollis* de l'intestin des chats.

Ces singulières métamorphoses des ténias peuvent encore aller plus loin. Sous certaines conditions, la vessie des cysticerques acquiert la faculté de produire des bourgeons; il en résulte une colonie de cysticerques implantés sur une vessie commune, ou la forme à laquelle on a donné le nom de *cænure*.

D'autres fois la larve elle-même, ou ce qu'on appelait la tête du ténia, se change en vessie avant qu'elle ait produit un appendice vésiculeux; il en résulte alors des *acéphalocystes*, vessies simples ou compliquées, renfermant quelquefois des générations nombreuses de vessies plus petites, libres ou attachées à la vessie mère. Aux acéphalocystes enfin se rattachent les *échinocoques*, qui en diffèrent parce que la paroi interne de la vessie produit des larves de cestoïdes avec leurs formes normales, c'est-à-dire avec des suçoirs et la couronne de crochets. L'échinocoque est donc à l'acéphalocyste ce que le cœnure est au cysticerque. On voit par là que les vers vésiculaires sont tous des ténioïdes arrêtés dans leur développement et plus ou moins dégénérés.

Les trématodes, ou vers plats munis de ventouses, se propagent par générations alternantes. Ils vivent dans l'eau pendant leur état de larve, pénètrent dans le corps des insectes ou des mollusques aquatiques (voir l'article plus haut), s'entourent d'un kyste et restent dans un état stationnaire jusqu'à ce qu'ils passent dans le corps d'un autre animal (poisson, oiseau). L'auteur décrit les diverses formes qui représentent les états divers de ces êtres. Qu'il nous suffise de savoir qu'ils peuvent, tout aussi bien que les autres vers, traverser le parenchyme des tissus et percer les membranes.

Nous ne dirons rien des échinorhynques, qui n'habitent pas l'homme et dont on connaît peu les divers états.

Quant aux nématoïdes, ils offrent aussi diverses particularités intéressantes. Ils ne subissent pas de métamorphoses, et cependant ils ont aussi des migrations. Leurs œufs, expulsés avec les matières fécales, se développent dans la terre humide ou dans l'eau, d'où, très-jeunes encore, ils passent dans le corps de divers animaux ou sous la peau. S'ils ne trouvent pas, dans leur nouveau séjour, des conditions favorables à leur développement, ils n'arrivent pas à la maturité sexuelle. Ces formes de nématoïdes incomplets, qu'on désigne généralement sous le nom de filaires, se trouvent dans la chair musculaire, sous les séreuses, dans les yeux, etc. C'est à ces vers dégénérés qu'appartient, entre autres, le *trichina spiralis*, ver enkysté qu'on trouve dans les muscles, et dont la découverte, due à M. Owen, a vivement excité l'intérêt. L'auteur rattache au même groupe les filaires du sang, qu'il regarde aussi comme des vers *égarés* dans leur route. Enfin les grégorines, ces singuliers parasites qu'on rencontre fréquemment dans les animaux sans vertèbres, et qu'on regarde, à cause de la simplicité de leur organisation, comme des animaux formés d'une seule cellule, ne sont aussi que des nématoïdes dégénérés, que l'auteur compare aux acéphalocystes des vers cestoïdes.

Nous n'avons fait qu'effleurer en quelque sorte le vaste sujet traité avec beaucoup d'habileté et de science par M. Leuckart: ce que nous en avons dit suffira cependant pour la plus grande partie de nos lecteurs, qui pourront ainsi se faire une idée sommaire de l'état actuel de la science concernant l'histoire de ces êtres singuliers dont l'existence est étroitement liée à celle des animaux qu'ils habitent.

RECHERCHES SUR L'ORIGINE DE LA BILE; par le docteur MOLESCHOTT, professeur à Heidelberg.

M. Moleschott, dans le but de rechercher si les éléments de la bile existent dans le sang, ou s'ils sont formés par le foie, a enlevé cette glande sur

100 grenouilles. Il avait préalablement analysé la bile des grenouilles et constaté qu'elle diffère de la bile du bœuf et de celle du porc, mais qu'elle renferme de la taurine. Il put conserver la plupart de ses grenouilles vivantes pendant trois semaines après l'opération, circonstance favorable au résultat de l'analyse. En effet, Kunde, qui avait fait les mêmes recherches, avait rencontré de la bile dans le sang; mais comme ses grenouilles n'étaient restées vivantes que pendant quatre jours, on pouvait regarder la bile du sang comme provenant de l'absorption intestinale. M. Moleschott, au contraire, ne put trouver dans le sang aucune trace de bile, malgré tout le soin qu'il mit à l'analyse de ce liquide. Il analysa de plus le contenu du cloaque, et déjà au bout de six jours on n'obtenait plus la réaction verte que produit l'acide nitrique. Enfin il examina la chair musculaire, le mucus gastrique, la lymphe et l'urine: nulle part il ne trouva de traces de bile. L'auteur en conclut que la bile n'est pas formée dans le sang, mais que le foie est bien réellement l'organe qui la produit.

OBSERVATION SUR LA SCLÉROSE AIGUË (LE SCLÉRÈME) ET SUR L'ÉRYSIPÈLE DES NOUVEAU-NÉS A L'ÉTABLISSEMENT OBSTÉTRICAL DE STUTTGART; par le docteur ELSAESSER.

Dans une période de vingt-trois ans, il y eut 53 enfants atteints de sclérose aiguë, dont 29 garçons et 24 filles. Sur ce nombre, 10 étaient nés à terme et 43 avant terme. Le nombre des enfants nés vivants et à terme était de 4,468, et le nombre des enfants vivants et avant terme, de 267. Le rapport dans le premier cas est donc de 1 : 446,8, et dans le second cas, pour les enfants avant terme, de 1 : 6,20. Il y eut des années pendant lesquelles il ne se produisit pas un seul cas de maladie, tandis qu'elle se montra fréquemment, entre autres, de 1849-50, en même temps que la fièvre puerpérale. La plupart des cas avaient lieu pendant les mois de décembre et de novembre. On remarqua généralement un abaissement considérable de température : 23, 19 et jusqu'à 17 degrés Réaumur, dans la cavité buccale, au lieu de 24 degrés qu'offraient dans la même salle les enfants bien portants. La complication la plus fréquente fut celle de la jaunisse, comme d'ordinaire (17 cas), puis le pemphigus (5 cas), souvent l'érysipèle, plusieurs fois les pétéchies.

L'érysipèle des nouveau-nés (qui n'est peut-être qu'un premier degré du sclérème) fut rarement observé seul. Sur 13 cas il y eut 10 morts. L'auteur remarqua aussi, comme pour le sclérème, une coïncidence avec la fréquence des fièvres puerpérales.

SUR LES FRACTURES DU COL DU FÉMUR; par le professeur HEYFELDER.

OBS. I. — Un homme de 76 ans, vigoureux et de haute taille, en voulant se lever de sa table de travail pour se rendre dans une chambre voisine, trébucha et tomba sur le plancher. Il se releva, alla tirer le cordon de la sonnette et put se rendre, sans beaucoup de douleur, dans sa chambre à coucher, appuyé sur le bras de sa gouvernante. La nuit fut assez bonne; cet homme put dormir et changer de position. Le lendemain on remarquait des sugillations et une assez forte tuméfation dans la région supérieure externe de la cuisse gauche. M. Heyfelder ne fut appelé que le troisième jour. Il trouva le membre gauche tuméfié, un peu sensible, sans raccourcissement. Les orteils du pied gauche étaient un peu plus tournés en dehors que ceux du pied droit; mais le malade pouvait les ramener en dedans et disait que cette disposition était habituelle. Le malade ne parvenait pas à soulever la jambe, mais il pouvait la rapprocher du tronc en fléchissant le genou et l'étendre de nouveau. Il n'y avait pas de crépitation, même quand on imprimait au membre un mouvement de rotation. Les signes d'une fracture manquaient donc; le seul qui existât était l'impossibilité de soulever la jambe sans fléchir le genou; mais ce signe même ne pouvait pas être regardé comme certain, et le malade, qui était médecin et avait pratiqué la chirurgie, n'y attachait aucune importance. Cependant l'auteur, pour plus de sûreté, proposa l'emploi du plan incliné, pensant qu'il fallait agir comme si la fracture existait; mais le malade refusa et se contenta de faire des fomentations.

Au bout de trente-huit jours, comme on le transportait sur un canapé pour faire son lit, une des personnes qui le portaient fit un faux pas et le laissa tomber, tandis que la jambe affectée était retenue par l'autre personne. Le malade ressentit une vive douleur dans l'articulation et entendit un craquement. M. Heyfelder ayant été appelé constata un raccourcissement considérable, le pied tourné en dehors, l'impossibilité de mouvoir le membre, en un mot les signes évidents d'une fracture, sauf la crépitation. Cependant le malade ne voulut se soumettre à aucune espèce de traitement. Il guérit avec un raccourcissement très-prononcé, ce qui ne l'empêcha pas de reprendre ses occupations. Atteint de bronchite et de paralysie des poumons, cet homme mourut deux ans après l'accident.

A l'autopsie, on vit que le col du fémur avait entièrement disparu; la tête était comme enchâssée entre les deux trochanters; les extrémités osseuses fracturées étaient réunies par une substance solide, ligamenteuse qui indiquait, par son trajet, que la fracture avait eu lieu en partie dans l'intérieur et en partie en dehors de la capsule.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, le professeur Heyfelder rappelle plusieurs cas analogues. Il relate ensuite une deuxième observation qui lui est propre, et qui présente comme particularité une complication de fracture du petit trochanter.

OBS. II. — Un homme de 50 ans tomba du haut d'un second étage sur la région trochantérienne gauche. Quand on le releva, il ne pouvait ni marcher ni se tenir debout. Pas de raccourcissement ni de rotation en dehors; aucune différence dans la position des trochanters; pas de crépitation; douleurs excessives quand on cherche à mouvoir le membre. Pansement et position appropriés.

Au bout de vingt jours, sans cause connue, le pied se porte en dehors, et l'on constate un raccourcissement d'un demi-pouce avec crépitation.

Au bout de quatre-vingt-huit jours cet homme put se lever. Il mourut du typhus deux ans plus tard.

L'autopsie montra que la fracture avait eu lieu à la base du col, c'est-à-dire au grand trochanter lui-même; elle se dirigeait du grand au petit trochanter et circonscrivait ce dernier de manière à le détacher en quelque sorte de l'os. La réunion avait eu lieu par un cal, avec un léger raccourcissement du col.

Cette observation est suivie de considérations sur les signes de fracture du col du fémur; l'auteur rappelle cette circonstance que la consolidation se fait généralement par une substance intermédiaire ligamenteuse lorsque la fracture a lieu dans l'intérieur de la capsule, tandis qu'elle s'opère au moyen du cal, lorsque la fracture est extracapsulaire.

Pour le traitement, l'auteur donne la préférence au double plan incliné.

DEUX MOYENS MÉCANIQUES PROPRES A MODÉRER LES ACCÈS D'ÉPILEPSIE OU A LES GUÉRIR; par le professeur J. F. H. ALBERS (de Bonn).

On s'habitue généralement à regarder l'épilepsie comme une maladie incurable et, le plus souvent, on abandonne à leur malheureux sort ceux qui en sont atteints. Il conviendrait cependant d'étudier les formes de cette affection, afin de chercher à en éclairer l'étiologie; il serait important surtout de la traiter dans son début ou dans les premiers temps de son existence, afin d'empêcher les lésions cérébrales de se produire ou d'augmenter. Les nombreuses autopsies faites par le professeur Albers lui ont montré que ces lésions sont très-variées; mais, d'un autre côté, il s'est assuré que souvent les malades meurent, non par le fait de ces lésions, mais par la violence des accès qui suspendent la respiration ou déterminent la paralysie des vaisseaux capillaires du cerveau, sous l'influence d'un sang non suffisamment oxygéné.

M. Albers conseille, pour modérer l'intensité des accès, la compression des carotides et des nerfs vagues, pratiquée en appliquant le pouce et l'index sur les côtés du larynx. Ce moyen, déjà conseillé et mis en pratique pour d'autres affections cérébrales, lui a réussi plusieurs fois, lorsque la respiration était très-gênée, le cou fortement tuméfié et la face très-rouge. Il l'a employé, entre autres, sur un homme de 27 ans qui avait des accès presque journaliers et dont la durée était d'une demi-heure à trois quarts d'heure; après chaque accès le malade restait plusieurs heures avant d'être revenu parfaitement à lui. Quelques minutes après qu'on avait établi la compression, la respiration devenait moins gênée, les crampes des membres cessaient, puis le visage perdait sa rougeur et le malade revenait promptement à lui.

Le second moyen conseillé aussi comme palliatif est la trachéotomie. L'auteur rappelle l'opinion de M. Marshall-Hall, qui regarde le spasme de la glotte comme la cause des accidents quelquefois très-graves qui accompagnent ou qui suivent les accès d'épilepsie. Il rapporte plusieurs observations tirées des journaux anglais, entre autres deux faits dans l'un desquels la maladie n'a plus reparu après l'opération, tandis que dans l'autre les accès sont devenus moins rapprochés et beaucoup moins violents, quoique l'épilepsie fût héréditaire et invétérée. Après avoir rapporté les opinions du célèbre professeur anglais, M. Albers discute les cas dans lesquels on pourra tenter l'opération, qu'il convient de ne regarder, quoi qu'il en soit, que comme palliative.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

PRÉSENCE DE L'ALBUMINE DANS LE LAIT.

M. GIRARDIN (de Rouen) adresse une note pour servir à l'étude du lait. Il s'agit de la sécrétion anormale d'albumine par l'organe mammaire.

M. Girardin a eu l'occasion de reconnaître, il y a déjà plusieurs années, comme l'a fait M. Doyère en 1851, que l'albumine est un élément constant du

lait. Ayant constaté sur plusieurs vaches malades une forte proportion d'albumine qui donnait à leur lait un aspect visqueux et filant et des propriétés anormales, M. Girardin a eu l'idée de rechercher ce même principe dans le lait provenant d'animaux en bon état de santé et habitant des localités très-diverses. Il en a trouvé dans tous les échantillons qui lui ont été remis : en sorte qu'il est devenu évident pour lui que l'albumine figure toujours au nombre des principes constituants du lait, et qu'elle a été confondue avec la caséine dans les analyses antérieures à ses essais.

SUR LA ROTATION DE L'ŒIL AUTOUR DE SON AXE.

M. VICTOR SZOKALSKI (de Savigny-sous-Beaune) adresse quelques observations sur la rotation de l'œil autour de son axe et signale comme preuve de cette fonction encore peu connue un phénomène objectif de la vision, qui lui paraît, malgré sa fréquence, avoir échappé à l'attention des observateurs.

La rotation du globe oculaire autour de son axe est facile à constater par la simple inspection de l'œil. Lorsqu'on observe attentivement un point quelconque près du pourtour de la cornée transparente dans l'œil d'une personne placée devant nous, et si on lui fait incliner alternativement la tête tantôt vers une, tantôt vers l'autre épaule, on remarque que le globe de l'œil reste immobile comme la boussole d'un navire, et que l'orbite et ses paupières tournent autour de lui.

Pour se rendre compte d'un tel état de choses, on est obligé d'admettre que le globe de l'œil est soumis à un mouvement antagoniste et correctif, et l'examen anatomique des parties démontre alors qu'il n'y a que les muscles obliques qui pourraient faire exécuter un pareil mouvement. En effet, ces muscles embrassent le globe oculaire comme une corde embrasse une poulie clouée sur place et lui impriment par leurs contractions alternatives le mouvement de va-et-vient ; ainsi lorsqu'on ferme, par exemple, l'œil gauche et que l'on incline la tête du côté de l'épaule droite, l'oblique supérieur de ce côté se contracte, et l'œil se tourne de manière que sa dimension verticale, au lieu de s'incliner à droite, conserve jusqu'à une certaine limite sa position primitive.

L'effort que nous faisons pour remuer latéralement la tête excite en même temps, et à notre insu, la rotation de l'œil, ce qui a probablement lieu par l'intermédiaire des filets qui prennent leur source des premiers cervicaux, passent par les ganglions sympathiques et se mêlent avec les filets des nerfs oculomoteurs. Les impressions rétiniennes règlent et dirigent la rotation ; mais il n'est pas moins vrai que cette fonction est primordialement associée au mouvement vacillatoire de la tête, car on l'observe aussi bien chez les aveugles de naissance que sur ceux qui voient et fixent de leur regard les objets.

Dans la vision binoculaire, la contraction de l'oblique supérieur d'un côté est toujours accompagnée de celle de l'oblique inférieur de l'autre côté, en sorte que toutes les dimensions correspondantes de deux rétines conservent leur parallélisme dans toutes les directions possibles du regard.

Ce mécanisme diminue considérablement la vacillation des images optiques au fond des yeux, mais son but principal est beaucoup plus important et plus élevé. Il faut pour voir simple que les deux images tombent sur les parties identiques de deux rétines ; mais le mouvement de la tête, du corps et du regard entravent continuellement ce rapport, et le jeu des muscles droits, qui combine les deux axes visuels dans toutes les directions du regard, ne suffit nullement pour concorder entre eux tous les points de deux surfaces sensibles de deux rétines.....

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR L'ÉLICINE.

M. le docteur EDOUARD DE LAMARE adresse un mémoire sur le traitement et la guérison radicale de la phthisie pulmonaire par l'emploi de l'hélicine ou mucilage concentré provenant des limaçons.

Les différentes préparations du limaçon, dont un usage ancien et la pratique populaire avaient autrefois généralisé l'emploi dans les maladies de poitrine, ne produisent entre les mains des praticiens actuels que des effets nuls ou tout au plus palliatifs. M. de Lamare a pensé que le discrédit dans lequel est tombé ce médicament pouvait tenir à un mauvais mode d'administration et à l'insuffisance des doses employées. Il a donc à cet égard fait des expériences nombreuses dont le résultat est le sujet de son mémoire. Ces expériences démontrent que l'hélicine (mucilage du limaçon), qui se trouve presque impuissante toutes les fois qu'elle est administrée en bouillons légers ou en sirop, devient au contraire un moyen puissamment actif lorsqu'elle est suffisamment concentrée pour être administrée à haute dose sous un petit volume. M. de Lamare a obtenu à l'aide de cette substance la guérison radicale d'un grand nombre de phthisies tuberculeuses avec cavernes constatées par d'habiles praticiens.

DE L'OBLITÉRATION DU SAC LACRYMAL.

M. le docteur MAGNE adresse une note dans laquelle il propose l'oblitération du sac lacrymal comme méthode générale de traitement de la fistule du sac lacrymal. Voici en quels termes il décrit le procédé qu'il emploie :

A l'aide d'un couteau dont la lame est à double tranchant, j'incise le sac, on j'élargis l'ouverture s'il existe un trajet fistuleux ; j'écarte les lèvres de la plaie avec l'instrument que j'ai appelé *speculum* ou *dilatateur du sac*, je vide, je nettoie l'intérieur de la cavité, j'introduis ensuite le porte-caustique et je cautérise surtout à l'embouchure des conduits lacrymaux ; le speculum du sac offre le double avantage d'écarter les lèvres de la plaie et de préserver du caustique les parties qui n'ont pas besoin d'être touchées. Il suffit alors d'un simple pansement à plat que l'on renouvelle tous les jours. L'opération, des plus aisées à pratiquer, dure au plus deux minutes et peut se faire sans le secours d'un aide.

Le larmoiement que l'on remarque quelque temps après l'oblitération du sac finit par disparaître, soit que les larmes s'évaporent à la surface de l'œil, soit qu'il surgisse une modification dans la glande lacrymale en présence d'une partie de l'appareil supprimé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de la guerre demande un rapport sur l'opium algérien, au sujet duquel il a déjà demandé l'avis de l'Académie.

— M. ALIBERT (CONSTANT) adresse un ouvrage manuscrit sur les eaux d'Ax (Ariége). (Comm. des eaux de la France.)

— M. PROSPER HULLIN (de Mortagne) adresse les tableaux des vaccinations pratiquées en 1852. (Comm. de vaccine.)

— M. MOUCHON, pharmacien à Lyon, adresse un mémoire sur le marronnier d'Inde, considéré comme agent fébrifuge, et sur l'esculine, la saponine et l'extrait de marron d'Inde.

Ce mémoire est accompagné d'observations de cas de fièvres intermittentes traitées par l'esculine de M. Mouchon, dans le service de M. Durand (de Lunel), à l'hôpital militaire de Lyon. (Comm. des succédanés du choléra.)

— M. LETELLIER (de Saint-Leu-Taverny) adresse, au sujet d'une discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie, quelques observations relatives à l'influence du seigle ergoté sur la mère et sur l'enfant. L'auteur dit l'avoir employé plus de deux cents et peut-être même trois cents fois, sans jamais avoir remarqué le moindre effet nuisible sur l'enfant ni sur la mère.

— M. CH. DUBREUILH (de Bordeaux) adresse un mémoire intitulé : DE LA VERSION POUR REMPLACER LA CRANIOTOMIE DANS LES CAS DE RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN. (Comm. : MM. Danyau et Cazeaux.)

—M. ROSSIGNOL, médecin-major au 9e dragons, au Mans, adresse un mémoire intitulé : DE L'INTERMITTENCE LARVÉE OU LATENTE DANS LES MALADIES INFLAMMATOIRES, NERVEUSES ET DANS D'AUTRES AFFECTIONS. (Comm. : MM. Grisolle et Bricheteau.)

— M. CHEVANDIER, médecin à Die (Drôme), adresse la deuxième partie de son mémoire sur le traitement du rhumatisme par les bains de vapeur thérébentinée. (Comm. : MM. Boullay, Bouvier et Gibert.)

SONDE ÉVACUATRICE ET BRISE-PIERRE ÉVACUATEUR A DOUBLE COURANT.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES adresse sous ce titre une lettre pour répondre à la réclamation faite par M. Mercier dans la dernière séance. M. Leroy-d'Étiolles écrit que l'idée d'appliquer la sonde à double courant à l'évacuation du détritus des calculs après la lithotritie a été consignée par lui à la page 96 du livre intitulé : EXPOSÉ DES PROCÉDÉS POUR GUÉRIR DE LA PIERRE, publié en 1825, vingt ans avant l'évacuateur de M. Mercier, lequel, au surplus, diffère notablement de la sonde de M. Leroy-d'Étiolles, moins volumineuse, plus simple dans sa structure et dans son mécanisme, au dire de ce chirurgien, et pourtant aussi efficace, ainsi que l'ont démontré les expériences comparatives faites l'année dernière à l'hôpital Beaujon.

M. Leroy-d'Étiolles écrit encore qu'il a ajouté un conduit afférent au brise-pierre évacuateur, dont il a donné la description et la figure dans son TRAITÉ DE LITHOTRITIE, publié en 1836. Ce double courant évacuateur, joint à l'écrasement des fragments qui s'engagent, mais qui sont trop gros pour sortir, complète cet instrument exécuté par M. Mathieu avec son intelligence habituelle.

SURDI-MUTITÉ.

M. PIROUX, directeur de l'Institut des Sourds-Muets de Nancy, adresse divers opuscules et mémoires relatifs à la question qui se débat en ce moment devant l'Académie. Ces opuscules ont pour titre :

1° SOLUTION DES PRINCIPALES QUESTIONS RELATIVES AUX SOURDS-MUETS CONSIDÉRÉS EN EUX-MÊMES ET DANS LA SOCIÉTÉ, AU MOYEN DE VINGT-CINQ TABLEAUX SYNOPTIQUES (1850) ;

2° MÉMOIRE LU AU CONGRÈS SCIENTIFIQUE TENU A NANCY EN SEPTEMBRE 1850 ;

3° DOCUMENTS DIVERS (1852) ;

4° LISTE AVEC EXPLICATION DES 369 ÉLÈVES SOURDS-MUETS QUI ONT ÉTÉ ADMIS A L'INSTITUTION DE NANCY.

— M. VALADE-GABEL, directeur de l'Institut des Sourds-Muets de Bordeaux, adresse une brochure intitulée DEUXIÈME MÉMOIRE SUR CETTE QUESTION : QUEL RÔLE L'ARTICULATION ET LA LECTURE SUR LES LÈVRES DOIVENT-ELLES JOUER DANS L'ENSEIGNEMENT DES SOURDS-MUETS ? dans laquelle l'Académie, dit-il, trouvera la preuve que, dès avant 1838, les professeurs de l'école de Paris s'étaient justement préoccupés de tirer parti de toutes les facultés, de toutes les aptitudes dont les muets restent pourvus.

— M. VOLQUIN, professeur d'articulation à l'Institution de Paris, adresse des renseignements sur l'enseignement de l'articulation dans cet établissement.

— M. DELEAU écrit que depuis quelque temps on lui a confié un jeune sourd-muet, âgé de 4 ans, pour être traité de son infirmité. Après un examen approfondi, il a jugé que cet infortuné pouvait trouver l'ouïe par des soins assidus. Il

désire qu'une commission soit nommée pour constater les résultats qu'il obtiendra.

— M. Ménière adresse sur le même sujet la lettre suivante, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture :

Monsieur le président,

Mon titre de médecin de l'institution impériale des Sourds-Muets de Paris me commandait peut-être de ne pas rester étranger au débat qui s'agite en ce moment au sein de l'Académie ; cependant, le respect des convenances m'avait retenu, croyant devoir laisser à l'illustre compagnie le soin de répondre aux questions ministérielles en l'absence de toute influence étrangère. Ce sentiment de déférence pour l'initiative du corps que vous présidez n'a pas été du goût de tout le monde, mais je me serais encore abstenu dans la crainte qu'on attribuât mon intervention à des intérêts personnels.

Plusieurs honorables membres de l'Académie ayant paru s'étonner de mon silence, n'ont pas voulu tenir compte des motifs que je viens d'indiquer ; ils m'ont engagé à ne pas rester ainsi à l'écart et à fournir le tribut d'observations que j'ai pu recueillir en vertu de ma position particulière. J'avais besoin, je l'avoue, de cet encouragement, et je prie l'Académie de m'accorder quelques minutes d'une attention bienveillante.

Quinze années passées au milieu de l'Institut des Sourds-Muets de Paris, une visite (non officielle, il est vrai) de la plupart des établissements de ce genre qui existent en France, en Italie, en Espagne, en Suisse, en Angleterre et en Allemagne, l'étude attentive des meilleurs ouvrages écrits sur la surdi-mutité, la fréquentation habituelle des hommes les plus compétents sur cette matière, l'examen d'un grand nombre de sourds-muets, enfants ou adultes, appartenant à toutes les classes de la société, m'autorisent peut-être à avoir une opinion sur ce genre d'infirmité, congéniale ou acquise, sur les conséquences qu'elle entraîne et enfin sur sa curabilité. C'est cette opinion que je demande la faveur d'exposer en peu de mots.

Nous sommes assez portés, par le sentiment orgueilleux de nos perfections, à plaindre beaucoup ceux qui n'en possèdent pas autant que nous. La pitié que les sourds-muets nous inspirent, prend sa source dans une comparaison tacite, mais il faut savoir que ceux-ci sont peu disposés à l'accepter. Il en est beaucoup et des plus instruits, des plus habiles, qui rejettent bien loin cette sympathie, dont le motif les blesse. Les sourds-muets se croient nos égaux en tout point ; les ressources dont ils disposent pour communiquer entre eux et avec les parlants leur suffisent à tous égards et ils ne se croient pas trop à plaindre, parce qu'ils n'entendent pas tout ce que nous disons. C'est une illusion que l'on comprend et qu'il serait généreux de ne pas détruire.

Quoi qu'il en soit, comme la surdi-mutité est bien véritablement une infirmité, comme il s'agit d'une imperfection organique plaçant l'individu dans un rapport d'infériorité relative à l'égard des entendants, il est du devoir de la science d'intervenir et de chercher à réparer un mal plus ou moins fâcheux pour celui qui en est atteint. Mais que faire? Peut-on guérir en pareil cas, ou sinon, améliorer l'oreille défaillante au point de rendre la conversation possible ?

Si l'on pouvait résoudre ce beau problème, ce serait un grand bienfait ; il faudrait élever des statues à l'heureux inventeur d'une méthode capable de remettre dans les conditions normales les infortunés sourds-muets. Personne, assurément, ne songera à désespérer de l'avenir. Ce n'est pas dans un siècle comme le nôtre, où éclosent à chaque instant les merveilles de la science, que l'on pourrait renoncer à l'espoir d'un si grand service rendu à l'humanité ; mais il faut bien en convenir, jusqu'ici toutes les tentatives ont échoué.

Ma position à l'institution de Paris m'a procuré l'avantage de voir à l'œuvre un certain nombre de guérisseurs de la surdi-mutité. Un médecin anglais, patroné par deux membres de l'Académie, a essayé devant moi le pouvoir d'une eau distillée contenant, suivant toute apparence, une préparation d'aconitine ; il joignait à ce spécifique des excitations mécaniques de l'oreille, une gymnastique de l'ouïe, à la grande admiration de nombreux spectateurs qui s'étonnaient de l'ébranlement auditif causé par ces manœuvres ; mais les enfants sourds-muets soumis à cette épreuve, n'ont pas cessé de figurer au nombre des élèves de la maison, en dépit des promesses de l'opérateur qui devait leur ouvrir les portes du monde parlant et entendant.

Un autre personnage ayant obtenu (surpris peut-être) l'honneur d'une commission de membres de l'Académie des sciences, a pratiqué pendant un mois, et sous mes yeux, des manœuvres destinées à réveiller la sensibilité de l'oreille d'un certain nombre de sourds-muets pris parmi ceux de l'institution de Paris ; j'ai tenu note des faits et gestes du susdit personnage, des résultats obtenus à la fin de chaque séance ; ce procès-verbal, le plus scrupuleux, le plus circonstancié, a servi de base au travail du savant rapporteur, et il a démontré, de la manière la plus évidente, que ce professeur enthousiaste n'avait produit aucun changement dans la situation des sourds-muets confiés à ses soins.

Un autre, plus hardi (n'est-ce que hardiesse ?) a osé appliquer une couronne de trépan sur le crâne d'une jeune fille qui est en ce moment au nombre des élèves de notre maison. Par cette ouverture, l'enfant devait percevoir les sons, l'enfant devait entendre.... L'enfant n'entend pas, ou du moins elle est toujours sourde-muette ; et nous faisons en sorte de protéger sa tête contre les chocs extérieurs qui pourraient facilement la tuer.

Je pourrais grossir cette liste, monsieur le président, mais je craindrais de fatiguer l'attention de l'Académie.

La tentative actuelle, celle sur la valeur de laquelle l'Académie est appelée à se prononcer aujourd'hui, a-t-elle enfin atteint le but, objet de tant d'efforts? Une épreuve qui date de la fin de 1847, qui a été poursuivie avec une persévérance singulière, a-t-elle donné des résultats satisfaisants ?

Parce que quelques sourds-muets incomplets sont arrivés à percevoir certains bruits, s'ensuit-il que ces pauvres enfants cessent d'appartenir à la catégorie des individus qui ne peuvent communiquer avec les entendants qu'au moyen de procédés artificiels ? Quand, à l'aide d'un acoumètre, on parviendrait à savoir quel nombre de vibrations il faut pour ébranler bien moins l'oreille que le crâne d'un sourd-muet, faut-il en conclure que la voix articulée, la parole avec sa musique si délicate, si intellectuelle, sera perçue par un organe affaibli, vicié ou nul ?

Il suffit d'avoir étudié ces petits prodiges, pour se convaincre que les sourds-muets parlants n'*entendent pas*, mais *voient* parler. Ceux qui n'ont aucun intérêt à feindre, avouent ingénûment que la main placée devant la bouche de leur interlocuteur, rompt à l'instant toute communication avec lui ; de sorte que c'est toujours l'*œil qui se substitue à l'oreille*, et cause au spectateur non prévenu l'étonnement naïf dont l'explosion ne se fait jamais attendre.

Je pourrais vous en dire long, monsieur le Président, sur le compte de ces illusions médicales que partagent si facilement les gens du monde, et contre lesquelles l'expérience apprend à se roidir. Dirai-je que l'amour de la science et de l'humanité n'est pas toujours le noble but que les guérisseurs de sourds-muets se proposent d'atteindre? En s'adressant à cet insatiable désir de guérison qui couve au cœur des parents d'un enfant sourd-muet, on se trouve en présence de la plus vivace de toutes les crédulités ; magnétiseurs, somnambules homœopathes, empiriques de tout genre, sont ardents à cette œuvre ; le bienfait promis non moins qu'espéré se fait attendre longtemps ; il n'arrive pas !... Mais si l'enfant est intelligent, si sa surdité incomplète lui permet de dire quelques mots, si son œil rapide apprend à lire sur les lèvres des parlants, c'en est assez pour satisfaire les moins difficiles, et les guérisseurs enregistrent un nouveau triomphe.

L'appréciateur sévère des faits de ce genre n'accueille pas si facilement l'idée d'un succès en pareil cas.

L'Académie de médecine accordera-t-elle sa haute sanction aux tentatives dont les résultats lui sont soumis? Il est permis d'en douter, d'autant plus que les moyens mis en usage, n'ont évidemment, comme vous l'a dit avec tant d'autorité l'honorable M. Guéneau de Mussy, rien de nouveau, rien de spécial. Qu'importe l'instrument sonore quand il s'agit seulement de réveiller la sensibilité de l'oreille? L'orgue, l'acoumètre, le monocorde, ne possèdent pas de qualités spécifiques ; l'ébranlement communiqué aux nerfs de l'audition, par tous ces agents, est un fait du même ordre, quel que soit son point de départ, son caractère ; on n'a pas, que je sache, découvert dans les vibrations d'un corps, quel qu'il soit, une vertu occulte jusqu'ici ; et jamais l'art de faire du bruit au bénéfice des sourds-muets ne pourra mériter l'honneur d'être appelé *méthode*.

Quand, par le déplacement d'un cristallin opaque ou par l'ouverture d'une pupille artificielle, une main habile livre passage à un rayon lumineux qui va tomber sur une rétine sensible, le phénomène de la vision se manifeste aussitôt, et il faut bien peu d'habitude pour que l'ex-aveugle prenne une connaissance exacte des objets. En sera-t-il de même quand on son parviendra au nerf auditif ; l'ébranlement éprouvé par l'appareil labyrinthique suffira-t-il pour donner au cerveau la faculté de comprendre la parole et d'établir, à l'aide de cette communication nouvelle, les rapports intellectuels existants d'ordinaire entre les individus qui entendent? Vous le savez, M. le président, et l'Académie n'ignore pas que Itard a démontré, il y a longtemps, l'impossibilité d'un rapprochement semblable, la différence absolue qui existe entre ces deux termes d'une comparaison séduisante au premier aspect. Il ne suffit pas d'entendre un peu pour entendre assez ; l'enfant qui naît avec une certaine faiblesse d'ouïe ou qui devient sourd peu de temps après sa naissance, est irrévocablement condamné à rester dans une classe exceptionnelle ; il est par cela même sourd muet, il lui faudra de toute nécessité user de moyens artificiels pour se faire comprendre des autres hommes ; il est sourd-muet, il restera sourd-muet...... Aucun fait garanti par une saine critique n'est venu protester contre cet arrêt, et ce qui se passe de nos jours est loin de pouvoir servir de base à une opinion contraire.

Réservons les droits de l'avenir, M. le président, je le veux bien, espérons qu'un jour l'isolement relatif du sourd-muet pourra cesser, mais en attendant, les hommes qui passent leur vie au milieu de ces infortunés et qui tiennent compte de l'expérience acquise, songent à venir en aide d'une manière efficace à ceux qu'atteint cette infirmité, et cherchent à résoudre le problème suivant : *Un sourd-muet étant donné, en tirer le meilleur parti possible.* La question ainsi posée dans sa généralité, sans tenir compte des différences individuelles, sans s'attacher avec une prédilection peu charitable à quelques rares privilégiés capables d'articuler des sons et de lire la parole sur les lèvres, en remplissant le rôle de la providence, qui accueille toutes les misères et leur dispense également ses bienfaits ; en suivant la marche qui est vraiment digne d'un gouvernement humain, il faudra faire comme on fait en France, recevoir tous les sourds-muets et mettre à leur service la somme entière des moyens de communication à laquelle ils ont un droit égal. La lecture et l'écriture ordinaires, les signes alphabétiques, les signes de convention, l'articulation des sons et enfin la lecture sur les lèvres ; tous ces moyens constituent le système d'éducation mis en pratique dans les deux grandes écoles de Paris et de Bordeaux, et dans la plupart des institutions départementales ou privées. Vouloir se borner à l'un de ces procédés, c'est manquer à son devoir, c'est abandonner sciemment à l'ignorance radicale tous les enfants qui n'ont pas beaucoup d'intelligence, tous ceux dont les organes vocaux sont essentiellement inhabiles, c'est faire ce que l'on fait dans certains pays où, par des éliminations successives, on arrive à réserver ses soins pour ceux qui peuvent le mieux en profiter et qui, même à défaut de ces soins, trouveraient en eux assez de ressources pour se créer de toutes pièces des relations suffisantes avec leurs semblables.

Jusqu'ici, l'administration publique, en France, a procédé plus généreusement ; l'État a mieux compris ses devoirs, il a donné asile, dans les écoles impériales, à tous les sourds-muets non idiots ; il a répandu à pleines mains l'instruction la plus variée sur tous ces malheureux enfants ; il a fourni, avec une profusion manuelle

capable d'assurer leur existence, une somme de connaissances générales qui placent nos sourds-muets bien au-dessus de la moyenne obtenue dans les pays où l'on suit une méthode opposée.

Permettez-moi, M. le président, de faire connaître à l'Académie un fait d'une haute portée dans l'examen de cette question délicate.

En octobre 1847, il y eut à Pforzheim, dans le grand duché de Bade, une sorte de congrès des institutions des Sourds Muets allemands. Des invitations avaient été adressées aux professeurs des pays voisins.

M. Morel, actuellement directeur de l'institut de Bordeaux, se rendit à cette convocation; la langue allemande lui est familière, il prit une part active aux travaux de cette réunion, et il résulte des procès-verbaux recueillis par cet honorable maître que les élèves français instruits d'une manière générale par la méthode mimique, possèdent, après un même nombre d'années d'études, une instruction bien plus étendue que ceux à qui l'on s'est efforcé d'apprendre à parler.

La raison de cette différence est bien simple. Il faut beaucoup moins de temps pour apprendre un fait que pour l'exprimer en mots; les idées valent mieux que les paroles; un enfant a bien plus d'intérêt à savoir qu'à dire; le bagage intellectuelle est préférable cent fois à l'articulation de quelquessons; nos élèves de l'école de Paris savent beaucoup plus de choses qu'ils n'en peuvent exprimer oralement, enfin, les nôtres pensent et savent beaucoup, tandis que les autres s'efforcent de dire un peu.

Tel a été le résultat d'une conférence dans laquelle le professeur français avait à lutter contre un système qui prévaut généralement à l'étranger, mais les maîtres allemands ont été amenés par l'évidence à reconnaître que la méthode suivie en France convenait mieux à la pluralité des sourds-muets, leur donnait incontestablement une plus grande valeur intellectuelle, et faisant des hommes plus utiles, meilleurs, plus en rapport avec le milieu social où ils sont appelés à vivre.

Nous reconnaîtrons volontiers, de notre côté, que la méthode orale est plus satisfaisante pour ceux qui vivent avec les sourds-muets; mais, monsieur le président, permettez-moi de le dire, entre deux égoïsmes, il est juste de donner la préférence à celui de la partie intéressée. Les sourds-muets, l'Académie le comprendra, sont moins faits pour nous que nous pour eux; c'est à nous, les riches, les favorisés, à venir vers eux, nous devons faire les avances et ne pas leur imposer la torture de prononcer à grand'peine quelques mots qu'ils n'entendent pas et dont ils ne se servent plus dès qu'ils sont loin de l'œil du maître. En un mot les sourds-muets forment, quoi qu'on puisse dire, une classe à part, ils ont besoin de procédés artificiels pour se mettre en rapport avec nous, c'est à nous à leur fournir le plus grand nombre possible de ces moyens de communication, et, jusqu'ici, la France n'a pas failli à son devoir envers ses enfants déshérités du sens de l'ouïe.

L'institution de Paris est tout à la fois une école d'enseignement littéraire et un établissement industriel. On y donne à tous les sourds-muets une éducation pratique suffisante pour la généralité des élèves, et de plus, on leur apprend une profession manuelle qui les classe parmi les membres actifs et utiles de la société. Mais il y a des besoins intellectuels plus élevés. On a toujours compris que les sourds-muets les plus intelligents devaient recevoir une éducation plus complète, aussi l'ancienne administration avait pour ceux-ci une sorte d'école normale qui se recrutait parmi les plus habiles. La haute philanthropie d'Itard a régularisé cette disposition qui n'était qu'accidentelle et facultative, il l'a rendue obligatoire, permanente, il a doté d'une main généreuse la classe de perfectionnement où sont reçus, après un concours, les élèves les plus distingués de l'institution, et ceux-ci deviennent maîtres à leur tour.

Ainsi l'école de Paris s'efforce de faire de bons sourds-muets, des sourds-muets instruits, moraux, laborieux, des sourds-muets pourvus de tous les moyens de communication avec les hommes. Ils écrivent rapidement; s'ils n'ont sous la main ni plume ni crayon, ils ont recours à l'alphabet manuel; à défaut de celui-ci, que ne comprennent pas les parlants, ils se servent des signes naturels, si clairs, si expressifs, si rapides; enfin, quand aucun de ces moyens ne peut frapper l'esprit engourdi d'un homme ordinaire, l'articulation des sons vient aux secours de l'un et de l'autre, et quelques phrases, plus ou moins correctement débitées, brisent l'obstacle qui existait entre les deux interlocuteurs.

Mais il faut noter, monsieur le président, et c'est là un point essentiel, que cette opération n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire. Si le parlant prononce bien; s'il a soin de s'exprimer avec lenteur, en appuyant sur toutes les syllabes; si sa bouche est bien conformée; si elle n'est pas cachée par une longue barbe; et enfin, si son visage est suffisamment éclairé, alors le sourd-muet peut lire sur ses lèvres, et c'est un dernier moyen de s'entendre. Mais toutes ces conditions se rencontrent rarement; trop souvent l'une ou l'autre fait défaut, et rend inutile ce dernier avantage si laborieusement acquis.

La lecture sur les lèvres est un art d'une délicatesse infinie, il faut, pour y exceller, un œil exercé, sans doute; mais, en pareille affaire, l'œil est bien moins utile qu'une intelligence prompte et fine; c'est une question de sagacité; il faut deviner une phrase à l'aide d'un mot saisi au vol, il faut mettre en jeu l'induction logique qui conduit tout d'un trait d'une parole à une idée; et cela est si vrai, qu'on ne trouve qu'un petit nombre d'individus capables de tirer un bon parti de cette faculté merveilleuse.

Ceux qui, jusqu'ici, ont atteint le plus haut degré de perfection, appartiennent à des familles dans lesquelles tout a été mis en œuvre pour arriver à ce but; ce sont des miracles de l'amour maternel; il faut des prodiges de patience, et encore ne sont ils efficaces que chez les enfants les plus heureusement doués sous le rapport de l'intelligence.

Je crois, M. le président, et j'ose espérer que l'Académie partagera ce sentiment, je crois qu'il est impossible de faire de ces cas rares, exceptionnels, la règle uniforme d'un enseignement public; les trois quarts des sourds-muets soumis à ce système d'enseignement n'en tireraient aucun profit réel. C'est ce résultat d'une expérience presque séculaire qui influe sur la direction des études de l'institut de Paris. L'État, dans sa généreosité active et éclairée, dispense l'instruction à tous ceux qui ne peuvent l'acquérir par les procédés ordinaires; aveugles et sourds-muets. Il ouvre des écoles dans lesquelles des maîtres habiles enseignent à ces déshérités de la nature les connaissances dont ils ont besoin pour remplir le rôle de citoyens utiles; il ne cherche pas une perfection imaginaire, il se contente d'améliorer le mal, de diminuer les infortunes, de rapprocher autant que possible, de la grande famille humaine, ceux de ses membres que le malheur en a séparés.

En résumé, M. le président, on a jamais guéri de sourds-muets; la possibilité de cette guérison doit être reléguée au nombre des *desiderata* les plus incertains de la science.

Les essais renouvelés depuis 1847, à l'institut de Paris, sont restés impuissants, et il en devait être ainsi, car ils ne diffèrent en rien d'essentiel de ceux qui les ont précédés, et qui avaient déjà échoué.

L'éducation auriculaire des sourds-muets doit être considée comme impraticable; elle ne pourrait réussir que chez un individu guéri de la surdi-mutité.

La lettre de M. Ménière, ainsi que les documents précédents, sont renvoyés à la commission nommée.

EAU MINÉRALE DE SIRADAN (HAUTES-PYRÉNÉES).

M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur l'eau minérale de Siradan (Hautes-Pyrénées).

Les résultats de l'analyse de la commission concordant avec celle exécutée par M. Filhol (de Toulouse), portent à considérer cette eau comme une eau saline appartenant au groupe des eaux sulfatées sélénito-magnésiennes.

Voici la composition chimique que le travail de la commission donnerait.

Pour 1,000 grammes ou un litre, savoir :

Acide carbonique libre (faible quantité). . .	0, 09
Bicarbonate de chaux.	0,390
— de magnésie.	0,110
Sulfate anhydre de chaux.	1,400
— — de soude.	0,120
— — de magnésie.	0,309
— — de strontiane.	Indiqué.
Chlorures de sodium, de magnésium et de calcium.	0,030
Sel de potasse.	Sensible.
Iodure alcalin.	Traces légères.
Silice et alumine, oxyde de fer (peu), phosphate de chaux ou d'alumine, matières organiques de l'humus, principe ammoniacal.	0,100
Total.	2,450

L'eau de Siradan offre beaucoup d'analogie avec celle des diverses sources qui alimentent les établissements de Sainte-Marie (Hautes-Pyrénées), de Bagnères-de-Bigorre, d'Encausse, Andinac, etc.

La commission propose de répondre qu'il n'y a aucun motif pour refuser l'autorisation d'exploiter cette source sous le point de vue médical. (Adopté.)

— M. Poiseuille lit un rapport sur une composition soumise à l'examen de l'Académie, qualifiée sirop de dentition, et destinée, suivant son auteur, à prévenir les accidents qui accompagnent le travail dentaire dans le premier âge.

La commission propose de répondre que cette préparation n'offre rien de nouveau, et par conséquent qu'elle ne peut être l'objet d'une application favorable des decrets du 18 août 1810 et du 8 mai 1850. (Adopté.)

— M. Robinet lit, au nom de la commission des remèdes secrets, un rapport qui conclut en déclarant que les remèdes proposés ne sont pas dans le cas de recevoir l'application des decrets de 1810 et 1850.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Piorry. La parole est à M. J. Guérin.

SURDI-MUTITÉ.

M. J. Guérin : La lettre adressée par M. le docteur Ménière, et dont l'Académie a entendu la lecture au commencement de la séance, est trop importante pour n'être pas prise en sérieuse considération dans le débat qui s'est engagé devant l'Académie. Elle soulève une foule de questions qui agrandissent le champ de la discussion, ou plutôt qui restituent la discussion à son importance véritable. Vu l'heure déjà avancée, et l'impossibilité où nous nous trouvons de parler avec une connaissance de cause suffisante des faits et des réflexions contenues dans la lettre de M. Ménière, l'Académie ne jugera-t-elle pas convenable de renvoyer à la séance prochaine la suite de la discussion. Je suis aux ordres de l'Académie; mais, pour mon compte, je crois que la discussion y gagnerait.

M. le Président : L'Académie paraît désirer que la discussion soit reprise immédiatement, sauf à la continuer dans la prochaine séance. En conséquence, la parole est à M. J. Guérin.

M. J. Guérin : Avant de répondre au vœu de l'Académie, je demande la per-

mission de lui présenter, au nom des auteurs, diverses publications ayant trait à la question des sourds et muets.

1° La statistique des sourds-muets et des aveugles de la Belgique, du duché de Limbourg et du grand duché de Luxembourg, par M. le docteur Sauveur, inspecteur des établissements des sourds-muets et d'aveugles, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine de Belgique;

2° Un Rapport a l'Académie des sciences de Belgique sur l'instruction des sourds-muets, a l'occasion du concours ouvert par cette Académie sur cette question, par le même auteur.

3° Un travail considérable sur l'éducation des sourds-muets, travail qui a remporté le prix au concours ouvert par l'Académie des sciences de Belgique; par M. Carton, directeur de l'Institution des sourds-muets et des aveugles à Bruges.

(L'Académie accepte ces ouvrages. Des remercîments seront adressés aux auteurs.)

REPRISE DE LA DISCUSSION SUR LES SOURDS-MUETS.

M. J. Guérin : L'Académie n'a pas besoin que je lui rappelle l'importance de la question qui s'agite devant elle. Elle sait qu'à cette question se rattachent les problèmes les plus élevés de la physiologie, de la psychologie et de la pathologie. Cependant le rapport ne paraît pas l'avoir compris de cette manière. Les critiques approfondies dont il a été l'objet de la part de plusieurs de nos collègues, et même de la part d'un membre de la commission, prouvent assez qu'il laisse beaucoup à désirer. Pour mon compte, après l'avoir lu attentivement, je suis obligé de déclarer qu'il m'a paru non-seulement justifier les reproches dont il a été l'objet, mais en mériter peut-être de plus graves encore. L'Académie voudra bien le remarquer, il ne s'agit pas d'un simple rapport scientifique, dont on puisse laisser à l'avenir de confirmer ou d'infirmer les doctrines; mais il s'agit d'un rapport officiel, demandé par l'autorité, et destiné à servir de motif et de garantie à d'importantes réformes dans l'enseignement des sourds-muets. C'est l'Académie elle-même qui est appelée à prononcer; c'est son opinion, c'est son autorité qu'on invoque. Il est donc indispensable que le rapport réponde, sous tous les points de vue, à ce qu'on est en droit d'attendre d'elle. Mais une autre considération doit encore la rendre plus circonspecte et plus difficile. Le rapport demandé par le ministre est peut-être destiné à révolutionner les institutions publiques consacrées à l'éducation des sourds-muets. Il rencontrera des opposants, des adversaires parmi ceux qui ont intérêt à conserver ce qui existe. Ces adversaires ne l'épargneront pas. Il est donc très-important que le travail qui sera fait au nom de l'Académie soit digne d'elle et capable de supporter l'examen des plus difficiles. Eh bien! et malgré toute ma déférence pour M. le rapporteur, je suis obligé de confesser que le rapport est loin de satisfaire à ces conditions. Il me paraît avoir amoindri et rétréci la question à résoudre; il me paraît souvent faible d'informations et de preuves; mais il me paraît surtout manquer d'autorité; en un mot, c'est un rapport insuffisant. Pour que cette critique ne soit pas exposée au reproche qu'elle adresse, l'Académie voudra bien me permettre de la justifier.

L'objet du rapport est de faire connaître à M. le ministre l'opinion de l'Académie sur certaines innovations proposées par M. le docteur Blanchet dans le traitement des sourds-muets, dans leur classement à leur admission dans les écoles de l'État, et enfin dans leur éducation et leur enseignement. Cette mission est grave, puisqu'elle a pour but de motiver d'importantes réformes dans ce qui existe : elle est grande, puisqu'elle embrasse toutes les questions qui se rattachent au traitement et à l'éducation des sourds-muets. Mais au lieu de s'inspirer de ce double point de vue, le rapport semble, au contraire, avoir voulu s'y soustraire. D'une part, il a laissé ignorer à l'Académie le véritable motif et le but de son intervention; de l'autre, il a rétréci, comme à plaisir, le champ du débat; il a passé à pieds joints sur toutes les difficultés : on dirait même parfois qu'il n'y a pas pris garde. M. le rapporteur ne manquera pas de répondre, comme il l'a déjà fait, que le cadre du rapport était tout tracé par l'autorité; qu'il ne s'agissait que de répondre à des questions posées par la ministre. Mais cette fin de non-recevoir ne saurait être admise. En s'adressant à l'Académie, le ministre ne lui a pas demandé des réponses d'oracle : il a invoqué ses lumières, sa compétence. Il lui a demandé des conclusions, mais il ne lui a pas interdit de les motiver. Or, bien que les questions ministérielles portent spécialement sur telle ou telle application de certaines méthodes employées dans l'éducation et le traitement des sourds-muets, il était impossible de détacher l'application des principes, de juger le fait sans peser la valeur de la méthode. On était donc obligé d'envisager la question dans toute sa généralité; car, on ne doit pas le perdre de vue un instant, c'est d'après l'opinion que l'Académie exprimera sur les questions particulières posées par le ministre, que des réformes importantes et générales pourront être apportées aux institutions, aux principes. L'étendue de l'examen devait donc être en rapport avec celle des applications. Je n'exagère rien : l'Académie en a eu la preuve par la lettre même de M. Ménière, qui, comme je l'ai dit précédemment, a restitué le programme du débat à ses véritables proportions. Si je ne me suis pas trompé, l'Académie me permettra donc d'entrer dans les développements nécessaires pour la mettre à même de porter, en connaissance de cause, un jugement sur la question qui lui est soumise.

De quoi s'agit-il? Il s'agit, en général, de se prononcer entre les différents systèmes qui ont été proposés pour l'éducation physique et morale des sourds-muets, et en particulier de décider si le système suivi à l'Institut des Sourds-Muets de Paris ne doit pas être remplacé par un autre système, ou au moins profondément modifié par les acquisitions de l'expérience des autres pays. Comme on le voit, je prends la question dans toute sa généralité. Je n'admets pas, comme mon honorable et savant collègue M. Ferrus, qu'il y ait deux parts à faire, l'une pour la médecine, l'autre pour la pédagogie. Tout ce qui se rapporte à l'amélioration et à l'éducation des sourds-muets est du domaine de la médecine : d'une part, chercher à réveiller et à développer les moindres vestiges de la parole et de l'ouïe; de l'autre, chercher tous les moyens de suppléer par les autres fonctions à ces deux fonctions absentes, tel est le double problème qu'on doit se poser. Or n'est-ce pas à la physiologie, à la psychologie et à la philosophie, c'est-à-dire à la médecine, envisagée dans son caractère le plus élevé, qu'il faut demander les éléments de cette solution? C'est ce que j'espère pouvoir démontrer.

Le premier devoir du rapporteur était de présenter un historique court, mais substantiel, du sujet. Déjà plusieurs réclamations, et celle de l'honorable M. Guenean de Mussy, membre de la commission, ont insisté sur cette lacune. La réponse qu'a faite M. le rapporteur prouve qu'il n'a pas apprécié l'importance et le véritable caractère de cette première critique. Il ne s'agit pas, en effet, de citer des noms, de rappeler des travaux, mais il faut, dans une question de cette nature, préciser par les idées et les résultats la part que chacun a prise dans la chaîne du progrès. Fixer le point de départ et le point d'arrivée de la question, c'était le seul moyen de mettre l'Académie à même d'apprécier la part de chacun, et surtout le caractère de nouveauté et d'utilité des idées et des pratiques soumises à son approbation. Un historique de ce genre fait complétement défaut dans le rapport.

Que la sévérité de ces remarques adressées au rapport ne préjudicie rien de ce que j'ai à dire des travaux de M. Blanchet. Je le déclare d'avance au contraire, je suis très-sympathique aux efforts de notre confrère, et en temps voulu je leur rendrai la justice qu'ils méritent.

Tous les efforts tentés jusqu'ici dans les différents pays pour asseoir les bases de l'éducation physique et morale des sourds-muets peuvent se rapporter à deux écoles principales : à l'école dite *française* et à l'école dite *allemande*; la première faisant surtout usage, dans l'éducation des sourds-muets, de la *méthode mimique* et de la *dactylologie*; la seconde ayant principalement recours à la *lecture sur les lèvres*, au *développement* et à l'*enseignement de la parole*; l'une presque exclusivement en honneur dans l'Institut des Sourds-Muets de Paris; l'autre très-répandue à l'étranger, en Belgique, en Hollande et dans tout le nord de l'Allemagne.

Les deux écoles rivales se disputent la prééminence; elles se targuent toutes deux d'une incontestable supériorité, et s'adressent réciproquement les reproches les plus graves. Rappeler à l'Académie que les conclusions sur lesquelles on lui demande de voter sont destinées à révolutionner l'école française, à introduire chez elle l'école allemande, n'est-ce pas lui rappeler d'un seul mot l'importance et l'étendue du débat, et lui montrer en même temps tout l'intérêt qui s'y rattache?

Quelque opinion qu'on se fasse des deux écoles, on ne peut s'empêcher de reconnaître que, tout en poursuivant le même but, elles se distinguent par les deux points de vue où elles se placent pour y atteindre. L'école française, préoccupée surtout de l'éducation de l'individu, s'attache à lui donner, sous les formes les plus faciles et par les voies les plus rapides, les connaissances qui, d'un sourd-muet, c'est-à-dire d'un être disgracié, feront un homme à peu près égal aux autres hommes, sous le rapport du développement et de la culture de l'intelligence. L'école allemande, au contraire, plus préoccupée des avantages que l'homme retire de son commerce avec la société, cherche à faire rentrer par tous les moyens possibles le pauvre sourd-muet dans la grande famille, dont son infirmité l'avait séquestré. Voilà une première et grande différence entre les méthodes française et allemande, c'est-à-dire voilà les préoccupations qui les dirigent à leur point de départ. Si l'on poursuit ces deux différences générales dans les particularités qui s'y rattachent, on aperçoit les avantages et les inconvénients qui les caractérisent.

L'Institut des Sourds-Muets de Paris passe à bon droit pour *faire*, comme l'écrit très-sérieusement M. Ménière, *d'excellents sourds-muets*; mais en réalité il passe pour ne faire que cela. Ceux qui y arrivent avec une demi-surdité ou une mutité incomplète en sortent complétement sourds et complétement muets. La pratique exclusive de la mimique anéantit les derniers rudiments de la voix et de l'ouïe. L'absence de l'exercice de la parole et de l'ouïe a pour effet nécessaire l'atrophie et la disparition des derniers vestiges de ces deux fonctions. C'est donc avec une certaine raison que l'on a dit de l'Institut des Sourds-Muets de Paris qu'il est une *très-bonne fabrique de sourds-muets*.

Un second reproche adressé à l'école de Paris, c'est de prédisposer ses élèves à la phthisie pulmonaire. La suppression de la parole est regardée comme une cause déterminante de la phthisie pulmonaire. On a vu bon nombre de personnes devenir phthisiques par le seul fait de la suppression de l'exercice de la parole : les effets de l'emprisonnement cellulaire en font foi.

Voilà donc deux inconvénients sérieux qu'on reproche à l'école française, c'est-à-dire à l'emploi exclusif du langage des signes.

Mais l'école française ne reconnaît pas ces inconvénients, et du reste elle les rachèterait par des avantages qui lui sont propres.

En vertu de la mimique, comme moyen d'initiation et de transmission, la méthode française prétend donner simultanément à ses élèves la notion des faits et des idées. La dactylologie y ajoute les avantages d'une langue faite. C'est à la faveur de ce double moyen que l'école française se flatte de rendre l'éducation plus facile, plus rapide et plus complète. Et en effet, ainsi que l'a rappelé M. Ménière, au congrès de Pforzheim, il a été assez généralement admis que les produits des écoles françaises étaient supérieurs, quant à la culture intellectuelle et morale de l'individu, aux produits de l'école allemande. Mais, nous le répétons, cet avantage, dont il serait possible de trouver les causes ailleurs que dans la supériorité de la méthode mimique sur l'articulation, est acheté au détri-

ment de l'isolement auquel elle condamne à jamais le sourd-muet en le livrant à la société dépourvu de tout moyen de communication avec elle.

On allègue, il est vrai, que, grâce à l'initiative et aux efforts d'Itard, il existe à l'Institut de Paris un cours d'articulation; mais ce cours est un véritable leurre. Si je suis bien informé, les élèves y sont exercés au plus une heure par jour. En dehors du cours, ils ne s'occupent plus de la méthode. Leur instruction générale se fait par la mimique; ils communiquent entre eux par les signes. Le cours d'articulation n'est donc véritablement pour eux qu'une affaire de luxe, qu'un accessoire, au lieu d'être le principal. Ce n'est donc qu'une notion qu'on leur donne, et non une méthode d'éducation qu'on emploie.

L'école allemande, dont il ne faut pas aller chercher très-loin les applications, puisqu'il s'en trouve à Paris même, se sert surtout de *la lecture sur les lèvres* et de *l'articulation*, c'est-à-dire de *l'enseignement de la parole*. La lecture sur les lèvres, improprement appelée ainsi, consiste à apprendre à l'élève à *reconnaître* les formes que la bouche affecte dans la prononciation de chaque mot. Il *relit* ainsi sur les lèvres, plutôt qu'il ne *lit*, les mots dont il a appris d'abord la concordance avec la langue écrite. La lecture sur les lèvres ne serait ainsi qu'une succédanée naturelle de la mimique et de la dactylologie artificielles de l'école française. Les ressources en sont vraiment admirables. Il ne s'agit pas, comme on l'a dit, et comme l'a répété M. Ménière, d'un tour de force que peuvent exécuter exceptionnellement certains individus, mais d'une merveilleuse méthode vulgarisée et passée à l'état de pratique usuelle, dans les écoles allemandes. C'est en effet à la faveur de cette méthode qu'une escouade d'enfants comprennent et transcrivent simultanément sur un tableau la parole du professeur. Il m'a été donné de voir, dans l'institution de M. Dubois, rue de Courcelles, à Paris, de tout jeunes enfants saisir et reproduire, avec une merveilleuse rapidité, la dictée que leur faisait leur maître ou maîtresse. L'habileté dans l'art de lire sur les lèvres peut être portée à ce point, que M. Dubois fils, qui fait le plus grand honneur à M. Deleau, son premier instituteur, m'a dit avoir pu deviner, d'après les seuls mouvements des joues, des mots dont un interlocuteur cherchait à lui dissimuler la forme, en se plaçant les doigts sur la bouche; et il m'a ajouté que souvent il était parvenu à se faire comprendre de ses élèves en leur donnant, de la croisée de son appartement, des ordres, pendant qu'ils étaient dans son jardin. Pour mon compte, je ne saurais trop exprimer mon admiration pour ce mode d'enseignement, la lecture sur les lèvres, qui révèle au physiologiste un ordre entier de mouvements inexplorés jusqu'ici, et qui dénote, de la part des sourds-muets, une finesse d'observation égale à la richesse des faits qu'ils apprennent.

La valeur de cette ressource, comme moyen de mettre le sourd-muet en rapport avec ses semblables, est immense. Ai-je besoin de le faire remarquer? Il lui suffit, pour communiquer immédiatement avec tout le monde, de s'être initié à la forme labiale du langage commun. Quel avantage sur le sourd-muet instruit par la mimique et la dactylologie, qui ne peut comprendre que ceux qui ont appris son langage et qui s'en servent avec eux!

L'articulation ou *l'enseignement de la parole* est le second élément de la méthode allemande. L'enseignement de la parole a fait supposer d'abord comme condition première la nécessité d'un certain degré de la faculté d'entendre de la part du sourd-muet; mais l'expérience n'a pas tardé à montrer que cette condition n'est pas indispensable. Il faut donc distinguer sous ce rapport, parmi les sourds-muets, les *sourds complets parlant* et les *muets demi-sourds*. Il est possible, en effet, d'apprendre aux sourds complets à parler, sans qu'ils puissent s'entendre ni entendre parler, comme, à plus forte raison, il est possible de développer les rudiments de la parole et de l'ouïe chez ceux qui ne sont pas absolument sourds. La possibilité de ces faits n'est plus en question. Les adversaires de cette méthode allèguent, il est vrai, que, dans l'un et l'autre cas, on n'obtient la plupart du temps que des résultats incomplets, qu'une articulation rauque, sourde, incompréhensible, repoussante; mais à côté de ces résultats, il en est d'excellents, d'admirables mêmes, et il m'a été donné d'en constater plusieurs qui font le plus grand honneur à la méthode. La négation systématique de ces résultats vient surtout de la part des personnes qui ne voient fonctionner que l'école française. Leur critique toute théorique n'est fondée que sur ce qu'ils ne voient pas et ne peuvent pas voir. Ils ne devinent pas jusqu'à quel point la nature humaine, l'instinct, a des ressources ignorées. Quant à moi, qui ai vu fonctionner une quarantaine de jeunes garçons et de jeunes filles, instruits d'après la méthode allemande, dans l'établissement de M. Dubois, je ne puis m'empêcher de regarder comme une ressource précieuse d'éducation des sourds-muets la lecture sur les lèvres et l'articulation.

Mais, a-t-on dit, ces résultats ne peuvent être obtenus que chez des sujets très-intelligents; ils sont donc très-exceptionnels, et de plus, ils ne seraient pas durables.

Il est de fait que le degré d'intelligence joue un grand rôle dans le succès de la méthode allemande; mais elle a cela de commun avec les autres méthodes. Toutefois, il convient de faire ici une distinction. On ne saurait trop reconnaître, avec MM. Ferrus et Bonnafont, l'importance du rôle que joue l'intelligence dans l'éducation des sourds-muets. Toutes choses égales d'ailleurs, c'est sans contredit le plus intelligent parmi les sourds-muets qui arrive à parler le mieux. Mais il serait inexact de dire que l'état de l'appareil vocal ou auditif est subordonné au degré d'intelligence. Il est de fait, et M. Ferrus le sait mieux que personne, qu'il est certains idiots qui ont l'appareil vocal très-bien développé, sinon tout à fait normal; ils peuvent apprendre à parler et ils prononcent très-distinctement des mots et des phrases; ce qui leur manque, ce n'est pas l'organe ni la fonction, mais uniquement le moyen de s'en servir; chez certains sourds-muets, au contraire, le régulateur de la fonction existe, mais l'appareil fonctionnel manque, ou n'existe que très-imparfaitement. On peut donc, chez le plus grand nombre des sourds-muets, même chez ceux doués d'une intelligence très-médiocre, tirer de l'articulation un parti meilleur peut-être que des méthodes mimiques. J'ai vu des jeunes filles, d'une intelligence très-peu développée, articuler d'une manière satisfaisante: elles s'en servaient surtout utilement pour la lecture.

A l'appui de leurs objections: que les résultats de l'enseignement de la parole sont très-exceptionnels, peu durables et inférieurs à ceux de la méthode française, les adversaires de la méthode allemande, tels que M. Ménière, allèguent l'opinion des Allemands eux-mêmes. Au congrès de Pforzheim, en 1847, tous se seraient accordés à reconnaître la prééminence des produits de l'école française sur ceux de l'école allemande. Ceci est une véritable méprise. On a confondu, dans la comparaison qui a été faite des deux méthodes, la valeur de leurs produits en égard à l'éducation intellectuelle et morale des élèves, avec la valeur des moyens de communication qu'elles leur donnent. Or, à ce dernier égard, voici deux citations empruntées à un remarquable discours prononcé à ce même congrès de Pforzheim, par le professeur Haug (1), qui mettra l'Académie à même d'être mieux édifiée: « Mais jusqu'à quel point nos sourds-muets réussissent-ils dans » l'articulation et la lecture sur les lèvres? Il serait injuste, et doublement injuste, » de la part d'un Allemand, de vouloir méconnaître les heureux résultats qui, sous » ce rapport, sont atteints dans presque toutes les écoles allemandes, d'où sortent chaque année un nombre *considérable* de sourds-muets qui ont acquis une » telle habileté dans la prononciation et la lecture sur les lèvres, qu'ils peuvent, après une courte fréquentation, *s'entretenir couramment avec tout* » *étranger*, à l'aide de la parole, et même perfectionner et compléter la connaissance de la langue quant aux idées et à l'expression. Ces résultats *sont* » *solides*. » Mais, ajoute l'auteur, avec une impartialité qui ne fait que rehausser la confiance que mérite son jugement, « est-ce avec la *majorité* de nos élèves » que nous pouvons obtenir de si *éclatants* succès? *J'en doute*. » — Ce n'est pas là un sur mille, et encore moins un sur dix mille, comme paraît le croire M. Ménière, et avec lui quelques autres partisans exclusifs de la méthode française. Du reste, M. Morel, qui passe à bon droit pour un des partisans les plus éclairés de cette école, sans admettre la proportion de M. Haug ni celle de M. Ménière, reconnaît explicitement: « 1° que la parole doit être enseignée » aux sourds-muets qui montrent des dispositions pour cet enseignement; » 2° que les écoles françaises devraient faire un emploi moins constant des signes mimiques, et donner une attention plus sérieuse à l'enseignement de » la parole (2). »

Voilà donc les raisons et les faits qui militent en faveur de la lecture sur les lèvres et de l'enseignement de la parole aux sourds-muets. Avant de se prononcer comme il l'a fait sur telle ou telle observation, sur telle ou telle expérience afférant au système allemand, le rapport aurait donc dû s'enquérir d'abord de la valeur de ce système, assurer l'autorité de ses conclusions particulières par l'autorité de la méthode générale; mais il devait faire plus: il ne devait pas se borner à constater quelques résultats momentanés, mais s'enquérir de la durée, de la permanence de ces résultats. M. Bonnafont, dans la dernière séance, vous a fait connaître l'état d'un sujet qu'on citait comme une des merveilles de la méthode, et qui, après quelques années, avait été réduit à ne plus prononcer que quelques mots incompréhensibles. Ce fait est-il une exception? Je suis très-porté à le croire; mais encore fallait-il, dans l'intérêt même de la méthode, le rechercher. Or cela n'était pas impossible ni même difficile. M. Dubois, dont le zèle incomparable reçoit des encouragements du gouvernement, nous a affirmé qu'il avait rendu, depuis une dizaine d'années, une cinquantaine de sujets à la société, qui tous conservent les avantages de leur éducation. Que sont devenus ces sujets? Si la commission ne pouvait s'en enquérir par elle-même, elle pouvait solliciter une enquête du gouvernement: la chose eût été d'autant plus favorable à la méthode et aux efforts de M. Dubois lui-même, que, si nous sommes bien informés, les commissaires que l'on a chargés spécialement de ce soin sont deux anciens professeurs de l'Institut de Paris. Malgré la confiance que peut inspirer leur caractère, on peut, sans leur faire injure, croire qu'ils ne pécheront pas par un excès de zèle en faveur des méthodes opposées à celles qu'ils ont pratiquées toute leur vie, et avec lesquelles ils se sont faits ce qu'ils sont.

Il existait d'ailleurs dans la science d'autres documents précieux, dans lesquels, à l'autorité des faits se trouve réunie l'autorité des idées. Au nombre et en tête de ces documents je citerai l'ouvrage si remarquable de M. l'abbé Carton, que j'ai offert à l'Académie de la part de cet auteur. M. Carton, directeur de l'Institut des sourds-muets de Bruges, est un des hommes de l'époque qui ont le plus approfondi la question des sourds-muets. Son ouvrage, qui a remporté le prix, en 1845, au concours ouvert par l'Académie des sciences de Belgique, renferme une appréciation aussi impartiale qu'élevée des différents systèmes. M. le rapporteur y eût trouvé non-seulement des documents importants à l'appui de la méthode allemande, qui est principalement appliquée à l'Institut de Bruges, mais il y aurait vu comment M. Carton a su mettre à profit les enseignements de la méthode française; car, en fin de compte, il ne s'agissait pas de rendre un jugement au profit de telle ou telle méthode, mais de mettre l'autorité à même d'apprécier et d'employer, dans une mesure convenable, les progrès faits à l'étranger, reproduits et perfectionnés par un de nos compatriotes. Or sur tous ces points, je suis obligé de le répéter, le rapport est insuffisant: il manque de preuves et d'autorité.

Mais j'arrive à un troisième point de la question: à l'éducation de l'ouïe combinée avec l'éducation de la parole, à l'éducation physiologique des sourds-muets demi-sourds. C'est ici que commence le vrai terrain des recherches de M. Blanchet, terrain déjà parcouru par Itard et quelques autres de ses devanciers.

(1) ANNALES DE L'ÉDUCATION DES SOURDS-MUETS, 1848, n° 3, p. 174.

(2) *Ibid.*, p. 212.

M. LE PRÉSIDENT : Il est cinq heures. M. J. Guérin ne pouvant pas terminer aujourd'hui, et plusieurs orateurs étant encore inscrits, la discussion sera continuée dans la prochaine séance.

ABLATION TOTALE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE.

M. MAISONNEUVE présente une jeune fille à laquelle il a pratiqué l'ablation totale de la mâchoire inférieure pour un cancer de cet os, chez laquelle les fonctions importantes de la parole et de la déglutition ont été conservées intactes, et le visage n'a presque rien perdu de sa régularité.

Voici les détails de cette opération :

Mademoiselle Soliveau (Angéline), âgée alors de 15 ans, vint au mois de juillet 1851, consulter M. Maisonneuve, à l'hôpital Cochin, pour une tumeur qui envahissait toute la moitié latérale gauche du maxillaire inférieur. Cette tumeur avait débuté d'une manière insensible, de sorte qu'au mois de mars époque où la malade s'aperçut de son existence, elle avait acquis déjà un volume assez considérable.

Sa présence, toutefois, ne gênait en rien la mastication, non plus que la parole. Cet état persista sans changement notable jusqu'à la fin de juillet, où la tumeur devint le siége de douleurs lancinantes, d'abord rares, puis de plus en plus fréquentes, qui décidèrent la malade à entrer à l'hôpital le 8 juillet 1851.

A cette époque, M. Maisonneuve reconnut que la tumeur occupait toute la moitié latérale gauche de l'os maxillaire inférieur, dont le volume avait presque triplé; qu'elle était lisse, régulière, d'une consistance élastique; que les dents, parfaitement saines, n'étaient même point ébranlées; que les parties molles des lèvres et de la joue avaient conservé leur souplesse, leur texture et leur coloration normales. La malade se plaignait de douleurs lancinantes, bien différentes des douleurs névralgiques ou des douleurs dentaires.

L'ensemble de ces symptômes fit penser à M. Maisonneuve qu'il avait affaire à une tumeur carcinomateuse de l'os, et l'engagea à proposer la désarticulation de toute la moitié gauche du maxillaire inférieur. Cette proposition ayant été agréée des parents, l'opération fut pratiquée le 17 juillet de la manière suivante :

La malade, couchée sur le lit d'opération, est soumise au chloroforme. Le chirurgien incise d'un seul trait et sur la ligne médiane, la lèvre inférieure et les parties molles du menton, jusqu'à la naissance du cou.

Une seconde incision, partant de l'extrémité inférieure de la précédente, fut dirigée d'abord transversalement le long du bord inférieur de la mâchoire, puis obliquement en haut, jusqu'au niveau du lobule de l'oreille. Le vaste lambeau circonscrit par ces deux incisions fut séparé rapidement de la face externe de l'os maxillaire, au moyen du bistouri qui servit aussi à détacher les insertions inférieures du muscle masseter.

Passant alors une scie à chaîne sous la mâchoire au moyen d'une grande aiguille courbe, il opère la section de l'os, entre la première et la deuxième dent incisive droite. Ceci étant fait, il dissèque à grands traits les parties molles adhérentes à la face interne de la mâchoire, coupant d'abord à leur insertion les muscles qui s'attachent aux apophyses géni, puis le mylo-hyoïdien, le ptérygoïdien interne, ainsi que les vaisseaux et nerfs dentaires inférieurs. Imprimant ensuite un mouvement de bascule à l'os maxillaire, il fait saillir l'apophyse coronoïde sur laquelle il divise, au moyen de ciseaux mousses, le tendon du muscle crotophyte. Aussitôt après la division de ce muscle, la capsule, fortement distendue par le condyle, put être incisée facilement avec la pointe du bistouri; et quelques coups de ciseaux suffirent pour dégager entièrement l'os des tissus auxquels il adhérait encore.

Dans cette opération, qui dura moins de dix minutes, trois artères seulement furent intéressées, la coronaire des lèvres, la faciale et la dentaire inférieure, toutes trois furent liées à l'aide des pinces à coulant, et les parties molles furent réunies par la suture entortillée.

La pièce anatomique fut confiée à l'examen de M. Lebert, qui reconnut une affection cancéreuse de l'os, du genre dit : cancer en aiguilles. Le microscope y montra de nombreuses cellules spécifiques, ainsi qu'on peut le voir sur le dessin qu'en a fait M. Léveillé.

Aucun accident sérieux ne vint contrarier la guérison, et lorsque, le 24 septembre, la malade sortit de l'hôpital, il ne restait d'autres traces de l'opération qu'une cicatrice linéaire sur le trajet des incisions. Le canal de Stenon et le nerf facial avaient été ménagés dans l'opération, de sorte qu'il n'y eut ni fistule, ni paralysie. Le visage avait même conservé une régularité parfaite.

Quinze mois se passèrent sans que la guérison se démentît. Mais au mois de novembre 1852, la partie de l'os que l'on avait conservée commença à son tour à se tuméfier. D'abord peu sensible, cette tuméfaction fit chaque jour des progrès; des douleurs lancinantes, semblables à celles qui avaient existé du côté gauche, se manifestèrent du côté droit. La malade se décida alors à revenir voir M. Maisonneuve, qui la fit entrer de nouveau à l'hôpital Cochin, le 28 mars 1853.

La portion restante de l'os maxillaire présentait les mêmes altérations qu'on avait antérieurement constatées sur la partie gauche; seulement ces altérations étaient moins avancées. La tumeur, moins volumineuse, ne remontait pas aussi haut vers le condyle. Comme la première fois, les parties molles de la lèvre et de la joue étaient intactes; les ganglions n'offraient aucune trace d'engorgement; les dents étaient solides; mais l'existence de douleurs lancinantes et la nature bien constatée de l'affection antérieure, déterminèrent M. Maisonneuve à compléter l'ablation totale du maxillaire. Cette dernière opération fut pratiquée le 31 mars 1853.

La malade étant, comme la première fois, soumise au chloroforme, M. Maisonneuve divisa verticalement la lèvre inférieure et les parties molles du menton, sur le trajet de l'ancienne cicatrice.

Une seconde incision, partant de l'extrémité inférieure de la première, fut dirigée le long du bord inférieur, de l'os, jusqu'au devant de l'insertion du masséter. M. Maisonneuve crut pouvoir se dispenser de la prolonger, comme dans l'opération précédente, jusqu'au niveau du lobule de l'oreille. En effet, cette incision suffit pour mettre à découvert toute la face externe de l'os maxillaire, et pour diviser avec un bistouri boutonné les insertions inférieures du masséter. Écartant ensuite l'os en dehors, il sépara facilement les insertions du muscle mylo-hyoïdien, ainsi que celles du ptérygoïdien interne.

Dans un troisième temps, il imprima un mouvement de bascule à la mâchoire, afin de faire saillir l'apophyse coronoïde, dont il sépara le tendon du muscle crotophyte. Puis, ayant dans un dernier temps incisé la capsule articulaire sur le condyle lui-même, et coupé l'insertion du ptérygoïdien externe, il termina l'opération, en arrachant l'os qui ne tenait plus que par quelques brides peu solides.

Dans cette opération, il n'y eu d'intéressée qu'une seule artère importante, l'artère dentaire inférieure, sur laquelle on appliqua une ligature.

Toutes ces manœuvres durèrent à peine cinq minutes. Les parties molles furent ensuite rapprochées par la suture entortillée, et la malade fut reportée dans son lit.

Après une pareille mutilation, il était à craindre que la langue, privée de son point d'appui antérieur, ne fût entraînée en arrière, que la déglutition surtout ne fût gravement compromise, et que le visage ne restât considérablement déformé : il n'en fut rien. La langue, suffisamment maintenue par la cicatrice du côté gauche, n'éprouva aucun mouvement de rétraction; la déglutition des liquides ne cessa pas un seul instant de s'arrêter, et le visage conserve sa régularité et ses formes primitives.

La réunion s'opéra par première intention; et, dès le quatrième jour, on put enlever la totalité des épingles, sans qu'aucun écartement se manifestât dans la cicatrice.



Aujourd'hui, la malade est entièrement guérie; son visage ne présente aucune déformation, ainsi qu'on peut le voir sur le portrait au daguerréotype qu'on en a fait faire. La parole est parfaitement libre, et la malade peut manger facilement, non-seulement des aliments liquides, mais encore de la viande hachée, du pain, des œufs et toutes sortes d'aliments faciles à triturer. Cette trituration s'opère avec une assez grande puissance entre la langue et la voûte palatine.

RÉTENTION D'URINE CAUSÉE PAR L'EXISTENCE D'UNE VALVULE PROSTATIQUE ET GUÉRIE PAR L'EXCISION DE CETTE VALVULE.

M. MERCIER présente un homme âgé de 64 ans, qu'il vient d'opérer avec succès pour une rétention d'urine qui a débuté en 1844 et qui est complète depuis 1846. Cette rétention avait été longtemps regardée comme due à une paralysie de la vessie, d'autant plus que le malade, à peu près à la même époque, avait eu un coup de sang qui lui avait laissé une faiblesse dans le côté droit. Quant à M. Mercier, il constata une valvule prostatique et le fit entrer, en 1848, dans le service de M. Blandin, où il l'opéra par incision. Le cours de l'urine se rétablit en effet; mais malheureusement la dernière opération avait eu lieu cinq ou six jours seulement avant le départ de M. Mercier pour un voyage qui dura sept mois, et les précautions qu'il recommanda pour empêcher le rapprochement des parties divisées ne furent pas prises; quand il revint, la rétention s'était graduellement reproduite, et quelques semaines après, elle était redevenue complète. M. Mercier avait proposé une nouvelle opération; mais un autre chirurgien avait promis au malade de le guérir sans cela, et naturellement celui-ci écouta ses propositions. Ce traitement dura plusieurs années et n'eut pas lieu sans de nombreuses opérations ou tentatives d'opération. Finalement,

des abcès survinrent dans le scrotum, dénudèrent le testicule gauche, et la rétention persista.

Tel était l'état du malade lorsqu'il revint à M. Mercier, le 15 du mois d'avril dernier. Celui-ci ayant constaté la reproduction de l'obstacle, l'opéra le 16 par la méthode qu'il nomme excision, c'est-à-dire qu'il enleva la saillie cause de la rétention d'urine, et le soir même le malade urina à plein canal. Le lendemain, le sang était arrêté; point de fièvre, pas le moindre accident, et aujourd'hui la miction se fait avec force et de la manière la plus normale. Plusieurs expériences ont démontré qu'il reste à peine trois cuillerées d'urine dans la vessie.

La première partie de cette observation a déjà été publiée par M. Mercier, dans sa 3e série (obs. IV). Le malade, sans parler du chirurgien qui l'a soigné chez lui, a été successivement, soit pour sa maladie principale, soit pour les complications, dans les services de MM. Civiale, Voillemier, Andral, Blandin, Gerdy, Roux et Demarquay.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LES MOIS DE FÉVRIER ET MARS 1853; par M. le docteur E. LE BRET, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE.

1° SUR UN OS SURNUMÉRAIRE DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE; par M. LUD. HIRSCHFELD.

M. Lud. Hirschfeld démontre sur le bassin d'un jeune enfant l'existence d'un os surnuméraire au fond de la cavité cotyloïde. M. Serres avait déjà décrit un os en Y au même point, et M. Goubaux l'a constaté chez plusieurs animaux. Ce fait, exceptionnel d'ailleurs, s'est rencontré deux ou trois fois dans l'espèce humaine à l'examen de M. Hirschfeld, qui continuera cette recherche.

2° ANOMALIE DANS LA DISTRIBUTION DU NERF RADIAL A LA MAIN; par le même.

M. Hirschfeld communique un exemple d'anomalie dans la distribution du nerf radial à la face dorsale de la main; toutes les branches collatérales sont fournies par ce nerf lui-même, moins la collatérale interne de l'auriculaire émanant de la branche postérieure du cubital, qui n'a, dans ce cas, que le tiers de volume de l'état normal. Déjà une anomalie presque analogue avait été constatée et présentée à la Société par M. Hirschfeld.

3° OBSERVATIONS RELATIVES AU SQUELETTE DES MULETS SOLIPÈDES; par M. A. GOUBAUX.

M. Goubaux communique les observations suivantes, après avoir signalé que, dans le cheval, il y a quatre châtaignes et six vertèbres lombaires, tandis que, dans l'âne, il y a deux châtaignes seulement aux membres antérieurs, et cinq aux vertèbres lombaires.

1° Quand on accouple le cheval avec l'ânesse, on obtient un produit connu sous le nom de *bardeau*. Cet animal a quatre châtaignes, six vertèbres lombaires et l'arcade sourcilière du cheval.

2° Quand on accouple l'âne avec la jument, on obtient un produit connu sous le nom de *mulet*. Cet animal a deux châtaignes seulement, cinq vertèbres lombaires et l'arcade sourcilière de l'âne.

M. Goubaux continuera ses recherches et en rendra compte ultérieurement à la Société; elles pourront sans doute servir un jour à faire connaître quelle est la part de l'influence de chacun des ascendants sur le produit.

4° SUR LES HIPPOMANES DE LA JUMENT; par le même.

A l'appui d'une communication qu'il a faite dans une séance précédente, M. Goubaux montre à la Société de biologie des enveloppes fœtales de jument sur lesquelles on voit à la face interne du feuillet externe de l'allantoïde une assez grande quantité d'hippomanes pédicules. Il existait un hippomane libre, flottant, dans le liquide allantoïdien. Les pédicules des hippomanes adhérents sont plus ou moins longs; plusieurs ont plus de 15 centimètres de longueur, d'autres sont excessivement courts; tous sont creux, et une pression exercée à leur extrémité libre peut faire refluer la matière qu'ils renferment du côté du placenta, entre celui-ci et la membrane interne de la matrice.

Suivant M. le professeur Lassaigne, qui a fait connaître leur composition, les hippomanes sont formés par du mucus et de l'oxalate de chaux.

M. Ch. Robin a examiné au microscope les hippomanes provenant de la pièce que montre M. Goubaux. Voici le résultat de son examen.

A. Les hippomanes les plus petits sont composés :

1° En grande partie de cristaux lamelleux ressemblant à la cholestérine, mais qui n'en sont pas; on ne voit pas de cristaux d'oxalate de chaux;

2° De matière amorphe granuleuse et de peu de cellules épithéliales.

B. Les hippomanes les plus gros sont composés :

1° De peu de cristaux lamelleux (*ut suprà*);

2° De beaucoup de cellules épithéliales et de matière amorphe.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1° CONCRÉTIONS TROUVÉES DANS LA POCHE GUTTURALE D'UN CHEVAL; par M. GOUBAUX.

On désigne sous le nom de poche gutturale une dilatation formée par la membrane muqueuse de la trompe d'Eustachi qui, chez les solipèdes, au lieu de former un canal complet comme chez les autres animaux, est fendue longitudinalement. Ces poches sont situées au-dessus du pharynx et au-dessous de la base du crâne.

L'inflammation des poches gutturales n'est pas une maladie très-commune; cependant les ouvrages vétérinaires en renferment un assez grand nombre d'exemples. Lafosse fils est le premier qui a décrit cette maladie sous le nom de *morve super-pharyngienne*. Outre les lésions que présente la muqueuse dans cette circonstance, il existe une collection purulente dans l'intérieur de la poche ou des deux poches gutturales, suivant que la maladie affecte une seule ou les deux poches à la fois. Dans tous les cas, il y a un jetage par les deux naseaux. On peut expérimentalement s'en assurer, ainsi que je l'ai fait, en injectant du plâtre délayé dans l'eau par une ouverture pratiquée à la partie supérieure de l'une des poches. Ces collections purulentes, sans doute par la compression qu'elles exercent sur les organes situés au-dessous des poches gutturales, occasionnent quelquefois le *cornage*.

Chez un cheval qui fut abattu pour les travaux anatomiques, M. Goubaux a rencontré, dans la poche gutturale gauche, une collection de petits corps ayant à peu près la forme et le volume d'une amande. Ces corps, en nombre considérable, étaient noyés au milieu d'une masse de matière mucoso-purulente. La membrane muqueuse était rouge et sa surface était granuleuse.

M. Lassaigne a eu l'occasion de faire l'analyse de semblables corps en 1818, sur la demande de M. Barthélemy aîné, et il les a trouvés composés de mucus desséché. Quand on les chauffe, ils prennent l'aspect de l'agate. Un examen de ces corps, fait par M. Lassaigne, a démontré qu'ils étaient semblables à ceux qu'il avait analysés antérieurement.

L'analyse microscopique de ces mêmes corps, faite par M. Ch. Robin, a démontré qu'ils étaient entièrement formés de cellules épithéliales.

2° CORPS LIBRES TROUVÉS DANS L'ARTICULATION FÉMORO-TIBIALE D'UN CHEVAL; par le même.

M. Goubaux présente à la Société de biologie une pièce qu'il a recueillie sur un cheval qui a été sacrifié pour les travaux anatomiques.

Il existe dans l'articulation fémoro-tibiale, du côté gauche, cinq corps libres, plus ou moins volumineux, dans le cul-de-sac de la membrane synoviale qui recouvre le tendon commun au fléchisseur du métatarse et à l'extenseur antérieur des phalanges. Ce tendon porte lui-même sur son côté interne, au moment où il passe sur la coulisse de l'extrémité supérieure du tibia, une concrétion volumineuse, tandis que sa face profonde laisse voir des fibres dilacérées qui pourraient faire croire à une déchirure ancienne.

Telle n'était cependant pas la nature de cette lésion qui doit être rapportée à celle de l'*arthrite sèche*, maladie que notre collègue M. Broca a si bien décrite dans le COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS POUR L'ANNÉE 1850.

Voici, en effet, ce qu'un examen approfondi a permis de reconnaître :

1° Non loin de la concrétion pédiculée du tendon commun au fléchisseur du métatarse et à l'extenseur antérieur des phalanges, des franges synoviales extrêmement vasculaires, minces et flottantes, appartenant en propre à l'*arthrite sèche*.

2° Le tendon est divisé à sa face profonde en colonnes inégales et irrégulières, et ce phénomène se produit souvent dans l'arthrite sèche, ainsi que dans l'inflammation sèche des synoviales tendineuses.

3° Une section longitudinale pratiquée sur le tendon a fait reconnaître qu'il n'y avait là aucune cicatrice, et par conséquent que ce tendon n'avait jamais été rompu.

4° Le corps osseux pédiculé aurait pu donner lieu plus tard à un corps étranger articulaire parfaitement libre. Les corps étrangers libres, contenus dans la même articulation, ont très-certainement commencé par être adhérents, et se sont formés primitivement en dehors de la cavité articulaire, où ils n'ont pénétré que plus tard.

5° Parmi les cinq corps libres, il en est trois qui sont constitués à peu près exclusivement par du tissu osseux. Les deux autres offrent une structure très-exceptionnelle; ils se composent de trois couches : 1° une couche externe, fibro-cartilagineuse; 2° une couche moyenne, très-épaisse, entièrement osseuse; 3° enfin, une troisième couche, ou noyau central exclusivement cartilagineux.

En marchant, l'animal qui présentait les lésions qui viennent d'être rapportées, fléchissait subitement et d'une manière saccadée l'articulation tibio-astragalienne. (On dit, en vétérinaire, des chevaux chez lesquels on observe ce symptôme, qu'ils ont un *éparvin sec* ou qu'ils *harpent*.) Rigot, dans son TRAITÉ DES ARTICULATIONS, a attribué ce symptôme à des rayures des surfaces articulaires de l'articulation tibio-astragalienne ou à celles de l'articulation fémoro-tibiale. M. Goubaux a observé aussi ces lésions dans les mêmes circonstances. Tous ces faits prouvent donc que l'action de *harper* est un symptôme commun à des lésions dont le siége est variable, mais dont la nature est toujours la même (l'*arthrite sèche*), quelle que soit la forme qu'elles revêtent.

M. Goubaux dit, en terminant, qu'il connaît depuis quatre ans un cheval qui

harpe du membre antérieur droit. Il a trouvé plusieurs fois des lésions de l'arthrite sèche dans l'articulation huméro-radio-cubitale, et il en a déposé des exemples au cabinet des collections de l'École impériale vétérinaire d'Alfort, mais il n'a pas observé les animaux pendant la vie. Il est probable qu'on trouverait de semblables lésions dans l'articulation huméro-radiale du cheval dont M. Goubaux a parlé en dernier lieu.

3° SUR UNE MALADIE DES GLANDES DE LA MEMBRANE DES SINUS CHEZ LE CHEVAL ET L'ANE; par le même.

A la suite de la communication faite par M. Giraldès dans le courant de l'année dernière, relativement à la découverte de glandes particulières dans l'épaisseur de la membrane des sinus, M. Goubaux a déjà montré à la Société de biologie des exemples de maladie de ces glandes chez les animaux de l'espèce bovine, dû il n'est pas rare d'en rencontrer.

Aujourd'hui, M. Goubaux présente une portion de la tête d'un cheval qui a été sacrifié pour les travaux anatomiques, sur laquelle on voit, dans l'intérieur des sinus maxillaire supérieur et inférieur, plusieurs petites masses sphéroïdales, de volume varié, semblables à celles qu'il a montrées précédemment.

C'est la seconde fois que M. Goubaux observe cette maladie des glandes de la membrane des sinus chez le cheval; il l'a aussi observée deux fois chez l'âne : elle est beaucoup plus rare chez ces animaux que chez ceux de l'espèce bovine.

(*La suite prochainement.*)

BIBLIOGRAPHIE.

ON THE PRESERVATION ON THE HEALTH OF THE WOMEN AT THE CRITICAL PERIODS OF LIFE (DE LA CONSERVATION DE LA SANTÉ DES FEMMES AUX ÉPOQUES CRITIQUES DE LEUR VIE); par M. E. J. TILT. — Un vol. in-12. 1851. — London, John Churchill, princes Street, Soho.

Le livre que l'auteur a placé sous le patronage de sa femme, avec une dédicace touchante de sentiment, est, en effet, principalement destiné aux gens du monde, aux mères de famille. Aussi ne lui aurions-nous consacré qu'une mention sommaire si, outre son mérite intrinsèque, il ne nous offrait, de temps en temps, certaines indications curieuses sur les mœurs anglaises à propos des matières qui en font l'objet. Nos lecteurs ne regretteront pas de voir reproduire ici quelques-uns de ces renseignements intimes qui peignent un peuple bien mieux que les communications en style conventionnel de la grave science officielle.

Le soin que M. Tilt recommande avec le plus d'insistance, est de veiller à ce que les jeunes filles ne soient pas surprises par la première époque menstruelle sans avoir été prévenues de la nature de cette évacuation. Souvent, en effet, sans cette importante précaution, on les voit, par un sentiment déplacé de pudeur ou simplement par frayeur, s'efforcer, à l'aide de lotions froides, d'arrêter le saignement. Cette ignorance dangereuse est plus commune qu'on ne le pense; elle l'est surtout en Angleterre, où tout ce qui concerne certaines fonctions est l'objet d'un dégoût qui fait partie du caractère national. Plusieurs maîtresses d'établissements consacrés à l'éducation des jeunes personnes ont appris à l'auteur qu'un grand nombre de leurs élèves n'avaient jamais été averties dans leurs familles du but et de l'importance de ce flux cataménial, et qu'on avait grand' peine à les empêcher de l'arrêter par tous les moyens en leur pouvoir.

Les circonstances conspirent parfois de la façon la plus insidieuse à entretenir l'erreur si ordinaire des jeunes filles à cet égard. M. Tilt raconte qu'une enfant de sa connaissance, âgée seulement de douze ans, fit une chute, et fut fort surprise, en se relevant, de trouver qu'elle saignait par la partie. Elle parvint à arrêter le sang en se lavant avec de l'eau froide; mais il paraît bien que c'était la première évacuation mensuelle, car elle demeura souffrante, pendant plus de trois mois, de douleurs dans la tête et les membres, et ne recouvra sa santé primitive qu'au bout d'un an après que la menstruation se fut rétablie.

Le danger de mettre obstacle à l'écoulement sanguin dès sa première apparition est rendu manifeste par la statistique. Sur 25 filles qui n'étaient pas averties de ce qui allait leur arriver, M. Tilt en a vu 13 s'effrayer et tomber dans des accès d'hystérie; sept fois le saignement se suspendit; trois fois, il ne revint jamais, et, dans tous les cas, la santé générale fut sérieusement compromise. 6 de ces filles se crurent blessées et employèrent l'eau froide; 2 d'entre elles réussirent par là à arrêter le sang; leur menstruation ne reparut qu'au bout de plusieurs années, et ne prit jamais son abondance ni sa régularité normales.

Quelques mères de famille se font une idée aussi fausse que dangereuse sur la conduite à tenir vers l'époque de la puberté. Leur fille a quinze ou seize ans : il faut qu'elle soit réglée, il le faut à tout prix. Les charlatans qui promettent le plus affirmativement, les emménagogues les plus actifs sont invoqués pour obtenir ce résultat. Dewees, appelé auprès d'une demoiselle de quinze ans, fut sollicité par sa mère d'avoir à lui donner quelque chose pour provoquer le flux naturel. Comme elle était parfaitement bien portante, il tâcha de faire comprendre que rien ne pressait et se borna à recommander d'attendre. Il croyait que ses raisons avaient été goûtées; mais à six mois de là, on le pria de revenir la voir; elle était atteinte d'une hémoptysie à laquelle elle succomba en peu de jours. La mère lui avoua alors n'avoir pu résister au désir de voir sa fille réglée, et s'être confiée à un médecin qui lui avait administré de l'huile de sabine.

D'autres femmes veulent absolument que les règles coulent un certain temps, et ne peuvent se persuader qu'une petite quantité de sang, perdue à époques régulières, suffise à remplir le vœu de la nature. C'est le devoir du médecin de dissiper leur illusion, de même que celle, plus rare, à la vérité, qui fait croire qu'une métrorrhagie, quelque abondante qu'elle soit, ne doit point être combattue, lorsqu'elle s'est manifestée à l'époque et avec les caractères du flux mensuel. M. Tilt cite l'exemple d'une jeune personne de seize ans chez qui les règles s'établirent, dès la première fois, d'une manière si copieuse que sa vie aurait été en danger, s'il n'avait ordonné, pour modérer la perte, de la glace sur le bas-ventre et des sinapismes réitérés à courts intervalles.

Les parents font, en général, tous leurs efforts pour hâter chez leurs filles la crise naturelle. M. Tilt, au contraire, affirme que son expérience, ses lectures, ses réflexions l'ont conduit à penser que pour donner à la femme la perfection de son développement il faut retarder autant que possible l'apparition de la menstruation. C'est donc vers ce but que doivent converger les ressources de l'hygiène et celles de l'éducation. L'auteur passe en revue ces divers moyens, en examinant le parti qu'on peut tirer de chacun d'eux.

Le premier, selon lui, consiste dans le salutaire usage de laisser les demoiselles pendant longtemps dans les pensionnats, institution, dit-il, *essentiellement anglaise*, et qui est la principale cause de la prééminence des femmes de ce pays sur celles des autres nations pour la vigueur de la constitution, la sûreté du jugement et surtout la rectitude des principes moraux!... Cet isolement, opposé à la coutume adoptée ailleurs de les laisser vivre au milieu de la société qui fréquente la maison paternelle, entrave l'excitation précoce des sens qui stimule à son tour et accélère prématurément la transformation physique de la jeune fille en femme. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'exposé des conseils sages, mais très-détaillés qu'il prodigue sur la surveillance à exercer à l'égard des jeunes filles pubères. Romans, journaux, danse, théâtre, bains, coucher, vêtement, il tient compte des moindres influences; sa sollicitude presque paternelle ne néglige rien pour prévenir l'abus tout en maintenant l'usage, car toutes ces causes peuvent avoir un effet avantageux si elles sont prudemment maniées. Qu'on ne dédaigne pas ses avis; il n'est point indigne du médecin de descendre à ces confidences, puisque, ainsi qu'il le dit explicitement, *une profession qui a la confiance des femmes tient dans ses mains le sort de la société!*

Le retour des règles se fait ordinairement tous les vingt-huit jours. Il y a cependant des exceptions; mais M. Tilt croit qu'elles tiennent à une lésion organique ou nerveuse soit des ovaires, soit de la matrice; si bien que lorsqu'on a remédié à cet état morbide, la fonction reprend son type naturel. Sur cent cas, il a vu la régularité manquer vingt-trois fois; savoir : dix-sept fois l'intervalle entre deux époques être de trois semaines, cinq fois de six semaines, une fois de quinze jours. Pour les menstruations de trois semaines, la moitié des cas s'expliquaient par une maladie utéro-ovarique ou par la chlorose. Pour celles de six semaines, plus de la moitié des femmes réglées à ce terme était d'une mauvaise santé habituelle. Il en était de même pour celles dont l'époque revenait tous les quinze jours.

M. Tilt parle d'une menstruation *rémittente*, caractérisée par le rapprochement graduel des époques qui tendent de plus en plus à se confondre l'une avec l'autre. Il a administré avec avantage le bisulfate de quinine contre cet état qui mérite quelquefois l'attention sérieuse du médecin.

Parmi les causes qui peuvent retarder la menstruation ou diminuer la quantité de l'écoulement sanguin qu'elle fournit, il signale les voyages sur mer. Un curieux renseignement lui échappe aussi sur une habitude fort en vogue chez les dames d'un certain monde dit *fashionable*. Elles prennent fréquemment, quoique bien portantes, du calomel, et réussissent ainsi à se donner une apparence délicate, un teint pâle; mais c'est le plus souvent aux dépens de la menstruation qui par là est diminuée ou complètement supprimée.

Les soins dont il convient d'entourer la femme durant le cours de la période menstruelle sont minutieusement énumérés par l'auteur. Il n'oublie pas même de mentionner les diverses formules par lesquelles les dames de tout pays s'excusent en pareil cas d'accepter une invitation. « Mes cousins sont venus de Lausanne, » répondent les Suissesses. « Il marchese

arrivato; non posso andare, » est la phrase d'usage en Italie. M. Tilt, qui omet, peut-être à dessein, de rappeler celle dont l'Angleterre, ou les Anglais fournissent chez nous le texte familier, remarque que sans employer des expressions aussi malsonnantes, chaque femme trouvera facilement, dans l'intérêt de sa santé, un de ces prétextes qui ne lui manquent jamais pour des motifs bien plus frivoles.

Beaucoup de femmes se révoltent contre cet assujettissement périodique, qui les arrête au milieu de leurs plaisirs et de leurs occupations. « Suis-je donc condamnée toute ma vie à un pareil dégoût ? » est un cri d'indignation qu'il a entendu sortir de la bouche de plus d'une élégante miss. C'est à leur mère à leur faire comprendre le but que la nature s'est proposé en créant la femme dépendante et sédentaire pour l'attacher à son ménage, et à lui rappeler aussi l'admirable compensation que les joies de la maternité apportent à cette incommodité passagère.

Il est une inconséquence plus dangereuse, et contre laquelle M. Tilt s'élève avec autant de raison que de force. On voit des femmes, même très-bien élevées, même fort vertueuses, s'alarmer dès que leurs règles sont en retard, et employer les moyens les plus actifs pour en provoquer le retour. Elles ne songent pas un instant que si elles sont enceintes, si ce retard a pour cause une grossesse commençante, leur conduite ne peut trouver grâce ni devant la religion, ni devant la simple morale; car tuer ce qui a vie est un crime. Il faut rappeler ce principe à celles qui l'oublient de bonne foi, et en montrer la sainteté à celles qui voudraient sciemment l'enfreindre.

Des dangers non moins sérieux attendent la femme à cet âge qu'on a si justement appelé *critique*. M. Tilt cherche à les prémunir contre les éventualités d'une échéance qu'elles redoutent par un pressentiment général. Éclairant, comme il le dit, la pathologie de la fonction par son histoire naturelle, il donne d'abord l'analyse de cent cas étudiés à ce point de vue. Or, sur ce nombre, la menstruation s'est arrêtée 39 fois par une décroissance graduelle, 19 fois par une série de pertes, 14 fois par une perte unique, 10 fois par une succession de pertes alternativement faibles et abondantes, 18 fois d'une manière brusque. Sous un autre rapport, il a constaté que, avant de cesser, les époques menstruelles ont subi, chez 79 de ces 100 femmes, des retards irréguliers, tandis que chez 21 elles avançaient irrégulièrement aussi.

La perte unique qui termine la menstruation doit avoir quelquefois été prise pour un avortement, et *vice versâ*. Mais comme le traitement à employer est le même dans l'un et l'autre cas, aucun péril ne peut s'ensuivre.

Au contraire, l'interruption subite de la fonction peut en imposer pour une suspension, et faire croire qu'il y a grossesse, surtout en raison des phénomènes sympathiques, tuméfaction du ventre et des seins, sécrétion laiteuse, etc., qui se développent assez souvent à cette époque. La réciproque a également lieu; et une grossesse véritable, confondue avec la ménopause, conduit quelques femmes à user de purgatifs ou d'emménagogues violents, qui décident alors la question en produisant une fausse couche.

Les maladies de la période critique sont divisées par l'auteur en trois classes : 1° celles qui sont fréquentes et peuvent se prévoir; 2° celles qui sont comme la répétition des désordres par lesquels la première menstruation est précédée; 3° celles enfin qui ne sauraient être annoncées d'avance et qui s'expliquent par la fluxion que le mouvement sanguin déplacé opère sur les organes les plus faibles de l'économie.

Parmi les troubles de la première espèce, les symptômes cérébraux ont surtout été étudiés par M. Tilt. Appelant toujours la statistique à mieux préciser les données étiologiques, il remarque que sur 100 femmes arrivées à la fin de la menstruation, 64 avaient de la céphalalgie, la migraine, des accès d'hystérie ou de pseudonarcotisme à l'époque menstruelle. De ces 64 femmes, 36 ont vu ces symptômes augmenter; chez 18, ils ont persisté au même degré; chez 10, ils ont diminué.

Le *pseudonarcotisme*, que M. Tilt considère comme un des symptômes le plus fréquemment liés à la menstruation, annonçant son début et succédant à sa terminaison, consiste dans une sensation de plénitude, de lourdeur et presque de stupeur, avec beaucoup de tendance au sommeil. La similitude de cet état avec le narcotisme est telle que lorsqu'une femme d'un certain âge présente une pareille collection de phénomènes, il arrive souvent qu'on l'accuse, mais à tort, de se livrer outre mesure à l'usage des boissons alcooliques.

M. Tilt est d'accord avec Lisfranc et Meissner pour professer que la cessation des règles favorise la résolution des congestions utérines bien plus qu'elle ne les provoque. Cependant la leucorrhée est très-commune et s'établit souvent à cet âge. Sur 100 femmes, 58 avaient des pertes blanches; chez 44 de ces 58, l'époque critique les a augmentées; chez 8 elles sont restées stationnaires, chez 6 elles ont diminué. Il ne faut pas considérer ce flux comme un indice de maladie et se hâter, en conséquence, de le traiter. On attendra pour cela qu'il s'accompagne de douleurs de reins, de difficulté à supporter la marche, etc. ; car il n'est souvent qu'un effort de la nature qui continue sous une autre forme l'évacuation périodique accoutumée.

Toutes les femmes ne sont éprouvées ni autant, ni de la même manière par le changement dont il est question. En général, celles d'un tempérament sanguin y sont plus sensibles et ont davantage besoin de précautions pour traverser sans danger cette délicate période. Les lymphatiques, loin d'en être fatiguées, y trouvent quelquefois les conditions d'une santé robuste qu'elles ne connaissaient pas jusque-là. Les nerveuses ont spécialement à craindre les symptômes du côté de l'encéphale, dont nous avons déjà parlé.

C'est d'après ces notions que le médecin devra établir et varier le traitement, soit préventif, soit curatif, des accidents que la ménopause amène à sa suite. M. Tilt trace avec l'exactitude la plus scrupuleuse le tableau détaillé des médications et des règles hygiéniques qui sont alors applicables. Il ne faut pas s'occuper du moral moins qu'à la puberté. Plusieurs femmes arrivées à cet âge se frappent en songeant que la vieillesse les a marquées d'un sceau ineffaçable. Faites-leur sentir, dit notre auteur, qu'elles sont désormais exemptes des douloureuses épreuves de la maternité et de la pénible sujétion menstruelle. Promettez-leur une vigueur de constitution en général supérieure à celle à laquelle le sexe masculin de même âge peut prétendre. Que de femmes, d'ailleurs, ont su fructueusement, glorieusement même, utiliser ce relâche de la vie militante à diriger leurs enfants, leur famille, à occuper la première place d'une société empressée de subir les douceurs de leur sceptre paisible, à poursuivre des recherches littéraires ou artistiques.

Par ces citations puisées çà et là, on pourra, mieux que par une analyse méthodique, juger du genre d'intérêt que présente cet opuscule. Il s'adresse à une classe spéciale de lecteurs, mais l'homme de l'art le consultera néanmoins avec fruit, car rien de ce qui touche à ces questions délicates ne doit lui être étranger; et il lui importe souvent, pour bien remplir son mandat, d'être aussi bien renseigné, aussi minutieux qu'une mère de famille.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

TRIBUNAL DE POLICE CORRECTIONNELLE (6e ch.).

Présidence de M. Legonidec.

Audience du 3 mai.

HOMICIDE PAR IMPRUDENCE. — EMPLOI DU CHLOROFORME PAR UN MÉDECIN ASSISTÉ D'UN ÉTUDIANT EN MÉDECINE.

Dans notre numéro du 19 février dernier, nous avons annoncé un cas de mort par le chloroforme arrivé rue Laffitte, qui avait jeté dans le public et parmi les médecins une vive émotion. Un sieur Breton, marchand de porcelaine, jeune homme de trente-quatre ans, venait, dit-on, de succomber après quelques aspirations de chloroforme, opération préparatoire à laquelle on l'avait soumis pour lui faire l'extirpation d'une tumeur à la joue.

Ces faits dénoncés à la justice, et après une longue instruction, ont donné lieu à une poursuite exercée contre M. Eugène-Hippolyte Triquet, jeune docteur en médecine, et M. Élie-Narcisse Masson, étudiant en médecine. Tous deux ont été traduits devant le tribunal sous la prévention d'homicide par imprudence. Ils sont assistés de Me Lachaud.

Un certain nombre de confrères ont été appelés comme témoins; ce sont MM. Devergie, Millardet, Guillemot, Nélaton, Trousseau, Velpeau, Robert, Gosselin, Valleix et le pharmacien chez lequel on avait pris le chloroforme, M. Mialhe. Nous extrayons ce qui peut avoir quelque importance dans les déclarations de ces confrères.

Ainsi, M. Devergie déclare n'avoir pu, à cause de la putréfaction du corps, constater si on avait ou non fait usage du chloroforme; on a constaté qu'au moment de la mort, neuf heures du matin, le malade était à jeun; l'estomac était vide; il y avait absence de liquides dangereux, de liqueurs, d'alcool; il ne restait donc que l'hypothèse du chloroforme.

M. Devergie ajoute que le *chloroforme peut tuer comme poison*; s'il est administré dans des proportions convenables, *il ne tue pas, mais il peut encore causer des accidents*. Ainsi, il resserre la glotte, il fait obstacle à la respiration. Employé par M. Demarquay sur lui-même, à des doses très-petites, ce resserrement de la glotte a été constaté. Il est possible que le sieur Breton ait éprouvé cet accident, et, en ce cas, le chirurgien le plus habile ne peut empêcher la mort.

M. Devergie ajoute que la tumeur de la joue du malade était de nature cancéreuse.

Quant aux précautions à prendre contre les accidents, il pense que le vinaigre et les frictions n'aboutiraient à rien; le meilleur moyen, c'est l'insufflation.

M. Millardet, arrivé à neuf heures et demie, a pratiqué sans succès des insufflations de bouche à bouche et des pressions sur la poitrine.

M. le professeur Nélaton, après avoir parlé de M. Triquet, qui a été son interne, dans les termes les plus favorables, et avoir déclaré que, sous sa direction et hors de sa présence, ce jeune confrère a employé très-fréquemment le chloroforme, répond aux questions suivantes que nous croyons utile de reproduire.

M. le président. Est il d'usage d'employer le chloroforme pour les opérations légères?

M. Nélaton. En général, non. Mais il faut que le tribunal sache que les médecins se trouvent souvent dans des positions très-délicates; ils ne conseillent pas le chloroforme, mais il leur est imposé par les malades.

D. C'est aux médecins de lutter contre la volonté des malades.

R. Nous le faisons toujours; mais il est beaucoup de cas où, après les avoir éclairés, nous sommes obligés de céder, dans leur propre intérêt.

D. Mais quand il ne s'agit que d'opérations légères?

R. Une opération légère peut être douloureuse; et, par exemple, toutes les opérations à la face motivent l'emploi du chloroforme, car la mobilité des organes essentiels qui la composent doit engager le médecin à s'assurer qu'il ne sera pas troublé dans son opération.

D. Quelles précautions doit-on prendre contre les accidents?

R. Il n'y a pas de médicaments pour parer aux accidents. Il faut ne pas l'administrer aux poitrinaires, aux personnes qui respirent mal; il faut les tenir dans une certaine position.

D. Est-il dans l'usage qu'il y ait pas de témoins pendant l'opération?

R. Nous n'excluons jamais personne; mais depuis cette affaire, nous nous sommes dit: *Ce n'est pas assez de ne pas exclure, il faut requérir des témoins*, et désormais, nous aurons toujours des parents; avant, nous leur permettions de se retirer, nous ne le leur permettrons plus.

D. Dans le cas du sieur Breton, l'ammoniaque n'eût-il pas été utile?

R. L'ammoniaque ne peut être utile que de deux manières: ou parce qu'il sera respiré, ou parce qu'il produira une irritation locale; or, pour un sujet qui ne respire plus ou qui ne sentira pas l'amputation d'un membre, que pourrait faire l'ammoniaque produisant une légère cautérisation? Je pense que les accidents qui surviennent pendant la chloroformisation sont des syncopes; une fois j'ai réussi à combattre la syncope en mettant le malade la tete en bas.

Les dépositions de MM. Trousseau et Velpeau ont également une grande importance.

M. Trousseau pense, pour l'administration du chloroforme que le malade doit être couché et qu'on doit le lui faire respirer dans un mouchoir ou dans un cornet, afin qu'il puisse respirer de l'air en même temps; il ne faut pas quitter le pouls; s'il faiblit, on s'arrête; mais il y a des malades qui, à la troisième ou quatrième aspiration, tombent dans une profonde stupeur.

D. Et que fait-on pour les en tirer?

R. Ce qu'on fait pour les asphyxiés; je dois ajouter que, chez certaines personnes, il y a des prédispositions qui compliquent tellement le danger qu'il devient presque impossible de le combattre.

M. Velpeau déclare qu'il est difficile de résoudre la question d'une manière absolue. *Il y a des cas où la mort peut arriver, même quand on a agi avec la plus grande prudence et d'après toutes les règles de la science.* Il fait connaître que, depuis 1847, soit dans les hôpitaux, soit en ville, il est peu de malades devant subir une opération chirurgicale qui ne soient chloroformisés, et néanmoins les accidents sont très-rares. Pour sa part, il n'en a pas eu à constater.

M. Mialhe déclare que le chloroforme pris chez lui était bien préparé; il avait été rectifié plusieurs fois. Je ne dis pas, ajoute-t-il, que, non rectifié, il puisse donner la mort, mais *il peut occasionner des accidents, par exemple, des vomissements.*

Après une longue délibération en la chambre du conseil, le tribunal a prononcé en ces termes:

« Attendu qu'il est établi par l'instruction et les débats que Triquet et Masson ont, le 15 février dernier, soumis à l'action du chloroforme le sieur Breton, se trouvant, de leur aveu, dans un état d'agitation causé, suivant les déclarations de Masson, soit par l'appréhension que lui causait l'approche de l'opération, soit par l'attente à laquelle l'avaient soumis les opérateurs;

» Qu'il résulte des mêmes documents que la chambre dans laquelle ladite opération allait avoir lieu était petite, basse, trop chauffée, encombrée de meubles;

» Attendu qu'il est établi que, pour soumettre un malade à l'action du chloroforme, il importe de ne pas se trouver dans les conditions énoncées par Masson;

» Qu'il convient de n'approcher le chloroforme des voies respiratoires qu'après s'être assuré que lesdites voies sont libres, dépourvues d'agitation, de contraction ou de gêne, et seulement dans des localités disposées pour que la circulation de l'air soit libre et facile;

» Que cependant Triquet et Masson ont négligé d'observer ces règles essentielles et élémentaires de l'emploi du chloroforme;

» Attendu que si le chloroforme est un agent dangereux et actif, pouvant occasionner directement la mort, il ne doit être employé qu'avec la plus grande circonspection: d'où il suit qu'on ne doit y avoir recours que dans les opérations les plus graves, celles où la force de la douleur est de nature à vaincre la force physique du malade, et dans celles où l'immobilité du malade est une condition essentielle au succès de l'opération;

» Qu'il est établi par les déclarations de Triquet que l'opération à laquelle il entendait soumettre Breton était une opération très-légère;

» Que dès lors c'est à tort que les prévenus ont exposé ledit Breton à un cas de mort pour une extirpation qui ne présentait ni danger ni douleur très-vive; que l'emploi du chloroforme, dans les circonstances précitées, est un acte de grave imprudence, et que c'est à cet acte qu'il faut attribuer la mort de Breton; que les démarches faites par Triquet et Masson auprès du docteur Guillemot, les mensonges auxquels ils ont eu recours, pour dissimuler l'emploi du chloroforme, soit pour hâter l'inhumation du corps de Breton, sont autant d'aveux implicites des reproches qu'ils s'adressaient intérieurement et des craintes que leur acte leur inspirait;

» Que ces faits constituent le délit prévu par l'art. 319 du code pénal;

» Faisant en même temps application aux prévenus de l'art. 463, en raison des circonstances très-atténuantes puisées dans leurs bons antécédents;

» Les condamne chacun en 50 fr. d'amende. »

— Banquet offert a M. le docteur Diday. — Le 19 avril a eu lieu, à Lyon, le banquet annuel offert à M. Diday, à l'époque de la clôture de son cours de syphilis *topographique*. Le dîner, de 60 couverts, animé par une expansive et douce gaieté, laissera des souvenirs durables dans le cœur du maître et des élèves, heureux de multiplier les occasions de se mieux connaître.

Voici le toast porté par M. Jacquemet, interne des hôpitaux:

« A M. Diday, à notre aimable et savant professeur!

» Monsieur, nos sympathies les plus affectueuses vous sont acquises à plus d'un titre. La chaire de syphiliographie que vous avez, à votre gloire et à notre grand profit, inaugurée dans cette enceinte, n'a pas eu à attendre son éclat des sanctions académiques. Vous avez su trouver en vous-même tous les éléments qui assurent le succès de l'enseignement libre. Au reste, qu'aurait pu ajouter au charme et à l'utilité de vos bénévoles leçons la toque et l'hermine universitaires? Aussi jamais le sommeil n'est-il venu s'asseoir à ce cours, le plus suivi de tous ceux de la province. De votre part, dévouement illimité, de la nôtre, désir d'apprendre sans ennui, voilà les mobiles qui nous ont trop rarement réunis autour de ces tables (1), où vous nous distribuiez l'aliment scientifique. Dans ces conférences, aussi savantes que paternelles, que de germes précieux vous avez jetés dans nos esprits avides. C'est à nous de faire fleurir et fructifier votre œuvre. Vous ne nous avez rien laissé à envier aux disciples de Ricord. De notre côté, notre plus douce ambition ne doit-elle pas être de vous voir aussi, à juste titre, heureux et fier de votre naissante école? Merci donc à vous, monsieur, de votre attrayante et instructive parole.

» Ce n'est pas tout; il ne vous a point suffi de nous faire cheminer dans les épineux sentiers de la science en les semant de fleurs; vous vous êtes toujours empressé de joindre l'ordonnance au précepte, l'action au conseil. . . . .

. . . .

En un mot, monsieur, vous êtes devenu la providence de l'étudiant lyonnais!

» Buvons donc, mes amis, buvons ensemble à M. Diday!

» Buvons au triomphe de ses doctrines!

» Buvons à la durée de notre commune gratitude! »

A ce toast, plusieurs fois coupé et suivi par d'unanimes applaudissements, M. Diday a répondu:

« Messieurs, le cœur oppressé d'émotion, je désespère vraiment de trouver des paroles capables de vous exprimer, comme je l'éprouve, la reconnaissance dont je suis pénétré. En vain vous obstinez-vous, avec une ténacité touchante, à vouloir m'accoutumer à ce sympathique témoignage. Votre empressement augmentant chaque année ne sert qu'à me faire de mieux en mieux comprendre combien serait fausse dans l'ordre moral l'application de cet axiome physiologique, que *l'habitude émousse le sentiment.* — Je me ferai remettre les noms de ceux qui ont bien voulu participer à cette fête de famille; cette liste, je la conserverai avec orgueil, avec un légitime orgueil; elle tiendra la première place dans ces souvenirs qu'une vie bien occupée lègue comme consolation à l'âge où l'on ne vit plus que par la mémoire.

» Une pensée me préoccupe cependant, et je m'y complais parce que, sans diminuer ma gratitude, elle me met plus à l'aise pour vous l'exprimer; c'est que cet hommage vous ne me l'adressez pas à moi seul; c'est que ce que vous voulez honorer ici, ce n'est pas un homme, mais une institution, *l'enseignement libre!* Enseignement si brillant à Paris, et dont je suis fier d'être l'un des organes à Lyon; enseignement qui, par l'étendue de son cadre et le facile renouvellement de son personnel, répond à tous les besoins de la science, satisfait à toutes les exigences de l'opinion, — enseignement où le professeur peut choisir son sujet, et les élèves leur maître, — enseignement qui me séduit et m'attache, parce que, là, chaque nouvel auditeur est presque un ami de plus, — enseignement auquel j'ai voué toutes mes forces, parce que, comme vous le prouvez si bien aujourd'hui, la rétribution en est là (dans le cœur....) et non pas un peu plus bas!

» Mais que vais-je vous parler d'enseignement libre? Libre..... il l'est pour vous sans doute, messieurs. Mais pour moi, je sens trop que mon libre arbitre est sérieusement compromis par vos affectueux témoignages; et, me retrouver périodiquement au milieu de vous devient maintenant un besoin plus encore qu'un devoir. Laissez-moi penser, messieurs, que vous ressentez aussi au dedans de vous-mêmes quelque chose de cette contrainte morale, et que, malgré les libations qui la pourraient excuser, je ne me fais pas une illusion trop complète, en espérant vous réunir bientôt en aussi grand nombre autour de cette table, en vous disant enfin, avec la plus confiante gratitude:

» A l'année prochaine! au revoir! »

(1) Le cours a lieu dans la salle d'un restaurant.

— Par un décret impérial, en date du 30 avril, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, ont été nommés, dans la Faculté de médecine de Paris :

A la chaire de thérapeutique et de matière médicale, M. Grisolle, agrégé en exercice;

A la chaire d'histoire naturelle médicale, M. Moquin-Tendon, professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Toulouse.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 20 avril, ont été nommés professeurs de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, savoir :

Chimie et pharmacie : M. Paty, professeur titulaire.
Histoire naturelle et matière médicale : M. Maldan, professeur titulaire.
Anatomie et physiologie : M. Gaillet, professeur titulaire.
Clinique interne : M. Landouzy, professeur titulaire.
Clinique externe : M. Philippe, professeur titulaire.
Pathologie interne : M. Blanchard, professeur adjoint.
Pathologie externe : M. Décès, professeur titulaire.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants : M. Panif, professeur titulaire.

— Le bruit court dans le monde médical que M. Rigaut, professeur à Strasbourg, sera nommé professeur à la chaire d'anatomie vacante à la Faculté de Montpellier. M. Benoît, que la Faculté a présenté pour cette chaire, pourrait, s'il était de nouveau présenté par la Faculté, être nommé à la chaire de pathologie, vacante par le décès de M. Rech, et enfin M. Lacauchie, présenté en seconde ligne, serait nommé à Strasbourg en remplacement de M. Rigaut.

— MM. Pagnon et Gcay, de l'hôpital militaire de Belfort, Domergue, de l'hôpital de Colmar, médecins aides-majors de 2e classe, ont été promus à la 1re classe de leur grade.

MM. les chirurgiens sous-aides Schweing, de l'hôpital de Colmar, Thévenon, Friant et Gey, de l'hôpital de Strasbourg, ont été nommés médecins aides-majors de 2e classe.

— Par décision du 16 avril, M. le ministre de l'intérieur a nommé M. le docteur Sibille, inspecteur des eaux thermales de Néris, aux fonctions d'inspecteur des eaux de Plombières, en remplacement de M. le docteur Garnier, nommé inspecteur ordinaire.

— Nécrologie. — Le 12 avril dernier, est mort à Sienne, à l'âge de 50 ans, M. Giovanni Consani, docteur en médecine et en chirurgie. Il avait consacré une grande partie de sa vie dans le rude emploi de chirurgien-infirmier de l'hôpital de Sienne et du Grossetto.

— S. M. la reine d'Angleterre a conféré le titre de baron à M. le docteur Holland, son médecin extraordinaire.

— La Société de médecine de Marseille vient d'instituer un prix de 300 fr. pour le meilleur mémoire traitant la question suivante :

1° De l'avortement prématuré artificiel ;

2° Dans quelles circonstances et à quel moment de la grossesse doit-il être provoqué?

3° Quel est le meilleur mode pour le déterminer?

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être remis, conformément aux usages académiques, avant le 1er septembre (terme de rigueur), à M. le docteur Hell, secrétaire général de la Société, rue de Chartreux, n° 15, à Marseille.

— Académie médico-chirurgicale de Ferrare. Un prix de 100 écus romains sera décerné en 1853, au meilleur mémoire sur le sujet suivant : « Des maladies lentes du foie, et en particulier de celles qui se développent fréquemment dans les contrées marécageuses où règnent les fièvres périodiques. »

Les mémoires devront être envoyés franco, au secrétaire de la Société, avant le 31 mars 1854, et être rédigés en italien, latin ou français.

— Un prix de 100 écus romains sera accordé, en 1855, par le conseil de censure de la Société médico-chirurgicale de Bologne. Sujet : « *Indiquer dans quelles maladies l'électricité est applicable*; exposer les diverses manières de l'employer; rechercher par des expériences nouvelles, si l'on peut, au moyen de l'électricité, transporter dans le corps vivant des substances pondérables et médicinales. » Les mémoires devront être écrits en italien, latin ou français, et être envoyés franco au secrétaire de la Société, avant le 31 mai 1855.

— Un prix extraordinaire de 500 fr., offert en 1841, par le professeur Cher. Martini (de Turin), sera délivré en 1855, au meilleur mémoire sur la « *Monographie du tétanos traumatique*. Le concours aura lieu à la Société médico-chirurgicale de Bologne. Les mémoires devront être envoyés franco au secrétariat de ladite société, avant le 31 mai 1854.

— Il existe depuis quatre mois environ, dans la commune de Bourseville (Somme), des maladies très-graves qui causent de grands ravages. On a compté jusqu'à 3 et 4 décès dans la même maison. Les victimes sont en général des jeunes gens de 18 à 20 ans.

— On écrit de Saint-Pierre (Martinique), le 20 mars :

« La fièvre jaune poursuit ses meurtrières pérégrinations au travers des petites Antilles; après avoir quitté les colonies françaises et visité successivement Sainte-Lucie, Saint-Thomas, la Trinidad, elle vient de s'abattre à Saint-Vincent, et son invasion est signalée par des ravages effrayants. Dans l'hôpital militaire, sur 31 malades reçus, 13 avaient déjà succombé. »

— On lit dans le Courrier des Vosges :

« Une maladie épidémique, qui présente les caractères de la fièvre typhoïde, vient de se manifester dans la commune de Bulgnéville, où elle a déjà atteint un grand nombre de personnes; l'administration a pris des mesures pour combattre et arrêter les progrès de cette épidémie. M. le docteur de la Montagne, médecin à Neufchâteau, a été envoyé sur les lieux. »

— L'état sanitaire de la colonie pénitentiaire de Cayenne est satisfaisant. L'épidémie typhoïque qui a régné dans le pays avec une faible intensité a entièrement disparu.

— Le 14 avril, au matin, il y avait 239 malades en traitement, à Saint-Pétersbourg. On a compté, pendant cette journée, 35 nouveaux cas, 13 guérisons, 20 décès; restant, 241 malades.

— Le choléra a éclaté à Moscou.

— La fièvre jaune fait de grands ravages dans la marine anglaise à la Jamaïque.

— On assure qu'il est grandement question d'ouvrir dans le faubourg Saint-Antoine une succursale de l'hôpital des Enfants malades. Deux pavillons seraient, dit-on, construits très-prochainement à côté de l'hôpital Saint-Antoine, tous deux de 100 lits, et destinés, l'un aux maladies aiguës, l'autre aux maladies chroniques de l'enfance.

— Voici la statistique de la profession médicale en Prusse :

Médecins de district.	287
Praticiens généraux.	3,266
Chirurgiens de première classe. .	962
Chirurgiens de deuxième classe.	973
	5,488

La population de la Prusse, d'après le dernier recensement, a atteint 16,218,912. Il y a en outre 828 vétérinaires et 1,411 pharmaciens.

— Il y a dans les Iles-Britanniques 13,000 membres environ de la profession médicale :

A Londres.	2,478
Dans les provinces	7,670
Écosse et Irlande.	2,852
	13,000

Les praticiens de Londres sont divisés en cinq catégories :

1° Sans diplôme exerçant avant 1815.	52
2° Ayant reçu leurs diplômes de la Société des apothicaires et du collége des chirurgiens de Londres	1,698
3° Licenciés du collége des médecins.	53
4° Bacheliers en médecine, l. m.	56
5° Docteurs en médecine.	619
	2,478

Les simples gradués sont donc au nombre de 674.

Les bacheliers ont reçu leurs diplômes aux universités d'Oxford, Cambridge, Dublin et Londres.

Parmi les docteurs en médecine, 510 ont eu leurs grades en Angleterre, et 109 à l'étranger.

— Un congrès médical, composé de délégués nommés par les praticiens de chaque province de la Belgique, s'est réuni le 28 mars, à la salle académique de l'Université de Bruxelles. La réunion était très-nombreuse : 350 médecins environ y assistaient.

L'assemblée a discuté et adopté le projet d'une vaste association de tout le corps médical belge. Elle s'est aussi occupée de l'organisation de conseils de discipline et du service médical des pauvres. Relativement à ces deux objets, il a été décidé qu'il serait adressé au gouvernement une pétition pour demander que la nouvelle loi sur l'exercice de l'art de guérir fût soumise à la chambre des représentants pendant cette session, et que cette loi instituât des conseils de discipline par élection, et établît un service médical des pauvres convenablement rétribué.

L'assemblée, avant de se séparer, a nommé une commission permanente qui doit mettre à exécution les résolutions prises, et qui, en relation continuelle avec les comités provinciaux, veillera aux intérêts du corps médical et pourra convoquer un nouveau congrès lorsqu'elle le jugera opportun.

Cette commission se compose de :

M. Fallot, vice-président de l'Académie;

M. le baron Seutin, professeur à l'Université de Bruxelles;

M. Danmerie, membre de l'Académie, président de la Société de médecine;

M. Joly, médecin légiste et chirurgien des hospices de Bruxelles;

M. A. Leclercq, membre de la commission de législation nommée par le gouvernement pour élaborer un projet de loi médical.

Le temps n'a pas permis d'aborder le quatrième objet à l'ordre du jour, relatif à l'établissement des caisses de prévoyance.

Cette question sera traitée ultérieurement par la commission permanente.

— M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, a ouvert son cours de physiologie comparée au muséum d'histoire naturelle, mardi dernier 3 mai, à onze heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LA SURDI-MUTITÉ. — LES TABLES TOURNANTES.

L'Académie doit se féliciter d'avoir accueilli avec faveur et même encouragé la discussion sur la surdi-mutité. Chaque séance voit se multiplier et s'agrandir les différents points de vue sous lesquels elle peut être envisagée. Ainsi que l'a dit un de ses membres les plus éminents : « la question a pris les proportions d'un grand problème d'enseignement à résoudre. » Ces paroles de l'honorable M. Bégin expriment bien l'idée la plus élevée qu'on puisse attacher à l'étude des méthodes qui doivent présider à l'éducation physique et morale des sourds-muets. Mais, par une contradiction bien difficile à expliquer de la part d'un esprit aussi ferme et aussi distingué, après avoir aussi bien caractérisé la portée du débat ouvert devant l'Académie, l'honorable M. Bégin l'a réduite comme malgré lui à une question de thérapeutique chirurgicale : « la guérison de la surdi-mutité et les moyens à employer pour l'obtenir. » Pourquoi cette mutilation? Et d'abord, puisqu'on a voulu prendre pour texte de la discussion, et pour cercle dans lequel elle doit se renfermer, les questions posées par l'autorité, il faut bien reconnaître qu'elle a voulu étendre l'intervention de l'Académie au delà des limites fixées par M. Bégin. Convient-il de recourir à la méthode orale, à la lecture sur les lèvres, écrit M. le ministre? La substitution de cette méthode, dans les cas déterminés, offre-t-elle des avantages? — Ces questions dépassent bien clairement la limite médico-chirurgicale assignée au débat par l'honorable M. Bégin. Mais le programme du ministre, quelque intelligent qu'il soit, était-il vraiment nécessaire pour fixer le caractère et la limite de l'intervention et des attributions de l'Académie? Nous ne le pensons pas. « *Medicus sum, nihil a me medici alienum puto.* » On nous pardonnera de transformer ainsi le vers mémorable de Térence. Et, en effet, la médecine est de droit partout où il y a pour texte l'homme physique et moral, et les moyens d'agir physiologiquement ou pathologiquement sur lui. Il n'est pas question ici d'étendre le domaine d'une question à toutes les sciences physiques et philosophiques, mais de mettre à contribution toutes les lumières fournies par ces diverses sciences à l'élucidation d'une question de physiologie théorique et pratique; c'est-à-dire le fonctionnement physique et moral du sourd-muet. Mais est-il vraiment nécessaire d'insister pour désabuser notre honorable et savant collègue? N'est-ce pas faire injure à sa sagacité si éprouvée que de lui montrer la liaison toute physiologique qu'il y a entre la lecture sur les lèvres, par exemple, et l'étude des mouvements de la langue et du gosier dans la déglutition; entre les efforts de phonation du sourd-muet et les efforts de vision de l'amaurotique et du cataracté? Mais qu'est-il besoin de ces comparaisons? Le sourd-muet, en raison de la mutilation de deux de ses sens, est obligé de se créer une physiologie à lui, une audition à lui, une phonation à lui, une psychologie à lui, exactement comme l'aveugle, comme le boiteux, comme le bossu; tous ces êtres anormaux, par suite des modifications profondes de leur organisme, sont soumis à une fonctionnalité particulière; c'est-à-dire, n'est-ce pas, que chez eux comme chez les animaux d'un ordre inférieur, la physiologie générale subit des modifications corrélatives aux faits qu'elle comprend : de physiologie normale elle devient physiologie pathologique, voilà tout. Mais quoique différents dans leurs conditions, ces problèmes de la physiologie pathologique — science nouvelle et incomprise jusqu'ici — cessent-ils d'avoir le même objet, l'étude et la connaissance du mécanisme humain sous toutes ses formes et dans toutes ses manifestations? Vouloir donc dérober à la compétence de la médecine l'étude psychologique et phonétique du mouvement de la bouche et des lèvres dans leurs rapports avec l'éducation des sourds-muets, c'est porter arbitrairement la hache sur l'arbre de notre belle science, c'est la mutiler et l'amoindrir. Il n'y a que trop de gens disposés à nous reléguer dans le domaine de l'empirisme et de la pharmacologie : ne leur prêtons pas des armes à notre insu; gardons précieusement pour nous ce qui nous appartient, c'est-à-dire le domaine de la science de l'homme sous tous ses aspects et dans toutes ses conditions de santé et de maladie. Nous le répétons donc avec la plus ferme conviction, l'étude de toutes les méthodes, de tous les moyens propres, chez le sourd-muet, à suppléer aux sens absents, ou à développer les sens rudimentaires, est du domaine de la médecine. Ce qui est du domaine de la pédagogie, c'est exclusivement la régularisation et la mise en pratique des données fournies par l'étude physiologique, psychologique et pathologique du sourd-muet. Nous voulons bien admettre qu'ici encore l'empirisme a précédé la science : on s'est occupé des sourds-muets, de leur éducation, avant que la médecine s'en préoccupât; c'est-à-dire que les faits existaient et que les médecins n'y prenaient pas garde. Mais, en cela comme en toute chose, l'empirisme, c'est de la science à l'état latent.

Nous ne pousserons pas plus loin nos remarques sur la discussion; la part que nous y avons prise nous dispense de reproduire ici les faits et les idées, qu'on retrouvera d'une manière suffisamment développée au compte rendu de la séance.

— Beaucoup de personnes sont surprises du silence gardé jusqu'ici par la Gazette Médicale à l'endroit des tables mouvantes ou tournantes. Ce silence n'est pas sans motifs. D'abord on voudra bien remarquer qu'il y a huit jours le fait était assez nouveau pour qu'il fût permis d'observer quelque circonspection à son égard; puis il y avait tant de gens qui s'en occupaient, tant de journaux qui en parlaient, que la Gazette Médicale aurait nécessairement été en arrière. Elle a donc patiemment laissé l'honneur de l'initiative à d'autres. La chose, quelque importante qu'elle puisse être, et nous n'y mettons aucune restriction, était racontée partout avec des incidents si merveilleux, des applications si imprévues, que nous aurions été nécessairement incomplets, si nous nous étions tenus dans la limite de nos propres informations. Nous avons donc cru devoir attendre que la clarté se fît dans ces ténèbres du merveilleux pour dire sérieusement ce qu'il y a de sérieux au fond du fait des tables mouvantes.

Au début de toutes les révélations de ce genre, on est toujours obligé de se demander avec Montaigne : « Le faict est-il? » En pareille matière, la précaution n'est pas superflue. On se rappelle qu'il y a quelques années, une jeune paysanne d'abord, puis deux jeunes Grecques, étaient apparues avec la faculté de faire sauter les tables par la seule apposition des mains. La nouvelle avait été si loin que l'Académie des sciences elle-même s'en était émue. Or on n'a pas oublié que la puissance si extraordinaire de la jeune paysanne s'était réduite à faire très-prestidigitiement avec le genou ce que beaucoup de gens attribuaient à l'influence d'un fluide occulte. Lorsqu'on nous a annoncé les premières expériences des tables tournantes, nos souvenirs se sont réveillés, et cette fois comme alors, nous avons attendu. Cette circonspection nous laissera-t-elle en retard de la

---

Feuilleton.

SOUVENIRS DE LA COLONIE PÉNITENTIAIRE DU PONT DU CHÉLIF (PROVINCE D'ORAN).

C'était par une belle et chaude journée de septembre, je m'acheminais lentement vers le lieu de ma destination. J'avais reçu l'ordre de me rendre au pont du Chélif, pour y remplir les fonctions de médecin de la colonie pénitentiaire, ou encore, des transportés politiques.

Pascal a dit, en parlant de l'homme : « S'il se vante, je l'abaisse. » Mais il a ajouté : « S'il s'abaisse, je le vante. » Observation frappante, vérité profonde qui nous permet d'avouer nos faiblesses.

Je ne pouvais m'empêcher de ressentir des regrets en voyant fuir, derrière moi, cette ville de Mostaganem, que j'habitais depuis six ans. Malgré moi je songeais à ceux que j'avais soignés, aux amis que je quittais; ma mémoire, trop fidèle compagne, me retraçait les trois épidémies cholériques que j'avais traversées, comme chef de service, et à mon tour je murmurais tout bas grandeur et servitude militaires.

Je ne veux nullement revendiquer pour nous seuls, médecins de l'armée d'Afrique, le privilége exclusif des désillusions, des mécomptes, des peines sans compensation, je commettrais une injustice et j'aurais tort; mais la vie algérienne, encore incomplétement organisée, recèle des tristesses fatales, inconnues à nos confrères de France.

Les milieux où nous vivons surexcitent la somme de courage moral accordée à chacun de nous, usent rapidement les ressorts de l'organisme, impriment à l'intelligence une activité fébrile et capricieuse, exaltent les appétits physiques, et flétrissent avant l'heure les sentiments les plus généreux. On vieillit vite, parce qu'un climat impitoyable vous force à plier sous son joug; on vieillit vite, surtout, parce que le cœur reste inoccupé.

Les traditions, la famille, n'existent pas en Afrique; rien ne vous reporte aux souvenirs si doux et si consolants de vos jeunes, de vos fraîches années; tout, au contraire, irrite votre impatience, froisse la délicatesse de vos susceptibilités, enflamme les exigences de votre chair et blesse votre jugement, en le faussant; aussi, lorsqu'après un long séjour on s'examine, on s'analyse froidement, se trouve-t-on moins bon.

L'homme est actif, il faut à son âme, à son intelligence et à ses sens des satisfactions convenables, modérées, pour que l'harmonie préside à la régularité de son existence, pour qu'il puisse, sans secousse, obéir à ses devoirs et aux rigueurs de sa position, pour qu'enfin des passions exagérées et égoïstes, des désirs blâmables et illégitimes ne viennent troubler ni son repos, ni sa raison.

Mais l'Algérie ne fait que naître à la colonisation, et n'offre encore qu'une ébauche de la vie réelle. Elle ouvre à l'ambition de trompeuses perspectives; elle tente toujours, elle satisfait rarement. Bientôt alors, lassé de luttes inutiles,

vérité? Nous en doutons. Au train dont vont les expériences et les explications surtout, dans huit jours nous serons en plein merveilleux ou complétement dans l'absurde. Ajoutons que les gens du monde et les savants feront chacun la moitié de la besogne : l'expérience dira de quel côté viendra le merveilleux, de quel côté viendra l'absurde. Sans qu'il soit besoin de se prononcer à cet égard, résumons les faits.

Inutile de décrire avec détail l'expérience qui consiste à faire tourner les tables, les chapeaux et les saladiers. On a lu partout la manière de la produire. Nous avons vu le fait, et nous le confessons, nous n'avons pu le reproduire. Il est vrai que nous n'avons guère multiplié les tentatives. Toujours est-il qu'il se produit; beaucoup de personnes dignes de confiance attestent l'avoir reproduit un grand nombre de fois ; le fait est donc, mais jusqu'où va-t-il? Nouvelle difficulté. S'il fallait croire tout ce que rapporte la chronique expérimentale, il n'y aurait plus de limites. Pendant que nos confrères de Paris se complaisent dans le domaine de la table tournante, du chapeau tournant, du saladier tournant, les journaux du Rhône — lequel, comme on sait, n'est pas loin de la Garonne — parlent de tables dansantes, valsantes, polkantes, que dis je? de tables obéissantes, disant l'âge des gens, devinant ce qu'ils ont dans leur poche : le tout attesté, signé, contresigné en règle. Voici encore un très-estimable Alsacien qui, sous le titre de PREMIER ESSAI DE LOCOMOTION SUR UNE TABLE MOUVANTE, raconte des faits qui, sans avoir le merveilleux des tables obéissantes ou parlantes, donnent un caractère de réalité et de gravité à une partie de ce qui se dit de toute part. L'auteur de cette communication, que nous distinguons entre beaucoup d'autres, raconte qu'ayant fait adapter des chaises à une table, de manière à ce qu'elles fissent corps avec elle, il est parvenu à faire tourner avec la table deux personnes assises dont les pieds ne touchaient point la terre. Deux autres personnes, il est vrai, se tenant debout, concouraient à former la chaîne. Le même narrateur ajoute qu'ayant voulu s'opposer avec trois ou quatre autres personnes au mouvement de rotation imprimé, il a vu se briser sous leurs efforts combinés les pieds de deux tables l'une après l'autre; d'où l'auteur conclut qu'il s'agit d'une force considérable à utiliser, et il se propose même d'en faire l'application sur un plancher garni de rainures en fer, à l'instar des chemins de fer.

« Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable. »

Le plus sage, suivant nous, est donc de voir et d'attendre. Tout le monde n'est pas de cet avis. Bon nombre de nos confrères se distinguent surtout par leur empressement à nier ou à expliquer. Pour celui-ci, c'est une force magnético-nerveuse; pour celui-là, c'est le résultat d'une contraction fibrillaire; pour un autre encore, c'est le produit d'un mouvement de simultanéité instinctive qui nous fait faire à notre insu ce que nous désirons voir arriver. Et bien d'autres encore. Pour nous, nous le confessons, nous trouvons toutes ces explications aussi merveilleuses que les faits eux-mêmes. Si nous étions forcé d'accepter les uns à la condition des autres, nous aimerions mieux n'accepter ni les uns ni les autres. Le plus sage nous semble donc pour le moment de suivre le précepte de Bacon : d'attendre pour expliquer les faits que *tous* les faits se soient produits. Le mot *tous* ici veut dire : tous les faits qu'il importe de connaître pour caractériser la nature et la portée de la cause.

J. GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES-UNES DES MALADIES GASTRO-INTESTINALES DE LA PREMIÈRE ENFANCE; par M. le docteur RILLIET, médecin en chef de l'hôpital de Genève.

(Suite. — Voir les numéros 5, 6, 8 et 17)

Dans l'édition que nous publierons bientôt, M. Barthez et moi, du TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANTS, nous discuterons la nature de l'affection que je viens de décrire. Je me borne aujourd'hui à donner deux observations qui me paraissent importantes au point de vue de la physiologie pathologique de l'entérite cholériforme.

GARÇON DE 14 MOIS; ÉPIDÉMIE D'AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES GRAVES SUR LES ENFANTS; DÉBUT D'ENTÉRITE FÉBRILE; TOUT A COUP REFROIDISSEMENT GÉNÉRAL; PETITESSE DU POULS; AMAIGRISSEMENT CONSIDÉRABLE; MORT; A L'AUTOPSIE, RAMOLLISSEMENT GÉLATINIFORME DE L'ESTOMAC.

OBS. X. — Cet enfant est un garçon de 14 mois. Sa constitution est bonne; la dentition est assez avancée; il a ses huit incisives et ses quatre molaires; les canines manquent.

Avant le début, il était bien portant; la maladie ne peut être attribuée à aucune cause occasionnelle appréciable. La cause prédisposante est évidente, c'est la saison (1) jointe à une hygiène peu judicieuse et à une hérédité lymphatique par la mère.

Chez le jeune G., à ce que me racontent les parents, le début est franc et marqué par une fièvre vive et de la diarrhée. Je le vois le second jour (le 27 septembre 1849) : la peau est ardente, le pouls à 140, la respiration est accélérée, mais parfaitement pure; il ne tousse pas, la langue est blanche, le ventre est un peu gros et tendu, sans taches ni sudamina; la soif est vive, il y a de la diarrhée; aucun symptôme cérébral. Je prescris un vomitif avec le sirop d'ipécacuanha; l'enfant en prend quatre cuillerées de dix en dix minutes sans vomir, mais il a des *évacuations très-abondantes*.

C'est le 26 que la maladie a débuté; jusqu'au 31 les symptômes susindiqués persistent, en particulier la fièvre intense et la diarrhée. L'enfant devient très-irritable; cette irritation alterne avec de l'assoupissement. L'état fébrile est toujours le symptôme le plus caractéristique.

TRAITEMENT. Chaque jour l'enfant prend une potion avec 1 gramme de teinture d'aconit; on applique des cataplasmes sur le ventre. Le 30 on donne 5 centigrammes de calomel en deux doses; sous l'influence de ce remède la diarrhée diminue d'abondance.

Le 31, sixième jour, la scène change, la fièvre tombe, la chaleur est remplacée par du froid, l'amaigrissement est considérable.

Le 1er septembre, septième jour, le froid se prononce de plus en plus, le nez et les mains sont glacés; le pouls, qui était assez naturel, faiblit; l'excavation des yeux a fait d'énormes progrès. *L'enfant se fond bien qu'il n'aie pas eu de vomissements.* Quant à la diarrhée, elle persiste (six selles par jour, mais pas très-copieuses). Il n'y a pas un rapport exact entre l'état général et l'état local abdominal qui ne s'est pas, comme celui-ci, brusquement et gravement modifié; mais il ne faut pas oublier que la diarrhée durait depuis plusieurs jours et qu'après l'ipécacuanha elle a été momentanément très-copieuse.

Le même jour, à quatre heures de l'après-midi, aggravation : le froid devient

(1) Je vois depuis une quinzaine de jours un assez grand nombre de jeunes enfants atteints d'affections suraiguës du tube digestif; pour la plupart la maladie a été grave et pour plusieurs, mortelle.

---

de combats sans succès, on tombe dans l'apathie, pour se réveiller parfois plein d'une colère sans motif, qui énerve, et, peu à peu, par instinct et aussi par nécessité, on n'aspire plus qu'au calme de l'indifférence.

Il semble vraiment que Lamartine a voulu parler de l'Afrique, lorsqu'il dit :

« Oublions, oublions, c'est le secret de vivre. »

On a beaucoup écrit sur l'Algérie, on l'a étudiée sous toutes ses faces; il manque cependant, suivant moi, une peinture exacte des mœurs originales qui la caractérisent, une description détaillée et piquante des changements, des transformations que le physique et surtout le moral de l'émigrant européen subissent sous l'influence des conditions particulières où ils sont placés.

Je n'aime pas et je n'ai jamais aimé à m'exprimer à la première personne : c'est, à mon avis, une prétention difficile à justifier, à moins d'avoir une grande valeur par soi-même, puis c'est vouloir afficher son individualité, ce qui est ridicule.

Le lecteur voudra bien m'excuser si, pour cette fois, j'ai désobéi à des principes fermement arrêtés. J'ai cru devoir le faire pour rendre ces souvenirs plus intéressants, qu'on me passe cette expression un peu ambitieuse. Ainsi présentés, ils garderont mieux ce cachet spécial que donnent toujours à un travail de ce genre des impressions entièrement personnelles.

Cette déclaration faite, je continue mon récit.

Pour échapper à toute réflexion, je pressai mon cheval, et j'eus bientôt traversé le village dit des Libérés, village bien situé, d'où l'on aperçoit, éparpillées çà et là, quelques maisonnettes aux murs blanchâtres, à l'architecture coquette et qui rappellent les jolies villas de la vallée des Jardins. Je laissai, sur la droite, Roumy, colonie agricole dont la prospérité me paraît douteuse, quoiqu'elle soit reliée à Mostaganem et au village des Libérés, par une route assez belle; je saluai Aïn-Boudinar, de création récente, et j'atteignis enfin les hauts sommets de la vallée du Chélif.

Pour abréger la longueur du chemin, et aussi parce que le temps le permettait, nous avions décidé que nous passerions le fleuve, à un endroit guéable.

Quoique habitant l'Afrique depuis longtemps, quoique ayant visité la Corse, l'île de Minorque, traversé les Cévennes et les montagnes de la Lozère, j'avoue avoir été vivement frappé à la vue de la vallée du Chélif.

Figurez-vous une gorge profonde où roule un torrent, aux eaux grisâtres et sales, au fond vaseux : on dirait une lessive faite avec de la mauvaise potasse.

Cette gorge est dominée de toutes parts par des montagnes élevées, pleines de crevasses, de ravins, de périls et de précipices. Le soleil, en brisant ses rayons sur leurs crêtes dépouillées et arides, leur donne un reflet rougeâtre, comme la lueur d'un incendie. Elles semblent, par leur aspect sévère et décrépit, attester la puissante énergie de la création et l'incurable immobilité de la race arabe. L'œil ne découvre, aussi loin qu'il peut s'étendre, que des rochers déchirés, des terres tourmentées par les orages, par les vents, par l'action lente des siècles : mais nulle trace de végétation ne se présente. Quelques marabouts seulement se dessinent sur le fond du paysage, et accusent ainsi, par leur pieuse et modeste signification, que partout où nous pénétrons nous rencontrons toujours une poussière qui a vécu.

général, pâleur de cire, œil terne, oscillant sous la paupière; petitesse extrême du pouls, respiration fréquente, ventre flasque, déprimé, indolent. Pas de mouvements convulsifs.

A dix heures du soir, le froid a encore augmenté, le pouls est tout à fait insensible; cependant l'enfant avale encore. Il meurt à onze heures.

A aucune époque de la maladie je n'ai aperçu de taches ni de sudamina; il n'y a pas eu de gargouillement dans la fosse iliaque, et la rate n'a pas débordé les côtes.

AUTOPSIE au bout de vingt-quatre heures par un temps frais (vent du nord).

1° TÊTE. Léger épanchement séro-sanguinolent sous-arachnoïdien; on trouve une ou deux cuillerées de liquide à la base, provenant probablement des ventricules. Aucune lésion soit du cerveau soit des méninges. L'épanchement ci-dessus indiqué ne s'accompagne ni de fausses membranes ni de granulations, et il ne diffère pas sensiblement de celui que j'ai observé dans bien des cas chez des enfants de cet âge morts de maladies variées.

2° POITRINE. Intégrité parfaite de tous les organes.

3° VENTRE. En commençant l'incision des parois du ventre par la partie inférieure de l'abdomen, il s'écoule quelques cuillerées à café d'un liquide roussâtre acide, tout à fait analogue à celui qui s'échappe de l'estomac; mais il n'y a pas trace de péritonite. J'ai à peine touché l'extrémité pylorique de l'estomac pour y placer une ligature, que je vois l'organe s'affaisser et laisser couler une grande quantité de liquide roussâtre à odeur très-acide. C'est par le grand cul-de-sac que s'effectue cet écoulement. Toute la portion de l'organe logée au voisinage de la concavité de la rate, c'est-à-dire la grosse extrémité de l'estomac, est entièrement détruite; les débris sont accolés à la rate; les autres parties du tissu malade sont liées au reste de l'estomac. Les trois tuniques et le péritoine sont complètement détruites; ce qui reste d'appréciable est réduit en bouillie ou plutôt en matière gélatineuse qui fuit sous le doigt qui cherche à la pincer. La couleur de la partie si profondément altérée est rouge livide, noirâtre même; à mesure que l'on approche des parties saines, à mesure aussi on peut presser les membranes sans qu'elles disparaissent en entier; on retrouve encore le péritoine, puis les fibres musculaires hypertrophiées, puis enfin le tissu sous-muqueux et la membrane muqueuse. La transition entre le tissu sain et le tissu malade est donc graduelle. Tout le reste de l'estomac est parfaitement sain.

Aucune lésion dans les deux intestins qui contiennent des matières jaunâtres; quelques plaques de Peyer sont légèrement saillantes, sans aucune altération de couleur ou de consistance. Ganglions mésentériques un peu gros et rouges, mais non ramollis. Rate légèrement augmentée de volume, mais non ramollie. Aucune lésion du foie et des reins.

Cette observation est précieuse; elle nous servira à prouver :

1° Que le ramollissement gélatiniforme de l'estomac, ou tout au moins l'acte morbide qui préside à la formation de cette lésion, a lieu pendant la vie;

2° Que cet acte morbide se révèle par des symptômes spéciaux;

3° Que les symptômes qui annoncent une altération profonde des forces vitales (froid, petitesse de pouls, perte des forces) ne sont pas exclusivement dans la dépendance des déperditions séreuses;

4° Que cette maladie et les cas analogues doivent être rapprochés des cas d'empoisonnement.

La maladie du jeune G. a présenté deux phases bien distinctes.

Dans la première période, qui dure cinq jours, nous avons tous les symptômes d'une affection abdominale aiguë; on ne peut hésiter qu'entre une entérite ou une fièvre typhoïde, maladies si aisées à confondre chez les enfants. Cependant l'âge du petit malade, l'absence de taches, de sudamina, de ballonnement du ventre, de gargouillement, de saillie de la rate, joints aux résultats de l'autopsie, ne m'ont pas laissé de doute sur la nature de la maladie. J'ai observé, soit à Paris soit à Genève, un assez grand nombre d'enfants qui avaient succombé à la fièvre typhoïde pour affirmer que, malgré la légère saillie des plaques de Peyer et la tuméfaction des ganglions mésentériques et de la rate, ces lésions ne peuvent être considérées, dans le cas actuel, comme les caractères anatomiques de cette pyrexie. Les plaques ne présentaient aucune autre lésion que cette légère hypertrophie qui existe dans les cas d'hypersécrétion muqueuse; les ganglions mésentériques et la rate étaient très-peu augmentés de volume et d'ailleurs ils n'étaient pas ramollis. L'épidémie régnante d'affections abdominales graves, mais non typhoïdes, sur les jeunes enfants est une nouvelle preuve que j'ai eu affaire à une entérite et non à une fièvre typhoïde. Quoi qu'il en soit, le sixième jour apparaissent des symptômes tout à fait différents. Ils sont caractérisés par le refroidissement, la perte des forces, la petitesse du pouls, l'altération profonde des traits. C'est un changement à vue, et d'instants en instants le danger s'accroît. Cependant aucun nouveau symptôme local ne nous révèle quel est celui des organes qui est spécialement atteint. Les symptômes de la perforation intestinale font complétement défaut. Il est donc évident que la rupture de l'estomac n'a pas lieu pendant la vie; d'ailleurs l'intégrité du péritoine en est la preuve.

Mais si la perforation elle-même n'a pas eu lieu avant la mort, nous croyons qu'il en est tout autrement de la lésion de l'estomac, ou tout au moins des causes organiques qui l'ont produite. Il nous est impossible de ne pas établir une relation de cause à effet entre les nouveaux symptômes qui se sont manifestés et la lésion si caractérisée de l'estomac. On ne peut, en effet, attribuer ces symptômes à l'abondance des déperditions séreuses, puisque l'enfant ne vomissait pas et n'avait guère plus de cinq à six selles par jour. On ne peut pas non plus les attribuer à une violente inflammation de l'organe, puisque les vomissements et la douleur ont manqué. Il a ce point de vue, qu'on nous permette de faire observer en passant combien la symptomatologie du ramollissement de l'estomac, en tant que maladie essentielle, a peu de valeur. Nous sommes convaincu que, soit les symptômes, soit la lésion, se sont produits sous l'influence d'une altération profonde de la nutrition, dont nous plaçons le point de départ dans une suspension de l'influx nerveux qui a produit sur la portion la moins résistante du tube digestif, et comme effet local, une lésion que l'on peut comparer à l'ulcération.

L'altération des liquides gastriques n'était pas douteuse dans ce cas (l'odeur acide étant des plus intenses). Nous pensons que cette altération des liquides a dû se joindre à un trouble du système nerveux ganglionnaire pour rendre la lésion encore plus grave.

ENFANT DE 3 ANS; BRONCHOPNEUMONIE LOBAIRE; USAGE INCONSIDÉRÉ DU SIROP D'IPÉCACUANHA; SYMPTÔMES D'ENTÉRITE CHOLÉRIFORME; MORT; ÉRUPTION FOLLICULEUSE GÉNÉRALE ET TRÈS-INTENSE DANS TOUT LE TUBE DIGESTIF.

OBS. XI. — Un enfant âgé de 3 ans est atteint, sous l'influence d'une constitution épidémique catarrhale, d'une bronchopneumonie lobaire. Le quatrième jour, la maladie étant plutôt en voie d'amélioration, les parents administrent 4 onces de sirop d'ipécacuanha (1), qui ne produisent pas un seul vomissement. Dans la nuit suivante, l'enfant a une *énorme* selle, suivie d'un grand nombre d'autres, toutes entièrement *séreuses*.

Le lendemain, cinquième jour, changement complet dans l'état du petit ma-

(1) Nous avons *soupçonné* que ce sirop contenait peut-être aussi une certaine proportion d'émétique.

En avançant davantage, j'aperçus bientôt, mais à une distance assez éloignée, le pont du Chélif et un ramassis de maisons blanches couvertes en tuiles. Je touchais au terme de mon voyage.

Que vais-je faire, m'écriai-je en tremblant, et à quels moyens pourrai-je recourir pour tromper les longues heures de l'isolement et de l'ennui?

Mais ces hommes, ces transportés desormais confiés à mes soins, si je les étudiais, non-seulement en médecin, mais encore en philosophe! Ces prisonniers, tristes victimes de nos discordes civiles, venant subir, loin de leur patrie, loin de leurs enfants, loin de leur famille, une peine sévère, juste sans aucun doute, et que d'ailleurs il ne m'appartient pas d'examiner, si j'analysais leurs désirs, si je consultais leurs regrets! Dans les événements qui ont agité leur existence passée, peut être trouverai-je le secret de leur conduite et la raison de leurs actes! peut-être aussi pénétrerai-je le mystère de leur avenir! Au milieu de leurs souffrances physiques et morales, je scruterai leur conscience, et la sonde à la main, je tâcherai de descendre dans les replis de leur cœur. Serait-il vrai, comme l'avance l'écrivain le plus paradoxal de nos jours, que l'homme, loin d'être un saint, soit tout simplement un scélérat? Je ne le crois pas. Il faut être de la force de M. Proudhon pour avancer de pareilles hérésies. Observons donc : médecin, peut-être serons-nous assez heureux parfois pour guérir ou pour soulager; philosophe, nous serons plus indulgent, qui sait? pour les erreurs et les égarements des hommes, en rapportant, avec une juste impartialité, avec un esprit dépouillé de toute prévention hostile, les passions condamnables, aux causes le plus souvent fatales qui les ont produits, en les rapprochant des milieux funestes auxquels ils ont emprunté leur germe.

« Qu'est-ce que l'homme? a dit Pascal, avec sa profondeur de pensée si remarquable : un néant, à l'égard de l'infini; un tout, à l'égard du néant; un milieu entre rien et tout. »

Notre parti était fixé, notre but arrêté; nous descendîmes gaîment de cheval, et comme ventre affamé n'a pas d'oreilles, nous nous mîmes aussitôt à la recherche d'une pitance quelconque, car il était deux heures de l'après-midi, et depuis la veille au soir nous n'avions encore rien mangé.

Dites-moi ce que vous mangez, je vous dirai qui vous êtes; ainsi s'est exprimé Brillat-Savarin, si je ne me trompe. Ma foi, je ne suis pas de cet avis. En Afrique surtout, on avale souvent des plats très-grossiers, très-vulgaires, qu'on digère avec plaisir, et l'on n'en est pas moins pour cela un parfait gentilhomme. D'ailleurs, il n'y a rien comme la nécessité pour vous donner des vertus et de l'adresse.

Quoi qu'il en soit, mes idées se ressentant de la satisfaction d'un besoin impérieux, prirent une direction agréable et m'obligèrent à me rappeler, en songeant à ma position, qu'un illustre théologien mahométan prétend que Dieu envoie quelquefois un ange-chirurgien aux méchants qu'il veut rendre bons. Cet ange vient, avec un scalpel divin, pendant le sommeil du scélérat, lui arrache le cœur fort proprement, en exprime le virus, et met un baume céleste à la place.

Serais-je destiné, marqué par le doigt du prophète pour remplir une pareille fonction? Peut-être. Mahomet est grand; vite, mettons notre trousse sous sa protection.

lade, amaigrissement considérable, jactitation continuelle, altération profonde des traits, pouls insensible, mains froides.

Je le vois trente-six beures environ après l'apparition des symptômes abdominaux graves (le sixième jour); il se plaint sans cesse; la jactitation a été remplacée par l'inertie, il est immobile dans le décubitus dorsal; ce n'est qu'en tremblant que je le fais asseoir pour l'ausculter, craignant que le changement de position n'amène une syncope mortelle. La face est d'une pâleur extrême, les yeux sont creux, mais pas complétement excavés, les mains sont froides, le regard est sans expression, le pouls est presque insensible, de temps en temps on saisit quelques pulsations très-petites. Le ventre est flasque, le foie fait saillie à l'épigastre. Les battements du cœur sont très-sourds; la respiration est médiocrement accélérée; en arrière, à droite, au sommet, souffle bronchique, râle muqueux, diminution de son. Les symptômes susindiqués continuent, et à trois heures de l'après-midi (nous l'avions vu à onze heures du matin), le malade meurt.

A l'autopsie, nous constatons les caractères anatomiques les plus évidents d'une bronchite double au premier degré et d'une pneumonie lobaire uni-latérale de la partie postérieure du sommet droit au deuxième et troisième degré. Mais la lésion la plus curieuse est dans le tube intestinal, depuis la partie non valvulaire de l'intestin grêle jusqu'à l'anus, toute la membrane muqueuse est parsemée d'un nombre considérable de follicules isolés tout blancs, saillants, variant depuis le volume d'un gros pois jusqu'à celui d'une grosse tête d'épingle, C'est une véritable éruption. Les plaques de Peyer sont aussi très-nombreuses, très-saillantes, un peu ramollies, à peine rosées. La membrane muqueuse de tout l'intestin est parfaitement saine. L'estomac est sain, sauf deux légères traces ecchymotiques de la largeur d'un trait de plume et d'un centimètre de long.

Le foie est volumineux et congestionné.

Les ganglions mésentériques, la rate et les reins sont à l'état normal.

Les principaux symptômes offerts par ce malade ne sont-ils pas identiques à ceux que le premier a présentés? Tous les deux, cinq jours après le début d'une maladie fébrile intense qui, pour l'un, siége dans l'abdomen, et pour l'autre dans la poitrine, passent instantanément d'un état peu alarmant à un état de la plus haute gravité, et dont les symptômes principaux sont le refroidissement général, l'amaigrissement, la perte du pouls et des forces, l'altération profonde des traits, la flaccidité du ventre. Chez le premier malade, ces symptômes sont spontanés; chez le second, ils paraissent en corrélation avec la médication employée. Dans le premier cas, ils ne laissent à leur suite qu'une altération profonde de l'estomac; et dans le second, une lésion aiguë de tout l'appareil folliculaire de l'intestin. Chez le premier malade, il est difficile d'invoquer l'abondance de déperditions alvines pour expliquer les troubles profonds de la circulation et de la calorification. Chez le second, les accidents mortels paraissent en corrélation avec l'apparition et la gravité des symptômes intestinaux. Quant à la nature intime de la lésion de l'appareil folliculaire, nous la considérons comme inflammatoire. C'est à la rapidité de la maladie qu'il faut rapporter l'absence de rougeur vive et d'ulcération des follicules.

(La fin au prochain numéro.)

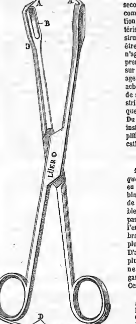
CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA CHUTE DE L'UTÉRUS PAR LE PINCEMENT DU VAGIN (présenté à la Société de biologie en 1852); par M. le docteur A. DESGRANGES.

(Suite. — Voir les nos 5, 7, 9, 11 et 19.)

§ III. — SECOND PROCÉDÉ.

FIG. 5.



A. Dents en saillie.
B. Cuvette.
C. Niveau de la courbure.
D. Ressort en deux parties:
  a. La dent,
  b. La crémaillère.

Le caractère essentiel du second procédé, c'est la combinaison de la constriction mécanique et de la cautérisation. La pince, construite de façon à pouvoir être chargée de caustique, n'agit plus seulement par pression; elle fixe de plus, sur un point déterminé, un agent de destruction, qui achève rapidement la perte de substance, que la constriction seule aurait mis quelque temps à produire. Du même coup, l'appareil instrumental se trouve simplifié et la durée de l'application réduite.

A. — INSTRUMENTS.

1° *Pince élytrocaustique* (fig. 5). Ainsi nommée en vue de son action combinée, cette pince, longue de 12 à 13 centim., ressemble à une pince à pansement par sa forme générale, par l'entre-croisement de ses branches; elle en diffère sur plusieurs points importants. D'abord les anneaux sont plus petits, plus légers, pour ne point surcharger les organes d'un poids inutile. Ces anneaux sont munis de

---

Mais ne plaisantons pas, et hâtons-nous de donner une description succincte du village du Pont du Chélif.

Le village du Pont du Chélif est situé sur un versant de montagne, s'étendant obliquement du nord-ouest à l'est, et présentant un plan légèrement incliné qui se termine au Chélif, un des principaux fleuves de l'Algérie. Il prend, en effet, sa source dans les montagnes du Djebel-Amour, reçoit une foule d'affluents dans un parcours d'environ 500 lieues et va se perdre dans la mer, à 12 kilomètres à peu près du village. L'inclinaison du plan dont je viens de parler n'est pas entière, c'est-à-dire qu'elle se trouve arrêtée brusquement par un rebord assez élevé, à 50 mètres du fleuve.

Je reviendrai plus bas sur cette circonstance.

Le village est, de toutes parts, entouré de hautes montagnes appartenant, les unes au Dhara, les autres à la vallée même du Chélif. A 6 kilomètres environ, et sur la route du Dhara, on rencontre une forêt assez importante, composée de lentisques et de chênes verts.

Ce village n'est pas achevé; il se compose dans ce moment de cinquante maisons à peu près, placées à une distance inégale les unes des autres.

Les constructions qui doivent occuper la partie supérieure du plateau que j'ai indiqué n'ont pas encore été commencées.

Un fossé d'enceinte a été creusé par les transportés. Un pont fort important et très-solide, commencé en 1846 et terminé en 1848, a été jeté sur le Chélif : il relie la rive gauche à la rive droite, et défend l'entrée du Dhara.

En général, les terres sont favorables à la culture : de nature argileuse, compacte, elles se délayent facilement, mais se durcissent promptement aux rayons du soleil. Toutefois on rencontre, dans certains endroits, de véritables terres *franches;* les meilleures, à mon avis, se trouvent sur la route du Dhara, et à 4 ou 5 kilomètres du village, sur la rive gauche du fleuve.

On n'a jusqu'à présent découvert aucune source, un seul puits a été creusé, et l'eau en est mauvaise et salée.

Les vents les plus fréquents sont ceux du nord-ouest, du nord-est, puis vient le sud-ouest.

Les orages sont fréquents : la brise de mer ne se fait sentir que vers deux ou trois heures de l'après-midi, Les vents du nord-ouest soufflent parfois avec une grande impétuosité; les chaleurs sont fortes, accablantes, difficiles à supporter; l'air est pesant et humide.

Ces faits s'expliquent par la position même du village bâti au fond d'un entonnoir.

L'eau du Chélif est mauvaise : elle a mérité malheureusement, sous le rapport de ses effets nuisibles, une réputation très-répandue dans la subdivision.

Saumâtre, d'un gris sale, abondamment chargée de matières terreuses et organiques, elle est lourde, pénible à l'estomac, d'une digestion très-laborieuse, provoque la diarrhée, et contribue pour beaucoup, suivant moi, à la fréquence des fièvres d'accès qu'on observe dans le pays. L'analyse chimique n'en a pas été faite.

On rencontre, dans les environs, des carrières de marbre et un grand nombre de blocs de pierre blanchâtres, véritable albâtre, avec lesquels les transportés ont construit des filtres; plusieurs même en ont fait des ouvrages très-curieux.

petits ressorts ayant, l'un une dent, l'autre une crémaillère, qui peuvent s'engrener dans le rapprochement et fixer les branches à trois degrés d'écartement. Au premier degré, les extrémités des branches restent à 3 millim. de distance; au deuxième, elles ne sont plus éloignées que d'un millim.; au dernier, elles se touchent. Elles (ces extrémités) sont creusées d'une cuvette, longue de 15 millim., large de 5 millim., sur une profondeur de 3 millim. seulement. La branche s'incurve légèrement au point où commence la cuvette; elle se termine par une dent en saillie qui se croise avec celle de la branche opposée. Ainsi saillantes, ces dents pénètrent mieux dans les tissus, elles concourent efficacement à donner plus d'épaisseur au pli que l'on saisit. La cuvette est chargée de chlorure de zinc que l'on tasse exactement sur tous les points et que l'on empêche de tomber par quelques tours de fil.

Le chlorure de zinc, dont nous faisons grand usage à Lyon, s'obtient en mélangeant :

Prenez : Chlorure de zinc. . 600 grammes.
Farine de froment. 600 —
M.

Ajoutez peu à peu :

Eau. . . . . 80 grammes.

D'ordinaire on l'étend sur de la toile, de façon à faire un vrai sparadrap caustique; mais, pour le cas actuel, il est indispensable de l'avoir en magdaléons, soit qu'on l'ait conservé ainsi de prime abord, soit qu'on en détache de la toile assez pour en charger les cuvettes.

2° *Pince de traction.* Ce n'est que la pince de Museux, modifiée en ce sens, qu'au lieu de deux dents à chaque branche il n'y en a qu'une seule, et que les anneaux, une fois au contact, sont arrêtés par un ressort à pivot.

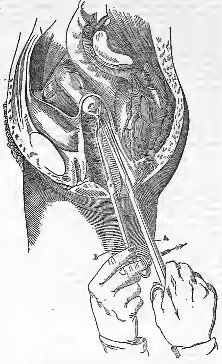
Le bandage en T double et le fil n'ont rien qui mérite une mention à part.

B. — MANUEL OPÉRATOIRE.

Avant de procéder à la première application, et dominé par l'idée que le chlorure de zinc, si énergique sur les ulcérations, reste sans effet contre la peau non privée d'épiderme, je craignis, par analogie, que l'intégrité de l'épithélium vaginal n'entravât la force du caustique et ne fit perdre tout le résultat que j'attendais de cet agent placé dans la cuvette. Était-ce une appréhension mal fondée, une précaution inutile? Je le vérifierai plus tard; dans tous les cas ça ne pouvait pas nuire. Je choisis le caustique Filhos, qui me parut commode par son activité sous un petit volume, sans lui croire une supériorité réelle sur les acides minéraux, le nitrate acide de mercure, etc., qui pourraient également servir à cet usage.

L'introduction du crayon caustique fut des plus simples. A l'aide du spéculum, dont j'enlevai la valve mobile, je mis à découvert une portion du vagin, sur laquelle je promenai le caustique deux ou trois minutes sans m'inquiéter qu'il en touchât plus qu'il n'aurait fallu, les ulcérations consécutives me paraissant plutôt avantageuses que nuisibles. Il va sans dire que je ne songeais plus à la cautérisation préalable quand je fis les applications ultérieures, attendu que la plaie vive laissée par la précédente nous mettait dans les conditions qui favorisent le mieux l'énergie du caustique de Canquoin.

PREMIER TEMPS : *Formation d'un pli sur le vagin.* — Le chirurgien cherche ici à favoriser l'application de l'élytrocaustique; or il est clair qu'un pli, fait à l'avance, rend les manœuvres plus simples, plus fructueuses que des parois tendues. Supposons donc que l'on opère à *droite*; le pli sera dirigé de haut en bas et de droite à gauche (fig. 6). Dans ce



EXPLICATION DE LA FIG. 6. — Coupe du bassin représentant la vessie, l'utérus, le rectum entiers et le vagin ouvert.
A. Pince de traction agissant dans le sens des flèches pour former le pli.
B. Pince élytrocaustique en place.

J'ai cru remarquer que ces filtres, tout en rendant l'eau plus limpide, lui communiquent cependant une saveur salée, désagréable, et une action purgative.

A 3 kilomètres environ du village, dans la direction de l'est, au-dessus du Chelif, et dans le voisinage de Sourk-el-Mitou, se trouve un marais dont les exhalaisons sont apportées par les vents qui viennent de ce côté.

On sait qu'en Afrique les pluies tombent par torrents et pendant une période déterminée; or le rebord de terrain dont j'ai parlé en commençant, arrête l'écoulement des eaux, aucune saignée n'ayant été pratiquée, et forment sur l'emplacement du village, autour de chaque maison, des mares ou plutôt de véritables marais accidentels que la chaleur seule du soleil peut entièrement mettre à sec.

Les travaux récemment entrepris, les terrassements, les grands remuements de terre, en un mot, qui ont eu lieu, contribuent encore à l'insalubrité du village. On ne rencontre aucune trace de végétation; quelques jardins ont été essayés depuis peu. On aperçoit cependant de loin, lorsqu'on arrive, un superbe caroubier séculaire qui a dû subir bien des orages, et qui est placé à l'extrémité supérieure de la colonie, près d'une maison servant de dépôt de médicaments.

Les militaires qui composent la garnison sont logés dans des baraques. Les maisons habitées par les transportés et par quelques colons sont convenablement distribuées et tenues proprement, mais elles sont toutes très-humides. Couvertes en tuiles, toutes les précautions ont été prises pour les préserver d'inconvénients graves, mais il est fort difficile, on le conçoit, de conjurer certains périls qui résultent d'une position donnée.

Les transportés, au nombre de 317, sont arrivées au pont du Chélif le 10 ma 1852.

Ils ont été divisés en escouades de 20 hommes commandées par un chef nommé par M. le gouverneur-général. Chacune d'elles occupe une maison séparée autant que possible.

Tous sont couchés sur des lits ordinaires de soldats, et convenablement couverts la nuit. A chacun d'eux est affectée une masse qui sert à acheter tous les objets dont ils peuvent avoir besoin.

Par les soins de M. le capitaine-directeur, devant chaque maison se trouve une sorte de petite cuisine construite en pierres, et dont l'utilité a été reconnue par tous.

Les transportés sont nourris de la manière suivante; chacun a droit, par jour, à :

750 grammes de pain de munition;
250 grammes de pain de soupe;
350 grammes de viande;
12 grammes de riz;
1/2 litre de vin;
12 grammes de café;
12 grammes de sucre.

Toute proportion gardée, les transportés sont mieux nourris que les soldats.

Les vivres sont de bonne qualité : une commission a été instituée pour les examiner avec attention et sévérité. Les consommations fournies par les cantines n'ont jusqu'à présent donné lieu à aucune observation importante.

but, l'opérateur fait glisser sur l'index, préalablement introduit, la pince de traction qu'il conduit, à droite, aussi haut que possible, dans la rainure utéro-vaginale; une fois arrivé là, il saisit la muqueuse près du col, et par un effet combiné de traction en bas et de propulsion du col vers la gauche, il soulève un pli qui vient saillir sous le doigt. Un aide maintient les choses en cet état jusqu'à ce que le chirurgien ait achevé l'opération de ce côté. A *gauche*, la symétrie du manuel opératoire est parfaite si l'on tient les instruments de la main gauche et que l'on introduise l'index droit dans les parties; si l'on n'est pas ambidextre, la similitude est telle que personne n'y sera embarrassé.

DEUXIÈME TEMPS : *Application de l'élytrocaustique*. — Tout étant disposé comme il vient d'être dit, le chirurgien s'assure encore de la position du pli; et sur le doigt explorateur il fait glisser une élytrocaustique jusqu'à ce qu'il sente le bord saillant du pli; là il ouvre largement la pince, embrasse le plus qu'il peut de ce pli, et finit par exercer une forte constriction, que maintiennent les ressorts des anneaux. Un écueil à éviter, c'est le col qui, mal fixé par les tractions, vient se placer quelquefois entre les mors de l'instrument. On le reconnaît à la résistance insolite des tissus, à la difficulté de rapprocher les branches, ainsi qu'à une douleur vive qu'éprouve la malade.

La largeur du pli saisi fût-elle d'un centimètre, il n'y aurait à cela aucun inconvénient. On se rassure bien vite sur le danger de voir éclater des accidents sérieux quand on a pratiqué quelquefois cette opération. Je puis dire que rien n'égalait ma timidité en commençant jusqu'à ce que l'extrême simplicité des suites m'eût amené à saisir chaque fois le plus que je pouvais. J'ai maintes fois observé qu'un repli large d'un centimètre, mesuré en un mot par toute la longueur des cuvettes, n'a pas plus d'inconvénient qu'un repli beaucoup plus étroit.

L'opération est toujours plus aisée pour la première pince à cuvette que pour la seconde. Les embarras viennent de ce que la pince, déjà mise en place, arrête le col, le fait résister aux efforts qui tendent à le porter en bas et vers le côté opéré; le pli, par conséquent, n'a jamais l'ampleur du premier; rarement aussi arrive-t-il de pouvoir faire une constriction aussi avantageuse. Si tout le temps de la médication, on persistait à commencer chaque fois par le même côté, il y aurait à cela un inconvénient : celui, par exemple, d'incliner l'utérus de côté en déterminant un travail inodulaire plus fort dans un sens que dans l'autre. Je crois donc à propos d'alterner, de commencer tantôt à droite, tantôt à gauche. Je n'ai point encore fait d'application en arrière ni en avant; la couche de tissu cellulaire entre le rectum, le vagin et la vessie paraît bien mince pour supporter, sans chances de fistule, un instrument aussi énergique que la pince élytrocaustique. A la vérité, je ne vois aucun inconvénient à associer les deux procédés, à mettre simultanément les élytrocaustiques sur les côtés et quelques pinces vaginales, soit en avant, soit en arrière. Si je ne l'ai pas fait, c'est que précisément je désirais juger de la valeur du second procédé, comparé au premier.

A moins d'un ressort d'une solidité parfaite, il est bon d'assurer la constriction des pinces en serrant les anneaux par un fil; après quoi, l'on réunit les deux pinces pour les attacher sur les bandes verticales du bandage en T double. Elles seront maintenues sur la ligne médiane et le fil assez serré pour qu'elles refoulent l'utérus et tiennent lieu d'embout.

Le bandage en T double se place de façon que la jonction des bandes verticales sur la bande horizontale recouvre l'hypogastre. Chaque bande verticale doit contourner la cuisse d'avant en arrière pour venir se nouer sur la bande horizontale en avant du grand trochanter.

Au bout de quarante-huit heures, la portion du pli serré entre les pinces est frappée de mort. Peut-être l'est-elle plus tôt? Néanmoins, par mesure de prudence, surtout quand le pli est épais, il faut attendre aussi longtemps.

L'ablation des pinces est d'une extrême simplicité : desserrer le bandage, couper les fils, écarter les anneaux, tirer la pince au dehors : voilà tout.

Combien faut-il d'applications avec ce dernier procédé? Je manque de faits pour donner une réponse motivée à cet égard; mais je présume que *cinq* ou *six* doivent suffire.

C. — SUITES DE L'OPÉRATION; RÉSULTAT DÉFINITIF.

La *réaction générale* qui suit chaque application est plus forte que dans le premier procédé; malgré tout, elle est si fugitive, si innocente, qu'une fièvre traumatique réduite à de telles proportions mérite à peine ce nom. Elle le mérite aussi peu sous le rapport de la durée : après vingt-quatre, quarante-huit heures, au plus tard, tout est rentré dans l'ordre, si ce n'est quelquefois les douleurs sympathiques, dont la durée se prolonge assez pour nécessiter l'emploi de moyens appropriés.

Le *résultat de chaque opération* est une escarre mince que l'œil reconnaît à sa coloration noirâtre, le toucher, à sa consistance dure. Cette escarre tombe en général du huitième au dixième jour. Il reste, après sa chute, une plaie rose, recouverte de bourgeons charnus, qui fournit une suppuration assez abondante mêlée, à son apparition, de détritus gangréneux. La perte diminue avec la cicatrisation, qui marche rapidement, comme dans toutes les plaies faites avec ce caustique. La plaie elle-même est parfaitement innocente, ainsi que le démontre l'observation citée, et surtout une multitude de faits étrangers, que je pourrais invoquer.

Le *résultat définitif* est une constriction du vagin dans sa moitié supérieure, la moitié vulvaire restant, à peu de choses près, ce qu'elle était d'abord. Le conduit, près du col, est inégal, hérissé de petites saillies hémisphériques et sillonné de brides cicatricielles.

Le col, contracté en avant, des adhérences qui comblent la rainure utéro-vaginale. Il reste dans l'axe du vagin le museau de tanche favorablement disposé à la fécondation, et la distance qui le sépare du méat urinaire, peut être évaluée de *cinq* à *sept* centimètres, longueur bien suffisante à la copulation.

Le second procédé, tout différent qu'il est du premier, *ne change rien à la méthode*.

Dans l'un comme dans l'autre, le vagin est attaqué dans toute son épaisseur, sur un repli formé artificiellement. Que ce pli soit plus large, plus épais, que la destruction en soit plus rapide, plus profonde, ce n'est là qu'une variante, qu'une différence du plus au moins.

L'adjonction du caustique ne saurait dénaturer la méthode; il agit dans le même sens que les pinces, sur un pli qu'elles étreignent, qu'elles mortifieraient seules, uniquement pour activer cette mortification, et permettre d'enlever les pinces après deux jours, tandis que, laissées à demeure, elles mettraient longtemps à se détacher.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Les transportés, organisés militairement, travaillent deux fois par jour, et tous les deux jours, le matin à six heures, le soir à deux heures. Ils ont achevé un fossé d'enceinte.

En général, la conduite des transportés, sous l'influence de l'administration intelligente et sage de M. le capitaine-directeur, n'a provoqué aucune plainte fâcheuse, n'a nécessité aucune démonstration rigoureuse, aucune mesure enfin dont l'opportunité sévère eût été justifiée par la gravité de l'acte.

L'effectif des colons du village est le suivant :

Hommes.	30
Femmes	7
Enfants.	2
	39

Du 16 mai au 20 novembre 1852, sur le chiffre de 317, 120 transportés ont été envoyés à l'hôpital, 10 pour des affections externes sans gravité, 110 pour des maladies internes. Nous comptons 4 morts : 1 s'est noyé en se baignant dans la mer, 2 ont succombé à l'hôpital aux accidents chroniques de l'intoxication paludéenne; le quatrième a été emporté, dans la colonie même, le 17 septembre, par un accès pernicieux comateux.

Le nombre des exemptions à la chambre a été considérable, et parmi les tirailleurs indigènes de service dans le village beaucoup ont été attaqués de fièvre.

Quelle a été la nature, quel a été le genre des maladies dont les transportés ont été atteints?

J'esquisserai à grands traits les maladies qu'ont présentées les transportés; je n'en donnerai qu'une idée générale, je n'en tracerai qu'un tableau fidèle, mais court. Je n'avais à ma disposition que fort peu de moyens d'action, et, dirigés sur l'hôpital, il devenait impossible de les observer avec suite.

Dans le courant de l'automne comme à la fin de l'été, j'ai constaté peu de cas de dyssenterie. Presque tous les malades ont été atteints de fièvre paludéenne offrant la forme rémittente gastrique; l'accès était quotidien, quelquefois double quotidien, très-rarement tierce. Beaucoup ont eu des accès graves contre lesquels j'employais immédiatement le sulfate de quinine à haute dose; quelques-uns ont éprouvé des accès pernicieux comateux; je n'en ai pas rencontré de délirants.

Une remarque importante et curieuse, c'est que tous ceux qui ont été touchés en quelque sorte par l'intoxication marécageuse de la localité en ont conservé des traces telles qu'ils n'ont jamais pu entièrement se rétablir. D'emblée la cachexie les frappait de son cachet indélébile.

Ce fait s'explique par l'intensité du foyer marématique et par l'infériorité de constitution que présentent en général les transportés. La moyenne de leur âge est de 40 ans, et à côté de jeunes gens on voit des vieillards de 50 et même de 60 ans.

J'avais prévu dès mon arrivée ce résultat fâcheux, et j'avais prié M. le capitaine-directeur d'en faire le sujet d'un rapport spécial à M. le gouverneur général, afin d'obtenir que les transportés, malades de cachexie confirmée, fus-

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite et fin.)

II. VERHANDLUNGEN DER PHYSIKALISCH-MEDIZINISCHEN GESELLSCHAFT IN WURZBURG.

(Tome II.)

SUR LA DISPOSITION ANATOMIQUE ET SUR LES FONCTIONS DES CORPS CAVERNEUX; par M. A. KOELLIKER.

Cette communication se rapporte principalement à l'explication du phénomène de l'érection.

M. Koelliker rappelle la structure musculeuse du corps caverneux, dont il a fait une étude approfondie sur l'homme, sur le cheval et sur plusieurs autres animaux. Les cloisons du corps caverneux sont formées par des faisceaux de muscles lisses dont les éléments sont des fibres fusiformes. Ces faisceaux constituent des mailles extrêmement nombreuses dont les interstices sont remplis de sang. Le liquide sanguin n'est pas répandu dans les aréoles de ce tissu comme dans des lacunes; partout les veines ont des parois propres, mais très-minces.

L'auteur admet que l'érection est déterminée par le relâchement des innombrables muscles qui entrent dans la composition de l'organe, relâchement qui facilite l'afflux du sang dans les artères du pénis. La contraction de ces mêmes muscles fait refluer le sang dans les veines.

Malgré les longues et savantes considérations que le célèbre anatomiste de Würsbourg émet pour appuyer sa théorie, il ne nous semble pas possible d'admettre que le relâchement des muscles soit la cause de l'érection. En général, on a tort, suivant nous, de chercher l'explication du phénomène uniquement dans la disposition anatomique des parties. C'est un défaut dans lequel est tombé le professeur J. Müller, quand il a attribué l'érection à la présence des artères hélicines; cette forme en spirale des artérioles peut très-bien exister dans la verge à cause des changements de volume de cet organe, sans qu'il soit nécessaire de leur faire jouer un rôle actif dans l'orgasme vénérien. Il en est de même des nombreux éléments contractiles dont M. Koelliker a démontré l'existence. Sans doute ils sont dans un état de relâchement quand le sang afflue dans l'organe, mais ce n'est pas cet état qui détermine, qui provoque en quelque sorte l'arrivée du liquide sanguin. Le phénomène de l'érection nous paraît être essentiellement nerveux dans son principe et dans sa cause; l'arrangement des parties facilite l'afflux du sang et produit par conséquent la turgescence, et enfin, quand l'orgasme est passé, la contraction des fibres musculaires, jointe à la rétraction des éléments élastiques, hâte le retour du sang dans les veines.

SUR LES VAISSEAUX DES FOLLICULES COMPOSANT LES PLAQUES DE PEYER; par le même.

L'auteur ayant reçu des plaques de Peyer de lapin, injectées par M. le professeur Frey (de Zurich) et destinées à montrer que les follicules contiennent des vaisseaux dans leur intérieur, fit lui-même des recherches sur des pièces fraîches, et put se convaincre de l'exactitude du fait. Il recommande surtout, pour cet examen, les plaques de Peyer du porc.

Si l'on met à nu les follicules et qu'on en extraye avec soin le contenu, on peut distinguer, sans injection préalable, les vaisseaux qu'ils renferment : ce sont des capillaires de 0,0025 à 0,004 de ligne qui parcourent l'intérieur du follicule au milieu des noyaux et des cellules dont ce dernier se compose, et qui sont disposés à peu près comme les capillaires de la substance corticale du cervelet. On trouve la même disposition dans les follicules isolés et dans les cavités des glandes lymphatiques. Cette organisation montre que ces follicules sont des organes sécrétoires qui ont de l'analogie avec les glandes lymphatiques et les vésicules de la rate, et concourent avec ces derniers appareils à faire subir au sang certaines modifications dont nous ignorons encore la nature, mais qui sont, sans aucun doute, nécessaires à la nutrition.

— Cette grande vascularité des appareils folliculeux de l'intestin nous explique les désordres dont ils sont le siége dans les affections typhoïques et l'influence que leurs lésions doivent avoir sur le sang, et, par suite, sur l'économie tout entière. Si l'on réfléchit, en effet, que le sang, à l'état normal, doit subir une élaboration, une modification quelconque dans ces petits appareils, il n'est pas difficile de comprendre que la suppression de cette fonction doit entraîner des désordres plus ou moins graves.)

SÉCRÉTION LAITEUSE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS; par le docteur SCANZONI.

L'enfant observé par l'auteur ne présentait à la naissance aucune anomalie de la glande mammaire. Le huitième jour la peau était plus foncée en couleur, et il existait de chaque côté une petite tumeur douloureuse au toucher, et de laquelle on faisait sortir par pression un liquide blanc bleuâtre dont la composition microscopique était la même que celle du lait des nouvelles accouchées.

Le fait n'est pas extrêmement rare; voici comment l'auteur cherche à l'expliquer. La glande mammaire apparaît vers le septième mois de la gestation sous la forme d'un amas de cellules qui se sont produites aux dépens de la couche de Malpighi. Plus tard ces cellules se changent en graisse, en même temps que l'amas cellulaire se creuse d'une cavité et pousse des ramifications. Cette métamorphose graisseuse se continue après la naissance, et ce sont les vésicules graisseuses qui en résultent, que l'on rencontre dans le liquide blanchâtre obtenu en comprimant la glande. Mais, outre cette cause physiologique, il faut admettre une cause pathologique qui détermine un travail plus actif dans la glande en voie de formation, et par suite une tuméfaction de cet organe.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA TUBERCULOSE; par le professeur VIRCHOW.

L'auteur, à propos d'un travail du docteur Grosbans (de Rotterdam) sur la localisation de la tuberculose, résume lui-même ses propres opinions sur cette question.

1° La tuberculisation ne consiste pas dans une exsudation particulière, spécifique, mais dans une transformation particulière des éléments de nos tissus, transformation que l'auteur a désignée en 1847, à propos du cancer, sous le nom de *métamorphose tuberculeuse*.

---

sent envoyés, si cela était possible, en France, dans une prison du littoral que l'autorité supérieure aurait désignée.

J'exprimai la même opinion à M. l'inspecteur médical dans un rapport sanitaire que je reçus l'ordre de lui adresser.

Les symptômes gastro-hépatiques se sont toujours montrés d'une manière tranchée, et le sulfate de quinine ne possédait son énergie ordinaire que quand ils avaient disparu.

Ce phénomène morbide, comme j'ai déjà en ailleurs l'occasion de le dire, dépend directement des causes climatériques ou fixes, ainsi que de l'élévation de la température.

Les indigènes, en vertu de leur acclimatement naturel, en quelque sorte, présentent un fait contraire, la prédominance de la pyrexie intermittente. Consulté assez souvent par des Arabes des environs, appelé chez les Ouled-Bonkamel, grande tribu appartenant aux Medferds, j'ai pu aisément constater que la pyrexie ou la névrose dominait seule à tel point que le sulfate de quinine suffisait; mais la dose en devait être plus forte.

La convalescence alors se dessine promptement, mais l'accès se reproduit avec persistance et à des époques plus ou moins éloignées.

Je vais, en terminant, aborder la tâche la plus délicate du travail que je me suis proposé d'écrire.

J'ai voyagé, j'ai visité deux prisons en France, je n'ai jamais rien rencontré de plus triste qu'une colonie pénitentiaire. Souvent en voyant passer ces figures attristées et pâlies par les souffrances de l'exil, en observant avec attention ces hommes dont beaucoup, aux traits marqués par de profondes rides, semblaient ne devoir plus aspirer qu'au repos de l'obscurité et à la tranquille monotonie du foyer domestique, je me demandais : à quels mobiles ont-ils cédé? à quelles idées ont-ils obéi en commettant les fautes qui leur sont reprochées? Est-ce l'espoir ou la conviction d'un avenir meilleur qui a armé leur bras, inspiré leur courage? Serait-ce plutôt l'impulsion secrète d'hommes haut placés qui, présentant à leur imagination égarée le mirage trompeur d'une félicité impossible, les aurait lancés dans les hasards désastreux d'une lutte inutile, eux à qui une position subalterne et une éducation incomplète défendaient les vastes desseins, les projets ambitieux, mais promettaient, en revanche, une vie sans agitation et des jours sans trouble.

Ces questions, je l'avoue, sont presque toujours restées insolubles pour moi. La plupart n'ont pas l'intelligence des événements auxquels ils ont pris part; beaucoup ne paraissent comprendre, ni même vaguement sentir l'importance des choses auxquelles ils ont été mêlés. Leur résignation faiblissait aisément, le regret de la patrie absente donnait prise à la fièvre, et bientôt la nostalgie avec son triste cortége de pensées amères, d'espérances trompées, d'illusions détruites, les livrait sans miséricorde aux influences nocives qui les entouraient.

Venus de départements différents, l'union ne régnait guère parmi eux, et il était difficile de saisir, dans leurs relations, cette fraternité à laquelle ils avaient cru devoir sacrifier leur liberté.

Un jour cependant tous les cœurs s'unirent dans un seul sentiment, toutes les âmes oublièrent leurs querelles et leurs divergences; la douleur efface jusqu'aux plus mauvaises passions, car la douleur nous rend égaux. Un transporté, dans la nuit et en quelques heures, avait été emporté par un accès pernicieux.

2° La métamorphose tuberculeuse doit donc se placer à côté de la métamorphose graisseuse ou de la dégénérescence athérmatense, calcaire, etc., et non à côté de l'inflammation, de l'hydropisie, pas plus qu'auprès de la suppuration ou de la formation cancéreuse.

3° Elle affecte tantôt les tissus pathologiques de nouvelle formation, tantôt les tissus physiologiques anciens, tantôt et même ordinairement les deux sortes de tissus à la fois; les parties cellulenses, transitoires, tout aussi bien que les organes fibreux permanents.

4° Elle consiste dans la cessation du travail nutritif, dans une mortification, une nécrose des éléments de nos tissus, suivie de la résorption des parties liquides, nécrose qui est déterminée par l'accumulation d'éléments cellulenx et par la compression des vaisseaux de la partie malade.

5° Ces cellules peuvent provenir d'une nouvelle formation ou d'une production plus abondante d'éléments normaux (épithélium, par exemple), ou enfin d'une formation endogène. Le travail qui les produit a donc tantôt le caractère d'une simple hypertrophie, tantôt celui de la suppuration, de la formation cancéreuse ou sarcomateuse ou de l'infiltration typhoïque.

6° Ce travail morbide suppose un trouble dans la nutrition locale, particulièrement un changement dans l'exsudation, et revêt un caractère inflammatoire, comme s'il devait son origine à une irritation produite par des causes extérieures.

7° Il y a donc une tuberculisation inflammatoire, cancéreuse, typhoïque, morveuse, sarcomateuse, etc., et tous ces modes se ressemblent sous le rapport de leur marche locale, mais diffèrent sous celui des phénomènes généraux qu'ils présentent.

8° ...... Toute tuberculisation ne vient pas de tuberculose. Celle-ci peut exister dans ses stades primitifs (exsudation, formation celluleuse), alors qu'il n'y a pas encore de tubercules. Ainsi nous appelons tuberculose ce travail morbide qui, dans sa marche naturelle, conduit toujours à la tuberculisation, tandis que nous attribuons à un tout autre travail le cancer, le sarcome, qui se tuberculisent accidentellement.

9° La scrofulose est l'état morbide constitutionnel qui, avec la morve et le typhus, amène le plus souvent la tuberculose, c'est-à-dire les affections locales qui se terminent régulièrement par la tuberculisation; mais tous ses produits ne sont pas tuberculeux.

10° Le tubercule, provenant de l'accumulation des cellules des tissus les plus variés, n'a pas d'éléments caractéristiques proprement dits. Les noyaux ratatinés qui proviennent de la décomposition des cellules sont les seuls éléments qui se maintiennent avec leurs caractères; c'est pour cela qu'on peut leur conserver le nom de *corpuscules tuberculeux*.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

DE LA GUÉRISON DES ANÉVRISMES PAR L'INJECTION DU PERCHLORURE DE FER.

M. LALLEMAND : Je viens de recevoir du docteur Serre (d'Alais) une observation de guérison d'un anévrisme variqueux au pli du coude, guérison obtenue par l'injection du perchlorure de fer dans la cavité du sac, suivant les indications de M. Pravaz. Je ne puis entrer ici dans les détails de cette observation et des circonstances qui l'ont suivie, je dirai seulement ce qui m'a paru le plus remarquable.

Le caillot s'est promptement durci sous l'influence de l'injection; les battements ont cessé dans la tumeur quand la compression de l'artère brachiale a été levée; les pulsations ont disparu plus tard dans les artères radiale et cubitale; une inflammation assez vive s'est emparée des parois du sac, et une ponction pratiquée sur un point fluctuant a donné issue à une petite quantité de matière séro-purulente. Enfin une escarre s'est détachée des parois du sac sans qu'il soit survenu la moindre hémorrhagie. Depuis lors la cicatrisation a fait des progrès rapides.

Ainsi les caillots formés dans le sac anévrismal, dans l'artère brachiale et ses divisions, ces caillots ont amené la guérison, de même que si une ligature eût été appliquée au-dessus et au-dessous de la lésion artérielle, comme on a coutume de le faire dans les anévrismes variqueux.

Cette observation mérite d'être rapprochée de celle que M. le docteur Niepce vous a fait connaître dans l'une de vos dernières séances; seulement ici la tumeur anévrismale occupait l'artère poplitée, au creux du jarret. Cinq minutes après l'injection du perchlorure de fer, la tumeur paraissant *très-dure*, on cessa de comprimer l'artère crurale et l'on put constater que les battements avaient disparu dans l'intérieur du sac. Enfin, quand on retira la canule à injection, il ne s'écoula pas une seule goutte de sang. Le lendemain et les jours suivants, une vive inflammation se manifesta dans les parties opérées; le onzième jour, de la fluctuation s'étant manifestée au côté interne de la tumeur, une légère ponction donna issue à 10 grammes environ de sérosité purulente, et dès lors tous les symptômes inflammatoires disparurent. Le vingtième jour on ne sentait plus à la place de la tumeur anévrismale qu'un noyau dur, de la grosseur d'une noisette. La guérison fut donc obtenue en aussi peu de temps que les ligatures en mettent à couper les artères sur lesquelles on les applique pour guérir ces mêmes anévrismes.

Ces deux observations confirment pleinement les prévisions du docteur Pravaz sur l'efficacité des injections de perchlorure de fer employées contre les anévrismes, injections dont l'effet est plus sûr et plus prompt que celui de la galvano-puncture. Dans ces deux cas, l'injection du perchlorure de fer fut suivie d'une vive inflammation des parois du sac et d'une petite collection séro-purulente à laquelle il fallut donner issue. Ces inflammations sont-elles inhérentes à la méthode? Peut-on les éviter ou les réduire à très-peu de chose? Les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse rien affirmer à cet égard. Mais je dois faire remarquer que, dans ces deux cas, il a été injecté au moins trois fois plus de perchlorure de fer qu'il n'en fallait pour obtenir la formation du caillot, comme l'ont bien démontré les expériences du docteur Pravaz. On conçoit que cet excès de matière injectée doit être plus nuisible qu'utile, si l'on considère surtout que les liquides qui coagulent le sang tendent tous à dissoudre le caillot déjà formé et d'autant plus qu'on dépasse davantage les doses voulues.

Cette exagération se comprend de la part des opérateurs qui emploient un moyen dont ils craignent l'insuffisance plus que l'excès d'énergie. Qu'on me permette à cet égard quelques rapprochements pris dans le sujet même dont il est ici question.

Dans les premiers temps de l'emploi des ligatures au traitement des lésions artérielles, on crut devoir faire usage de plusieurs fils cirés disposés en manière de rubans afin de prévenir la section trop prompte des parois artérielles; la crainte d'une hémorrhagie consécutive fit appliquer aussi des ligatures d'attente plus dangereuses que celles qui étaient serrées. On poussa la précaution jusqu'à passer une ligature au-dessous de la lésion artérielle, anévrisme ou piqûre pour prévenir les hémorrhagies en retour par les anastomoses. Ce n'est pas tout encore : après avoir placé la tumeur anévrismale entre deux ligatures, on s'est cru obligé à fendre le sac, pour le débarrasser de ses caillots et le bourrer de charpie, d'amadou, de corps absorbants propres à coaguler le sang qui

---

C'était un homme de 45 à 50 ans, déjà vieilli par le travail et par les fatigues des champs, tranquille, du moins nous l'avions toujours connu tel, et qui, à la tête d'une famille nombreuse dont le souvenir l'accablait, possédait quelque fortune.

Le surlendemain, M. le capitaine-directeur, obéissant à un motif de délicatesse digne d'éloges, donna l'ordre aux officiers et sous-officiers du camp de se joindre au cortége funèbre en grand uniforme de service. L'honorable curé d'Aïn-Tédélès officiait. Un détachement des tirailleurs indigènes, formé sur deux rangs, gardait la fosse. Le cercueil était porté par des hommes de l'escouade à laquelle appartenait le transporté. Toutes les escouades suivaient rangées sur deux rangs.

Le cimetière est placé à l'extrémité du village, à l'entrée de la route qui conduit au Dhara; une sorte de langue de terre terminée, d'un côté, par le rebord du plateau, le borne à l'est; à l'ouest s'élèvent de hautes montagnes, imposantes et sévères, dans leur vierge nudité. Tout respire la tristesse, quelque chose même l'augmente encore, c'est un secret pressentiment qui semble avertir qu'un jour et dans un avenir peu éloigné peut-être les chevaux des Arabes en révolte, fouleront de leurs pieds et éparpilleront aux vents cette poussière toute française.

Aucun discours ne fut prononcé, les lentes paroles du prêtre tombèrent seules sur la tombe qui descendit avec un bruit sourd dans cette fosse où tout s'éteint. Des sanglots mal contenus éclataient de toutes parts; une indicible émotion s'était emparée de chacun; c'était un deuil général, etc. Pourquoi? Père de famille, arraché par je ne sais quel vertige insensé à cette existence obscure et laborieuse pour laquelle il était né, cet homme avait misérablement succombé sur la terre d'exil, sans que la voix du modeste curé de son village lui eût montré le chemin du séjour éternel, sans que les dernières caresses d'un enfant lui eussent fait oublier les longues minutes de l'agonie.

Tous se retirèrent en silence avec dignité; mais ce coup terrible et imprévu du climat souleva des impressions pénibles et frappa vivement les transportés.

Il est devenu aujourd'hui bien difficile pour beaucoup de s'expliquer notre fonction sur la terre, et de se rendre compte du rôle assigné à chacun de nous. Devant les problèmes ardus que renferment de pareilles questions, à l'époque où nous vivons surtout, des doutes s'élèvent, la raison chancelle, hésite, et le jugement recule épouvanté parfois. Mais lorsque des désirs impétueux, des colères impatientes, des aspirations illégitimes viennent surexciter cet instinct d'amélioration conservatrice qui nous pousse constamment vers un monde meilleur, les passions éclatent implacables, et sans qu'aucun frein puisse les retenir. Cependant, semblables aux flots de la mer soulevés de leurs abîmes par la tempête, renversant les sables du rivage, mais brisant leur vaine furie contre la pierre de rochers séculaires, elles s'arrêtent enfin, vaincues par une force supérieure à leur impulsion première. Et cependant lorsqu'on pèse à la balance du bonheur la vanité de nos grandeurs terrestres, lorsque cherchant l'homme au delà du tombeau, on jette sur ses destinées éternelles une ardente et inquiète curiosité, on voit que le progrès, cette loi providentielle et fatale, ne se réalise que lentement, que son application exige un travail gradué, des efforts successifs, et que d'ailleurs le temps ne respecte pas ce qu'on a fait sans lui.

pourrait déborder de quelque point. Il a fallu beaucoup de temps et d'expérience pour rassurer contre des terreurs exagérées et pour faire renoncer à ce luxe de moyens dont l'effet le plus certain était précisément de provoquer des suppurations abondantes, la destruction des caillots obturateurs, eu un mot les hémorrhagies consécutives qu'on voulait prévenir.

Espérons qu'il en sera de même des injections de perchlorure de fer, qu'on co simplifiera tous les jours l'application et qu'on réduira dans de justes limites les proportions du styptique.

Dans les observations de M. Serre et de M. Niepce, la guérison eût pu être obtenue par la ligature; mais dans le cas de M. Raoult Deslongchamps, rapporté par M. Larrey à la Société de chirurgie, la tumeur avait son siége sur l'artère frontale à sa sortie de l'orbite, de sorte qu'il eût été très-difficile d'aller porter une ligature sur l'artère ophthalmique, au-dessous de la voûte orbitaire. Mais la supériorité de l'injection sur tous les autres moyens serait encore bien plus évidente s'il s'agissait d'un anévrisme de l'artère crurale au pli de l'aine ou de la fin de l'iliaque; auquel cas il faut, pour exécuter l'opération ordinaire, inciser la paroi abdominale, décoller le péritoine, séparer l'artère de la veine, etc. Les difficultés et les dangers ne sont pas moindres quand il s'agit d'anévrismes occupant l'artère axillaire, la sous-clavière, le tronc brachio-céphalique, le commencement de la carotide, etc.

Les succès déjà connus de la méthode Pravaz me confirment de plus en plus dans la conviction de sa supériorité par rapport à toutes les autres. Je suis intimement persuadé que l'injection des anévrismes fera, dans le traitement de ces affections, une révolution aussi complète, aussi importante que celle de la lithotritie dans les maladies calculeuses. Les premiers instruments inventés pour broyer la pierre étaient bien compliqués, bien imparfaits, et pendant longtemps les succès furent mêlés d'accidents graves et de nombreux revers difficilement dissimulés; mais aujourd'hui la lithotritie ne ressemble plus à ce qu'elle était à ses premiers débuts. Il en sera sans doute un jour de même de la méthode Pravaz.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Mangin, médecin cantonal à Lamarche, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Damblain, Blevaincourt et Isches (Vosges), depuis le mois de juin 1852 jusqu'au mois d'avril 1853. (Comm. des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Lemaire, médecin inspecteur des bains de mer de Dunkerque (Nord), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

3° Un rapport de M. le docteur Salenave, médecin inspecteur des eaux minérales de Casteljaloux (Lot-et-Garonne), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

4° Un opuscule de M. le docteur Raynaud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montauban (Tarn-et-Garonne), ayant pour titre : DE L'INFLUENCE DES CANAUX SUR LA SALUBRITÉ PUBLIQUE.

— M. le docteur LIÉGEY, médecin cantonal à Rambervillers, adresse une lettre contenant des renseignements relatifs à des circonstances particulières qui se rattachent à plusieurs cas de variole observés au village de Padoux, canton de Bruyères (Vosges). (Comm. de vaccine.)

— M. THOUVENET (de Limoges), communique une observation de transfusion du sang. Il s'agit d'un sujet affecté d'une dyssenterie qui s'est compliquée d'hémorrhagie intestinale et chez lequel il a opéré la transfusion du sang, mais sans succès. (Commiss. : MM. Longet, Bouvier et Bérard.)

— M. ZANDICK adresse quelques remarques pratiques sur la vaccination chez les adultes (vaccinations de 1851). (Comm. de vaccine.)

— M. LÉLUT adresse, pour le concours du prix Nadaud, un petit traité intitulé : DE LA SANTÉ DU PEUPLE.

— M. PUYBONNIEUX, professeur à l'Institution impériale des sourds-muets de Paris, adresse deux ouvrages qu'il a publiés sur les sourds-muets et sur l'enseignement spécial dont ils sont appelés à profiter.

— M. LÉON WAISSE, professeur de la classe de perfectionnement fondée par feu le docteur Itard, offre à l'Académie quatre opuscules dans lesquels il a eu l'occasion de toucher quelques-unes des questions soumises en ce moment à l'Académie.

— M. RAMBERSON adresse une brochure sur le langage mimique.

(Ces dernières communications seront renvoyées à la commission de la surdi-mutité.)

— Madame veuve HUSSON fait hommage à l'Académie d'une partie des ouvrages de médecine composant la bibliothèque de son mari.

Une lettre de remerciment sera adressée à madame veuve Husson, au nom de l'Académie.

DÉCLARATION DE VACANCE DANS LA SECTION DE THÉRAPEUTIQUE ET D'HISTOIRE NATURELLE.

M. LONDE lit le rapport au nom de la commission des onze membres chargée d'examiner dans quelle section pourrait avoir lieu l'élection prochaine, qui doit pourvoir au remplacement de MM. Castel, Reveillé-Parise et Richard.

La commission propose de déclarer la vacance dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi mutité.

La parole est à M. J. Guérin.

DISCUSSION SUR LA SURDI-MUTITÉ.

M. J. GUÉRIN : En reprenant la parole pour compléter les observations que l'heure trop avancée m'a forcé d'interrompre dans la dernière séance, j'ai surtout à cœur que l'Académie veuille bien se rendre compte des motifs de mon intervention dans ce débat. Il ne s'agit pour moi que de l'intérêt de l'Académie, de la science et des sourds-muets. Si j'ai cru devoir donner quelque développement à mes observations, c'est qu'elles m'ont paru utiles pour sauvegarder ces trois ordres d'intérêts réunis. L'autorité a demandé à l'Académie son opinion motivée sur certaines innovations relatives à l'éducation physique et intellectuelle des sourds-muets et sur l'utilité qu'il pouvait y avoir à introduire ces innovations dans les écoles du gouvernement. J'ai dit que le rapport, fait au nom de la commission, ne m'avait point paru répondre à son objet; qu'il était insuffisant, manquait de preuves et d'autorité. J'ai motivé ce reproche par divers ordres de considérations, dont l'Académie a pu apprécier la valeur. Le rapport dont il s'agit n'est pas un simple rapport scientifique sur les travaux de M. Blanchet, mais un rapport officiel destiné à éclairer l'administration sur l'utilité de certaines améliorations à introduire dans l'établissement des sourds-muets de Paris; et j'ai ajouté que ces changements, venant à l'encontre d'habitudes établies, d'anciennes routines, rencontreront nécessairement des adversaires qui les jugeront avec sévérité : d'où j'ai conclu que, pour sauvegarder tous les intérêts, il fallait que le rapport fût aussi complet et aussi démonstratif que possible. Cependant j'ai eu le regret de montrer qu'au lieu de satisfaire à ces conditions, le rapport était extrêmement incomplet et ne répondait en aucune façon au but de l'Académie : en premier lieu, parce qu'ayant à se prononcer sur la valeur comparative de certains procédés, de certaines innova-

---

Pourquoi donc sacrifier à de folles chimères le bonheur modeste? Bossuet n'a-t-il pas dit : L'homme s'agite et Dieu le mène? Ces réflexions, je l'avoue, je les faisais en méditant sur les douleurs physiques et morales que j'étais appelé à soulager.

Mais il faut finir.

Ce village réunit-il les conditions voulues de salubrité? Peut-on lui présager un avenir favorable? Je ne le pense pas.

En 1848, lors de l'installation des colonies agricoles, deux convois environ furent débarqués au pont du Chélif. Les colons qui les composaient n'y restèrent que peu de jours, et furent dirigés ensuite sur Vourk-el-Albiton et Aïn-Tédélès où ils sont encore. Quelle fut la cause de ce brusque changement? Je l'ignore.

Le rebord qui termine l'espèce de plateau sur lequel la colonie est placée empêche l'écoulement des eaux pluviales qui, avec les détritus de toute espèce qu'elles rencontrent, forment des marais accidentels dont j'ai déjà signalé les effets délétères.

La position de ce village, son orientation, sa proximité d'un fleuve impétueux et débordant à la saison des pluies, boueux et infecte quand il est à sec, enfin la mauvaise qualité des eaux, voilà les circonstances qui doivent, suivant moi, faire considérer cette localité comme insalubre.

Il ne me paraît donc pas opportun d'achever la partie du village placée à l'extrémité supérieure du plateau. En 1847 et en 1848, les troupes qui travaillaient alors au pont nous ont fourni un nombre considérable de maladies, et nous avons eu à enregistrer à l'hôpital une mortalité très-élevée. Le travail spécial auquel se livraient les soldats a dû, j'en conviens, contribuer d'une manière assez notable à l'élévation du chiffre des malades; toutefois la cause principale appartient aux influences locales.

Je crois que cette localité ne devrait être qu'un camp militaire propre à garder le pont, cette position d'une importance capitale.

Des 317 transportés, arrivés le 10 mai 1852, il n'en reste aujourd'hui qu'environ 130 on 150; un grand nombre ont été graciés.

Je regrette de n'avoir pu donner à ce simple récit un intérêt plus attachant. J'aurais surtout voulu, moins obscur, faire monter jusqu'à ceux qui jouissent du doux privilége de pardonner quelque paroles empreintes d'éloquence et de persuasion. J'ai essayé; je dois donc espérer que ma bonne volonté me servira de mérite.

Beaucoup de transportés déjà ont succombé à la nostalgie, au découragement, aux influences funestes du climat. Qu'il me soit permis de rappeler qu'après la bataille de Pharsale César, devant qui tout pliait, étant sollicité de se venger des Athéniens qui s'étaient déclarés pour Pompée, prononça ces paroles remarquables : Les Athéniens méritent d'être châtiés, mais je pardonne aux vivants en faveur des morts.

ÉMILE CORDIER,

Médecin aide-major de première classe aux ambulances de l'Algérie.

tions, il avait négligé de faire connaître d'une manière explicite ces procédés et ces innovations en regard de ce qui avait été tenté jusque-là dans la même voie; en second lieu, parce que ces procédés et ces innovations n'étant eux-mêmes que des dépendances ou des applications de méthodes générales déjà expérimentées dans d'autres pays, et à Paris même, il était indispensable de connaître et d'apprécier la valeur de ces méthodes, afin de profiter de l'expérience acquise à leur endroit; et enfin, parce que les innovations soumises à l'examen de l'Académie étant destinées à faire subir des changements considérables dans l'enseignement et la discipline des écoles du gouvernement, il importait de préciser les avantages qui pouvaient en résulter, en regard des inconvénients à faire disparaître. Voilà les motifs et en quelque façon la matière de mon opposition au rapport. A cette manière d'envisager la question, on a opposé, et on oppose encore les termes restreints en apparence des questions posées par le ministre. Mais cette interprétation est aussi contraire à la lettre qu'au sens de ces questions. Le ministre parle d'un *traitement imaginé* par M. Blanchet; il demande à l'Académie de dire si, dans sa pensée, *il y a avantage* à faire ce que propose ce chirurgien, et à opérer dans *le classement* et *l'éducation* des sourds-muets de l'école de Paris des changements en rapport avec ses idées. Il ne s'agit donc pas là de faits particuliers, d'appréciations particulières, mais de méthode, d'appréciations et de mesures générales. Une interprétation contraire aurait l'air d'esquiver le vrai débat. Pour mon compte, je pense que si les moyens, les méthodes et les mesures qu'on propose sont bons, et s'il y a, suivant l'expression du ministre, avantage à les adopter de préférence à ce qui existe, il faut le dire franchement, ouvertement, et surtout le motiver de manière à ne craindre aucune contradiction. Si j'avais besoin d'ajouter à ce qui précède un dernier et irrécusable argument, je prierais l'Académie de supposer un instant qu'à la place d'une méthode et de procédés propres à perfectionner l'éducation physique des sourds-muets, il s'agisse d'une méthode curative présentée comme nouvelle par le ministre, et soumise à l'approbation de l'Académie comme devant être introduite dans les hôpitaux ou ailleurs; l'Académie se bornerait-elle à examiner quelques applications de la méthode et à donner son avis d'après ces simples expériences? Non, sans doute : elle s'enquerrait du véritable caractère de nouveauté et de généralité de la méthode; elle profiterait des renseignements et des expériences qui lui viennent d'ailleurs; elle voudrait informer aussi complètement que possible l'autorité sur la valeur du moyen comparé à ceux qui existent, et ne voudrait pas sanctionner ni couvrir de sa responsabilité des mesures sans en avoir apprécié les avantages et l'opportunité. Eh bien ce que l'Académie ferait pour une méthode curative ordinaire, pour un remède, elle jugera sans doute nécessaire de le faire pour une nouvelle méthode d'éducation physique et morale des sourds-muets.

Voilà donc comment et pourquoi j'ai envisagé comme je l'ai fait la question soumise à l'Académie. Les développements dans lesquels j'ai été obligé d'entrer, et ceux que j'ai l'intention d'y ajouter aujourd'hui, m'ont mis dans la nécessité de rappeler le but que je me suis proposé, de montrer d'où je suis parti et où je me propose d'arriver.

Après avoir rapporté tous les efforts, tous les systèmes tentés jusqu'ici dans l'éducation physique et intellectuelle des sourds-muets à deux écoles principales, l'école *française* et l'école *allemande*, j'ai exposé et discuté dans la dernière séance les grandes différences qui caractérisent ces deux écoles, dont la première est surtout en honneur dans les établissements de l'État, et la seconde appliquée presque universellement dans les différents pays du Nord. J'ai aussi discuté successivement les avantages et les inconvénients de la *méthode mimique* et de la *méthode orale*, considérées dans les différentes écoles qui les constituent. J'en étais arrivé à *l'éducation de l'ouïe*, qui forme avec *la lecture* sur les lèvres et *l'articulation* le complément de la méthode allemande, lorsque l'heure m'a forcé d'interrompre. Je vais donc reprendre la discussion au point où je l'ai laissée mardi dernier.

L'éducation de l'ouïe chez les sourds-muets constitue l'élément le plus nouveau, sinon le plus important de la méthode orale : c'est le terrain physiologique et médical proprement dit; et la méthode pourrait à bon droit être qualifiée de française, puisqu'elle a été instituée, développée et perfectionnée par trois médecins français : Itard, M. Deleau et M. Blanchet.

C'est en effet à Itard que l'on doit la première idée de développer l'ouïe chez certains sourds-muets. Le rapport l'a indiqué; il a même rappelé sommairement les moyens employés par notre célèbre collègue, les tentatives de classement et les résultats qu'il avait faits. Mais ce qu'il a omis, c'est de discuter comparativement la valeur des procédés et des méthodes propres à chacun des trois auteurs, afin de préciser la part de chacun dans le progrès, et aussi afin de montrer, s'il est possible, là où est le véritable progrès. Pour justifier cette critique et aussi pour montrer l'importance de cette lacune, il suffit presque de rappeler les faits, de les mettre en regard du problème à résoudre.

L'éducation de l'ouïe chez les sourds-muets comprend l'idée de cette méthode, le classement des sujets, les instruments et moyens, et les résultats produits.

L'idée de la méthode appartient incontestablement à Itard. Ses successeurs n'ont fait que la justifier en l'adoptant.

Le classement proposé par Itard, comme celui de M. Deleau, comme celui de M. Blanchet, repose tout entier sur le degré d'audition existant à l'époque de l'admission du sujet et de sa mise en traitement. La manière de faire de ces trois médecins est la même en principe; ils ne diffèrent que par les moyens qu'ils emploient pour apprécier le degré d'audition au point de départ. Mais avant d'examiner lequel des trois fait le mieux, il importait peut-être de se demander si ce que tous les trois ont fait est bien; si cette méthode de classement, qui consiste à se baser exclusivement sur le degré d'audition, n'est pas une méthode incomplète, artificielle, arbitraire, et incapable de conduire à des appréciations certaines, tant sous le rapport du pronostic, c'est-à-dire des résultats à espérer, que sous le rapport de la valeur des moyens employés, c'est-à-dire de leur part d'efficacité respective dans les résultats obtenus. Or je n'hésite pas à le déclarer, le mode de classement admis par Itard, M. Deleau et M. Blanchet, et sanctionné par le rapport, est complètement subversif des véritables principes de la science, de ceux que l'Académie est habituée à patronner; et de la part de l'honorable rapporteur, dont tout le monde connaît l'aptitude à analyser les différents états morbides constitutifs de chaque maladie, cette sanction m'a paru difficile à comprendre. Il suffit, en effet, de poser les bases d'un classement méthodique des sourds-muets éducables par l'ouïe, pour faire ressortir le vice du classement admis par le rapport.

Séparer d'abord les surdi-mutités dépendantes d'une *maladie* existante, et comme symptômes ou effets de cette maladie, des surdi-mutités établies, persistantes à l'état *d'infirmités*, résultant d'une maladie qui n'est plus;

Puis diviser les surdi-mutités : 1° en celles qui dépendent d'une lésion ou oblitération de l'oreille externe, avec intégrité de l'oreille moyenne et du nerf acoustique; 2° en celles qui tiennent à une lésion, perversion ou distinction de l'oreille interne sans lésion des puissances nerveuses; 3° en celles qui dépendent de cette lésion, paralysie ou autre, du nerf acoustique; sauf à combiner ces divisions entre elles. On conçoit qu'à ces différentes catégories puissent se rapporter des sujets ayant au point de départ le même degré d'audition, quoique les résultats de leur éducation auditive ne soient pas en raison de leur degré de perception initiale, mais en raison des conditions où ils se trouvaient quant au caractère étiologique de leur infirmité. Ainsi donc, *maladie* ou *infirmité*, lésion de *l'oreille externe*, de *l'oreille moyenne* et du *nerf acoustique*, voilà, si je ne me trompe, ce que chacun de nous, jugeant les faits en médecin, aurait préféré au classement purement acoustique d'Itard, de MM. Deleau et Blanchet.

Prenant le classement acoustique de ces auteurs pour ce qu'il est et avec les réserves qui précèdent, quelles différences réelles existent entre Itard, M. Deleau et M. Blanchet? quels motifs de préférence existe-t-il entre chacun d'eux?

On sait, et la commission l'a rappelé, qu'Itard classait ses sujets en ceux qui entendent la *parole*, la *voix*, le *son*, le *bruit*, et en ceux dont l'audition est complètement nulle. Ce classement est vague et n'a rien de précis; sons ce rapport, M. Blanchet a fait un progrès réel sur Itard, en substituant aux appréciations vagues et indéterminées de ce médecin la mesure physique, les acoumètres, le monocorde, réducteurs de tous les sons, de tous les bruits — quelles que soient leurs différences de ton, de timbre et d'intensité, — à un seul élément fixe : le nombre des vibrations. Au point de vue de la science physique, c'est une substitution heureuse, ingénieuse, et qui offre le caractère du progrès scientifique; mais au point de vue absolu, au point de vue physiologique, en est-il de même? N'y a-t-il dans la voix que des vibrations et du timbre, dans la parole que des sons? Pour moi, je ne le crois pas. La parole, avec ses sons articulés, interrompus, saccadés, placés dans certains rapports de succession, ne saurait être réduite, par rapport à la mesure de ses effets sur l'ouïe, à un nombre déterminé de vibrations; et l'ouïe, organe si délicat, instrument si parfait, est un appréciateur beaucoup plus complet, beaucoup plus fin que tous les instruments acoustiques possibles, des éléments du son et de la voix humaine. Je pense donc que certaines réserves à cet égard n'eussent pas été inutiles dans le rapport, d'autant plus que M. Deleau avait fait quelques pas dans la voie ouverte par Itard, dont il eût été juste, sans doute, de tenir compte.

M. Deleau, en effet, décomposant la parole humaine dans ses principaux éléments physiologiques, avait distingué *l'articulation*, le *son* et le *mouvement* de la bouche; de plus, étudiant chacun de ces éléments dans ses origines, les lettres, les syllabes, les mots, il avait tout à la fois tiré de cette analyse ingénieuse et vraie un moyen de classement des sourds-muets et une méthode d'éducation de l'ouïe. Je ne saurais dire jusqu'où l'expérience a sanctionné la valeur des distinctions et des pratiques de M. Deleau; mais je les rappelle parce qu'elles sont ingénieuses, et parce qu'elles forment une espèce d'intermédiaire entre Itard et M. Blanchet, et enfin parce qu'elles sont peut-être de nature à inspirer quelques réserves quant à la préférence absolue à accorder, dans le diagnostic et le traitement de la surdi-mutité, aux instruments de physique et d'acoustique sur les ressources mieux connues de la voix et de l'ouïe.

Quoi qu'il en soit de ces différences et de ces réserves, il est un dernier reproche à adresser au rapport : c'est de n'avoir pas mieux fait connaître les moyens employés par M. Blanchet pour développer, mieux que ne le faisaient Itard et M. Deleau, l'ouïe des sourds-muets. Je ne prétends pas refaire ici tout ce que le rapport laisse à désirer; mais, pour ne citer qu'un exemple, pourquoi le rapport ne mentionne-t-il pas les remarques judicieuses de M. Blanchet sur la concordance de la parole avec l'ouïe, et sur l'utilité qu'il y a, dans les exercices vocaux et auriculaires, chez les sourds-muets, à mettre constamment d'accord la voix avec l'ouïe, le son parlé avec le son perçu. C'est là une des conditions du succès. M. Blanchet en a su tirer un grand parti dans ses exercices vocaux avec l'orgue. Cela valait la peine d'être exposé et apprécié. Le rapport ne le mentionne même pas d'une manière explicite; on n'en trouve que des indications vagues, occasionnelles, dans le récit de quelques expériences particulières : il faut presque deviner pour comprendre.

Mais j'arrive à la dernière partie de mon analyse, à la question de la *transmission du son par les nerfs de la sensibilité générale*. C'est la partie la plus neuve, la plus originale et vraiment originale des recherches de M. Blanchet. Eh bien! c'est celle que le rapport a traitée le plus incomplètement. A peine en est-il dit quelques mots, et ce qui en est dit est fort loin de donner une idée de l'importance des faits et des conséquences pratiques qu'on en peut espérer. Cependant la question du ministre est cette fois fort explicite; mais au lieu d'une déclaration claire, ouverte, le rapport n'a donné qu'une réponse évasive,

pleine de réticences, comme s'il avait eu peur d'aborder la discussion sur ce point. Pourquoi cela? Je ne sais; mais il n'était pas difficile de donner une solution scientifique à cette question : exposer les idées de M. Blanchet, les discuter, les compléter par un examen plus approfondi des faits. Il eût suffi pour cela de causer avec les sourds-muets, de leur demander compte de leurs impressions, de leurs observations. Mais n'anticipons pas.

La question, examinée méthodiquement, comprend l'énoncé des faits, puis la théorie de ces faits, savoir si, comme le pense M. Blanchet, les impressions sonores arrivent au cerveau par les nerfs de la sensibilité tactile, ou bien, comme le soutient notre honorable président M. Bérard, et après lui M. Bonnafont, c'est par les solides du corps humain, les membres, la colonne vertébrale, le sternum et le crâne que cette transmission a lieu; enfin l'application de ces faits à l'éducation des sourds-muets.

Quant aux faits établissant que les sourds-muets complétement sourds perçoivent les vibrations par la sensibilité tactile, ils sont vulgaires. On sait, et le rapport en fait mention, que les sourds-muets sont avertis dans la rue de la présence des voitures, qu'ils se servent de ces impressions pour se diriger. C'est là ce que tout le monde connaît, et là n'est pas la science. La science commence à l'étude des faits d'audition tactile, considérés dans leurs différences, dans leurs conditions, dans l'appréciation de leur origine et de leur portée, et finalement dans la connaissance de leur mécanisme et de leur vraie signification physiologique. De tous ces points, le rapport ne dit mot. Cependant il eût suffi, comme je le disais tout à l'heure, de causer avec des sourds-muets pour apprendre quelque chose sur ces divers points. Ainsi MM. Berthier, Pélissier et Dubois m'ont affirmé qu'ils pouvaient, à l'aide des seules impressions tactiles, distinguer le bruit d'une voiture, d'un tambour, d'un chien qui aboie (1), d'une porte qui se ferme, d'une cloche, en un mot de toutes sortes de bruits. M. Dubois, dont l'esprit d'observation et d'analyse est des plus remarquables, m'a fait d'autres et plus précises révélations : « Que pouvez-vous sentir et distinguer, lui demandai-je, au contact des vibrations des instruments de musique? — Je sens, m'a-t-il dit, les sons qui montent et qui descendent; je puis distinguer les tons les uns des autres. — Et quant à l'essence du son, à la musique, vous en faites-vous une idée? en éprouvez-vous quelque jouissance? — Aucune. » Et il ajouta que tous les bruits en général procurent quelque sensation agréable au sourd-muet,—ce qui explique pourquoi les sourds-muets sont généralement tapageurs, — mais ils n'éprouvent rien au delà. Les sourds-muets constatent donc certaines différences à l'aide de la sensibilité tactile; ce qu'ils ne distinguent pas, ce qui leur manque, c'est la notion essentielle du son, celle qui n'appartient qu'à l'ouïe.

Quant au véritable mécanisme de la transmission des ondes sonores au cerveau, je ne veux pas en faire ici l'objet d'une discussion approfondie; je me bornerai à citer quelques faits qui me paraissent de nature à prouver d'une manière irrécusable que cette transmission a lieu, non pas, comme le pensent notre honorable président et M. Bonnafont, par les solides du corps, mais par les nerfs eux-mêmes.

M. Blanchet a constaté, sur un assez grand nombre de sujets atteints de paralysies du sentiment, qu'ils ne perçoivent aucune impression des corps vibrants du côté paralysé, tandis qu'ils les perçoivent très-bien du côté sain. Cette observation a été répétée sur une série de malades de Bicêtre, dont je possède la liste dans mon dossier. Ce premier fait m'a paru sans réplique; mais il en est deux autres qui ne manquent pas non plus d'autorité. Les sourds-muets que j'ai interrogés à cet égard m'ont tous affirmé que la perception du bruit leur vient par la plante des pieds surtout et la paume des mains, puis par quelques parties du corps très-pourvues de nerfs, comme l'épigastre; enfin, d'après les nombreuses expériences de M. Blanchet, il est établi que bon nombre de sourds-muets perçoivent beaucoup mieux les sons par les mains et les pieds que par l'ouïe; qu'ils perçoivent par les voies tactiles des sons composés d'un nombre de vibrations qui ne leur produisent aucune impression appréciable par l'ouïe. Il n'y aurait aucune raison pour que les ondes sonores n'arrivassent pas aussi aisément et aussi complétement par les solides du tronc et du crâne que par les surfaces tactiles du pied et de la main. La transmission des ondes sonores par les nerfs de la sensibilité générale me paraît donc un fait acquis à la science; il me reste à dire son utilité dans l'éducation des sourds-muets.

Et d'abord n'y eût-il que les usages vulgaires que font les sourds-muets de cette porte supplémentaire ouverte aux impressions vibratoires pour en attester l'utilité, que cela suffirait. Mais il y a d'autres applications d'un ordre plus élevé dont on n'a tiré jusqu'ici qu'un parti très-secondaire. Ainsi chez les sourds-muets complétement sourds, la main placée au devant du larynx peut les aider à distinguer les sons et les mots. Chez les sourds-muets qui sont en même temps aveugles, les perceptions tactiles acquièrent un degré d'utilité très-élevé. Or il n'est pas absolument rare de rencontrer de ces cas. M. l'abbé Carton, auquel l'art d'instruire les sourds-muets doit tant, est parvenu ainsi à développer à un degré remarquable l'intelligence d'une pauvre fille sourde muette et aveugle confiée à ses soins (2).

Le fait de la transmission d'une partie du son par les nerfs de la sensibilité tactile n'est donc pas douteux, pas plus que son utilité n'est contestable dans la constitution de la méthode générale à employer pour l'éducation physique et morale des sourds-muets.

Je ne voudrais pas agrandir démesurément la tâche que le rapport de la commission aurait dû remplir. Cependant il est impossible qu'ayant à apprécier comparativement les éléments de cette méthode, il ne dût pas chercher à déterminer la relation naturelle de chacun de ces éléments entre eux pour les rapprocher et en déduire la méthode la plus générale, la plus complète et je dirai la plus naturelle qu'on puisse appliquer à l'éducation des sourds et muets. Ce complément me paraît d'autant plus indispensable qu'il est plus simple et j'oserai dire plus facile. Cette méthode, telle que nous la concevons, c'est la réunion de la *mimique naturelle* avec la *lecture sur les lèvres*, l'*articulation*, l'*éducation de l'ouïe* et des *sensations tactiles*. Or, qu'est-ce que la mimique naturelle, sinon une partie de notre langage à tous, celle à l'aide de laquelle nous complétons nos paroles, qui nous sert à mieux figurer les objets, à mieux rendre nos idées, nos sentiments, celle par laquelle notre éducation maternelle a commencé? Qu'est-ce ensuite que la lecture sur les lèvres, sinon un élément presque indispensable et le complément de l'audition chez ceux-là même qui entendent le mieux? Qu'est-ce enfin que l'éducation de la parole et de l'ouïe chez ceux qui ne parlent ni n'entendent, sinon des efforts pour développer chez de malheureux infirmes les rudiments de deux fonctions communes aux autres hommes? De sorte que dans chacune de ses parties comme dans son ensemble, la méthode allemande ou orale, complétée par les informations de la sensibilité tactile, n'est autre chose que la méthode du langage et de l'éducation de tous les hommes, dans ce qu'elle a de possible et de praticable chez les sourds-muets; spécialisée sans doute par le développement de certaines parties en rapport avec les sens qui leur restent, sans cesser d'être la méthode naturelle, c'est-à-dire celle qui est à l'usage de l'homme muni de tous ses sens. Tout ce qui peut rendre cette méthode accessible aux sourds-muets est donc un progrès, et tout ce qui tend à leur en rétrécir l'usage agit donc en sens contraire.

Telles sont les remarques générales et particulières que j'avais à soumettre à l'Académie sur le rapport et à l'occasion du rapport. Je lui laisse le soin d'apprécier l'usage qu'elle pourra en faire pour mieux répondre à la mission qu'elle a reçue du gouvernement.

M. Piorry se plaint d'abord qu'on adresse des reproches au rapporteur, tandis que la commission est tout entière responsable du rapport. On a semblé dire, ajoute M. Piorry, que la commission avait paru céder au désir d'attaquer la méthode en usage à l'institution de Paris, qu'elle avait voulu combattre la mimique, etc. Il n'a été nullement question de cela. Quant à l'argumentation de M. Guérin, en particulier, elle se résume tout entière dans un seul reproche, c'est de n'avoir point fait l'historique et l'appréciation comparative des diverses méthodes en usage. La commission s'en serait bien gardé. Tel n'était pas son but; elle a voulu et dû s'en tenir uniquement au sens des questions adressées par le ministre. C'est sur ces points seulement que la commission accepte le débat.

M. Bégin : La question qui nous occupe s'étend et acquiert plus d'importance à mesure que la discussion met en relief ses différents aspects. Elle a pris la proportion d'un grand problème d'enseignement à résoudre. Derrière les faits particuliers s'est glissé le débat déjà plusieurs fois reproduit de la supériorité relative des méthodes employées pour l'instruction des sourds-muets. On a cru voir qu'il s'agissait d'un changement profond à opérer dans le système adopté, et dans les procédés traditionnellement suivis en France, pour développer les facultés intellectuelles et morales de ces infortunés, et pour les mettre en rapport avec les autres parties de la société.

Bien qu'au premier abord le jugement qu'elle va porter, pouvant n'être que provisoire et susceptible de modifications ultérieures, semble ne pas l'engager définitivement, l'Académie comprend cependant toute son importance, et ne se dissimule pas que si l'avis qui lui est demandé par M. le ministre ne doit pas rester une lettre morte, la responsabilité des dispositions d'application auxquelles il donnera lieu lui appartiendra en très-grande partie.

Cette préoccupation très-naturelle, quoique mal définie peut-être, me semble la cause principale de l'hésitation qui suspend depuis trois ou quatre séances notre vote sur les conclusions du rapport. La question, selon moi, n'est pas parfaitement saisie, et de cette confusion est résultée une incertitude concernant la portée réelle de l'avis que nous allons exprimer.

Il serait hors de propos de revenir sur la discussion des avantages et des inconvénients attachés à chacune des méthodes anciennement usitées, la mimique et la lecture sur les lèvres, que quelques personnes prétendent susceptibles d'être associées, mais qui sont formellement exclusives dans la pratique, les élèves s'attachant toujours par la suite à l'un ou à l'autre des deux langages mimique ou parlé qui leur a été spécialement enseigné, mais revenant plus volontiers au premier, qui leur est plus naturel et plus facile.

La médecine n'a participé en rien à l'institution de l'une et de l'autre de ces méthodes, et reste encore à peu près étrangère à leur emploi. On comprend qu'il dut en être ainsi lorsque la surdi-mutité était considérée comme le résultat d'une imperfection originelle d'organisation toujours identique et de sa nature irrémédiable. Mais aujourd'hui cette confusion ne saurait être maintenue. Il faut absolument établir entre les sourds-muets, d'après des procédés de diagnostic précis, des catégories qui permettent de les soumettre au mode de traitement et d'instruction indiqué pour chacune d'elle.

Le problème aujourd'hui posé est donc complexe. D'une part, au point de vue de l'éducation générale des sourds-muets, la supériorité de la méthode mimique telle que l'appliquent en France les écoles de l'État, est remise en question, comparativement à la méthode vocale. D'autre part, on se demande si tous les sourds-muets sont définitivement incurables, et si quelques-uns d'entre

(1) A propos du chien, je demandais à M. Dubois de quelle utilité pouvait lui être un chien de garde. On sait, me dit-il, dans le voisinage que je suis sourd; mais on ne sait pas qu'à travers les autres bruits je sens et distingue très-bien mon chien quand il aboie.

(2) Voyez l'histoire d'Anna, ou l'aveugle sourde-muette de l'Institut des sourds-muets de Bruges; par M. l'abbé Carton, directeur de l'Institut des sourds-muets de Bruges. — In-8°. 1843.

eux ne pourraient pas être guéris de leur surdité et ramenés aux conditions des enfants entendants et parlants ? En ce qui concerne la première question, celle de la meilleure méthode à suivre, pour instruire les sourds-muets, en leur conservant leur surdité, je me récuse complétement, parce qu'il me manque, pour me décider, une connaissance pratique suffisante du mécanisme des procédés employés et surtout de la valeur des résultats obtenus.

Je ne ferai au sujet de nos écoles qu'une réflexion, c'est que je crois y apercevoir un esprit intérieur de routine et une sorte d'arbitraire nuisibles à leurs progrès.

J'émettrai à ce sujet le vœu qu'un conseil de perfectionnement soit créé pour les deux institutions de sourds-muets qui dépendent du gouvernement, à l'instar de celui qui a élevé et qui maintient notre école polytechnique au premier rang pour les établissements d'instruction.

Je reviens à la seconde partie de la question, telle que je l'ai posée, la seule, selon moi, qui ait un caractère réellement médical et pour la solution de laquelle cette Académie soit parfaitement compétente, à savoir la guérison de la surdi-mutité, et tous les moyens à employer pour l'obtenir.

La question pour nous n'est pas de faire parler des sourds en leur conservant leur surdité. Ce que nous avons à examiner, c'est la possibilité de rétablir le sens de l'ouïe à un degré suffisant pour que le sourd entende parler les autres, s'entende lui-même, et puisse, par suite, entrer en communication orale avec la société.

Ici se présente dès le début une difficulté sérieuse : c'est tout simplement qu'on a nié la possibilité de cette guérison de la surdi-mutité, en se fondant sur ces deux motifs : 1° l'état des organes du sourd-muet, non pas tant en ce qui concerne l'oreille et le larynx qu'en ce qu'il a perdu l'aptitude intellectuelle à se servir de la parole ; 2° le fait d'expérience qui constate que l'audition et l'expression vocale ne sont aux sourds-muets de presque aucune utilité.

Si ces observations étaient fondées, il n'y aurait pas lieu à passer outre. On doit se demander d'abord si cette prétendue perte de la faculté instinctive de faire usage de la parole n'est pas une simple supposition. Pourquoi l'instinct d'imitation serait-il plus affaibli chez le sourd-muet que chez les autres enfants du même âge? Il n'est pas douteux que lorsque la surdi-mutité, congéniale ou acquise, est produite par des lésions intracrâniennes, certaines facultés ne puissent recevoir des atteintes qui peuvent aller jusqu'à l'idiotie. Mais lorsque l'altération est bornée aux différentes parties de l'appareil auditif proprement dit, rien ne saurait justifier cette assertion que la maladie étant guérie, les conséquences de la guérison ne pourront être obtenues.

..... Arrivés à ce point de notre délibération, une dernière considération se présente, c'est celle du nombre de sourds-muets à qui pourraient être profitables les bienfaits du traitement difficile et nécessairement prolongé de leur infirmité. Bien que l'administration ne paraisse pas avoir procédé jusqu'à présent à un recensement authentique des sourds-muets, on s'accorde généralement à en porter le nombre à 20 ou 24,000 environ pour toute la France. D'après les recherches de plusieurs statisticiens modernes, ce chiffre pourrait s'élever même à 30,000, et à 300,000 pour l'Europe entière. D'autre part, Itard avait établi que la proportion des sourds-muets susceptibles d'être soumis avec avantage au traitement curatif pouvait être du dixième approximativement. M. Blanchet élève cette proportion au cinquième et même au quart. En se bornant au nombre le plus faible, ce serait donc pour la France 12 à 1,500 individus au moins que l'art aurait l'espoir de rendre à la plénitude de la vie sociale, et si le succès répondait aux espérances que font naître les faits déjà acquis, ce n'est pas à moins de 30,000 pour toute l'Europe que cet admirable résultat pourrait s'étendre.

Le système à mettre en pratique pour rendre l'audition et l'usage de la parole aux sourds-muets qui sont susceptibles de recevoir ce double bienfait, n'a rien d'exclusif, et peut, sans perturbation considérable, être introduit dans les écoles de l'État. Mais c'est manifestement l'État qui peut, au début, s'appliquer avec le plus d'avantage, et lui faire produire tout ce qu'il est possible d'en attendre, d'abord parce qu'il possède le plus de ressources, et ensuite par cette autre raison que pouvant faire appel au concours des hommes les plus éclairés, la marche sera plus ferme et les progrès devront être plus certains et plus complets.

Il y a certainement dans cette voie nouvelle, si largement ouverte par Itard, une palme de gloire à cueillir, que la France pourrait regretter plus tard d'avoir abandonnée à des rivaux, qui viendraient, ainsi qu'on l'a vu tant d'autres fois, la remporter chez elle, comme étant leur conquête.

Je ne dirai ici de l'enseignement et des soins auxquels devraient, selon moi, être soumis les sourds-muets susceptibles de recouvrer l'ouïe et la parole, que ce qui me semble indispensable pour corroborer ce qui précède, et montrer la simplicité et la facilité d'application des moyens à employer pour atteindre le but.

D'abord tous les sourds-muets admis dans les institutions de l'État seraient soumis, lors de leur entrée, à un examen minutieux ayant pour objet : 1° de vérifier autant que possible les médications portées sur la feuille de renseignement dont ils sont porteurs et dont les détails pourront être complétés ; 2° de constater leur état physique actuel sous le double rapport de la constitution et de la santé générale, et sous celui des dispositions appréciables des différentes parties de l'appareil auditif ; 3° de reconnaître, à l'aide d'épreuves déterminées et combinées à cet effet, leur degré d'aptitude à percevoir les sons, à les produire par la voix, et approximativement au moins, le développement de leur intelligence.

De ce premier examen médical et psychologique, dont les détails seront consignés immédiatement sur un registre, résultera un premier classement des élèves, dont les uns suivront la direction générale de l'enseignement adopté pour les sourds, et les autres seront en outre soumis, soit au traitement reconnu applicable des lésions constatées de l'appareil auditif, soit seulement aux exercices de l'audition et de la voix qui auront été adoptés.

Les élèves arrivés à pouvoir entendre la parole et à la reproduire seront définitivement séparés des autres et placés dans un quartier distinct, n'ayant plus de communication avec les sourds. Là ils continueront la gymnastique auriculaire et vocale ; la parole sera le moyen de communication exclusivement en usage ; aucune chose de quelque nature qu'elle puisse être ne sera donnée pour satisfaction de besoin ou pour tout autre motif qu'autant qu'elle sera demandée par son nom ; on pourra même, s'il est nécessaire, empêcher l'usage de la mimique en attachant les bras, ou en couvrant en partie les yeux avec des bandeaux.

Pendant les expériences d'instructions, pour faciliter les rapports du maître avec certains élèves ou avec des classes entières et ceux des élèves entre eux, il sera possible d'armer les premiers d'instruments de renforcement de la voix et munir les seconds de cornets propres à réunir et à concentrer les vibrations sonores. Bien entendu que ces instruments pourront être affaiblis, et enfin supprimés à mesure que l'audition fera des progrès.

Pour compléter ces indications très-succinctes, j'ajouterai que dans l'intérêt des élèves il pourrait être avantageux, dès que l'audition et la parole seront suffisamment développées, de les placer dans quelque établissement affecté à l'instruction des enfants parlants, soit lycée de l'État, soit institution religieuse ou privée, dont les chefs seraient honorés et s'empresseraient de les recevoir sans aucune vue de bénéfice à faire sur eux.

Je ne présente ces idées que pour donner un aperçu de la route qu'il serait possible de suivre, et par conséquent pour appuyer les conclusions du rapport que vous avez entendu, avec cette restriction toutefois que, sans indiquer au ministre de procédé à adopter de préférence, l'Académie se bornera à poser et approuver le principe de la nécessité du traitement curatif des sourds-muets, en l'invitant à charger une commission de coordonner les moyens qu'elle jugera les plus efficaces pour y réussir, et de réglementer leur emploi dont la surveillance et la direction lui resteront confiées.

M. Bousquet : S'il est vrai, et qui en pourrait douter? que le sourd-muet ne parle pas parce qu'il n'entend pas, il est clair que pour le faire parler, il faut le faire entendre ; et tout ce qu'on fera en dehors de cette vue si simple n'aura que des résultats insignifiants ou incomplets.

Si vous lui rendez l'ouïe, ne vous inquiétez pas du reste ; il rentre par cela même dans la vie commune, il parlera de lui-même, et il n'a que faire de la pédagogie ; mais si vous le laissez avec son infirmité, il faut lui donner au plus vite un maître, un précepteur qui l'élève et lui enseigne à se passer du sens que la nature lui a refusé.

(Ici M. Bousquet fait l'historique des trois modes d'enseignement ou des trois systèmes d'éducation en usage pour les sourds-muets, et après avoir plus particulièrement insisté sur les travaux d'Itard, il continue en ces termes :)

M. Blanchet s'est associé à Itard en marchant sur ses traces : c'est là son mérite ; son erreur serait de croire que, pour avoir substitué aux bruits de la cloche ou du tambour l'usage des *acoumètres du monocorde*, il a créé une nouvelle méthode, il a posé de nouveaux principes. Ce sont là, si l'on veut, des modifications heureuses, mais c'est toujours le même enseignement au fond.

A la différence près des instruments employés à exciter le sens auditif et à mesurer les progrès de l'audition, la conformité est parfaite.

Au surplus, en restituant à M. Itard une méthode qu'il a faite sienne, je ne m'en dissimule pas les défauts. Il est trop clair que pour rendre l'ouïe aux sourds-muets, il faudrait atteindre aux causes qui les en ont privés.

Il ne peut entrer dans le dessein de cette note de parcourir toutes les lésions congénitales ou acquises qui peuvent entraîner la surdité et l'abolition de la parole : nous remarquerons seulement que quoiqu'elles contiennent le secret de cette double infirmité, personne ne s'en est occupé, ni Itard, ni M. Deleau, ni M. Blanchet. L'art a désespéré d'atteindre jusque-là ; mais alors qu'il se console de ses défaites. Quand on se résout à ne s'attaquer qu'à l'effet, tout ce qu'on peut espérer c'est de soulager, c'est d'améliorer ; mais de guérir, jamais.

Et cependant, veuillez le remarquer encore, on ne court qu'après les victoires les plus faciles ; le sourd qui n'entend rien est abandonné sans pitié ; on n'a de sollicitude que pour les demi-sourds. On s'empare de ce qui lui reste d'audition, et pour l'améliorer on n'a rien imaginé de mieux que d'assaillir l'oreille des bruits les plus aigus et les plus répétés.

Tout ce que l'oreille peut gagner à cet exercice, elle l'obtient bientôt, mais elle le perd avec la même facilité.

Les premiers effets de cette éducation sont généralement heureux et prompts. Les parents, faciles à s'abuser, y voient d'abord le présage d'une guérison complète et prochaine, on dit même qu'une société illustre y a été trompée. Mais bientôt cette amélioration s'arrête, et comme l'oreille ne parvient jamais à saisir les modulations de la voix, la parole reste toujours bornée, rude, sans expression. Les demi-sourds sont toujours des demi-muets. Ils parlent, mais ils ne comprennent pas ; la conversation est une musique trop délicate pour des organes si grossiers. Tels étaient les élèves de M. Itard, et il ne s'en cachait pas. Ceux de M. Blanchet seraient-ils plus heureux? Il n'y a pas d'apparence. S'ils le sont, c'est qu'ils ont été mieux choisis, c'est qu'ils entendaient mieux quand on a commencé leur éducation ; de sorte qu'en réalité l'art avait moins à faire. Loin de cette hypothèse, je ne vois qu'illusion.

Vous parlez sans cesse de rapprocher le sourd-muet des parlants, et vous avez raison ; mais souvenez-vous qu'il n'y a qu'un moyen d'opérer ce rapprochement, c'est de lui rendre l'ouïe, assez du moins pour qu'il entende la parole sur le ton de la conversation. S'il entend sans trop de difficulté, il parlera sans effort, et il ne lui en coûtera pas de se rapprocher de ceux à qui il pourra se communiquer. Mais

si, après tous vos exercices, l'oreille reste toujours plus ou moins dure, s'il n'entend que confusément, avec peine et de près, n'espérez pas l'attirer dans une société qui n'est pas la sienne. Plus juste appréciateur de sa position que vous-mêmes, il s'éloignera peu à peu et retournera de lui-même à ses compagnons d'infortune, avec lesquels du moins il se sent plus à l'aise, et où son amour-propre n'a rien à souffrir de la comparaison. On a souvent admiré la facilité qu'ont les enfants à apprendre à parler; c'est, en effet, quelque chose de merveilleux, et cependant ils n'ont pas de maître, ou, si l'on veut, ils en ont autant qu'il y a de parlants. Je veux dire que les paroles à leur adresse ne sont rien en comparaison de celles qui portent à leurs oreilles; mais ils les saisissent au vol, et les répètent dans l'occasion de manière à vous comprendre. S'ils étaient contraints à un nouvel effort d'attention et d'audition à chaque mot nouveau, croyez-vous que leur éducation marcherait si vite? Détrompez-vous. Quand il faut se donner tant de mal pour entendre on cesse bientôt d'écouter, et la peine d'écouter éteint promptement jusqu'au désir de parler. Et il n'est pas nécessaire, pour tomber dans le mutisme, d'être né sans oreilles. L'histoire ne manque pas d'exemples d'enfants doués de tous leurs sens et qui, ayant perdu tout à coup et par accident la faculté d'entendre, se sont promptement déshabitués de la parole, dont cependant ils avaient joui jusqu'à 5, 6 et même 7 ans.

C'est ici le lieu de placer une réflexion que je livre à la physiologie. Il n'en est pas de l'ouïe comme des autres sens. Considérez la vue, par exemple. Sans doute ses services sont en proportion de son étendue; mais quelque faible qu'elle soit, elle est encore fort utile. Si elle ne distingue pas les petits objets, elle distingue les gros; si elle ne nous permet pas de lire, elle sert à nous conduire. Et de même pour l'odorat, le goût et le toucher. Mais l'oreille se trouve dans une position toute particulière, et cela à cause de ses liaisons avec la parole. Placée à la portée de l'intelligence, elle transmet la parole, que la voix répète comme un écho : il y a là un admirable concert, et pour y jouer son rôle, pour y tenir son rang, elle a besoin de toute sa finesse, de toute sa perfection, sinon elle ne sert presqu'à rien, elle est perdue pour la parole; comment la bouche pourrait-elle répéter ce que l'oreille n'entend pas? Encore une fois, les élèves de M. Blanchet ont-ils acquis, sont-ce habile maître, la faculté d'entendre au degré dont je parle? Si vous répondez par l'affirmative, je vous en félicite; mais, croyez-moi, ne vous pressez pas de conclure, attendez encore, et vous rappelez que d'ordinaire l'amélioration de l'ouïe ne dure pas. Combien de malheureux sourds-muets qu'on croyait avoir rendus à la société parlante s'en sont retirés d'eux-mêmes, par les difficultés d'y tenir leur place! Parlerai-je des précautions à prendre pour s'assurer du degré d'audition de vos élèves? Il est trop évident que s'ils sont exercés à lire la parole sur les lèvres, vous ne pouvez éprouver leurs oreilles qu'à l'insu de leurs yeux; autrement vous êtes exposé à prendre le change, le sourd lui-même s'y trompe. Ma remarque paraîtra d'autant plus naturelle que, si je suis bien informé, tous les élèves qui ont passé sous les yeux de la commission s'exercent à la parole dans la classe d'articulation de la rue Saint-Jacques.

Tous apprennent aux leçons d'un maître habile la lecture sur les lèvres; d'où l'on voit que les succès qu'ils ont obtenus, fussent-ils tout ce qu'on en dit, il se trouverait deux instituteurs pour se les disputer et pour se les partager. Et en effet, à côté de ces élèves il y en a d'autres qui n'entendent rien, mais ils suivent aussi la classe d'articulation, et on assure qu'ils parlent très-mal; mais enfin cela suffit pour prouver qu'il n'est pas absolument nécessaire d'entendre pour émettre quelques sons et articuler quelques mots.

Par toutes ces considérations et par d'autres que nous omettons, nous supplions l'Académie de mettre la plus grande réserve dans sa réponse à l'autorité supérieure.

Tout ce qu'on a essayé, tout ce qu'on a fait jusqu'ici pour rendre l'ouïe aux sourds-muets a échoué. M. Blanchet ne s'est pas laissé rebuter par l'exemple de ses prédécesseurs; il faut le louer de son courage et de sa persévérance; il faut encourager ses efforts, mais je ne crois pas que le moment soit encore venu de proclamer son triomphe.

Plusieurs membres sont encore inscrits pour prendre la parole. Vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA DYSSENTERIE ; par le docteur ALFRED FOUQUET. —Vannes, 1852.

Le livre dont je vais rendre compte est une de ces productions qui grossissent la bibliographie sans enrichir la science. L'auteur a choisi pour base et conclusion de ses raisonnements les propositions suivantes : « 1° La dyssenterie est une névrose convulsive clonique dont le siége est dans le grand sympathique et dont le théâtre pathologique est dans le gros intestin. 2° Dans la dyssenterie il y a diminution de la sensibilité générale, exaltation du mouvement contractile et augmentation de sécrétion du mucus intestinal. »

Voilà pour l'étiologie et la physiologie pathologique. A ce simple énoncé, on comprend que nous ne sommes plus dans les voies battues, nous rétrogradons jusqu'à Stoll, et l'auteur se demande pourquoi ce praticien avait regardé la dyssenterie comme un rhumatisme des intestins, il discute sérieusement cette doctrine et fait intervenir Galien dans ce débat, parce que Galien a observé que la folie, la mélancolie, la pleurésie, le lumbago, l'hémoptysie, l'épilepsie et l'hydropisie succédaient quelquefois à la dyssenterie. Diverses affections peuvent coexister sur le même individu ou succéder l'une à l'autre sans être de la même nature. « Tous les jours on observe que la dyssenterie succède à la diarrhée ou la diarrhée à la dyssenterie; cependant Stoll a soin de faire observer que ces deux affections sont bien différentes, et qu'il a vu souvent une dyssenterie guérie par une diarrhée. » Mais M. Fouquet ne pardonne pas à son illustre devancier d'avoir conclu à la nature rhumatismale de la dyssenterie, parce qu'un rhumatisme articulaire cessant tout à coup, une dyssenterie vient à naître, parce que le même malade peut être atteint à la fois par le rhumatisme et par la dyssenterie; parce que la dyssenterie cessant, le rhumatisme surgit exactement comme dans une fièvre rhumatismale; parce que ces maladies peuvent régner en même temps, les uns étant frappés de dyssenterie, les autres de rhumatisme; parce qu'enfin la dyssenterie se juge souvent par des sueurs et une efflorescence miliaire, ce que l'on observe souvent dans les rhumatismes.

« Une pareille manière de raisonner, dit notre auteur, peut conduire aux conséquences les plus absurdes. Si l'on voulait, par exemple, expliquer ainsi le cas cité par Hollerius d'une gale à la main succédant à une dyssenterie supprimée, il faudrait admettre que la dyssenterie et la gale sont deux maladies de même nature et causées par des cirons. »

Je suis loin pour ma part de traiter d'une manière aussi cavalière l'opinion de Stoll; je ferai remarquer d'abord que si l'on n'est point en droit de conclure de la coexistence des maladies à leur identité, on doit au moins ne pas négliger tout à fait cette étude quand il s'agit de les classer, de les catégoriser. Du reste, l'opinion attribuée exclusivement à Stoll avait été émise longtemps avant par Alexandre de Tralles, qui appelait la dyssenterie un rhumatisme de l'intestin; Akenside et Richter l'ont adoptée, et le premier de ces auteurs remarque aussi qu'il a souvent observé la dyssenterie à la fin des rhumatismes, et *vice versâ*. Chacun a pu voir que dans le rhumatisme les selles présentent quelquefois le caractère dyssentérique, consistent presque entièrement en mucus, et sont expulsées avec des coliques et du ténesme. Akenside rapporte, entre autres, un cas dans lequel le même malade présenta trois fois le rhumatisme alternant chaque fois avec la dyssenterie. Lors donc que Stoll, après une analyse clinique profonde, nous déclare que la dyssenterie et le rhumatisme sont des affections voisines, παθηματα αδελφεα, il n'est point permis de rejeter légèrement son opinion. Richter, Zimmermann, Tissot et Baker ont tous fait la même remarque, ce qui prouve au moins la justesse et la sagacité de l'observation clinique de Stoll et des anciens.

L'auteur mentionne à peine l'opinion de Willis modifiée de nos jours, mais régnant encore en pathologie, à savoir : l'existence dans le sang d'humeurs qui, portées aux intestins, développent pendant la vie du malade tous les symptômes de la dyssenterie et occasionnent tous les désordres qu'on observe après la mort. Dans les humeurs de Willis rentrent les miasmes palustres ou autres, auxquels on fait jouer de nos jours une si grande part dans l'étiologie de la dyssenterie. Le docteur Fouquet ne s'est pas arrêté à la réputation d'un semblable système avancé, dit-il, sans preuves; mais l'opinion de Willis et des modernes repose sur un certain nombre de faits qu'il était important d'analyser, et dont je citerai seulement les principaux.

Ainsi Morton, en décrivant les épidémies dyssentériques qui sévirent à Londres vers le milieu du dix-septième siècle, dit expressément que l'affection intestinale n'était qu'un symptôme de la fièvre rémittente qui formait le fond de la maladie. Cullen range sous le titre de ***fièvres rémittentes tierces*** ces dyssenteries de 1658, 1664, 1673, 1691 désignées par Morton du nom de ***febris syneches epidemica*** (de Συνεχης, colliquative). Sydenham, dans plus d'un passage, désigne la dyssenterie sous l'épithète de ***febris intraversa, fièvre tournée à l'intérieur et vers les intestins***. Willis, qui a décrit comme Morton et Sydenham ces épidémies du dix-septième siècle (PHARMACEUTICE RATIONALIS GENEVÆ, 1680, p. 77), observe qu'après les ravages du choléra en 1671 il se montra vers l'équinoxe une épidémie de fièvres intermittentes et rémittentes quotidiennes ou tierces. Pendant que cette épidémie sévissait dans les villes de la province, la dyssenterie faisait de nombreuses victimes à Londres. Moscley, qui au commencement de ce siècle a écrit sur les maladies des pays chauds (1803), a noté que dans la dyssenterie les selles devenaient plus fréquentes et tous les symptômes de cette affection s'aggravaient aux heures des paroxysmes des fièvres régnantes. Mais déjà, en 1762, Cleghorn, confirmant la tradition des épidémiologistes du siècle passé, avait observé à Minorque que la fièvre et le flux intestinal s'exaspéraient régulièrement dans la dyssenterie tous les jours et tous les deux jours, et que le quinquina mettait souvent un terme à tous ces accidents, surtout quand les exacerbations commençaient par des frissons et se terminaient par des sueurs.

Je pourrais grossir encore cette liste et faire voir comment cette doctrine,

que M. Fouquel ne se donne pas la peine de réfuter, a été retrouvée par les médecins militaires de l'Algérie et donne tous les jours entre leurs mains des résultats thérapeutiques très-heureux. C'est bien là, aujourd'hui, l'un des faits les plus importants de l'histoire de la dyssenterie; il touche à des questions que nous n'avons pas à soulever ici; nous avons voulu seulement profiter d'une omission grave pour rappeler les points de cette doctrine dans l'ordre chronologique, afin d'établir qu'elle n'est point nouvelle et qu'elle s'appuie au moins autant sur la traduction des grands médecins du siècle passé que sur les observations contemporaines.

Plus loin, l'auteur n'examine pas avec plus de soin la doctrine de Broussais et les travaux de son école. Il semble ignorer tout ce que les recherches anatomo-pathologiques ont entassé au sujet des lésions de la muqueuse intestinale dans la dyssenterie, ou du moins il conteste l'importance de ces recherches. « Demandez, dit-il, à ces systématiques pourquoi, comme le remarque Stoll, les malades qui fébricitent dans les épidémies de dyssenterie, sont-ils plutôt guéris et pourquoi ne conservent-ils pas de cachexie? Demandez-leur encore pourquoi cette phlogose, assez violente pour déterminer la gangrène de l'intestin en quelques jours, peut exister cependant sans chaleur à la peau, presque sans fièvre, tandis que, dans la dothinentérie, où l'on observe des lésions presque nulles en comparaison, la fièvre est si violente et si continente? Demandez à Broussais pourquoi la musculeuse intestinale est toujours épaissie et contractée, ce qui n'a jamais lieu sans la diarrhée?.... Pourquoi le traitement antiphlogistique laisse-t-il mourir aux Antilles les trois quarts des dyssentériques? » Il y a dans toute cette discussion, à côté de quelques vérités pratiques, des assertions hasardées; ainsi, est-il besoin de rappeler qu'on a distingué dans la dyssenterie, depuis Elim Muller, une forme légère apyrétique, sporadique, et une forme grave ou maligne dans laquelle la langue est couverte d'un enduit épais, quelquefois blanchâtre, quelquefois fuligineux, la fièvre quelquefois intense et la prostration extrême. Ce n'est donc pas sur l'absence ou la présence de la fièvre que le praticien se fondera pour établir le pronostic.

Quant à prétendre que la gravité des lésions anatomiques doit être en rapport seulement avec l'intensité de la fièvre, c'est une opinion qui ne peut être prêtée à Broussais en ces termes. Le chef de l'école physiologique avait parfaitement reconnu que, dans certains états de collapsus, avant que la réaction ne s'opère, des altérations considérables peuvent survenir dans le jeu ou la composition des organes, et il était tellement pénétré de cette pensée, qu'il prescrivait dans ces cas de détourner l'irritation pour relever les forces de l'organisme.

Nous voici arrivé maintenant à la partie vraiment originale de l'ouvrage, celle où l'auteur expose son opinion, « qui diffère essentiellement de toutes celles que l'on a produites jusqu'à ce jour. » Comme l'étendue de cette revue nous empêche de la discuter, nous citerons seulement ici quelques passages relatifs à cette doctrine, laissant à nos lecteurs le soin de l'appréciation :

« Les causes qui produisent la dyssenterie ne frappent quelquefois qu'un plexus;.... si les plexus mésentériques sont atteints, tous les gros intestins sont torturés convulsivement; si tout le grand sympathique vient à être lésé, le théâtre de la dyssenterie est alors beaucoup plus vaste, et on peut observer les spasmes dyssentériques depuis l'œsophage jusqu'à l'anus..... Lorsque les spasmes ont une certaine intensité ou une certaine durée, ils déterminent dans les intestins des lésions organiques plus ou moins graves.... Le traitement de la dyssenterie présente deux indications à remplir. La première a pour but de suspendre le trouble nerveux, de faire cesser les spasmes convulsifs; la seconde s'occupe des lésions intestinales, qui sont quelquefois fort graves. »

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— Le concours de l'agrégation pour les sciences anatomiques, physiologiques et chimiques s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le 16 juin prochain.

Les concurrents inscrits pour ce concours sont :

Pour l'anatomie et la physiologie : MM. Dupré, Segond, Verneuil, Bouillard, Fano, Demarquay.

Pour la chimie : MM. Orfila (Louis), Figuier, Brame, Guillemin, Leconte.

— MM. Rouget et Trélat viennent d'être nommés aides d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris.

— Nous recevons de M. Fernando Weyler médecin militaire à Palma (Majorque, îles Baléares), la communication suivante, relative aux furoncles et aux panaris épidémiques :

Dans cette île, une sécheresse remarquable a régné depuis 1847 jusqu'en 1851. Dans le mois d'octobre de cette dernière année, les pluies sont revenues avec force et ont duré jusqu'au mois de juin 1852. Il est tombé une quantité d'eau très-supérieure à celle qui tombe à l'ordinaire. L'humidité a été très-grande.

En janvier 1852, se sont déclarés des érysipèles de la face, avec symptômes cérébraux qui ont causé quelques morts. Dans l'été, un grand nombre de conjonctivites catarrhales se sont montrées; puis, au commencement de l'automne, apparurent les furoncles, les anthrax. Au moins ces inflammations revêtaient la forme de panaris.

Ces éruptions n'ont épargné ni sexe ni professions : on les voyait sur les pauvres et sur les gens aisés; elles étaient très-douloureuses, tenaces et sujettes à se reproduire facilement. Le traitement a été les émollients, avec les narcotiques sous forme de cataplasmes, les bains locaux, etc., et les pansements avec le cérat. Du reste, l'état général de la santé ne paraissait avoir été influencé en aucune manière. En même temps régnaient des fièvres intermittentes qui se sont prolongées jusqu'en hiver.

En janvier 1853, la grippe avec céphalalgie, toux, fièvre et symptômes gastriques, a régné avec intensité.

— On sait que la démolition de l'antique et célèbre Hôtel Dieu de Paris a été décidée dans une des dernières séances de la commission municipale. Mais cette démolition n'est pas la seule qui doive être opérée dans l'île de la Cité. D'après un grand projet dont l'idée appartiendrait au chef de l'État, toutes les constructions particulières qui existent dans la vieille Lutèce disparaîtraient; il n'y resterait que le Palais de Justice, la Préfecture de Police et Notre-Dame. Sur le vaste emplacement mis à nu, on construirait une caserne monumentale, de nouveaux bâtiments pour le Palais de Justice et la Préfecture de Police, et enfin une magnifique place qui permettrait d'admirer, sous une belle perspective, toutes les beautés de la cathédrale. D'après ce plan, l'Hôtel Dieu devrait être transporté en entier sur la rive gauche du petit bras de la Seine où il se trouve déjà en partie. Ou dit que, grâce à l'intervention toute récente d'un honorable professeur, le plan dont il s'agit aurait été modifié ou serait sur le point de l'être. Suivant la nouvelle modification, l'Hôtel-Dieu serait reconstruit dans des proportions tout à fait monumentales, au nord de Notre-Dame. Les dimensions du nouvel hôpital seraient assez considérables pour permettre d'y transporter les deux services de l'hôpital de Cliniques, et les bâtiments de ce dernier hôpital seraient acquis par la Faculté qui y placerait ses collections et sa bibliothèque.

— Les travaux de déblai pour l'établissement de l'hospice thermal militaire à Bourbon l'Archambault (Allier) se poursuivent avec beaucoup d'activité et occupent en ce moment-ci un grand nombre d'ouvriers.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé, mercredi dernier, au renouvellement de son bureau et à la formation de ses différents comités. M. le professeur Requin, vice-président de l'année dernière, a été élu président pour l'année 1853-1854. Ont été nommés : vice-président, M. Bricheteau; secrétaire général, M. Henri Roger; secrétaires particuliers, MM. Hérard et Léger; trésorier, M. Labric. On a procédé ensuite à l'élection du conseil d'administration, dont MM. Barth, Legroux, Marrotte, Trélat et Vigla ont été nommés membres. En outre, feront partie du comité de publication, MM. Hérard, Labric, Léger, Marrotte et Roger; et du conseil de famille, MM. Devergie, Hervez de Chégoin, Horteloup, Guérard et Natalis Guillot.

Le secrétaire général rappelle que la Société médicale des hôpitaux de Paris se compose de membres titulaires (médecins des hôpitaux), de membres associés et de correspondants; elle tient ses séances les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois, dans l'amphithéâtre des hôpitaux, rue Neuve-Notre-Dame, 2, à trois heures et demie de l'après-midi; ces séances sont publiques. Il rappelle également que la Société a proposé un prix de 1,000 fr. à décerner, en 1854, à l'auteur du meilleur mémoire *sur l'albuminurie.* — S'adresser, pour les renseignements, à M. Henri Roger, secrétaire général, boulevard de la Madeleine, 15, à qui les mémoires devront être adressés *franco* avant le 31 décembre 1853.

— Le conseil municipal de Turin vient de prendre une mesure très-sage.

A l'avenir, les maisons nouvellement construites ne pourront être habitées qu'après que deux étés se seront écoulés depuis leur construction. Il a également fixé la hauteur des maisons à 21 mètres.

Une pareille mesure serait bien nécessaire à Paris, où les maisons sont habitées presque au sortir de la main des maçons, et avant que la dessiccation des murs soit complète.

Les médecins ne savent que trop à combien d'accidents et de maladies s'exposent les malheureux qui ne craignent pas, suivant l'expression populaire, d'*essuyer les plâtres*.

— On lit dans le COURRIER DE MARSEILLE du 23 avril : « Un éleveur d'oiseaux pour la chasse au poste, demeurant dans la vieille ville, a, par malheur, un tout jeune enfant atteint de phthisie pulmonaire. Depuis que les symptômes du troisième degré de la maladie se sont manifestés, ce pauvre homme a vu peu à peu ses petits pensionnaires ne plus boire, refuser les graines les plus fraîches, maigrir et tomber morts, malgré le soin qu'il a eu de tenir les appartements bien propres et bien aérés. Voyant cela, le père du malade a transporté chez un voisin le reste de sa troupe chantante, qui jouit en ce moment de la santé la plus parfaite. Seulement il a voulu, l'autre jour, renouveler l'expérience en ramenant un *verdon* dans la chambre du petit malade, et là, malgré les soins les plus assidus, l'oiseau est mort au bout de quarante-huit heures. »

— M. le docteur Sandras commence, jeudi 19 mai, à l'hôpital Beaujon, ses leçons cliniques *sur les maladies nerveuses* et les continuera tous les jeudis suivants.

A 8 heures, visites des malades.

A 9 heures 1/2, leçon orale.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LA SURDI-MUTITÉ.

Pourquoi le dissimulerions-nous? Notre satisfaction ne saurait être plus grande. La cause au triomphe de laquelle la GAZETTE MÉDICALE s'est associée ne comptera bientôt plus d'adversaires; et les efforts que nous avons fait pour amener l'Académie à envisager la question de l'enseignement des sourds-muets à un point de vue digne d'elle sont près d'être dépassés. Nous nous en félicitons bien plus pour le progrès et pour l'Académie qui est appelée à le consacrer, que pour nous-même; car notre seul mérite, dans cette circonstance, aura été de l'empêcher de laisser échapper une belle occasion d'être utile à la science et à l'humanité.

On le sait depuis longtemps : M. Bouvier n'aime pas à être de notre avis. Par ce motif, et aussi à certains indices d'opposition, la cause que nous défendons ne paraissait pas devoir compter sur le concours de notre savant contradicteur. Nous sommes-nous trompé ? ou bien la force de la vérité aurait-elle vaincu ses répugnances? Toujours est-il qu'à l'heure qu'il est, ni la commission, ni M. le rapporteur, ni M. Blanchet, ni personne, ni nous-même, ne pourrions avoir la prétention de rivaliser de zèle et de conviction avec M. Bouvier. La dernière séance tout entière lui a à peine suffi pour lire la moitié de son plaidoyer contre l'établissement des sourds-muets de Paris représentant la méthode mimique, et en faveur de la méthode allemande ou orale. Nous disons *lire*, car, par excès de dévouement pour la cause, l'honorable académicien a préféré s'astreindre à rédiger ce qu'il aurait improvisé sans doute d'une manière non moins brillante. Quoi qu'il en soit, nous avons eu la satisfaction vive de voir notre collègue, si souvent notre contradicteur, marcher à notre suite dans la voie que nous avons ouverte; signaler, comme nous, les inconvénients des méthodes mimiques et les avantages de la méthode orale; recourir aux mêmes sources, visiter les mêmes établissements, interroger les mêmes personnes, et finalement conclure, comme nous, en faveur de la réforme. Cependant si M. Bouvier nous a fait l'honneur de marcher dans la voie où nous l'avions précédé, nous aurions tort de nous en attribuer le moindre mérite; car notre savant confrère n'a pas eu l'air de s'en apercevoir, et il a fait du reste une foule d'efforts pour individualiser son attitude dans le débat. Après avoir dit par quel côté M. Bouvier a confondu ses efforts avec les nôtres, notre impartialité nous oblige à signaler les côtés par lesquels il s'est éloigné de nous.

Pour la forme d'abord, M. Bouvier a presque toujours séparé ce que nous avons rapproché; là où nous nous sommes contenté de faire deux divisions, notre savant collègue en a fait six ou huit; là où nous avons agité des idées, il a supputé les faits, cité les circonstances. Sa méthode pas plus que son esprit ne pouvaient se confondre avec notre méthode et notre esprit. L'Académie aura sans doute fait son profit de ces différences, de ces oppositions. Mais M. Bouvier est allé plus loin : après avoir substitué à une discussion de haute théorie une énumération descriptive des méthodes en usage dans les établissements des sourds-muets; après avoir substitué à une appréciation de pratique générale des citations de faits et de résultats particuliers, espèce de clinique des sourds-muets, l'honorable académicien a planté son drapeau sur un terrain où personne ne l'avait précédé, et où sans doute personne n'essayera de lui disputer son triomphe.

Voulant faire cesser l'arbitraire des méthodes exclusives, nous avions cherché à concilier ce qu'il y a, dans la méthode mimique, de conciliable avec la méthode orale, et nous avions cru trouver une solution à ce problème. M. Bouvier a protesté de toutes ses forces contre cette possibilité, qu'il a taxée d'éclectisme. Pour lui, la mimique est à jamais et sous tous les points de vue antipathique à la méthode allemande : dire par quel motif, à la faveur de quel point de vue, cela nous paraissait impossible, lorsque, par un redoublement de gestes et une pantomime des plus exaltées, notre savant collègue nous a fait deviner ce qu'il y avait de méprise dans son esprit et de contradictoire dans sa démonstration.

En effet, M. Bouvier, confondant la mimique artificielle et conventionnelle, celle qui a la prétention de figurer la langue et les idées (mimique abstraite et dactylologie), avec la mimique naturelle, celle qui est comme l'expression complémentaire du langage usuel, a conclu de l'insuffisance théorique et pratique des signes à la prééminence exclusive et absolue de la langue parlée. Parlant de cette confusion regrettable, il a posé en principe que l'éducation du sourd-muet par la méthode mimique ne saurait atteindre et n'atteint jamais en fait à la perfection de la méthode orale. On sait, et nous l'avons rappelé, que la thèse contraire a été vivement soutenue par beaucoup d'écrivains sérieux, et qu'elle a en pour elle la majorité des professeurs de sourds-muets réunis au congrès de Pforzheim. Laissant de côté cette question, qui n'était pas pour le moment en cause, tout en prenant des réserves très-explicites contre l'opinion qui accordait la prééminence aux produits de l'école française sur ceux de l'école allemande, nous nous étions attaché à faire prévaloir les résultats de la méthode orale, comme instrument de communication, sur la méthode mimique. Cette doctrine n'est ni contestable ni contestée. Mais M. Bouvier, en abordant la démonstration que nous avions réservée, a-t-il été prudent d'abord, et a-t-il ensuite rempli la lacune existante? L'a-t-il fait de manière à satisfaire les partisans de l'école allemande, et avec des armes capables de défier les fauteurs de l'école française? La question est grave et sérieuse : on nous permettra donc de reprendre le ton grave et sérieux, et de dire une partie de ce qu'il convient de dire pour réserver à la cause toutes les ressources dont elle est susceptible, et enlever aux adversaires l'idée de se prévaloir d'une imprudente et impuissante attaque.

En principe, M. Bouvier a reproché à la méthode des signes de substituer à la langue parfaite dont nous nous servons une langue figurative imparfaite, composée de noms, de qualifications et de mots invariables ou à peu près, comme on suppose qu'étaient les langues hiéroglyphiques des anciens. Pour appuyer sa démonstration, il a cité l'opinion de quelques auteurs, de l'abbé de l'Épée lui-même, de l'abbé Sicard. Et enfin il a lu des lettres écrites par des sourds-muets, dans lesquelles l'absence de l'article, des conjugaisons, en un mot de toutes les modalités de la langue constituée, témoigne d'une notion insuffisante et de l'idée abstraite et de la diversité réelle de l'objet. Mais cette critique inconsidérée repose sur deux méprises.

La première, c'est que la méthode mimique comprend les signes figuratifs ou abstraits des objets et des idées, et en outre un système de signes graphiques ou alphabétiques (dactylologie ou autre analogue) représentant les lettres et les mots de la langue telle que nous la parlons. Or les reproches adressés par M. Bouvier à la méthode mimique ne tiennent compte

Feuilleton.

RÉCAMIER.

La vie de Récamier venait à peine de s'éteindre, ou plutôt à peine Récamier venait-il d'être frappé, comme il l'avait prévu lui-même, sans que la maladie l'eût averti, qu'un concert d'éloges et de regrets est venu témoigner autour de sa tombe et au sein des nombreuses familles dont il était le conseil et le soutien, de l'étendue de la perte que venaient de faire la médecine et la société tout entière. Récamier, en effet, par la haute position qu'il avait occupée dans l'exercice de la médecine, par la vaste expérience qu'il avait acquise pendant le cours d'une des carrières médicales les plus longues et les mieux remplies, par l'autorité de sa parole et de ses conseils auprès de plusieurs générations de médecins, plus encore que par les positions officielles élevées qu'il avait occupées dans l'enseignement et par le retentissement de ses œuvres, s'était fait un de ces noms qui ne peuvent plus périr tant qu'il restera dans le cœur des hommes un sentiment d'admiration pour les éminentes qualités du cœur et de reconnaissance pour les services rendus à l'humanité. Le vide qu'il a laissé, malgré l'âge avancé où la mort est venu le surprendre, est d'autant plus grand que les années ne lui avaient rien ôté des dons heureux que la nature lui avait départis, de cette vigueur dont elle avait doublement doté son esprit et son corps, et qu'en raison du caractère même de son intelligence, on peut dire que tout est descendu avec lui dans la tombe, et les trésors de son expérience et les ressources infinies de son esprit.

Ces heureuses qualités, qui ont fait de l'existence de Récamier une des plus belles et des plus dignes d'envie, ont été appréciées et louées avec autant de sentiment que d'esprit et de justesse par plusieurs de ses anciens élèves et admirateurs (1). Si nous n'avions en notre présence que le souvenir de l'homme de bien, nous n'aurions qu'à joindre ici aux justes éloges de ses amis l'hommage personnel de notre respect pour le caractère de Récamier. Mais nous nous trouvons en face du savant dont le nom a servi quelque temps de drapeau à une école, du praticien éminent dont les avis ont toujours eu une grande autorité dans l'opinion de ses contemporains. A ce double titre Récamier appartient à l'histoire. Loin de nous la folle prétention de nous donner ici pour son organe. Les jugements de l'histoire veulent une voix plus autorisée. Nous renfermant

(1) Parmi les notices qui ont été publiées sur Récamier, nous signalerons en particulier : ÉLOGE DE RÉCAMIER; par le docteur Henri Gourand. Paris, 1853. Chez Charles Donniol, 29, rue de Tournon. — NOTICE SUR RÉCAMIER; par le docteur Padioleau (de Nantes). Paris, chez Germer-Baillière. — Et les discours prononcés sur sa tombe par M. Gibert, au nom de l'Académie de médecine, et M. Caffe, au nom de la Société médicale d'émulation.

que de la moitié de la méthode, de sa partie insuffisante, et reconnue insuffisante par ses partisans eux-mêmes; car, pour le dire en passant, c'est de cette insuffisance des signes figuratifs et abstraits que l'abbé de l'Epée est parti pour proposer sa dactylologie, ou moyen d'apprendre la langue usuelle aux sourds-muets. Il fallait donc, pour que la critique de M. Bouvier ne portât point à faux, qu'elle tînt compte de ces deux éléments de la méthode, dont le second est destiné à parer aux insuffisances du premier.

La seconde méprise de M. Bouvier est d'avoir méconnu que les méthodes mimiques se servent de l'écriture, de notre écriture, ou de signes équivalents, comme moyens complémentaires d'enseignement et de communication. Par l'écriture, ils apprennent notre langue, et leurs signes ne sont pas, comme paraît le supposer M. Bouvier, des moyens primitifs de traduire directement les objets et les idées, mais des moyens abréviatifs d'exprimer notre langue même, par laquelle nous traduisons, comme eux, et eux comme nous, les objets et les idées. La véritable méthode mimique perfectionnée, et telle qu'elle est enseignée aujourd'hui, apprend donc, à l'aide de l'écriture, notre langue usuelle et grammaticale, telle que nous l'écrivons et la parlons; et à l'aide d'un système de gestes conventionnels, représentatifs des mots et de la syntaxe de notre langue, elle prétend donner aux sourds-muets un moyen de communiquer entre eux. Toute la différence entre la *méthode mimique* et la *méthode orale* gît donc dans la manière dont, dans les deux systèmes, les sourds-muets apprennent et écrivent notre langue parlée, et parlent notre langue écrite; car, nous le répétons, les deux méthodes visent également à écrire et à parler notre langue, l'une avec des signes conventionnels, l'autre avec les signes mêmes de la langue écrite et parlée par l'homme qui parle et qui entend.

Pour épargner aux partisans de l'école française la satisfaction de battre M. Bouvier sur le terrain des faits, c'est-à-dire des épreuves pratiques qu'il a invoquées, nous irons nous-même au-devant de l'objection qu'ils sont en droit de faire à ces prétendus résultats. C'est que par la méthode mimique, comprise comme elle doit l'être, on arrive très-bien à enseigner toutes les délicatesses du langage, toutes les difficultés de la syntaxe, toutes les richesses et toutes les harmonies de notre langue. Témoin les poésies charmantes de Pommier et de Pelissier, et les dissertations profondes de Berthier. Il n'est pas besoin, comme l'a fait, avec très-peu de succès devant l'Académie, M. Bouvier, de recourir, pour expliquer ces résultats, à des insinuations peu obligeantes pour ces auteurs. Si tous les élèves de la méthode mimique ne sont pas des Pommier, des Pelissier et des Berthier, il faut reconnaître au moins que chacun d'eux peut atteindre, par cette méthode, à un degré d'instruction proportionné à la somme d'intelligence et de persévérance qu'il y apporte. La question de la prééminence des deux méthodes comme moyen de culture intellectuelle et morale ne doit donc pas plus être posée qu'elle ne peut être résolue comme l'a fait M. Bouvier. Nous maintenons nos réserves précédentes, c'est-à-dire que, tout en refusant à la mimique le privilége de donner des produits intellectuels supérieurs à ceux de la méthode orale, nous entendons lui contester ce privilége par d'autres motifs que ceux invoqués par M. Bouvier.

La méprise que nous venons de signaler est précisément l'origine et la clef de la contradiction dans laquelle notre savant collègue est tombé, en proscrivant toute mimique de l'éducation et du langage des sourds-muets. Au moment même, disions-nous plus haut, où M. Bouvier prononçait cet anathème, il se livrait à une intempérance de gestes (qu'on désigne vulgairement d'une certaine façon) bien propre à montrer l'usage utile à côté de l'abus de la méthode. La mimique naturelle, en effet, celle qui doit se fondre avec la méthode orale, consiste à apprendre au sourd-muet, ou plutôt à lui laisser, en le régularisant, ce mode d'expression complémentaire qui consiste à donner à sa parole insuffisante un certain relief et caractère d'action, dont ne se privent jamais les mieux parlants et les mieux entendants. Il n'est pas question ici, on le pense bien, de gestes linguistiques ou dactylologiques, mais simplement des mouvements naturels du corps et de ses appendices, dont l'homme de tous les temps, de tous les âges et de tous les lieux, accompagne spontanément l'expression de la langue de tous les pays. De même que la lecture sur les lèvres, l'audition rudimentaire, les impressions tactiles, demandent, chez le sourd-muet, à être cultivées et approfondies en proportion de leur degré d'utilité relative; de même la mimique naturelle, chez eux, peut et doit, en conservant son caractère de spontanéité originelle, être développée et approfondie en proportion des services qu'elle est appelée à rendre avec le concours et par l'intermédiaire de la parole.

L'espace nous manque pour signaler les autres tentatives d'originalité essayées par M. Bouvier: notre impartialité nous fera un devoir d'en tenir compte à l'occasion.

J. GUÉRIN.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR QUELQUES-UNES DES MALADIES GASTRO-INTESTINALES DE LA PREMIÈRE ENFANCE; par M. le docteur RILLIET, médecin en chef de l'hôpital de Genève.

(Suite et fin. — Voir les numéros 5, 6, 8, 17 et 20.)

DIAGNOSTIC.

Les symptômes qui ont le plus de valeur pour le diagnostic et qui permettent de distinguer l'entérite cholériforme des autres variétés d'affections abdominales aiguës sont: après une diarrhée prodromique d'une durée variable, l'apparition de *vomissements incessants*, accompagnés d'une augmentation de la diarrhée qui devient *séreuse*, d'*une soif inextinguible*, d'une *altération profonde* des traits, d'un *amaigrissement rapide*, d'un *refroidissement* des extrémités et du nez, et d'une petitesse extrême du pouls.

On n'observe pas, en effet, la réunion de ces symptômes dans la forme légère ni dans la forme cérébrale.

Quant aux autres maladies de la première enfance qui pourraient simuler l'entérite cholériforme, elles sont peu nombreuses, et la distinction n'est pas difficile. Ainsi, dans la *fièvre typhoïde*, maladie très-rare d'ailleurs dans la première enfance, les taches, les sudamina, le ballonnement du ventre, la sécheresse de la langue, et, dans la grande majorité des cas, la fièvre intense, serviront à établir le diagnostic. On ne peut pas non plus confondre l'entérite cholériforme avec la péritonite, puisque la diarrhée est très-abondante et que le ballonnement du ventre, la vive douleur à la

---

dans les limites du rôle plus humble qui nous convient, nous demanderons seulement qu'on nous permette d'esquisser à grands traits la physionomie de Récamier, de rappeler en quelques mots quelles étaient les doctrines dont il s'était constitué le défenseur, et de chercher à apprécier le rôle qu'il a joué dans le mouvement scientifique auquel il s'est trouvé mêlé pendant si longtemps et d'une manière si active, et l'influence qu'il a pu exercer sur son temps. C'est ce que nous allons essayer de faire avec l'indépendance et l'impartialité que commande un pareil sujet.

Il est toujours intéressant de rechercher quelle a pu être la part des événements dans la carrière d'un homme qui a marqué sa place parmi les célébrités de son temps. Lorsque, en 1826 ou 1827, Récamier, déjà professeur à la Faculté de médecine et membre de l'Académie, fut appelé à occuper au collége de France la chaire de Portal, la célébrité sembla venir tout à coup tirer son nom de la demi-obscurité où il était resté jusqu'alors. On put se demander à cette époque si Récamier était un de ces hommes heureux dont parle La Bruyère, que la fortune conduit par la main et qui n'ont qu'à se laisser et puiser pour être comblés. Il y avait alors peut-être des raisons qui pouvaient justifier cette opinion. Sans doute Récamier n'a pas fait absolument à lui seul son destin; la fortune y a mis du sien; mais il y aurait de l'injustice à méconnaître tout ce qu'il y a mis lui-même. Si l'origine de sa célébrité s'est trouvée mêlée et confondue avec des événements auxquels les passions politiques de l'époque donnèrent plus de retentissement qu'il n'eût fallu pour l'intérêt et la dignité de la science, il sut prouver plus tard qu'il portait en lui-même les fondements d'une bonne et solide réputation. Une célébrité de circonstance est ordinairement éphémère et n'a de durée que celle des événements qui l'ont fait naître. Or on peut dire de Récamier que s'il n'était pas peut-être alors complétement à la hauteur de la position que les circonstances lui avaient faite, il n'a cessé de justifier depuis et d'accroître incessamment sa réputation, autant par son propre mérite que par son amour éclairé et son dévouement sans bornes pour la pratique de son art. Mais avant de juger le savant et le praticien, disons un mot de l'homme lui-même.

Il est des hommes chez qui la puissance d'abstraire est si grande, l'instinct des limites poussé à tel point, que dans les divers domaines de la morale et de l'intelligence, dans leurs actes publics comme dans les actes de leur vie privée, ils n'appliquent à chaque ordre d'idées, à chaque fait, à chaque acte que la somme stricte d'attention qui leur est nécessaire, que le mode d'activité et la logique propres à chacun, séparant ainsi dans leur pensée par un travail constant d'analyse l'objet particulier de leurs études de tout rapport avec ce qui n'y est point immédiatement afférent, comme ils séparent et circonscrivent dans les limites de leurs domaines respectifs, sans jamais les confondre, l'art et la science, la philosophie et le sentiment, la morale et la foi. Savants au chaire ou à l'Académie, praticiens ou artistes au lit du malade, philosophes ou religieux dans leur for intérieur, ils se spécialisent en quelque sorte partout, s'abstraient en toutes choses, couvrant d'un voile impénétrable le fond de leur conscience et ne laissant voir nulle part le lien caché qui unit chez eux les éléments épars de leur individualité.

Tel n'était pas Récamier. Il présentait, au contraire, avec les hommes dont je parle le contraste le plus frappant. Récamier se montrait en quelque sorte tout

pression, sont absents. L'invagination et l'entérite cholériforme présentent comme symptômes communs l'abondance des vomissements et la diarrhée; mais dans l'invagination, les selles sont muco-sanguines, ou sanguines et non séreuses; plus tard, les vomissements stercoraux, la tumeur abdominale, joints à l'absence de refroidissement et d'amaigrissement, serviront à confirmer le diagnostic.

Le choléra asiatique est sans contredit la maladie qui ressemble le plus à l'entérite cholériforme, comme nous n'avons jamais eu l'occasion de l'observer; nous nous contenterons de citer sur ce point le docteur Bourgeois:

« Le choléra proprement dit présente des différences sensibles avec la cholérine; ainsi, dans le premier, les crampes affreuses qui tourmentent le malade offrent un signe auquel il est impossible de se méprendre; de plus, la peau est d'un bleu plus ou moins noir, ce qui n'existe jamais dans la cholérine, au moins au même degré; enfin le pouls, quoique très-petit, ne cesse jamais de battre avant la mort, tandis que, dans le choléra asiatique, on ne le sent plus, quoique le malade ne soit pas arrivé au moment de l'agonie. J'ai observé, pendant l'épidémie de 1332, un assez grand nombre de cas de la maladie chez de très-jeunes enfants, et chez eux, elle suivait exactement la même marche symptomatique que chez les adultes. »

L'*entérite cérébrale*, comme son nom l'indique, pourrait être confondue avec la méningite. Nous nous bornerons à faire observer que, dans la forme éclamptique, l'état cérébral ne dépasse pas vingt-quatre heures, et que la diarrhée suffit pour fixer le diagnostic. Dans la forme méningée, lorsqu'il y a de la constipation, la distinction peut être plus difficile (v. obs. VI). Cependant les symptômes nerveux ne sont comparables ni pour la gravité ni pour la durée, à ceux de la méningite franche, seule forme qui puisse être confondue avec cette variété d'entérite.

TRAITEMENT.

Les différentes formes d'affections gastro-intestinales ne réclament pas toutes le même mode de traitement. Mais il est quelques considérations générales qui sont applicables à toutes les variétés.

Avant d'instituer un traitement, il est fort important de remonter aux causes de la maladie. Si jamais l'adage *sublata causa tollitur effectus* est vrai, c'est bien quand il s'agit des affections gastro-intestinales de l'enfance; mais le succès ne sera obtenu qu'à la condition de ne pas perdre de vue cet autre précepte: *principiis obsta*.

Il est un certain ordre de causes sur lequel le médecin n'a aucune puissance; mais il en est d'autres qui sont sous sa dépendance plus ou moins immédiate. Nous ne pouvons changer ni les conditions héréditaires, ni les conditions physiologiques, ni les conditions climatériques; mais nous pouvons, dans bien des cas, modifier complètement le mode de vivre, et combattre ainsi efficacement, sinon supprimer entièrement les causes anti-hygiéniques les plus dangereuses.

La première question que doit adresser le médecin aux parents d'un enfant atteint d'une affection gastro-intestinale est celle-ci: Comment l'enfant est-il nourri? Et le premier conseil qu'il doit donner est de bien régler l'alimentation.

Si l'enfant est nourri au sein, il faudra examiner avec soin la santé, les habitudes, l'hygiène de la nourrice. Il faudra s'assurer de la quantité du lait par l'inspection des seins, et de sa qualité par le microscope et le lactoscope. Si le lait ne présente pas des caractères convenables, et si la nourrice laisse à désirer sous le rapport de la santé, il ne faudra pas hésiter à en conseiller le changement. Cependant, avant de prendre ce parti, il sera convenable d'étudier si le dérangement d'entrailles n'est pas la conséquence du mauvais régime que suit la nourrice et de la mauvaise distribution des repas du nourrisson. Dans le premier cas, il suffira quelquefois de modifier le régime de la femme pour obtenir la guérison de l'affection de l'enfant, si elle est légère et récente. On conseillera à la nourrice de manger principalement des soupes blanches et des viandes rôties; à son déjeuner, elle prendra une infusion de glands de chêne torréfiés; les légumes verts, les fruits, la salade, le fromage, le café ou les autres excitants seront défendus. Si l'examen au lactoscope démontrait une trop grande richesse du lait, le bicarbonate de soude sera prescrit avec avantage.

Si l'on doit attribuer la diarrhée, non pas au mauvais régime de la nourrice, mais au mauvais régime de l'enfant, on pourra, dans bien des cas, en réglant simplement les heures auxquelles la nourrice donne le sein, faire cesser l'irritation d'entrailles. Il m'est souvent arrivé de guérir des diarrhées assez anciennes par la seule régularisation des heures des repas.

Si les modifications dans le régime de la nourrice et de l'enfant n'ont pas été suivies de succès, il ne faut pas hésiter à changer de nourrice. Nous renvoyons à l'excellent ouvrage de M. Donné pour tous les détails concernant ce changement ennuyeux et délicat, et sur les précautions à prendre pour qu'il réussisse.

Si l'enfant est nourri au biberon et que la diarrhée ne diminue pas au bout de quelques jours, il faut lui donner une nourrice; mais cela n'est pas toujours possible, alors il faut parer à la difficulté au moyen du lait d'ânesse, ou bien, si l'on a affaire à de pauvres gens, au moyen d'un mélange de lait et de bouillon de veau, dans la proportion de deux tiers de lait pour un tiers de bouillon. Pour les enfants aisés, nous préférons le mélange avec le bouillon de poulet. Le lait sera donné à intervalles réguliers; on aura soin qu'il provienne toujours de la même vache, nourrie avec du foin et non avec des herbes vertes. Suivant le conseil de M. Donné, nous ne faisons pas bouillir le lait, nous nous contentons de plonger la bouteille dans l'eau chaude, de façon à lui donner une température de 30 degrés environ. Il faut avoir soin de tenir dans un grand état de propreté les vases qui contiennent le lait.

En thèse générale, nous préférons de beaucoup l'alimentation par une nourrice; cependant nous avons observé dans notre pratique quelques cas où, après des changements de nourrice multipliés, le lait de vache a fait disparaître une affection gastro-intestinale contre laquelle le lait de femme avait été impuissant. Nous nous sommes aussi bien trouvés, dans certains cas, de donner aux enfants diarrhéiques, sans supprimer le sein, de petites panades faites avec le biscuit de mer ou le pain séché au four.

On rencontre aussi quelquefois dans la pratique des enfants auxquels le lait de femme ou de vache disconvient évidemment, et qui ne peuvent être nourris qu'avec des bouillons légers. Un de nos confrères nous a dit que tous ses enfants avaient été dans ce cas-là, ils ne pouvaient supporter aucune espèce de lait. Mais ce sont là des anomalies qui ne changent rien à cette règle générale que l'alimentation par une bonne nourrice est pour les jeunes enfants préférable à toute autre, et qu'il faut se hâter de leur restituer cette nourriture quand ils en ont été trop tôt privés.

Si l'affection gastro-intestinale survient chez un enfant sevré depuis un temps plus ou moins long et si la maladie est grave, nous conseillons la

---

entier dans tout ce qu'il disait et dans tout ce qu'il faisait. Il y avait une telle unité, un tel lien, une telle solidarité entre ses convictions morales et ses opinions scientifiques, entre sa pensée et ses actions, qu'on pouvait en quelque sorte les déduire *à priori* les unes des autres. C'était un de ces hommes tout d'une pièce, tout d'une venue, comme eût dit Montaigne, et ce caractère si synthétique auquel les légères excentricités d'un esprit vif et original, d'une imagination quelquefois peu contenue, ne faisaient qu'ajouter un trait distinctif de plus, il le portait, comme nous le dirons tout à l'heure, tout entier dans l'exercice de son art, où il faisait concourir à la fois toutes les facultés de son esprit, de son cœur et de son âme.

Né vers le dernier tiers du dix-huitième siècle, en pleine explosion philosophique, élevé, ami ou condisciple de quelques uns de ces libres penseurs qui préparaient, peut-être à leur insu, cette grande révolution dont les conséquences devaient dépasser probablement de beaucoup leurs prévisions et leurs désirs, Récamier fut du petit nombre de ceux qui restèrent toujours étrangers à ce grand mouvement des idées et que ne purent ébranler les entraînements si puissants de l'exemple et de l'opinion. Comme tant d'autres hommes célèbres, tenant étroitement de sa mère, au dire de ses biographes, il avait puisé dans cette douce et tendre éducation du cœur que savent si bien donner les mères, les principes et la foi religieuse qui ne l'abandonnèrent jamais depuis dans les circonstances les plus orageuses de la vie, au milieu des camps comme dans le tourbillon du monde. Il fut toujours catholique fervent et sincère, comme l'ont connu les derniers témoins de sa vie. Si nous insistons sur cette particularité de Récamier, c'est qu'elle constitue le trait principal de son caractère et de sa grande et profonde originalité. Cette foi si vive, en effet, n'était pas seulement chez lui la source de ses vertus privées et de cette charité ardente qu'il eut si fréquemment l'occasion d'exercer, elle dut avoir et elle eut en réalité une grande influence sur la direction générale de son esprit, sur les doctrines et les opinions scientifiques qu'il défendit pendant toute sa carrière professorale, comme sur tous les actes de sa vie publique.

Tout le monde a encore présent à l'esprit le trait de fidélité et de désintéressement dont il donna l'exemple en 1830. Ce qu'il avait accepté avec reconnaissance d'un pouvoir qui avait ses respects et ses sympathies, il crut devoir s'en démettre entre les mains du parti vainqueur, le lendemain de la lutte qui ouvrait le chemin de l'exil à la famille régnante. Cet acte d'honorable scrupule, qui avait sa source dans le mobile commun des actions de Récamier, le sentiment profond du devoir et la suggestion d'une conscience droite et délicate, fut, il faut le dire, l'occasion d'un retour favorable de l'opinion à son égard; et à voir le retentissement et le succès qu'eut, à partir de ce moment, l'enseignement libre auquel il se livra avec ardeur, on peut se demander si sa réputation et son autorité n'ont pas plus gagné que perdu à ce sacrifice.

Qu'est-il besoin de dire quelles étaient les doctrines médicales de Récamier! Celui qui reconnaît et admet au-dessus de tout et avant tout un être créateur et régulateur de toutes choses, qui voit dans l'homme comme une émanation de ce Créateur lui-même, un esprit, une conscience intelligente libre et responsable, en un mot, une âme immatérielle et immortelle comme Dieu même dont elle procède, celui-là peut-il ne voir en nous, physiologiste, qu'un assemblage d'organes agissant et fonctionnant suivant les lois communes de la matière brute, mé-

reprise du sein. Nous avons vu des résultats vraiment merveilleux de cette pratique, et M. Donné n'a rien exagéré en en prônant les excellents effets. Mais, nous dira-t-on, tous les enfants ne consentent pas à reprendre le sein; cela est vrai; cependant le nombre en diminue bien si l'on se place dans de bonnes conditions. La première de toutes est d'avoir une nourrice intelligente et complaisante et une femme de confiance qui la surveille; il ne faut pas se rebuter après une première tentative infructueuse, on ne réussit quelquefois qu'après plusieurs jours de persévérance. Si l'enfant refuse positivement de prendre le sein, si la faiblesse l'en empêche, on peut, comme le conseille M. Donné, réunir plusieurs nourrices qui fournissent chacune une certaine quantité de lait, mais cela n'est pas toujours facile; alors il faut remplacer le lait de femme par le lait d'ânesse, en ayant soin de diviser la quantité totale du lait dans six ou huit petites bouteilles pouvant chacune contenir 60 grammes de lait. On donne une de ces bouteilles toutes les trois ou quatre heures, suivant le cas, en ayant soin de remuer la fiole pour que la crème et le lait soient bien mélangés, et de la plonger dans l'eau chaude avant de l'administrer. Si l'on ne peut avoir du lait d'ânesse, le lait de vache coupée avec du bouillon léger de viande ou de poulet est ce qu'il y a de mieux.

Si le régime lacté réussit bien, le lait de femme et d'ânesse doit être donné pur; s'il ne réussit pas, il faut ajouter au lait une certaine quantité d'eau de chaux ou de bicarbonate de soude et avoir soin de tenir des serviettes chaudes sur le ventre de l'enfant au moment où il boit son lait. Ces simples précautions suffisent souvent pour le faire passer. On reconnaît que le régime lacté réussit quand l'enfant n'a pas de renvois, de ballonnement du ventre après avoir pris son repas, quand la diarrhée diminue et que les selles contiennent moins de mucus et de fragments de caséum indigéré. Dans le cas où la diarrhée persiste au même degré et lorsque le caséum continue à passer indigéré, c'est le signe que le régime lacté ne réussit pas. Alors, s'il s'agit d'un nourrisson, il faut changer de nourrice jusqu'à ce que les digestions se rétablissent. M. Donné et nous-mêmes avons conseillé ce changement de nourrice jusqu'à cinq et six fois successivement. S'il s'agit d'un enfant sevré qui ne supporte pas le lait, ce qui est rare, il faut le nourrir avec des panades, de l'arrow-root, de la crème de riz et du bouillon de poulet. Ce dernier aliment sera à un degré plus ou moins grand de concentration, suivant l'âge et l'état du malade, depuis l'eau de poulet jusqu'à la gelée; une nourriture réparatrice pour un enfant épuisé par une abondante diarrhée est un jaune d'œuf délayé dans du bouillon.

La nourriture des enfants du premier âge est presque toute liquide; ils prennent à la fois leurs aliments et leurs boissons; nous croyons qu'à côté du lait et du bouillon, il faut être très-sobre de boissons. Quelques tisanes légèrement amères données à petites doses et froides sont les plus convenables.

L'hygiène corporelle ne réclame pas moins d'attention que l'hygiène alimentaire.

Est-il nécessaire de dire que les enfants doivent être tenus dans un état de propreté minutieuse ? on évitera ainsi ces irritations du siége, ces érythèmes, ces pustules que l'on observe si fréquemment sur les enfants mal soignés. Il est nécessaire qu'ils soient chaudement vêtus, et surtout que le ventre soit enveloppé dans une ceinture de flanelle.

Un point qui doit toujours attirer l'attention du médecin appelé à soigner un enfant atteint d'une affection gastro-intestinale est la dentition. Les opinions des praticiens sont loin d'être concordantes sur la valeur thérapeutique de la section des gencives; nous avons souvent pratiqué cette petite opération, en général dans des cas aigus et sur des enfants atteints d'accidents cérébraux, nous n'en avons jamais obtenu des résultats bien évidents; mais comme plusieurs de nos confrères nous ont dit s'en être bien trouvés, surtout dans les cas où les vomissements sont opiniâtres, nous conseillerons cette opération, qui n'a pas d'inconvénient pourvu qu'on fasse une incision cruciale un peu profonde et que l'on arrive jusque sur la dent.

FORME LÉGÈRE. — Voici le traitement qui nous réussit le mieux :

1° Mise en pratique de l'hygiène susindiquée.

2° Si les changements d'alimentation ne suffisent pas et que la maladie persiste, nous prescrivons pendant deux ou trois jours, une, deux ou trois prises de calomel dont la dose varie, suivant l'âge, de 2 à 5 centigr. par prise.

Le calomel produit deux effets très-différents : quelquefois il supprime complétement la diarrhée, d'autres fois il l'augmente momentanément. Si le premier effet, qui est le plus rare, a lieu, nous attendons que la diarrhée reparaisse pour agir; si la diarrhée ne reparaît pas, nous abandonnons la maladie à elle-même. Dans le cas où le calomel a augmenté la diarrhée, nous le remplaçons par le magister de bismuth que nous donnons à doses assez élevées de 1 à 2 grammes dans les vingt-quatre heures pour un enfant à la mamelle. Nous continuons l'emploi du bismuth avec persévérance jusqu'à ce que le dévoiement s'arrête. Il est rare que le succès ne vienne pas au bout de peu de jours couronner ce traitement. Nous avons souvent employé, quand la diarrhée tendait à disparaître, l'extrait de bois de campêche à la dose de 60 centigr. à 2 grammes dans les vingt-quatre heures. C'est un médicament agréable qui a un peu le goût de jus de réglisse. Le docteur West donne l'extrait de bois de campêche uni à la teinture de cachou, 25 centigr. du premier, 10 gouttes de la seconde, trois fois par jour.

Le même médecin recommande trois ou quatre gouttes de *liquoris kali caustici cum vino ipeca* dans un peu de lait toutes les quatre heures quand la diarrhée est liée à la dentition. Le soir, après un bain tiède, il fait prendre pulv. dow. et hydrarg. cum cret, de chaque, gr. j.

Si l'affection se modifie, si l'état chronique succède à l'état aigu ou que les symptômes de la forme grave apparaissent, il faut avoir recours à d'autres remèdes.

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE CHOLÉRIFORME.

INDICATIONS.

Cette maladie offre un grand danger et réclame de prompts secours. Les indications les plus urgentes sont :

1° D'arrêter la diarrhée et les vomissements ;

2° De soutenir les forces vitales qui font défaut;

3° De ramener, s'il est possible, la température de la peau à son état normal;

4° D'alimenter l'enfant, dès que faire se peut, afin de combattre les funestes effets de l'inanition.

HYGIÈNE. Pas d'autre alimentation que du lait de femme ou d'ânesse et du bouillon de poulet froid et à petites doses, par cuillerées à soupe toutes les deux ou quatre heures.

---

decin, que des altérations, des troubles fonctionnels de ces organes comme source unique de cette variété infinie de phénomènes et de symptômes morbides dont il est témoin? Non. Il existe chez l'homme autre chose que les éléments organiques dont il est constitué. Force intelligente, diffuse dans tout notre être, âme rationnelle ou irrationnelle, principe vital, n'importe quel nom on veuille lui donner et quelle idée on en ait, il existe en nous une force initiale, source et moteur de tous les mouvements, de tous les actes intimes, instinctifs et profonds de notre économie, comme il existe un principe ou divers ou identique qui préside aux actes réfléchis de notre entendement. Telle était l'opinion de Récamier.

Récamier était donc vitaliste, non à la manière de ces vitalistes de circonstance, au-dessus de ces sortes de superstitions, qui, par pur respect pour les préjugés des masses, comme le disait naguère un des critiques les plus incisifs de notre temps, confessent un principe de vie, puis relèguent la chose dans un coin de leurs préfaces, libres ensuite de ne plus s'occuper que des organes et des faits matériels qui s'y accomplissent. Vitaliste convaincu et conséquent, Récamier cherchait à tirer de ce principe le parti le plus utile pour l'élucidation des problèmes les plus obscurs ou les plus ardus de la science de l'homme. C'était l'étude des forces dans leurs lois naturelles comme dans leurs déviations qui faisait le pivot de sa physiologie et de sa pathologie.

Y avait-il, dans les doctrines médicales professées par Récamier, quelque chose d'original, quelque chose qui lui fût propre, qui émanât de son initiative? En d'autres termes, Récamier peut-il être considéré comme un chef d'école? Si l'on se reporte à l'époque où date l'enseignement suivi de Récamier, sa carrière active et militante, et que l'on se suppose un instant en présence des idées qui dominaient alors, non-seulement à Paris, mais dans presque toute la France, et de ce mouvement qui avait entraîné momentanément les meilleurs esprits sur les pas du grand réformateur, Récamier, resté du petit nombre des fidèles aux doctrines de l'hippocratisme traditionnel, enseignant presque seul, dans la chaire et à la clinique, des principes oubliés par les uns, inconnus et par conséquent nouveaux pour les autres, a pu paraître, au plus grand nombre, sinon le créateur, du moins le révélateur ou l'instaurateur de ces doctrines. C'était autour de lui, en effet, que se groupaient principalement les partisans de ce qu'on pouvait appeler à cette époque la *réaction*. A ce titre, on lui avait décerné et il justifiait jusqu'à un certain point le titre de chef d'école. Une circonstance encore prêtait singulièrement à l'effet du rôle qu'il paraissait avoir accepté sans trop s'en défendre, c'était sa manière même de professer, ce que j'appellerai la mise en scène de ses leçons.

Récamier avait en effet, dans son langage, dans sa manière d'exposer et de développer son sujet, dans ce ton d'inspiration, cette mimique vive, expressive et pénétrante, quelque chose qui laissait aisément croire à ses auditeurs qu'ils assistaient à l'exposition d'une idée neuve, germant et se développant actuellement même dans son esprit. Cette illusion pouvait durer tant qu'on était sous le charme de cette conviction ardente que traduisait un langage coloré, imagé et s'inspirant souvent des comparaisons les plus inattendues. Mais cette première impression dissipée, et lorsque, à la parole encore vibrante du maître, succédait le calme de la réflexion, lorsque les souvenirs reprenaient leurs droits, on se prenait à se demander si l'on n'avait déjà lu ou entendu cela quelque part. C'est qu'en réalité les idées que Récamier développait avec tant

EXAMEN DES MÉDICATIONS.

CALOMEL. Nous avons quelquefois, à l'exemple de Condie, arrêté la diarrhée et les vomissements au moyen de calomel donné à petites doses, un centigr. deux à six fois par jour. Nous avons aussi donné l'*hydrargyrum cum cretâ* à la dose de 5 centigr. toutes les deux heures. Le docteur West joint ce médicament à la poudre de Dower. Mais dans les cas où la maladie n'avait pas une violence extrême, Condie recommande d'ajouter au calomel de petites doses d'ipécacuanha (2 à 5 centigr.), et Dewees une petite quantité d'acétate et de plomb.

NITRATE D'ARGENT. Si les vomissements et les selles ont lieu coup sur coup, nous préférons le nitrate d'argent que nous donnons à la dose de 1 à 3 centigr. dissous dans 60 grammes d'eau distillée. Nous le donnons par cuillerées à café toutes les heures, et nous en continuons l'usage pendant toute la durée des symptômes graves. Nous avons guéri quelques enfants par le nitrate d'argent; son effet, comme nous avons eu occasion de le dire (voir obs. II) est, nous le croyons, bien plus névrosthénique qu'astringent et topique.

OPIUM. Beaucoup de praticiens et en particulier MM. Cruveilhier, Wiesemann, Vogel, Hufeland, conseillent l'opium; d'autres le blâment par la crainte de produire des accidents cérébraux auxquels les enfants atteints d'affections gastro-intestinales sont particulièrement sujets. Nous sommes assez de cet avis, nous redoutons pour les jeunes enfants les effets du narcotisme dont nous connaissons bon nombre de cas mortels. Nous avons cependant été témoins des bons effets du laudanum donné en lavement à un enfant de 8 mois atteint d'une entérite cholériforme fort grave arrivée au cinquième jour. « On donna un lavement avec quatre gouttes de laudanum, à dix heures du soir : à minuit il fut rendu; on en donne un second. L'enfant s'endort, il est évidemment dans un léger degré de narcotisme; il dort de dix heures du matin à sept heures du soir; le lendemain il entrait en convalescence, le pouls était meilleur; deux selles beaucoup plus consistantes. » Condie blâme surtout l'usage de l'opium dès le commencement et à grandes doses, mais il reconnaît que de petites doses d'opium sont utiles à l'époque où il s'agit seulement de relever le système nerveux. M. Cruveilhier prescrit dès le début l'usage de la potion suivante :

Prenez :	Eau	90 grammes.
	Extrait d'opium.	1 centigramme.

Toutes les deux heures une cuillerée à soupe et en outre deux lavements contenant aussi chaque 3/4 de centigr. d'opium.

TÉRÉBENTHINE. Le docteur Coudie emploie avec succès un remède que nous n'avons jamais mis en usage, l'*esprit de térébenthine*, à la dose de 10 à 30 gouttes trois ou quatre fois par jour. Les effets de ce remède, dit-il, ne sont pas limités à l'estomac, ils s'étendent à tout le tube digestif dont ils améliorent les sécrétions et diminuent l'impressionnabilité douloureuse.

LAVEMENTS SALÉS. Le docteur Dewees dit avoir employé plus de cent fois, avec le plus grand avantage et comme remède exclusif pour calmer la surexcitation gastrique, des lavements composés d'une solution de trois cuillerées à thé de sel marin dans trois verres d'eau. Notre opinion personnelle nous fait défaut sur ce point; mais *à priori* nous aurions de la répugnance à employer un pareil remède, de crainte d'augmenter l'abondance de la diarrhée.

ALCALINS. — ACIDES VÉGÉTAUX.

Jaeger conseille un mélange de liqueur de carbonate de potasse, de teinture aqueuse de rhubarbe de sirop diacode et d'eau de fenouil, dans le but de combattre la formation des acides, causes de la maladie, tandis que Pittschaft, qui voit dans cette maladie une sorte de putréfaction, conseille au contraire l'emploi des acides. Il prescrit la potion suivante par demi-cuillerées à soupe toutes les heures :

Prenez :	Eau de fleur d'orange	60 grammes.
	Acide pyroligneux	4 »
	Sirop émulsif.	30 »

Blasius conseille l'eau chlorée.

Décoction de racine d'althéa.	90 »
Eau oxymuriatée	15 »
Sirop d'althéa	30 »

Lorsque les symptômes de la seconde période apparaissent (refroidissement, petitesse du pouls, flaccidité du ventre), c'est aux toniques excitants et aux révulsifs cutanés qu'il faut avoir recours. Le vin est le tonique que nous préférons; nous employons aussi l'esprit de gingembre, l'esprit d'ammoniaque; ainsi que l'eau de cannelle, les gouttes d'Hoffmann. Nous donnons le vin d'Espagne ou de Madère par cuillerée et demi-cuillerée à café tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures, ou toutes les heures, suivant la gravité du cas. Nous faisons alterner le vin avec l'usage d'une potion tonique (v. obs. VIII), en même temps nous appliquons un large cataplasme sinapisé sur le ventre et d'autres sinapismes aux extrémités. Quelquefois même nous faisons envelopper le petit malade de la tête aux pieds, dans un linge trempé dans une infusion de moutarde; nous l'enveloppons en outre dans une couverture de laine qui fasse bien coller au corps le drap sinapisé. Nous laissons l'enfant dans cet enveloppement pendant un temps variable, depuis une demi-heure à deux heures, et nous le renouvelons une ou deux fois par jour, si la peau n'est pas trop rouge.

M. Trousseau conseille un bain de moutarde; l'enveloppement nous paraît préférable, il réchauffe davantage. L'urtication et l'électricité pourraient peut-être réussir, mais nous ne les avons pas employées; l'important est d'agir rapidement sur une grande surface et d'opérer à la fois le réchauffement et une stimulation du système nerveux périphérique; c'est pourquoi nous préférons la moutarde aux vésicatoires, dont l'action est beaucoup plus circonscrite. Nous en avons cependant fait appliquer sur la région épigastrique, dans quelques cas où les vomissements étaient incessants. Les bains aromatiques et toniques, les bains de bouillon ont été aussi recommandés et quelquefois employés par nous, mais ils ne tiennent qu'une place secondaire dans le traitement. Nous en disons autant des fomentations, stimulantes, ou toniques. Ces différents moyens peuvent être utiles dans les cas où le danger n'est pas imminent, mais les révulsifs sont certainement préférables dans les cas graves. Pummer conseille l'application sur l'abdomen de compresses trempées dans une décoction vineuse de quina, de saule, de chêne et d'espèces aromatiques.

Il va sans dire que l'enfant sera enveloppé habituellement de linges chauds, et que l'on placera auprès de lui des cruches d'eau chaude, ou,

---

de verve n'avaient de la nouveauté que l'apparence; il n'y avait de vraiment original que l'expression, la forme sous laquelle il les présentait, et souvent aussi, il faut le dire, les applications heureuses qu'il en faisait aux cas morbides particuliers qui lui fournissaient le texte de sa leçon.

Quant au fond même des doctrines, il différait peu, au moins dans son ensemble, des principes fondamentaux du vitalisme hippocratique, ou de ce que l'on est plus particulièrement convenu d'appeler la doctrine de Montpellier, dont Récamier, avec Double, M. Cayol et quelques autres, représentaient à Paris et l'esprit et les tendances. Moins hardi que quelques-uns des physiologistes métaphysiciens de cette école, ou retenu peut-être par la crainte de faire intervenir dans les choses de la science un dogme que ses convictions lui faisaient un devoir d'admettre sans examen, il ne s'éleva jamais jusqu'à la recherche de ces problèmes abstrus, tels que celui de l'*alliance des forces* ou autres questions de cet ordre. Mais s'emparant, sans en scruter la nature, de cette idée abstraite de puissance vitale qui, depuis Hippocrate jusqu'à nous, a toujours fait la base et le fondement de toutes les doctrines dynamistes, il en déduisait, avec sa logique à lui, avec cet esprit ingénieux à saisir les contrastes et les analogies, et avec l'appui de sa vaste expérience, les mêmes lois, les mêmes principes, et souvent les mêmes applications que ses devanciers. Ainsi, de cette loi d'unité qui fait de l'économie un tout indivisible dans l'état de santé comme dans l'état de maladie, des lois de consensus et de synergie qui rendent solidaires tous nos organes en les faisant concourir avec une parfaite harmonie à la conservation de l'individu, des lois de résistance de la dynamie physiologique des organes dans l'état de santé, et de la dynamie vitale dans l'état de maladie, dont il faisait la base de la pratique; ainsi, des lois de sympathies, de la loi de subordination des lésions locales à l'état général, des maladies générales, des diathèses, des dyscrasies, des crises, etc.; ainsi de l'analyse des éléments morbides et de leur distinction fondée sur les indications thérapeutiques qu'elles représentent; ainsi enfin des lois de la réaction de l'organisme contre les influences de milieu, d'où la doctrine des constitutions médicales, celle des maladies climatériques, des épidémies, etc., etc.: toutes choses vraies et excellentes dans leurs limites respectives et dans leurs rapports légitimes avec la connaissance exacte et précise des éléments matériels de l'organisme, mais dont les livres et les chaires avaient retenti longtemps avant que Récamier vînt leur prêter l'appui et l'autorité de sa parole.

De ce que Récamier s'était constitué parmi nous le défenseur des doctrines traditionnelles, en faudrait-il conclure qu'il ait été étranger aux progrès modernes de l'anatomie pathologique et du diagnostic organique qui ont fait tant d'honneur à notre époque? Non, car l'un des premiers, et dès les premières années de ce siècle, il appela l'attention des médecins sur l'altération spéciale dont on a fait depuis le caractère anatomique des fièvres graves de nos contrées. Ses recherches sur les kystes du foie et de la rate, sur les abcès profonds du ventre et du bassin, sur les polypes de l'utérus, ses recherches si connues sur le cancer, prouvent qu'il n'était pas en arrière du mouvement qui poussait toute la génération médicale vers l'étude des lésions organiques. Mais il n'en tirait pas, du moins en ce qui concerne les maladies aiguës et en particulier les fièvres, les mêmes conséquences que les partisans exclusifs de l'école anatomo-pathologique. Conséquent avec son principe, il n'accordait qu'une importance

mieux encore, ou le réchauffera en le tenant dans le lit de la mère ou de la nourrice.

Les savantes recherches du Dr Chossat sur l'inanition ont démontré toute l'importance du réchauffement pour l'entretien de la vie. Il ne faut pas oublier que c'est surtout pendant la nuit que la tendance au refroidissement a lieu (d'après M. Chossat, elle serait six fois plus forte la nuit que le jour). C'est donc pendant la nuit qu'il faut surtout surveiller l'enfant sous ce rapport. Les belles expériences de notre savant compatriote ont prouvé que des animaux arrivés à l'état de mort imminente ont été ressuscités par la chaleur. Il est vrai que le résultat a été d'autant plus prompt et plus complet que les animaux étaient moins élevés dans l'échelle, et que l'on ne peut toujours conclure de la réussite des expérimentations physiologiques au succès de leur imitation en pathologie. Mais le résultat est assez frappant pour être pris en sérieuse considération dans le traitement.

RÉSUMÉ.

Appelé auprès d'un enfant qui est dans la période grave de l'entérite cholériforme (diarrhée et vomissements coup sur coup, avec ou sans fièvre), nous prescrivons :

1° La suppression de toute alimentation, à l'exception du lait de la nourrice, ou d'un peu de lait d'ânesse, ou de bouillon de poulet, donné froid, par cuillerées à soupe, toutes les deux ou trois heures ;

2° L'emploi de la potion de nitrate d'argent, de façon à faire absorber 2 ou 3 centig. dans les vingt-quatre heures ;

3° Des cataplasmes sinapisés sur l'abdomen ;

4° La continuation de ces remèdes jusqu'à la diminution de la diarrhée et des vomissements.

B. Si la maladie est arrivée à la seconde période (refroidissement, petitesse du pouls, pâleur, assoupissement, détérioration du facies), nous prescrivons :

1° L'enveloppement dans le linge sinapisé, ou des applications de larges sinapismes sur différents points du corps, ou le bain sinapisé.

2° Le vin de Malaga, par cuillerées à café, toutes les demi-heures.

3° Si les vomissements sont supprimés, nous augmentons la quantité de l'alimentation, et surtout nous faisons différents essais de lait et de bouillon de poulet.

4° Si la diarrhée persiste très-abondante, nous prescrivons un lavement avec quatre ou cinq gouttes de laudanum.

5° Nous supprimons les enveloppements de moutarde et le vin dès que la réaction est obtenue, et si la diarrhée persiste, nous continuons les lavements opiacés, ou bien nous donnons une forte dose de magister de bismuth.

C. Dans le cas où la maladie offre des symptômes moins graves et moins urgents, nous employons au début le traitement de la forme légère (calomel et bismuth) ; mais nous remplaçons rapidement le bismuth par le nitrate d'argent, si l'état du malade s'aggrave.

ENTÉRITE CÉRÉBRALE.

Les indications ne sont pas les mêmes que dans la forme précédente. Ici la diarrhée et les vomissements ne jouent en général qu'un rôle accessoire ; le refroidissement est nul. Tout le danger de la maladie est dans les symptômes nerveux cérébraux et spinaux. C'est donc le traitement de l'éclampsie qui est le plus à considérer.

Nous conseillons dans la forme éclamptique :

1° L'emploi du calomel à doses fractionnées ;

2° Les cataplasmes sur le ventre ;

3° Les bains de son ;

4° L'application des sangsues derrière les apophyses mastoïdes, si la crise éclamptique est très-violente et très-répétée, avec des symptômes fébriles intenses ;

5° L'incision des gencives, si le cas l'exige ;

6° La diète absolue pendant l'état suraigu.

Nous conseillons dans la forme méningée :

1° De petites doses d'huile de ricin ou de sirop de manne et de chicorée, si la constipation domine ; le calomel à doses fractionnées, si la diarrhée l'emporte ;

2° Les bains de son et les cataplasmes ;

3° L'oxyde de zinc, si l'état nerveux est très-prononcé ; seul on uni au magister de bismuth, si la diarrhée est abondante ;

4° La régularisation du régime.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LES SOLUTIONS DE CONTINUITÉ DE LA ROTULE ; DESCRIPTION D'UN APPAREIL CURATIF NOUVEAU POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES TRANSVERSALES ; par M. BAUDENS, inspecteur, membre du conseil de santé des armées, ancien chirurgien en chef et premier professeur à l'hôpital du Val-de-Grâce, etc.

Les fractures de rotule sont assez rares ; on les voit néanmoins plus souvent encore que les solutions de continuité du tendon ou du ligament rotulien. C'est surtout au triple point de vue de l'étiologie et du mécanisme suivant lequel elles se produisent, de la formation du cal et du traitement qu'il importe de les étudier. Pour en faciliter l'examen, quelques remarques préliminaires d'anatomie et de physiologie nous paraissent utiles.

A. REMARQUES ANATOMIQUES.

Développée dans l'épaisseur du tendon extenseur de la jambe, la rotule est cordiforme à sommet dirigé en bas. A sa base qui est épaisse, s'insère en avant la partie moyenne du tendon du triceps crural renforcé par le tendon du muscle droit antérieur de la cuisse, et à son sommet aigu se greffe le ligament rotulien. Ses bords minces donnent attache aux deux autres portions tendineuses du puissant triceps, appelées vaste interne et vaste externe, ainsi qu'aux ligaments latéraux de la rotule. La surface externe de cet os est recouverte de son périoste et d'un tissu fibreux serré, formé par l'expansion de l'aponévrose fémorale que sépare de la peau une couche cellulo-adipeuse nommée *fascia superficialis*, dans laquelle se développe souvent une bourse muqueuse dont on trouve toujours au moins

secondaire à la lésion, qui était loin, à ses yeux, de rendre raison des phénomènes morbides ; les recherches cadavériques lui paraissaient insuffisantes, surtout pour résoudre la question de la cause intrinsèque des fièvres ; et sur ce point ses idées se rapprochaient des doctrines pyrétologiques des Stoll, des Sydenham, des Dehaën, comme ses doctrines physiologico-pathologiques de celles des Barthez, Bordeu, Bérard, etc.

Cette aptitude à diversifier ainsi les sujets de ses observations et de ses recherches, à se tenir également au courant des auteurs anciens et des travaux de l'école anatomique moderne, en y coopérant lui-même à l'occasion, cette souplesse dans l'esprit et dans la main qui lui permettait de passer des considérations les plus abstraites de la métaphysique médicale aux manœuvres les plus minutieuses du scalpel et à pratiquer les opérations les plus graves et les plus délicates avec la même assurance et le même sang-froid qu'il avait pu apporter quelques instants auparavant à la solution d'une question étiologique ou d'un problème médico-psychologique des plus ardus, c'était là un des traits les plus caractéristiques de l'esprit de Récamier.

Nous n'avons encore vu jusqu'ici de Récamier que le savant. Ce côté de la personnalité de ce médecin célèbre n'est sans doute pas sans valeur ; mais ce n'est ni le plus brillant ni le plus original. Comme professeur, Récamier avait, à côté de grandes qualités, des défauts non moins grands. Il était très-inégal à lui-même, suivant son inspiration ou la nature du sujet qu'il traitait. Entièrement dénué de méthode, son enseignement n'avait rien de régulier, rien de didactique. Ses leçons étaient toujours des improvisations. Ces improvisations, souvent animées, chaleureuses, parfois brillantes et toujours empreintes d'un accent de conviction qui provoquait de la part de son auditoire une attention sympathique, se sentaient quelquefois de la confusion et de l'afflux incohérent d'idées qui assaillaient son esprit. Il devenait impossible dès lors de suivre sa pensée au milieu des incidences, des propositions heurtées qui venaient à chaque instant en rompre le lien, et l'on cherchait vainement le rapport qui reliait la fin avec le commencement et le milieu de son discours. On pouvait dire jusqu'à un certain point de lui ce que disait ingénûment de lui-même Bayle, le grand critique, « qu'il savait *quelquefois* ce qu'il disait, mais jamais ce qu'il allait dire. » Quant à la portée et à l'influence de son enseignement, en les réduisant à de justes proportions, elles ne laissent pas que d'être encore très-appréciables. On reconnaît qu'en s'assimilant une doctrine et des idées à la hauteur desquelles il savait élever son intelligence, en les faisant siennes pour lutter avec plus de force et de spontanéité contre l'invasion d'un système qui menaçait de rompre la chaîne des traditions et de fausser la direction générale des esprits, il a rendu, sinon à la science elle-même, du moins à plusieurs générations de médecins et d'élèves, un véritable service. Ce rôle est assurément loin d'être sans importance, et il n'a pas été sans succès ; il eût suffi, à lui seul, pour faire une place honorable à son nom dans l'histoire médicale de la première moitié du dix-neuvième siècle.

Mais là n'est pas le mérite le plus grand et le plus réel de Récamier, son véritable titre à la haute considération dont il a joui : c'est surtout comme praticien qu'il a marqué parmi ses contemporains une place à part et tout à fait exceptionnelle. C'est à l'action, c'est-à-dire au lit des malades, qu'il fallait le voir pour se faire une idée de sa pénétration et de sa sagacité dans la recherche des causes

les éléments rudimentaires. Ces tissus tendineux, ligamenteux et fibreux jouent un grand rôle; ils opposent, tant qu'ils ne sont pas eux-mêmes totalement déchirés, un obstacle puissant à l'écartement des fragments de la rotule. Plus tard ils se vascularisent et concourent efficacement à la consolidation, comme nous le dirons.

La face postérieure ou articulaire de la rotule est formée de deux surfaces séparées par une saillie verticale, l'externe un peu plus large que l'interne, et adaptées à la configuration de la poulie intercondylienne du fémur. Le contour de cette surface articulaire donne insertion à la capsule synoviale.

Du tissu réticulaire à aréoles quadrilatères compose presque exclusivement la rotule que revêt la substance compacte d'une couche périphérique mince, un peu plus abondante à sa base et à son sommet. La prédominance du tissu aréolaire sur le tissu compacte explique les ruptures transversales de cet os à la suite de contractions musculaires, bien que son épaisseur semble devoir s'y opposer invinciblement.

B. REMARQUES PHYSIOLOGIQUES.

a. Flexion. — Quand on ploie le genou en portant la jambe en arrière, les cavités glénoïdes du tibia roulent comme des gonds sur les condyles du fémur, et la rotule, entraînée dans le creux de la poulie intercondylienne ainsi démasquée, tend le muscle extenseur de la jambe, sur lequel elle fait effort d'autant plus fortement que la flexion est elle-même plus forcée.

Ces rapports variables de la rotule avec la face articulaire de l'extrémité inférieure du fémur présentent des considérations sur lesquelles nous devons nous arrêter.

Tant que la jambe, en effet, décrit avec la cuisse un angle qui ne dépasse pas l'angle droit, le sommet seul de la rotule, lors d'une chute sur un sol uni, est atteint; encore est-il protégé par l'épine du tibia sur laquelle se concentre la violence du choc, et la rotule ne saurait ainsi se fracturer. Il faut pour cela que l'articulation fémoro-tibiale soit dans une flexion forcée, afin qu'entraînée le plus bas possible et devenue saillante par le retrait de la jambe portée en arrière, la rotule reçoive le choc en plein sur la face antérieure, comme on le voit après certaines chutes d'un lieu élevé. Mais quand le corps venant à être projeté en avant, le genou porte violemment contre un obstacle anguleux élevé au-dessus du sol, tel que le rebord d'une poutre ou d'une marche d'escalier, on conçoit que les conditions d'une flexion forcée du genou ne sont plus nécessaires. La flexion pourra n'être même que fort légère; elle sera toujours d'autant moins prononcée que l'obstacle sera lui-même plus à la hauteur du genou qui n'aura pas à se fléchir pour l'atteindre. C'est parce que ces distinctions ont échappé aux auteurs que les théories émises présentent toutes un côté vulnérable.

La flexion peut être portée plus ou moins loin; les saltimbanques et les très-jeunes enfants possèdent seuls la faculté d'appliquer exactement sur la cuisse le plan postérieur de la jambe. Mais à la suite, soit d'une fracture en travers de la rotule, soit d'une rupture de son tendon ou de son ligament déterminée par une contraction musculaire, la flexion forcée se produit presque constamment. On sait, en effet, qu'alors le blessé tombe accroupi en arrière, la jambe ployée sous la cuisse et le talon caché sous la région fessière, circonstance toujours fort grave, car la flexion ainsi portée à ses dernières limites entraîne nécessairement la déchirure des liens tendineux et fibreux dont nous avons vu la conservation être si précieuse.

Le chemin parcouru par la rotule pour aller d'une extrême limite, flexion, à la limite opposée, extension, est d'environ 9 centimètres. A mesure que la jambe se renverse, la rotule s'enclave plus fortement dans l'échancrure intercondylienne, si bien que les chocs latéraux seraient impuissants à la luxer dès qu'on est arrivé à la demi-flexion. Avec le redressement de la jambe, elle revient en saillie sur des surfaces de plus en plus planes, d'autant vulnérable alors et facile à déplacer que son tendon et son ligament sont dans un grand relâchement et la rendent très-mobile.

Il est un degré de flexion qu'entre tous il importe de signaler: un rôle important lui incombe dans les fractures de rotule par contraction musculaire: nous voulons parler de la flexion portée au tiers de son étendue.

Ce n'est pas toutefois que les fractures consécutives à l'action musculaire ne se puissent produire qu'à la condition que la flexion sera toujours et nécessairement au tiers de son étendue; ainsi Boyer parle d'un cocher qui, assis sur son siége, fit un effort pour prévenir une chute et sentit un craquement: c'était la rotule qui venait de se fracturer. Bichat cite un calculeux qui, remis au lit après l'opération, éprouva des contractions musculaires si violentes que les deux rotules se rompirent; il rappelle également le fait d'un soldat qui se fractura la rotule en lançant un coup de pied à son sergent; le même accident est arrivé à un danseur au moment où il s'élevait en l'air au dire de Hevin, et, d'après Fielding, une femme aurait éprouvé la même lésion en soulevant un panier très-lourd; mais ces faits sont tout à fait exceptionnels. Les trois derniers n'excluent même pas la possibilité d'un tiers de flexion du genou, et dans tous les cas la règle subsiste.

Quand l'articulation tibio-fémorale est au tiers de sa flexion, la rotule ne touche le fémur que par un seul point, sa partie centrale, sa base et son sommet portant à faux. Tirée alors à ses deux extrémités par deux puissances musculaires opposées d'action, elle se rompt par le milieu, comme un bâton brisé en travers sur le genou, selon la comparaison si juste de Sanson.

b. Extension. — L'extension ne peut qu'anormalement dépasser la continuité rectiligne de la jambe avec la cuisse; elle est active ou passive. *Active*, elle assure, en redressant la brisure articulaire du genou, la solidité du membre pelvien agissant comme organe de support. Les ligaments croisés et postérieurs sont, pendant l'extension active, fortement tendus, les ligaments latéraux le sont moins, la rotule et son ligament tirés par les muscles extenseurs s'appliquent avec force contre les surfaces articulaires fémoro-tibiales. Qu'à ce moment il survienne, comme nous l'avons déjà dit dans notre mémoire sur la rupture du ligament rotulien, un violent effort afin de soulever un fardeau pesant ou pour prévenir une chute imminente toujours accompagnée d'une légère flexion du genou, la rotule sollicitée par deux grandes forces opposées d'action, d'une part, la contraction spontanée, brusque, instinctive des muscles extenseurs de la jambe, d'autre part, le poids du corps cramponné au sol par les pieds se rompra si elle est plus faible que la puissance et la résistance. Besoin est-il d'ajouter que la flexion du genou favorise les fractures de la rotule tout à la fois en allongeant modérément les fibres des muscles extenseurs et en exagérant la saillie de la rotule agissant comme poulie de renvoi.

Quand la rotule se rompt en travers, le fragment supérieur sollicité sans relâche par les puissants muscles qui s'y insèrent remonte vers la cuisse; il faut éviter toute secousse musculaire dont l'effet serait d'augmenter la distance qui le sépare du fragment inférieur. Quant à ce dernier, il reste

---

des maladies, des symptômes qui en indiquent la gravité ou de ceux qui en laissent apercevoir la tendance salutaire, et des ressources infinies de son esprit pour saisir les indications et trouver des remèdes qu'il ne se bornait pas à demander à l'arsenal pharmaceutique, mais à la nature tout entière. C'était surtout dans les cas graves, dans les cas désespérés, qu'il multipliait les ressources de son génie et les proportionnait à l'imminence du danger. Nous ne rapporterons pas ici des exemples superflus et que tout le monde connaît. On n'a pas reculé même devant l'expression hyperbolique de *miracles* pour qualifier quelques-unes de ses cures. A quel prix quelques-unes de ces merveilleuses et inespérées guérisons ont-elles été obtenues? Jusqu'à quel point la hardiesse heureuse du praticien n'a-t-elle pas atteint quelquefois à la témérité? Qu'est-il préférable, en pareil cas, de se laisser prévenir par le danger, par excès de prudence, ou de courir le risque de l'accroître par excès de zèle? C'est là une question toute du ressort de la conscience, et que nous laissons à chacun le droit d'apprécier à son point de vue. Toujours est-il que peu de médecins ont rendu par leur art de plus éclatants services et recueilli plus d'expressions de reconnaissance que Récamier.

Cette supériorité incontestable et incontestée de Récamier sur presque tous les praticiens de son temps, dans le traitement des maladies désespérées, avait sa source dans plusieurs causes. C'est ici le cas de rappeler quel enchaînement, quelle sorte de logique il y avait entre les heureuses facultés dont la nature l'avait doué, et qui semblaient avoir été combinées en lui en vue du but constant de sa vie: le soulagement de ses semblables. Sa foi vive et ses croyances inébranlables étaient devenues chez lui comme une sorte de tempérament ou d'habitude qui se reflétait sur tout son être et se reportait sur toutes choses; aussi avait-il dans la médecine une foi entière qui le faisait se révolter également contre ce fatalisme médical né de la préoccupation exclusive des lésions anatomiques, et contre cette contemplation passive qui, sous le prétexte d'une respectueuse confiance dans les efforts salutaires de la nature, condamne la médecine à une stérile expectation. Cette confiance dans son art, qu'il conservait jusqu'aux limites extrêmes, et au delà même des limites de la vie, a-t-on été jusqu'à dire, était surexcitée encore par cet esprit de charité qui se mêlait à tous ses actes, et ce désir ardent dont il était animé de soulager toutes les souffrances qui s'offraient à ses yeux. Les doctrines qu'il professait sur la physiologie et la pathologie, en plaçant incessamment sous son regard, non point seulement des organes altérés ou souffrants, non point un état morbide abstrait, une maladie, sorte d'entité qui distrait en quelque sorte, en l'absorbant à son seul profit, tout le travail de l'intelligence, mais un malade, un homme, avec sa sensibilité, avec ses passions, ses faiblesses, ses besoins, avec sa nature complexe, morale et physique, ces doctrines, dis-je, ouvraient à son esprit investigateur des voies inconnues du vulgaire pour la découverte de l'étiologie et de la nature des maladies, et lui permettaient souvent de saisir là où d'autres n'eussent vu qu'un épiphénomène ou un symptôme sans importance, un de ces phénomènes insidieux, vrai nœud gordien de la maladie, qu'il lui suffisait de délier pour voir se débrouiller et s'aplanir toute la scène pathologique. Récamier possédait enfin au plus haut degré ce qu'on est convenu d'appeler le *tact médical*, cette sorte d'intuition par laquelle procède l'esprit lorsqu'il est arrivé aux limites des faits matériellement observables, mot des plus vagues et des plus mal définis sans doute, mais dont chacun sent la

immobile tant que la jambe est étendue sur la cuisse; mais si elle venait à se ployer, il serait entraîné avec elle en arrière. Donc, extension active de la cuisse, flexion forcée de la jambe sous les plus puissants antagonistes de la réunion des fragments rotuliens, importante considération qui ne sera pas perdue de vue quand il s'agira du traitement.

Active dans la position verticale, l'extension peut encore l'être dans la position horizontale, comme dans l'action de soulever le membre pelvien par la contraction musculaire seule, mais d'active, elle deviendrait passive du moment que ce membre ainsi étendu aurait un point d'appui, un coussin sur lequel il serait déposé. Nous verrons que l'extension passive, poussée aussi loin que possible en soulevant le pied, la jambe et même la cuisse, afin de fléchir celle-ci sur le bassin par un plan incliné, est indispensable pour obtenir un relâchement complet des muscles extenseurs et arriver à affronter avec précision les fragments de la rotule.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME DES FRACTURES DE ROTULE.

Les causes qui déterminent les fractures de rotule ne sont pas toujours les mêmes.

Proviennent-elles d'une violence extérieure, on les appelle fractures directes. Sont-elles le résultat d'une contraction musculaire, on les nomme fractures indirectes ou par arrachement.

A. Fractures directes. — Ce groupe comprend toutes les variétés de fractures de rotule, multiples, étoilées, longitudinales, obliques ou transversales. La cause sera l'action directe d'un corps contondant ou tranchant: une chute sur l'angle d'une marche d'escalier, un coup de pied de cheval, un coup de sabre, un coup de feu, une chute d'un lieu élevé, le genou étant ployé de façon que l'angle formé par la rotule porte directement sur le sol. Cette variété de fractures s'accompagne toujours de fortes contusions et quelquefois même de plaies contuses avec ou sans épanchement de sang dans la capsule articulaire, avec ou sans déchirure de cette capsule, avec ou sans issue au dehors de synovie, avec ou sans pénétration d'air dans l'articulation. Elle emprunte à ces complications diverses un degré quelquefois extrême de gravité, ainsi que je l'ai vu à la suite de coups de feu. Il existe en ce moment, à l'hôpital militaire du Roule, un cavalier qui, étant en selle le pied dans l'étrier, a eu la rotule droite fracturée en travers par une ruade de cheval, sans que le fer de l'animal ait entamé la peau, protégée qu'elle était par la basane de cuir du pantalon; mais l'épanchement sanguin intra-articulaire a été considérable.

Les fractures longitudinales sont tellement rares que Boyer, dans sa longue pratique, n'en a pas vu un seul exemple. Le fait observé par Delamotte est resté longtemps seul spécimen. On en trouve quatre autres observations dans les leçons cliniques de Dupuytren.

La fracture longitudinale dont parle Delamotte était survenue après une chute d'un lieu élevé sur le genou. Des quatre observations rapportées par Dupuytren, trois reconnaissent la même cause, la quatrième est due au passage sur le genou d'une roue de voiture. Ces faits semblent ne pas être les seuls observés par l'illustre chirurgien, d'où l'on pourrait inférer que peut-être ces fractures ne paraissent si rares que pour avoir été méconnues à cause des complications qui d'ordinaire les accompagnent. Quand j'étais attaché au 11e régiment de dragons, un cavalier reçut, en pansant son cheval, un coup de pied de cheval qui lui fractura la rotule en long. Appelé au moment de l'accident, j'ai pu constater parfaitement bien la solution de continuité. Le pantalon avait protégé en partie les téguments, qui n'étaient qu'imparfaitement divisés verticalement.

B. Fractures indirectes ou par arrachement. — Plus fréquentes que les fractures par causes directes, les solutions de continuité de rotule par arrachement sont toujours transversales ou légèrement obliques et déterminées par des efforts musculaires. Ici la fracture n'est plus le résultat de la chute; elle la précède toujours. Le blessé tombe accroupi assis sur le talon, parce que la jambe, au moment de la rupture de la rotule, a fléchi et s'est renversée en arrière. Longtemps on a méconnu que la chute n'est que l'effet et non la cause de la fracture.

Pour la produire, il n'est pas indispensable, dit Boyer, que l'action musculaire soit accrue par un état convulsif. Il est avéré, en effet, qu'un simple effort pour sauter, danser, lancer un coup de pied, soulever un fardeau a quelquefois suffi pour rompre la rotule. Néanmoins, la cause la plus fréquente consiste dans un effort violent et instinctif pour prévenir l'imminence d'une chute, ainsi qu'on le voit après un faux pas, quand descendant un escalier, le talon de la botte se trouve accroché, ou bien encore quand on rencontre une marche d'escalier, alors qu'on croyait marcher de plain-pied.

Dans ces cas, la solution de continuité est toujours transversale, sauf un peu d'obliquité quelquefois observée dans la direction des fragments dont les bords sont assez souvent taillés en biseau. Le général C..... s'est fracturé, il y a quelques mois, la rotule gauche en descendant doucement un escalier, alors qu'il croyait marcher de plain-pied; mais quelques jours avant l'accident, il éprouvait déjà une assez vive douleur dans la rotule, sans cause connue, et l'on sait qu'une douleur persistante prédispose les os en général à se fracturer. M. Malgaigne a observé plusieurs faits analogues, et nous pensons volontiers avec lui que, dans ces cas particuliers, il existe préalablement à la solution de continuité complète un dérangement dans l'agrégation des fibres osseuses de la rotule, une rupture en quelque sorte partielle.

Les danseurs ont été rangés dans la classe des prédisposés à ce genre de fracture, mais à tort, d'après Boyer, attendu que, dans l'effort pour détacher le corps du sol, l'angle formé par le genou s'ouvre, s'efface à mesure que l'action musculaire s'accroît; et l'on sait que la puissance musculaire décroît au fur et à mesure que l'articulation fémoro-tibiale se redresse. Ce n'est pas qu'il en faille conclure que la jambe, étant tout à fait redressée par une puissante extension, la rotule ne se puisse rompre comme une corde trop tendue; mais il faut alors des efforts incalculables, et les exemples sont extrêmement rares. Nous avons déjà cité le fait concernant le danseur de Hevin, et celui relatif au calculeux dont parle Bichat.

De ce qui précède, il faut conclure que les fractures de rotule par arrachement se font en travers, qu'elles proviennent d'efforts musculaires; que des faits assez nombreux témoignent qu'il n'est pas indispensable que la contraction des muscles soit portée à la limite la plus reculée; mais alors, il y a lieu de présumer qu'une rupture rotulienne partielle préexistait, surtout si le genou était le siége d'une douleur persistante; que, pendant l'extension forcée de la jambe, les solutions de continuité de cet os sont extrêmement rares, et qu'une légère flexion de la jambe leur est au contraire propice.

Ceci posé, arrivons au mécanisme des fractures transversales de rotule.

Les fractures en travers de rotule reconnaissent pour cause une contraction presque toujours violente, instantanée, convulsive en quelque sorte

---

valeur s'il ne la comprend. Grâce à ce tact et à son esprit fécond et ingénieux, il disposait d'une infinité de ressources dont les préceptes et les annales de la science ne sauraient donner qu'une faible idée ou ne rappeler que de rares exemples.

Tel a été, croyons-nous, le secret des succès de Récamier..... Malheureusement ces qualités étaient toutes personnelles. Cette confiance et ce tact, nés d'une longue et vaste expérience, sont de leur nature incommunicables et intransmissibles, et ces formules, auxquelles Récamier eût peut-être été souvent embarrassé lui-même de donner un sens rationnel et dont la conception était le plus souvent son secret, resteront pour la plupart probablement stériles.

Les œuvres écrites de Récamier, dont la plus importante est son Traité du cancer, que tout le monde connaît, ne sont pas de nature à nous dédommager de sa perte. Récamier, ainsi que nous le disions en commençant cet article, sera descendu tout entier dans la tombe et ne laissera que le souvenir impérissable de l'homme de bien, du grand praticien, du médecin accompli, dont l'existence entière, consacrée à faire tout le bien qui était en sa puissance, restera comme un type, comme un modèle à proposer aux jeunes hommes qui se consacreront à la carrière qu'il a honorée.

Nous demanderons pardon à nos lecteurs, en terminant, de l'insuffisance avec laquelle nous avons parlé d'un tel homme et de telles choses. Nous ne nous dissimulons pas non plus que cette faible esquisse ne satisfera ni les amis de Récamier, qui trouveront que nous ne lui avons pas donné assez d'éloges, ni ses détracteurs ou les indifférents, qui admettent difficilement qu'un homme qu'ils ont vu hier encore ait pu mériter tant d'hommages. Aux premiers nous répondrons que nous avons écrit suivant nos convictions et ce que nous croyons être l'équité; aux derniers nous dirons avec Pline: « Ne serait-ce pas une indignité qu'on ne pût admirer à son aise et tout haut un homme digne d'admiration, parce qu'il nous est arrivé de le voir, de le connaître et de le posséder? »

H. Brochin.

— Le collége de médecine et de chirurgie de Pensylvanie, affecté aux dames, en a gradé neuf dans le courant de janvier 1853.

Voici leurs noms avec le sujet de leurs thèses:

Accouchements. — Madame Hannah W. Ellis (Philadelphie).
Fonctions de la peau. — Madame Henrietta W. Johnson (New-York).
Physiologie générale. — Madame Annan N.-S. Anderson (Bristol).
De effectis lactationis nimiæ. — Madame Charlotte G. Adams (Boston).
Ferrum. — Madame Julia A. Beverly (île de Rhodes).
Phthisie pulmonaire. — Madame Margarit Richardson (Philadelphie).
Relation du corps avec l'esprit. — Madame Almina S. Fowler (New-York).
Jurisprudence médicale. — Madame Maria Minnis (New-York).
Éducation médicale des femmes. — Madame Augusta R. Montgomory (New-York).

des quatre chefs du muscle extenseur de la jambe; mais ces contractions seraient elles-mêmes le plus souvent insuffisantes, si elles n'étaient secondées par une puissance accessoire dont les auteurs n'ont pas même parlé. Il faut en effet que le muscle extenseur, pendant qu'il fait effort sur la rotule, emprunte un secours étranger d'une force incalculable. Cette force d'emprunt, que j'ai le premier signalée dans mon mémoire sur la rupture du ligament rotulien, consiste, au moment de perdre l'équilibre, dans la brusque projection en arrière de tout le long bras de levier représenté par le tronc et par les appendices thoraciques.

N'oublions pas de rappeler que pendant cet effort suprême, instinctif, le genou étant dans la flexion au tiers de son étendue favorise doublement la rupture de la rotule parce que, d'une part, son angle saillant prête au muscle extenseur une puissance que les fibres n'auraient pas si elles agissaient suivant l'axe vertical de la rotule; et, d'autre part, parce que la rotule, en n'appuyant sur le fémur que par le point médian de sa face articulaire, son sommet et sa base portant à faux, se trouve dans les conditions les plus propices à une fracture. La rotule représente ici, en effet, un levier intermobile dont le point d'appui est la surface circonscrite et centrale de cet os portant sur le fémur; la résistance, le ligament rotulien augmenté de tout le poids du corps pesant sur le sol par les pieds qui s'y cramponnent, et la puissance, le muscle extenseur, accrue d'un long bras de levier, le tronc et les membres thoraciques projetés du côté opposé à l'imminence de la chute.

Symptomatologie.

Un craquement, la sensation d'un coup de bâton sur le genou, une douleur vive et persistante sont les premiers phénomènes perçus. Si la fracture est due à l'action musculaire, si elle est indirecte, le blessé n'évite que très-rarement une chute immédiate, et quand il tombe, c'est presque toujours en arrière, la jambe ployée sur la cuisse. Il résulte de cette flexion forcée de graves déchirures ligamenteuses déjà signalées. La rupture de la rotule provient-elle d'une chute sur le genou, est-elle directe, le blessé ne tombe plus en arrière, mais en avant ou de côté, la jambe fléchit plus ou moins sur la cuisse, mais toujours à un bien moindre degré que dans la première hypothèse. La déchirure des tissus ligamenteux est ici moins étendue; mais d'un autre côté le choc s'accompagne d'accidents d'un autre genre et d'une gravité variable qu'on ne rencontre pas dans la fracture par cause indirecte.

Quand la flexion a été forcée, les blessés ne peuvent se remettre seuls sur leurs pieds ni marcher, à moins que ce ne soit à reculons, à cause de la déchirure complète des liens qui retenaient les fragments rapprochés l'un de l'autre. Lorsque la déchirure est légère, les blessés peuvent se relever sans aides, faire même quelques pas en tenant la jambe dans une extension complète; mais il y a imprudence à agir ainsi et danger imminent d'achever la rupture de liens fibreux qu'il importe tant de conserver, comme déjà nous l'avons dit.

Sauf le cas assez rare d'un épanchement sanguin intra-articulaire considérable avec tension des téguments, l'examen du genou permet de facilement reconnaître les solutions de continuité rotuliennes. Lors d'une fracture en travers, la saillie de la rotule est aplatie, allongée. Les deux fragments simulent deux rotules, leur écartement augmente par la flexion et diminue par l'extension, exercice dont on comprend tout le danger et qu'il faut éviter. Le doigt porté entre les fragments peut sentir la surface articulaire du fémur, la dépression intercondylienne et les saillies latérales des condyles. En soulevant le membre du talon vers l'ischion, les fragments se rapprochent assez pour être mis en contact et obtenir la crépitation.

Lorsque la solution de continuité est longitudinale, les fragments s'écartent peu; le blessé peut se tenir debout, et même marcher la jambe tendue sans d'extrêmes difficultés. Le rapprochement des fragments rend quelquefois le diagnostic un peu obscur; mais en pliant le genou, comme l'a fait Delamotte, toute incertitude cesse avec l'écartement des fragments.

Dans les fractures multiples, l'épanchement sanguin est plus considérable, la tuméfaction du genou est plus prononcée, les complications sont plus sérieuses, la crépitation des fragments est plus appréciable, et leur écartement moindre que si la fracture était transversale. Cette variété de fracture emprunte à la violence du choc qui l'a produite un degré de gravité qui souvent engendre les accidents les plus redoutables.

Siége.

Trois fois, sur douze cas de fractures transversales par nous observées, la solution de continuité siégeait au tiers supérieur de la rotule, sept fois à la partie moyenne de cet os, et deux fois à son tiers inférieur. Deux fois, et après guérison seulement, nous avons reconnu une légère obliquité dans les fragments. M. Malgaigne parle d'une fracture de rotule dont le fragment supérieur n'avait pas plus d'un centimètre, et d'une autre dont le fragment inférieur était si petit qu'un examen superficiel aurait pu faire croire à un simple arrachement du ligament rotulien.

L'anatomie pathologique démontre que les fragments, au lieu d'être toujours brisés carrément sur leurs bords, sont souvent taillés en biseau, disposition qui permettrait aux fragments de glisser l'un sur l'autre, quand les appareils de traitement ont une grande puissance comme celui que nous employons.

Pronostic.

Les fractures de rotule, quand elles sont simples, sans complications, telles que déchirure des parties molles, plaie d'articulation, issue de synovie, pénétration d'air dans la capsule articulaire, présence d'esquilles libres, séjour de corps étrangers, une balle, comme j'en ai vu un exemple, ne présentent pas généralement beaucoup de gravité. Mais s'il est vrai que l'arthrite consécutive menace rarement l'existence, si la terminaison n'est que très-exceptionnellement fatale, il est aussi incontestable qu'une guérison parfaite à l'aide des appareils classiques est excessivement rare.

On guérit tant bien que mal avec une roideur articulaire. Le cal, au lieu d'être osseux, est formé par une substance fibro-cartilagineuse plus ou moins étendue et intermédiaire aux fragments qui restent ainsi mobiles. La rotule étant allongée de toute la largeur du fibro-cartilage, un sentiment de faiblesse locale persiste avec tendance à butter et impossibilité de porter un fardeau un peu lourd, avec difficulté de monter et surtout de descendre les escaliers, et assez souvent avec une claudication incurable. Cette faiblesse reconnaît trois causes: 1° moins grande solidité du tissu fibro-cartilagineux que celle du tissu osseux, comme le prouve la fréquence de sa rupture; 2° aplatissement de la saillie rotulienne dont la puissance comme poulie de renvoi est ainsi affaiblie; 3° relâchement, puis rétraction du tendon et des fibres charnues du muscle extenseur, par conséquent, déperdition de la force contractile et d'extension.

Quelquefois le blessé conserve en outre une hydarthrose difficile à dissiper; or il ne suffit pas de sauver la vie, il faut de plus prévenir toute infirmité.

Nous rapporterons plus loin l'histoire lamentable d'un capitaine de chasseurs d'Afrique, qui, guéri avec un cal fibro-cartilagineux, s'est rompu ce cal quelques mois plus tard, si bien qu'aujourd'hui il conserve une infirmité qui le met hors d'état de continuer à servir.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX IRLANDAIS.

I. THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros d'août à novembre 1852 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Nature et traitement de l'épilepsie*; par M. Robert Graves. 2° *De l'emploi du mercure dans les cas de cancer de la bouche*; par M. Duncan. (Il s'agit du noma régnant épidémiquement.) 3° *Description d'une attelle à levier pour les fractures du fémur*; par M. Velly. (Mode imparfait d'extension auquel l'auteur a eu recours parce qu'il n'avait rien autre sous la main.) 4° *Classification des médicaments suivant leur action sur l'homme sain*; par M. Flemming. 5° *Observations sur le pouls lent permanent et sur la dégénérescence graisseuse du cœur*; par M. Richardson. 6° *Observations sur la lithotritie*; par M. Wilmot. 7° *Tributs à la pathologie du cœur*; par M. Dowel.

DE LA NATURE ET DU TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE; par M. ROBERT J. GRAVES, M. D., F. R. S.

L'auteur fait observer que le cotylédon *umbilicus* a été longtemps employé en Irlande comme remède populaire contre l'asthme; il rappelle les résultats obtenus par le docteur Salter de Poole dans le traitement de l'épilepsie par cette substance. Il en a lui-même administré à l'intérieur à la dose de 2 à 3 grammes par jour. Les sept observations qu'il publie à ce sujet peuvent se résumer ainsi:

1° Épilepsie datant de trois ans, survenue à la suite d'une rougeole chez un homme de 22 ans, deux accès par mois. Saignées locales, purgatifs, toniques successivement et inutilement employés pendant six mois; bains de mer, douches continuées sans effet appréciable pendant six autres mois; puis on essaye l'iodure d'argent. Une scarlatine intercurrente suspend

pendant plusieurs mois les accès, qui reprennent ensuite et ne sont enrayés que par l'administration du cotylédon *umbilicus.*

2° Épilepsie à accès fréquents chez un enfant de 4 ans; traitements divers pendant plusieurs mois sans amélioration. Après quelques semaines, l'administration du cotylédon fait disparaître les accès; il survient une ou deux rechutes qui sont aisément combattues par le même moyen, et pendant deux ans l'enfant reste tout à fait exempt de symptômes nerveux.

3° Épilepsie de date récente chez un homme de 23 ans; l'administration du cotylédon *umbilicus* ne produit aucun effet sur la marche de la maladie.

4° Épilepsie de longue durée chez une jeune femme; accès à intervalles éloignés. Le traitement spécifique est administré pendant les huit ou dix jours qui précèdent les attaques, afin que l'économie ne s'habitue point à l'action du médicament. En procédant ainsi on observe un retard de quatre semaines et une diminution notable dans l'intensité des accès.

5° Accès épileptiformes sur un homme de 18 ans, lymphatique et chlorotique, avec symptômes choréiques. Toutes les médications, et le cotylédon entre autres, ont échoué.

6° Épilepsie chez une jeune fille de 13 ans, à accès éloignés nocturnes, avec symptômes nerveux variables et assez fréquents pendant le jour. Point d'amélioration.

7° Épilepsie datant de quatorze ans, survenue à la suite d'hémorrhagies abondantes chez un homme de 25 ans. On essaye en vain dans cet intervalle tous les moyens préconisés.

— Nous n'ajouterons aucun commentaire à ces faits, dont il serait difficile, comme l'observe du reste le docteur Graves, de tirer une conclusion rigoureuse.

Observations sur le ralentissement du pouls et la dégénérescence graisseuse du cœur; par M. Ben. Wills Richardson.

Nous rappellerons avec l'auteur que Macbride, en 1772, en recherchant les causes de la lenteur du pouls, avait observé que l'irritabilité du cœur, ainsi que le pouvoir contractile des fibres de cet organe, pouvaient être diminués par suite de l'accumulation des fluides *huileux*, *gélatineux* ou *aqueux* dans les interstices cellulaires de cet organe, et que *l'accumulation de la graisse sur la base du cœur et les gros vaisseaux* qui en partent devait gêner les mouvements systoliques et diastoliques, *d'où la faiblesse et le ralentissement du pouls.* Parmi les auteurs qui ont observé ces ralentissements extrêmes de la circulation, on doit citer aussi Heberden, qui parle d'un pouls de 26, de 30 et de jamais plus de 42 chez un vieillard de 80 ans dont l'intelligence, quoique un peu lourde et torpide, était loin cependant d'être abolie. Dans un autre cas rapporté par le même auteur (Medic. trans. Lond college physicians, 1772), le pouls ne dépassait pas 12 ou 16. En suivant l'auteur dans cette revue historique, nous voyons que quelques années plus tard, en 1787 (Mem. of the med. Society London), Johnston cite une observation de mort subite chez un prêtre qui présentait un ralentissement remarquable du pouls et qui s'était plaint quelques mois avant sa mort de douleurs dans la poitrine, s'irradiant transversalement dans les bras et de gêne respiratoire. A l'autopsie, on trouva le cœur ramolli (*putrid*); les doigts traversaient facilement sa substance.

On trouve aussi dans les Medical Commentaries une observation du docteur Spens qui, appelé près d'un homme atteint subitement de perte de l'intelligence, de mouvements convulsifs des membres avec cris pendant les accès successifs et syncopes fréquentes, donnait un pouls de 24 qui tomba successivement à 10 et à 9 avant la mort. On trouva à l'autopsie 2 onces de liquide aqueux dans les ventricules du cerveau et une apparence gélatiniforme sur quelques points de la pie-mère. Le même auteur cite un autre cas de ralentissement du pouls, 30, 24 et même 10, suivi au moment de la mort d'une accélération considérable de la circulation, 201 pulsations, chez une femme qui avait été prise subitement de syncope et de dyspnée, et où on trouva à l'autopsie une *transformation* d'une partie du cœur en une substance ferme et blanchâtre, et en un point une substance enkystée grisâtre et analogue à de la crème. (Edin. med. journ., 1816.)

Les Med. chir. trans. (t. XXIV) rapportent tout au long l'histoire d'un gentleman qui fit une chute sur la tête et présenta pendant longtemps de la douleur et de la difficulté dans les mouvements du cou. Trois ans après, il est pris de syncopes; le pouls, qui était ordinairement à 33, descendait pendant ces accidents à 20 et 25. Il devint sujet à des accès de goutte, les syncopes furent de plus en plus fréquentes et de plus en plus graves, le pouls descendait à 20, 15, 12, 10, 9, 8 et même 7 1/2 par minute. L'autopsie, pratiquée par Liston, montra une diminution considérable du diamètre antéro-postérieur du trou occipital et une subluxation de l'apophyse odontoïde, les articulations occipito-atloïdiennes étaient complétement ankylosées. Le cœur était plus volumineux que de coutume, les parois du ventricule droit étaient amincies et l'endocarde épaissie.

Des observations analogues ont été publiées par Adams in mémoire de Stokes (Dublin quart. journal, t. 11) et par Quain (Med. chir. trans., t. XXXIII); nous ne pouvons les citer ici en détail. M. Rochoux en 1842 (Dict. de méd., art. Pouls) avait remarqué aussi que le ralentissement du pouls indique un affaiblissement des parois du cœur, et avait apporté quelques faits curieux à l'appui de cette opinion.

Les deux observations suivantes appartiennent à M. Richardson :

1° Chez un homme de 73 ans, syncope suivie de dyspnée, ralentissement du pouls et syncopes fréquentes, 32, 28 et 24 pulsations, troubles notables de l'intelligence. Cœur ramolli, à cavités dilatées; les parois du ventricule gauche sont très friables, quoique assez épaisses; la paroi antérieure du ventricule droit présente des îlots de dégénérescence graisseuse.

2° Chez un homme de 73 ans, syncopes, pouls variable entre 28 et 32, anasarque, mort. Cœur surchargé de graisse, la substance musculaire du ventricule gauche est plus pâle qu'à l'état normal, dégénérescence graisseuse des fibres de la cloison ventriculaire, de l'oreillette droite et du ventricule droit.

—Nous sommes entrés dans ces détails parce que la dégénérescence graisseuse du cœur est un sujet dont l'étude est à l'ordre du jour en Angleterre, et que nous avons voulu rappeler les principaux travaux qui ont été entrepris à ce sujet dans le but d'établir la symptomatologie de cette affection. Rappelons en terminant, pour les lecteurs qui voudraient poursuivre ce sujet, les observations d'Adams (Dublin hosp. reports, t. IV), le travail de Chambers sur l'obésité (On corpulence. London, 1850) et ceux de Canton et d'Ormerod (The Lancet, 1850).

Observations sur la lithotritie; par M. Wilmot.

Dans ce travail, l'auteur argumente surtout en rappelant le succès remarquable qui a couronné la pratique de M. Civiale. Sur 303 malades lithotritiés, 296 ont guéri. Cette statistique doit suffire, dit-il, pour faire abandonner les objections formulées autrefois contre cette opération et justifier pleinement la remarque de sir B. Brodie: « que, à l'exception de ceux qui se présentent chez les enfants, il n'y a qu'un petit nombre de cas de calculs de la vessie dans lesquels la lithotomie doive être préférée. »

Les objections adressées à la lithotritie peuvent, dit-il, se réduire à cinq :

1° Un fragment du calcul broyé peut rester dans la vessie et devenir le noyau d'une nouvelle concrétion calculeuse.

2° L'opération est plus douloureuse, plus pénible et moins certaine dans ses résultats que la lithotomie.

3° Il peut survenir dans quelques cas une inflammation de la vessie avec gangrène de cet organe et abcès dans le tissu cellulaire du bassin.

4° La lithotritie est quelquefois suivie d'une affection des reins.

5° Les fragments peuvent s'arrêter dans l'urètre, y produire des désordres graves, et parfois même donner lieu à une rétention d'urine.

Après avoir réfuté ces objections dont l'importance est plus apparente que réelle, puisqu'elles n'ont rien de général et seraient plutôt justifiées par l'impéritie des praticiens que par l'insuffisance de l'opération, M. Wilmot rapporte trois cas de lithotritie.

Dans le premier, il s'agit d'un jeune homme de 23 ans atteint, depuis quatre ans, d'un calcul vésical volumineux; il fut guéri en trois séances.

Chez le second, d'une constitution délicate, les symptômes de la pierre n'existaient que depuis six mois. Le malade depuis son enfance était atteint d'une irritation vésicale très-grande. Ses urines épaisses, laiteuses, contenaient du pus, des globules sanguins et un peu d'albumine. L'emploi de la sonde pour dilater le canal donna lieu à des douleurs très-vives, et les symptômes de l'irritation vésicale s'accrurent tellement que l'auteur se décida à opérer sans retard. L'amélioration se manifesta alors d'une manière rapide, et le malade guérit.

Chez le troisième malade, âgé de 60 ans, la lithotritie avait très-bien réussi lorsque la mort survint précédée de symptômes tels qu'ils ne peuvent être attribués à l'opération, mais à la pression trop forte d'un bandage qui détermina un abcès dans un sac herniaire et une violente péritonite.

L'auteur termine par quelques observations sur l'emploi des anesthésiques dans la lithotritie. Ce n'est, dit-il, que dans les cas d'irritabilité extrême de la vessie qu'on doit se servir du chloroforme. Il doit exister entre l'opérateur et le malade un certain accord nécessaire à la régularité comme à l'innocuité de la manœuvre. Le chloroforme est en outre capable de provoquer des mouvements automatiques qui s'opposent à ce qu'on puisse saisir facilement le calcul. Dans deux cas où M. Wilmot l'a employé, il occasionna des contractions des muscles abdominaux tellement violentes qu'on fut obligé de renoncer momentanément à terminer l'opération.

FAITS RELATIFS A LA PATHOLOGIE DU CŒUR; par le docteur B. G. M'DOWEL, professeur à Dublin.

Les observations recueillies par M. M'Dowel ont une importance au point de vue des questions les plus agitées de la pathologie du cœur; elles portent entre autres sur quelques points de cette étude qui ont été traités d'une manière remarquable par M. le docteur Beau.

Dans une première section, l'auteur étudie les effets de la dilatation excessive du cœur, et spécialement des ventricules accompagnés de ramollissement du tissu charnu, sans maladie valvulaire. Deux observations, recueillies avec soin, sont discutées longuement à ce sujet.

Dans la seconde section, il s'agit de la dilatation passive du cœur dépendant d'une maladie des tuniques de l'aorte et donnant lieu à la gêne de la circulation. La troisième catégorie comprend des observations qui montrent l'influence de la dilatation des cavités du cœur dans les maladies valvulaires de cet organe. Six observations sont citées à l'appui des opinions avancées sur cette question.

L'auteur tire les conclusions suivantes de ces recherches:

1° La dilatation excessive des ventricules du cœur est une cause directe et efficiente de gêne circulatoire.

2° Elle contraste sous ce rapport avec l'hypertrophie des ventricules dont les effets utiles sont souvent contre-balancés par la dilatation progressive de ces cavités.

3° La dilatation des cavités peut exister sans altération valvulaire et peut donner lieu aux symptômes généraux des maladies valvulaires. Quand cette dilatation s'accompagne de ramollissement, elle peut donner lieu à l'ensemble des signes du rétrécissement mitral.

4° La dilatation peut survenir comme complication dans toutes les maladies valvulaires, modifier leurs signes et donner lieu à des symptômes identiques dans la période ultime de maladies tout à fait différentes.

5° Dans les maladies valvulaires, sans obstacle à la circulation, lorsque la dilatation survient, les signes des obstacles à la circulation se développent. On peut expliquer ainsi l'apoplexie pulmonaire dans les insuffisances aortiques.

6° Les dépôts athéromateux de l'aorte donnent lieu à la gêne de la circulation par suite de la perte d'élasticité de ce vaisseau. Cette cause peut entraîner l'ampliation du cœur, qui devient ainsi excessive quoiqu'il n'y ait pas altération des valvules.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

M. BAUDENS lit un travail intitulé: MÉMOIRE SUR LES SOLUTIONS DE CONTINUITÉ DE LA ROTULE; DESCRIPTION D'UN APPAREIL CURATIF NOUVEAU POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES TRANSVERSALES. (Voir ci-dessus.)

SUR QUELQUES MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES DU PHÉNOMÈNE DE LA ROTATION DU GLOBE OCULAIRE.

M. SZOKALSKI (de Savigny-sous-Beaune) complète sa communication sur la rotation des globes oculaires par un court résumé de ses observations sur les modifications pathologiques de cette fonction.

Lorsque le parallélisme des deux axes visuels est détruit par une lésion fonctionnelle d'un des muscles droits, nous voyons toujours double; mais cette diplopie a cela de particulier que les dimensions horizontales et verticales de deux images restent toujours parallèles; peu importe si l'une de ces images est rapprochée ou éloignée de l'autre, si l'une est placée à côté ou au-dessus de l'autre, ou si l'une dépasse seulement l'autre de la moitié de sa hauteur.

Il n'en est pas ainsi lorsque la rotation autour de l'axe est entravée par une anomalie fonctionnelle des muscles obliques. Le globe oculaire, entraîné alors, tourne du côté du muscle plus fort; la dimension verticale de la rétine devient oblique, et l'objet que l'on regarde, au lieu de paraître droit debout, paraîtra incliné. Cette inclinaison apparente des images est le symptôme pathognomonique du désordre de la rotation, et elle modifie d'une manière toute particulière la vision binoculaire.

Le malade voit aussi double; mais la fausse image se sépare imparfaitement de la vraie par le haut, par le bas ou par les côtés; quelquefois même elle la croise par le milieu. Elle ne forme jamais corps à part que lorsque les muscles droits sont en même temps affectés, et le défaut de la rotation autour de l'axe est compliqué avec l'impossibilité de faire concorder cet axe avec celui de l'autre œil.

A l'exception de cette circonstance, d'ailleurs très-fréquente, on ne constate jamais de strabisme à l'inspection des yeux. L'œil malade est celui qui voit obliquement les objets, et si l'on écarte largement les paupières et que l'on recommande en même temps au malade de porter alternativement la tête vers l'une et l'autre épaule, on aperçoit alors que le globe ne reste pas en place comme à l'état normal, mais qu'il suit le mouvement de la tête et des paupières.

Le genre de l'obliquité de l'image nous permet aussi de discerner lequel des deux muscles obliques domine sur son antagoniste. Si c'est le supérieur, la partie supérieure des objets verticaux paraîtra penchée en dehors; si c'est l'inférieur, l'inclinaison aura lieu vers le côté opposé.

Il sera toujours facile de corriger, par la position convenable de la tête, cette espèce de vue double.

Tous ces phénomènes sont les résultats des anomalies fonctionnelles des muscles obliques, que l'on peut classer en deux catégories, en *spasmes* et en *paralysies;* mais on ne les trouve dans toute leur pureté que dans les cas seulement où ces muscles sont seuls affectés. L'oblique supérieur, qui reçoit un nerf particulier, peut, à cause de cet isolement, satisfaire beaucoup plus facilement à cette condition que son antagoniste. Ce dernier reçoit l'impulsion motrice du nerf oculo-moteur commun; aussi les désordres de ses fonctions sont presque constamment compliqués de désordres des muscles droits supérieur, inférieur et interne, et de l'élévateur de la paupière supérieure.

La gêne de la rotation autour de l'axe provenant du spasme des muscles obliques est ordinairement passagère; je l'ai observée, dit M. Szokalski, chez les personnes hystériques et hypocondriaques. A l'approche des attaques d'hystérie, d'épilepsie et de catalepsie, elle a souvent lieu simultanément des deux côtés, et si le malade conserve encore sa connaissance, les mouvements désordonnés des deux yeux lui font apercevoir les objets différents et contrefaits d'une manière bizarre. Tout ce qu'il regarde lui paraît double, vacillant, tantôt debout, tantôt incliné de côté; les objets se heurtent, tremblent, se croisent et menacent de tomber, etc. Ces visions effrayantes précèdent souvent le vertige épileptique et accompagnent quelquefois celui qui résulte d'une simple congestion sanguine; elles sont probablement très-fréquentes chez les aliénés, et il faut bien se garder de mettre sur le compte de l'intelligence ce qui n'est chez eux que le désordre spasmodique de la mobilité des yeux, ou le prodrome de la paralysie générale.

La rotation de l'œil autour de son axe est beaucoup plus souvent entravée par l'affaiblissement paralytique d'un des muscles obliques. La diplopie qui en résulte est plus persistante que dans les cas précédents, mais il arrive à son égard comme à l'égard de la diplopie occasionnée par la destruction du parallélisme des axes, on néglige une des deux images, on s'attache exclusivement à la plus parfaite et on finit par voir simple.

TRAITEMENT DE L'ANÉVRISME PAR DES INJECTIONS COAGULANTES FAITES DANS L'ARTÈRE AU MOYEN D'UN TUBE CAPILLAIRE.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES écrit à l'Académie qu'il a publié l'idée première de cette méthode en 1844, dans son RECUEIL DE MÉMOIRES PRÉSENTÉS A L'ACADÉMIE DES SCIENCES. A la page 280, se trouve le passage suivant:

« Les expériences que je fis sur les animaux pour connaître les effets de la » compression sur deux points de l'artère, me montrèrent bientôt que ce moyen » doit être continué pendant un temps trop long pour être d'une application » usuelle. Je cherchai donc à faciliter la coagulation de cette portion de sang » ainsi isolée: *des injections alcooliques, faites dans l'artère au moyen du* » *tube capillaire de la seringue d'Anel, s'offrirent d'abord à ma pensée; en* » *effet, elles produisirent assez promptement la formation de caillots.* Mais » comment arriver jusqu'à l'artère et pénétrer sûrement dans la cavité sans la » mettre au moins un peu à découvert? »

A la page 281, sont rapportés les détails d'expériences comparatives faites avec les injections alcooliques et l'électro-puncture.

M. Leroy-d'Étiolles reconnaît l'importance de la substitution du perchlorure de fer à l'alcool, faite par M. Pravaz et préconisée par M. Lallemand: c'est un perfectionnement utile, capital si l'on veut; mais ce perfectionnement ne constitue pas seul la méthode de traitement *par injection intra-artérielle:* il n'en est qu'un procédé, un mode d'application.

M. LALLEMAND, au sujet de cette lettre, s'exprime en ces termes:

La méthode du docteur Pravaz était destinée, selon mes prévisions, à l'avenir le plus important; je dois déclarer que je n'y ai pris, d'autre part, qu'un très-vif intérêt dans ses résultats.

Je ne crois pas que M. Pravaz ait eu connaissance de la note de M. Leroy-d'Étiolles; mais quand cela serait, je ne pense pas qu'il en ait pu tirer parti. En effet, M. Leroy-d'Étiolles parle d'une triple expérience faite à la fois sur le même cheval et sur la même artère carotide: 1° par la compression; 2° par l'électro-puncture; 3° par l'injection avec l'alcool, manière de procéder qui me paraît peu propre à donner des résultats concluants. Aussi M. Leroy-d'Étiolles n'indique-t-il pas les effets qu'il a obtenus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet:

1° Un rapport de M. Regnault d'Andresy (Seine-et-Oise), sur un cas isolé de choléra qu'il a observé dans ladite commune;

2° Un échantillon d'eau minérale alcaline gazeuse provenant d'une source sise à Soultzmatt (Haut-Rhin), avec demande d'avis;

3° Un échantillon d'eaux minérales sulfureuses provenant d'une source située aux Thermes, près Paris.

— M. Troupel adresse des échantillons des sources minérales d'Euzet-les-Bains, avec prière d'en faire l'analyse. (Comm. des eaux minérales.)

— M. Grange adresse une note intitulée : Analyse des eaux minérales et thermales de Greoulx, en Provence. (Comm. de l'Annuaire des eaux de la France.)

—M. Mérier, médecin en chef des aliénés de Saint-Dizier, adresse quelques observations sur l'emploi du seigle ergoté dans les accouchements. (Commiss. : MM. Villeneuve, Adelon, P. Dubois et Danyau.)

— M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. Valette, une observation de contracture du diaphragme, survenue pendant le cours d'un rhumatisme musculaire aigu, suivie de la mort du malade. (Comm. nommée pour les recherches de M. Duchenne (de Boulogne).

— M. Ch. Robin informe l'Académie qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicales.

— M. Sandras écrit qu'il se porte également candidat pour cette section.

NOUVEAU SYSTÈME D'ARMATURES MÉTALLIQUES POUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX.

M. V. Burq adresse un nouveau mémoire sur ce sujet.

M. Burq, ayant reconnu certaines imperfections ou obstacles à son premier traitement par les armatures, soit dans la nécessité d'une exploration métallique préalable, soit dans la forme même de ses armatures et dans les difficultés de toute sorte que médecins et malades pouvaient avoir à se les procurer, soit enfin dans la difficulté de les transformer en applications humides, lorsque sèches elles ne suffisaient pas, décrit, dans ce mémoire, un nouveau système d'armatures métalliques destiné à vulgariser les avantages de sa découverte.

Réunir les agents les plus actifs de la métallothérapie, sous la forme de quelques appareils d'un emploi sûr et commode, tel est le but qu'il s'est proposé dans son nouveau système d'applications.

Ce système consiste à faire intervenir les agents les plus actifs de la métallothérapie, le cuivre rouge et le cuivre jaune, l'acier d'Angleterre et l'acier d'Allemagne (qui agissent à eux quatre 70 fois sur 100 environ), dans la confection de divers appareils ou objets d'utilité, de religion ou d'agrément, pour la plupart d'un usage habituel, tels que médailles, bracelets, buscs de corset, chaînes, baignoires, brosses à frictions, etc., dont la forme est tout à fait indifférente en elle-même, si elle est agréable aux malades ou du moins ne peut leur inspirer aucune répugnance, mais où ces quatre métaux doivent se trouver réunis à peu près en égale proportion, et offrir une disposition telle qu'ils puissent s'appliquer aussi exactement que commodément sur les différentes parties du corps auxquelles on les destine;

Présenter une surface d'applications directement en rapport avec l'intensité des effets à obtenir;

Et que surtout, dans tous les cas où la forme de l'appareil ou de l'objet le comporte, et où il y a avantage à le faire, on ait la faculté d'appliquer à volonté, soit isolément, soit simultanément les deux cuivres et les deux aciers.

CHLOROFORME.

M. Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Chatellerault (Vienne), à l'occasion des accidents produits par l'emploi du chloroforme, soumet à l'Académie les questions suivantes :

1° L'emploi du chloroforme doit-il être continué à titre d'anesthésique dans la pratique médicale?

2° Dans le cas de l'affirmative, existe-t-il, dans l'état actuel de la science, des préceptes certains pour éviter les accidents de mort?

3° Si une méthode certaine de mettre à l'abri des accidents occasionnés par le chloroforme employé comme anesthésique, n'existe pas, quel doit être le rôle du médecin envers les malades, la société et la loi? (Commission du chloroforme.)

SURDI-MUTITÉ.

M. Valade-Gabel, directeur honoraire de l'Institution des sourds-muets de Bordeaux, adresse une lettre sur ce sujet.

L'auteur pense que la question qui se débat devant l'Académie ne saurait recevoir de solution sérieuse que par une double appréciation, une connaissance approfondie des fonctions qu'étudie le médecin et des facultés morales que le philosophe analyse et que l'instituteur dirige.

L'auteur, après avoir présenté quelques observations au sujet des diverses opinions émises dans la discussion, termine sa lettre en ces termes :

« L'Académie ne tardera pas à le reconnaître, ce n'est pas assez d'avoir établi que M. le ministre de l'intérieur demande, avec la solution d'une question médicale, la solution d'une question de haute pédagogie. La question de pédagogie elle-même doit être subdivisée. Suivant que le mutisme est la conséquence d'une surdité congéniale ou d'une surdité acquise postérieurement au développement de la parole, suivant que la surdité est complète ou incomplète, suivant que l'intelligence domine l'organisme ou est dominée par lui, il y a quatre voies différentes à suivre pour l'instruction des enfants dont le sort la préoccupe. C'est là la principale cause du peu d'accord qui semble régner entre les instituteurs, comme aussi de la diversité des opinions qui se sont produites devant l'Académie.

» La catégorisation préalable des différents cas de surdité et de mutisme, tel doit être le point de départ des progrès si impatiemment attendus. » (Renvoyé à la commission.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité.

La parole est à M. Bouvier.

M. Bouvier commence par déclarer qu'il ne partage pas l'opinion de M. Bégin lorsqu'il a dit que ce qui a trait à la guérison de la surdité était la seule partie réellement médicale de la question. Au point de vue physiologique, le mode d'instruction du sourd-muet est à ses yeux un problème entièrement du ressort de la physiologie. Il est tout aussi évident que, au point de vue pathologique, il n'y a rien de plus médical que les suites de la surdité congéniale de la première enfance et les moyens d'en prévenir ou d'en corriger les effets funestes par rapport à l'intelligence et à toute l'existence physique et morale des individus ainsi mutilés.

M. Bouvier, après avoir rappelé les faits et l'état de la question, examine les motifs qui peuvent éclairer le vote de l'Académie en renversant l'ordre des questions, c'est-à-dire en commençant par la question pédagogique.

D'abord qu'est-ce que l'éducation des sourds-muets, que doit-elle être et quelle est la valeur des variantes qu'elle présente dans la pratique? Telles sont les questions qu'il examine successivement.

Des considérations qu'il émet à leur sujet, il résulte pour M. Bouvier que le langage oral peut être employé avec avantage dans l'éducation des sourds-muets, quoiqu'il ne doive pas réussir également chez tous; que son usage offre toutefois une certaine difficulté et réclame une étude persévérante et assidue; qu'il peut, à la rigueur suffire aux communications habituelles des sourds-muets entre eux; que le rapport des mots articulés avec la langue écrite fournit une base utile, sur laquelle peut s'appuyer l'enseignement de la lecture et de l'écriture. Enfin, s'étayant de l'autorité de l'abbé de l'Épée, M. Bouvier invoque encore en faveur de sa thèse l'avantage inappréciable que la langue orale procure au sourd-muet, en facilitant ses rapports avec les parlants et en adoucissant la rigueur de son isolement dans la société.

M. Bouvier expose ensuite le mécanisme et le principe du langage mimique et en pèse les avantages et les inconvénients; le plus grand de ces inconvénients, suivant lui, est le défaut de rapport de la langue organique du sourd-muet avec sa langue écrite, lequel crée une difficulté de plus dans son éducation. Là est, aux yeux de M. Bouvier, le nœud de la question. Sa solution au point de vue pédagogique se trouve tout entière dans ce fait, à savoir : le temps nécessaire et la somme de travail à produire pour atteindre un résultat identique par l'une ou l'autre méthode.

De là M. Bouvier est conduit à examiner ce grand problème : convient-il de placer une partie des sourds-muets de l'institution de Paris dans une classe à part où ils seraient élevés spécialement au moyen de l'articulation? Combattant les éclectiques qui proposent d'unir la mimique et l'articulation, union qu'il considère comme une chimère, M. Bouvier déclare que l'Académie est dans la nécessité de faire un choix entre ces deux méthodes.

Ici M. Bouvier entre dans l'examen détaillé des faits invoqués par les partisans des deux méthodes et s'attache à démontrer, à l'aide de nombreux documents qu'il ne nous est pas possible de reproduire ici, les avantages de la méthode de l'articulation et l'infériorité où se trouve en ce moment l'institution de Paris vis-à-vis des établissements où cette dernière méthode est en usage.

Pris au dépourvu par le temps, pour terminer son argumentation, M. Bouvier demande à être autorisé à la reprendre au commencement de la séance prochaine.

La parole lui sera réservée.

M. Michel Levy demande à l'Académie quelques instants d'attention avant de clore la séance, pour lui communiquer quelques fragments extraits de l'ouvrage de M. Désiré Ordinaire, sur l'éducation des sourds-muets, qui lui semblent résoudre la question qui se débat en ce moment.

Voici ces extraits :

« Est-ce atteindre le but proposé que de prendre pour intermédiaire de cette association le langage mimique, qui est, dans sa plus grande partie, tout aussi arbitraire que les mots écrits, sans jouir des mêmes avantages qu'eux, et qui, après avoir absorbé toute l'attention dont l'élève peut disposer, sans garantie qu'il ait été compris, deviendra l'interprète du langage écrit? On ne peut donc, par cette voie, que compliquer la difficulté au grand détriment de l'élève, comme les faits le démontrent.

» Les signes méthodiques, employés principalement pour expliquer les formes les plus arbitraires et les plus abstraites du langage écrit, ne se composent eux-mêmes que de ce qu'il y a de plus abstrait dans le langage mimique. L'abbé de l'Épée, après les avoir réduits à toute la simplicité qu'il croyait possible, se félicitait de penser qu'il ne faudrait plus que trois mois à une personne lettrée pour en acquérir la connaissance et en faire l'application; et il pensait ainsi, parce que cette personne, instruite de toutes les formes et de toutes les combinaisons du langage, était douée de toutes les conditions nécessaires pour les comprendre.....,

» ..... Qu'on se passe donc d'un interprète qui ne pourrait enseigner la langue dont on a besoin que par une langue plus difficile encore et dont on n'a que faire, et qu'on se résigne à se servir, pour cette transmission, du moyen le plus simple, offert par la nature même de la chose à l'attention de l'homme,

celui qui s'adapte le mieux au but qu'on se propose, et qui non-seulement réalise, dans l'enseignement, tout ce qu'on s'était vainement promis des signes méthodiques, mais qui devient en même temps le moyen le plus propre pour faire recouvrer au sourd-muet l'avantage de ses communications sociales.

» Oui, la lecture sur les lèvres réalise tous ces avantages et au degré le plus éminent, puisque c'est la parole elle-même qu'elle fait voir à celui qui ne peut l'entendre, et avec les modifications et les nuances qui la caractérisent. Elle est à la parole plus que le dessin n'est à l'objet qu'il représente ; elle en est le miroir le plus fidèle ; elle fixe sans cesse l'attention de l'élève sur la physionomie de celui qui parle, et qui est aussi le miroir de son âme ; elle le met dans le cas de saisir et de se pénétrer de tout ce que l'expression de l'intelligence et du sentiment jette encore de lumière pour faire comprendre la valeur des mots qui l'expriment. Aucun exercice ne peut approcher de cet immense avantage : tous ceux qui se font par le langage mimique se font dans une langue essentiellement transpositive, opposée à l'ordre de construction directe de la langue française, et compliquent la difficulté de son travail, lorsqu'il s'agit pour l'élève d'écrire ce qu'on lui a fait penser à l'aide du langage mimique.....

» Que deviennent-ils (les sourds-muets) lorsqu'ils quittent nos institutions? Ils rentrent dans leurs familles, où ils retrouvent leurs parents, qui le plus souvent, ne sachant ni lire ni écrire, sont devenus plus étrangers que jamais à toute communication avec eux. Plus leur langage mimique se sera étendu et perfectionné, pour se prêter à tout le développement de leurs idées, plus ils seront devenus inintelligibles pour tout ce qui les entoure. A peine trouveront-ils dans le village qu'ils habitent, des personnes qui, ayant l'instruction nécessaire, aient en même temps assez de loisir et de bienveillance pour leur faire appliquer quelque chose de ce qu'ils ont appris ; aussi l'oublient-ils rapidement. Que sera-ce si, infatués de leur prétendu savoir, ils vont jusqu'à dédaigner ceux qui les entourent, ainsi que les pratiques industrielles, qui sont leur seule ressource?

» Supposons au contraire que ces élèves aient été exercés à lire la parole sur les lèvres : après quelques actes d'attention, ils la reconnaîtront dans tous ceux qui parlent, et par là, seront en participation avec toutes leurs idées. Supposons qu'ils ne puissent articuler que quelques mots : pourvu que ce soient ceux qui se rapportent au principal objet de leur pensée, ils seront comme un rayon de lumière qui suffira pour éclairer et faire comprendre tout ce qu'ils développeront ensuite par l'action mimique; l'habitude perfectionnera et rendra tous les jours plus faciles toutes leurs communications. Non-seulement ils ne pourront jamais oublier ce qu'ils ont appris, mais le besoin de leurs relations sociales leur en fera sentir chaque jour davantage l'utilité dans tous les détails de la vie; leur connaissance dans la langue ira en se perfectionnant, et en se proportionnant toujours à la sphère dans laquelle ils vivent, et à celle des besoins qui y correspondent.

» Si tels sont les avantages qu'on doit espérer de l'articulation de la lecture sur les lèvres, même pour tous ceux qui en profiteront le moins, je le demande, n'est-ce pas un devoir d'humanité de n'épargner aucun effort pour chercher à les leur procurer? »

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Abrégé de pathologie médico-chirurgicale, ou résumé analytique de médecine et de chirurgie; par M. E. Triquet. — Paris, 1852. — 2 vol. in-8°. Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Toute chose, en ce monde, a sa raison d'être et son utilité. Du chêne au roseau, du lion à l'humble fourmi, de l'Européen sanguin-nerveux, type supérieur de l'espèce, jusqu'au misérable nègre rabougri, il n'est pas une individualité qui ne joue son rôle dans l'harmonieux orchestre de la création. Et ce qui est vrai dans l'ensemble du spectacle de la nature, on peut le dire tout aussi justement des produits directement émanés de notre esprit. Traités complets (ou soi-disant tels), monographies, dictionnaires, compendiums, abrégés, manuels, aide-mémoire, formulaires, etc., ces diverses formes de la pensée humaine s'adressent avec avantage à une classe spéciale de lecteurs, trouvent dans la variété des besoins intellectuels l'occasion de rendre des services d'aucun desquels il ne conviendrait de méconnaître la portée.

Il n'était pas inutile de nous inspirer de ces idées générales avant de chercher à déterminer l'indication particulière à laquelle est venu satisfaire l'Abrégé de pathologie médico-chirurgicale; car, nous devons l'avouer, le but de ce livre est loin de frapper au premier abord par un cachet d'utilité incontestable. Quant à son origine, M. Triquet nous apprend qu'il s'était proposé, lorsqu'il en conçut la pensée, d'offrir aux jeunes gens qui aspirent au doctorat et à ceux qui se préparent aux concours des hôpitaux, une suite de conférences ou de résumés analytiques destinés à les guider dans leurs études. Puis peu à peu, presque malgré lui, le sujet s'agrandit sous sa plume, le cicerone se mêla de la conversation, l'indicateur devint mentor, et les limites du plan primitivement choisi se trouvèrent naturellement dépassées.

Malgré cette extension de laquelle il n'a pu se défendre, et quoiqu'il ait atteint un chiffre respectable de deux in-octavo, l'auteur a conservé la modeste suscription qui lui avait d'abord paru suffisante, et proteste contre toute prétention de vouloir placer son livre à côté de celui de ses maîtres.

Les sentiments de M. Triquet sont entièrement les nôtres. Tel qu'il l'a publié, son Abrégé a trop gardé l'empreinte du cadre qui lui avait été en premier lieu destiné pour que l'on puisse consentir à y voir autre chose qu'une série de notes fort complètes à la vérité et très-méthodiquement coordonnées, mais qui, pour la plupart des sujets, sont un sommaire; un texte à développer, bien plus qu'un exposé même suffisant de la question. Nous dirons plus : dans beaucoup de chapitres, principalement ceux qui concernent la chirurgie, ces notes font la peinture et en même temps la critique la plus juste de la manière dont le concours est compris et pratiqué par un grand nombre de ceux qui en tentent les hasards. Sans vouloir accuser cette grande et belle institution à laquelle tant de sympathies légitimes nous attachent, il nous est bien permis de signaler ses défauts. Or, qui l'ignore aujourd'hui : dans une certaine école, il y a quelques années, le candidat le mieux classé n'était-il pas invariablement celui qui, sachant grouper autour de lui quatre ou cinq opinions représentées par des noms propres, avait l'art de les faire manœuvrer, de les opposer l'une à l'autre, sans rien conclure sinon que *chacune d'elles recèle une partie de la vérité!* Pour réussir, ne fallait-il pas, en première ligne, faire preuve de cette érudition qui semble craindre et diffère au moins le plus possible de proclamer la vérité, parce qu'elle y perdrait l'occasion de prouver qu'elle n'ignore le nom et la qualité d'aucun de ceux qui, à diverses époques, l'ont recherchée. La *plus forte* épreuve n'était-elle pas celle qui consacrait la majeure partie du temps fixé aux détails d'anatomie pathologique ou de diagnostic différentiel, et savait s'éteindre à propos au milieu du traitement, montrait pertinemment aux juges ébahis que pour guérir la maladie aussi bien qu'il l'avait reconnue, il n'avait absolument manqué au candidat que quelques minutes de plus?

Eh bien! ces caractères qui appartiennent à l'histoire de l'époque, nous les avons retrouvés dans plus d'un passage du livre de M. Triquet. Lorsqu'il examine l'influence des obstacles à la circulation cardiaque sur la production de la gangrène, « une affection du cœur peut-elle, dit-il, produire la gangrène? Sénac, Lancisi, Thompson, Richerand, Broussais, le pensent; Corvisart et Laennec le nient. M. Andral croit cette opinion possible, mais qu'elle n'est pas démontrée. M. Bouillaud enfin, et c'est l'opinion la plus probable, dit que la gangrène a lieu, mais que ce n'est pas uniquement à la maladie du cœur qu'il faut l'attribuer. » Dans la thérapeutique du rachitisme, il se borne à recommander une *alimentation convenable*, laissant aux caprices ou aux préjugés de chacun à régler ce point, qui est cependant la partie capitale du traitement. Enfin l'étiologie de la coqueluche est tout entière dans cette proposition, qui rencontrera assurément bien peu de contradicteurs : « Elle se montre dans tous les temps de l'année; elle attaque *surtout* les enfants *riches ou pauvres*, le plus souvent une seule fois. »

Notre impartialité se trouvait ainsi hors de doute, personne ne verra dans nos paroles un compliment, si nous déclarons maintenant et avec infiniment plus de plaisir que tout à l'heure, que le programme de l'auteur, dans les limites que volontairement il s'était imposées, a été rempli par lui d'une manière aussi judicieuse que complète. C'est un résumé clair et précis des notions que tout médecin doit posséder pour se livrer à la pratique. En faisant le sacrifice de toute prétention littéraire, M. Triquet a pu condenser les matières et rassembler en deux volumes toutes les indications nécessaires non-seulement à celui qui veut traiter des malades, mais à celui qui désire se tenir au courant de la situation présente des connaissances médicales. Au pis-aller, et même pour les questions qui nous paraissent avoir été exposées trop succinctement, on trouverait toujours dans cet ouvrage un guide précieux; car, comme le dit l'auteur, « le praticien trop occupé pour consulter journellement les traités classiques peut y retremper ses souvenirs, et s'assurer en un instant s'il est indispensable ou non qu'il revoie des ouvrages plus étendus sur les questions que sa mémoire ne lui rappelle qu'incomplétement. »

Nous ne saurions néanmoins partager entièrement un pareil avis, ni laisser à l'Abrégé de pathologie médico-chirurgicale l'humble rôle que l'abnégation de son auteur se borne à revendiquer pour lui. Plusieurs chapitres, notamment celui sur les maladies des os, sur la phthisie pulmonaire, sur les fièvres, etc., révèlent, outre une érudition profonde, plus de fécondité d'aperçus qu'on n'en met d'ordinaire dans une simple compilation. On s'aperçoit sans peine qu'entraînés vraisemblablement par l'attrait du sujet, M. Triquet ou son collaborateur, M. Trumet, n'ont pu s'astreindre tout à fait aux règles de cette espèce de composition, telles du moins

que les pratiquait l'infatigable abbé dont le nom rappelle si bien le leur, et que les vers de Voltaire ont immortalisé comme prototype du genre.

Que l'auteur ne s'arrête pas en si bean chemin. Au prix de quelques suppressions faciles à désigner, il pourra trouver place pour des additions nécessaires, parmi lesquelles les développements thérapeutiques tiendraient le premier rang. Qu'il se préoccupe des questions pratiques plutôt que des questions de concours; qu'il s'attache à citer moins ceux qui ont étudié un point de doctrine que ceux qui l'ont éclairé; qu'il ne craigne pas surtout d'emprunter aux sujets d'ordre secondaire la place qu'ils peuvent sans inconvénient céder à leurs aînés en importance pathologique. Alors aura disparu le plus grave défaut du livre, cet excès de concision tel qu'un calembouriste, devant nous, prétendait, mais avec plus de malice que de vérité, l'avoir pu juger, rien que d'après les nom et prénom de l'auteur, E. Triquet.

P. Diday.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, en date du 14 mai, M. le docteur Rousselin est nommé médecin-directeur de l'asile des aliénés de Blois, en remplacement de M. Billod.

— Par arrêté de M. le préfet de l'Hérault du 12 mai dernier, M. le docteur Cavalier, médecin adjoint de l'asile départemental des aliénés de Montpellier, a été nommé médecin en chef dudit asile, en remplacement de M. le docteur Rech, décédé.

— M. Bunsen (d'Heidelberg), inventeur de la fameuse pile qui porte son nom, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie des sciences.

— M. le docteur Lemerchier, ancien maire d'Amiens, vient de mourir dans cette ville à l'âge de 84 ans.

— Les docteurs Fausto Rossi (de Pise) et Torello Niccoli (de Livourne) sont morts dans la vigueur de l'âge.

— Après un concours, MM. Pomiès et Rambaud ont été nommés médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon. M. le docteur Lavirotte, le troisième candidat, paraît s'être distingué et avoir suivi de très-près ses deux heureux compétiteurs.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé, mercredi dernier, au renouvellement de son bureau et à la formation de ses différents comités. M. le professeur Requin, vice-président de l'année dernière, a été élu président pour l'année 1853-1854. Ont été nommés : vice-président, M. Bricheteau ; secrétaire général, M. Henri Roger ; secrétaires particuliers, MM. Hérard et Léger ; trésorier, M. Labric. On a procédé ensuite à l'élection du conseil d'administration, dont MM. Barth, Legroux, Marotte, Trélat et Vigla ont été nommés membres. En outre, feront partie du comité de publication, MM. Hérard, Labric, Léger, Marotte et Roger ; et du conseil de famille, MM. Devergie, Hervez de Chégoin, Horteloup, Guérard et Natalis Guillot.

Le secrétaire général rappelle que la Société médicale des hôpitaux de Paris se compose de membres titulaires (médecins des hôpitaux), de membres associés et de correspondants; elle tient ses séances les 2e et 4e mercredis de chaque mois, dans l'amphithéâtre des hôpitaux, 2, rue Neuve-Notre-Dame, à trois heures et demie de l'après-midi ; ces séances sont publiques. Il rappelle également que la Société a proposé un prix de 1,000 fr. à décerner en 1854 à l'auteur du meilleur mémoire sur l'*albuminurie*. S'adresser pour les renseignements à M. Henri Roger, secrétaire général, 15, boulevart de la Madeleine, à qui les mémoires devront être adressés franco, avant le 31 décembre 1853.

— La Société centrale de médecine du département du Nord, dans sa séance du 22 janvier 1853, a mis les questions suivantes au concours :

1° (Médecine.) Faire l'histoire de l'angine de poitrine et établir son traitement sur des faits bien authentiques.

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 100 fr.

2° (Chimie et pharmacie.) Rechercher, au moyen de l'analyse chimique, quelle est la partie des plantes narcotico-âcres jusquiame, belladone, stramonium, ciguë (*conium maculatum*), aconit, tabac, qui contient à poids égal, abstraction faite de l'eau de végétation, la plus grande quantité de l'alcaloïde auquel chacune d'elles doit ses propriétés médicales caractéristiques ;

Déterminer l'époque à laquelle ces parties atteignent leur maximum de richesse ;

Si la dessiccation apporte quelques modifications dans la composition, et par suite dans les propriétés de la plante fraîche ;

Quelle est la préparation pharmaceutique qui contient et conserve, dans le plus grand état d'intégrité et en plus grande quantité, sous le moindre volume, les principes actifs du végétal ?

Les concurrents devront faire connaître l'ordre et la méthode suivis dans leurs recherches, ainsi que les procédés d'analyse employés.

Le prix sera également une médaille d'or de la valeur de 100 fr.

3° (Chirurgie.) Parallèle entre les différents modes de traitement des fractures du fémur.

Le prix sera une médaille d'argent.

4° (Hygiène.) Faire connaître les maladies qui affectent le plus généralement les ouvriers des campagnes, pendant ou après les travaux de la moisson; indiquer les moyens de les prévenir.

Prix : médaille d'argent.

5° (Médecine vétérinaire.) Rechercher les meilleurs moyens de connaître, de prévenir ou de guérir l'épizootie de pleuro pneumonie qui règne, depuis un grand nombre d'années, sur l'espèce bovine dans le nord de la France.

Prix : médaille d'argent.

Enfin, la Société accordera une récompense aux auteurs des meilleures observations de clinique médicale ou chirurgicale recueillies en 1853, dans les hôpitaux ou hospices civils et militaires de Lille.

Les mémoires, écrits très-lisiblement en latin ou en français, doivent être adressés *franco*, dans les formes académiques, à M. le docteur Pilat, secrétaire général de la Société, rue de l'Hôpital-Militaire, 54, à Lille, avant le 1er août 1853.

Les membres résidants de la Société sont seuls exclus du concours.

Les concurrents pour les prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms et leur adresse. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

— Il règne en ce moment à Lorient une épidémie peu dangereuse il est vrai, mais tellement répandue que les médecins ne savent où donner de la tête. Cette épidémie s'appelle *hallucination vertigineuse*.

— Une lettre de Saint-Pétersbourg, datée du 9-21 avril, nous avait annoncé que l'épidémie de choléra, qui sévissait avec violence à Moscou, avait également reparu dans la capitale de la Russie. Une actrice a été atteinte sur la scène et a succombé en très peu de temps. Plusieurs autres personnes sont mortes en quelques jours, et parmi elles le célèbre tragédien Karatiguine. Ces faits, que nous n'avions pas voulu nous empresser de publier, pouvaient faire craindre une nouvelle invasion de la maladie ; mais une lettre plus récente nous apprend que la maladie n'a pas fait de progrès, et qu'elle se borne à des cas isolés.

— La mortalité, à New-York, pendant l'année 1852, a été de 21,458 individus.

— Chloroforme. — Caroline Bartrez, âgée de 28 ans, non mariée, a succombé à l'inhalation de chloroforme à l'hôpital du collége de l'Université de Londres. Elle était entrée à l'hôpital pour une maladie du vagin et est morte pendant l'opération.

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a procédé, dans sa séance du 11 mai, à l'élection de son bureau pour l'année 1853-1854.

Le bureau existant a été réélu ; il est ainsi composé : MM. Perpère, président ; Fourquet, vice-président ; Augustin Dassier, secrétaire général ; Magnes-Lahens, trésorier ; Jules Naudin, archiviste ; Butignol, secrétaire du *prima mensis* ; Dougnac, secrétaire des consultations gratuites. MM. Bessières et Cany sont adjoints au bureau.

— M. le docteur Gustave Astrié (d'Ax), demeurant à Carcassonne, a obtenu le grand prix fondé par la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse ; il a reçu, dans la séance publique du 8 mai, la médaille d'or de 300 francs. La question du concours de 1853 était: *Les eaux thermales sulfureuses*. M. Astrié a encore reçu le titre de correspondant de la Société.

— L'hôpital de Devon et Exeter a reçu un don de 1,000 l. sterl., dû à la munificence de Richard Brown Esquire de Devon.

— La première pierre d'une maison modèle pour la classe ouvrière vient d'être posée dans le quartier de Golden-Square à Londres. Les membres de la société, qui s'est constituée pour ces constructions humanitaires, se sont réunis en un banquet, qui s'est terminé par une collecte qui a produit 900 l. sterl. (22,400 fr.).

— M. Bortier a communiqué à la Société centrale d'agriculture une note concernant des expériences faites par une commission chargée d'examiner le procédé d'inoculation du docteur Willems, comme préservatif de la pleuropneumonie des bêtes bovines.

Il résulterait de ces expériences des données favorables au procédé dont il s'agit. Ainsi seize vaches inoculées et placées dans des conditions propres à l'invasion de la maladie en auraient été complétement préservées.

Les conclusions de cette communication sont formulées ainsi :

« En résumé, la commission néerlandaise exprime l'avis que les expériences faites par elle prouvent d'une manière irrécusable que l'inoculation a pour effet certain de préserver le bétail, au moins temporairement, de la pleuropneumonie ; il reste seulement incertain si le préservatif est sans fin, ou bien si une durée doit être assignée à ses effets. L'avenir seul peut donner, sous ce rapport, une solution positive. »

M. Huzard, en l'absence de ceux de ses collègues qui sont professeurs à l'école d'Alfort, fait observer que des essais analogues se poursuivent en ce moment à cet établissement. On a tué une vache atteinte de la pleuropneumonie. On a inoculé plusieurs vaches saines, on en a mis d'autres également saines en contact avec des bêtes malades; parmi les bêtes inoculées, une seule a contracté la maladie. Ces premiers essais, ajoute M. Huzard, n'ont encore donné aucun résultat certain et concluant.

— Les médecins de l'hôpital de Colmar ont constaté sur un israélite de l'âge de 20 à 30 ans et jouissant d'ailleurs d'une bonne constitution, une transposition de viscère, c'est-à-dire le cœur et l'estomac à droite et le foie à gauche.

— Les médecins hollandais résidant à Java, Sumatra, Banda, Amboyne, Ternate et autres villes de l'Archipel indien, se sont réunis pour élever un monument à Jenner.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LES TABLES MOUVANTES : POSITION DE LA QUESTION. — LA SURDI-MUTITÉ.

Bien poser une question, a-t-on dit, c'est presque la résoudre. Nous sommes assez de cet avis. Nous ajouterons volontiers, en présence des divagations dont le phénomène des tables tournantes est l'objet, qu'on s'éloigne de plus en plus de ce préalable obligé d'une bonne solution. Cette solution nous ne la possédons pas; mais peut-être pourrons-nous indiquer la voie où on la trouvera.

Le phénomène de la rotation des tables partage jusqu'ici les esprits en deux camps : ceux qui croient, ceux qui ne croient pas. Il va sans dire que les premiers sont presque exclusivement les gens du monde toujours amis du merveilleux; et les seconds, les savants ou prétendus tels, toujours ennemis, par préjugés, de ce qui échappe à la loi du régulier ou plutôt de l'habituel. Les deux catégories offrent des nuances. La première se compose aussi bien d'enthousiastes illuminés que d'observateurs sérieux, et la seconde d'esprits forts railleurs, aussi bien que d'expérimentateurs judicieux. Mais les uns et les autres aboutissent, sous des formes diverses et à des degrés différents, à la croyance ou à l'incrédulité; car entre ceux qui nient résolument et ceux qui cherchent à des phénomènes nouveaux des causes vulgaires, il n'y a qu'une nuance de scepticisme. Croire ou ne pas croire à l'heure qu'il est : telle est donc en résumé la situation des esprits. Il semble jusqu'ici que la science sérieuse se soit fait un malin plaisir de laisser l'opinion se débattre dans l'impasse où elle s'est engagée. Avec la meilleure volonté du monde, en effet, nous ne saurions considérer comme une démonstration, dans un sens ou dans un autre, les explications et même les expériences qu'on a tentées.

Cependant le fait de la rotation des tables n'est susceptible que de trois interprétations : ou bien c'est un amusement, un tour d'adresse ; ou bien c'est un phénomène sérieusement produit par des causes connues, par un mode de contraction physiologique normale, par exemple, mais dont un ne se rendait pas compte; ou bien enfin c'est le produit d'une force occulte inconnue jusqu'ici dans sa nature et dont il faut chercher à démontrer l'existence. De ces trois suppositions, la première est tout à fait hors de cause. Il n'est plus possible de croire ni de faire croire à une mystification. La seconde a été proposée, étudiée, expérimentée, mais toujours de manière à laisser la question dans le doute, c'est-à-dire sans démonstration capable d'entraîner la conviction. Nous ne voulons faire injure à la sagacité de personne; mais se borner à dire que les tables tournent parce que la contraction des muscles des doigts leur imprime un mouvement à l'insu de l'expérimentateur, c'est tout simplement émettre une opinion, une hypothèse, supposer ce qui est en question. On répéterait cette supposition pendant un siècle que ceux qui croient à autre chose seraient parfaitement admis à conserver leur croyance; car se borner à dire que les tables tournent, parce que la contraction musculaire les fait tourner, c'est croire qu'elles tournent de cette façon et pas d'une autre.

On peut en dire autant de la supposition d'une force occulte, magnético-nerveuse ou autre du même genre. Les partisans de cette opinion sont peut-être dans le vrai, mais ils n'ont pas plus de raison logique et démonstrative d'y rester, que les partisans de la contraction musculaire n'en ont de ne pas sortir de leur supposition. Que faut-il pour que l'une ou l'autre de ces deux opinions triomphe régulièrement, et passe de l'état d'hypothèse à l'état de vérité plausible et démontrée ? Une chose fort simple, également possible à toutes les deux et également démonstrative pour toutes les deux.

Les fauteurs de la contraction musculaire involontaire n'ont qu'une chose à faire : d'une part, mesurer l'action de cette force tangentielle ; de l'autre, mesurer la somme de résistance à vaincre pour mettre les corps tournants en mouvement. Si, dans tous les cas où le phénomène est produit, la somme des effets obtenus est égale à la somme des efforts employés, et ne va pas au delà, et ne peut aller au delà, l'explication de la contraction musculaire sera de mise, elle cessera d'être une simple négation, elle commencera à avoir le caractère d'une critique scientifique, d'une démonstration. Mais jusqu'ici, rien de pareil n'a existé.

La tâche incombant à l'hypothèse d'une force occulte, d'une force nouvelle, n'est pour ainsi dire que le développement de la démonstration imposée à l'allégation d'une action musculaire inaperçue : à l'une, il est enjoint de prouver que l'effet obtenu est en rapport avec la force employée ; à l'autre, il est enjoint de prouver que l'effet obtenu dépasse notoirement ou peut dépasser la somme d'efforts attribuables à l'action musculaire. Or cette démonstration est possible, elle est facile, si déjà elle n'existe toute faite.

Il y a trois manières de prouver que la rotation des tables ne peut être attribuée à une impulsion musculaire : la première, c'est que la rotation des objets continue, les doigts qui les touchent restant en place ou détachés de l'objet tournant. Or, jusqu'ici, aucun fait de ce genre n'a été constaté d'une manière positive et régulière. Pour notre compte, nous avons essayé de le produire plusieurs fois, et nous n'y sommes jamais parvenu. Pour que la rotation continue, il faut que les mains des expérimentateurs la suivent et s'y associent. Au cas où on arrive à produire ce que nous n'avons ni obtenu ni vu jusqu'ici, il pourra encore être objecté que la continuation de la rotation témoigne tout aussi bien d'un reste de l'impulsion donnée, que de l'existence d'une force ignorée. Cette critique serait à nos yeux sans valeur. Mais n'importe. Si ce premier mode de démonstration était insuffisant, il pourrait être suppléé par le second.

La seconde manière de prouver l'intervention d'une cause occulte, c'est que le déplacement des objets mis en mouvement exige des efforts manifestement supérieurs à ceux qu'on est en droit d'attribuer mécaniquement et rationnellement à l'apposition des mains des expérimentateurs. Cette apposition se résout dans une impulsion tangentielle, laquelle ne dépasse guère une certaine somme d'action, assez facile à apprécier et à limiter quand il s'agit de gros objets ; on aura beau multiplier la somme des mains apposées, on n'arrivera pas à grand'chose. Eh bien ! ce genre d'expériences, s'il n'a pas été produit, peut assez aisément se produire. On a rapporté, entre autres faits y afférant, qu'un billard aurait été mis en mouvement, aurait fait un tour ou un demi-tour sous l'influence d'une chaîne formée par une vingtaine de personnes. Le résultat aurait été attesté par les autorités locales (1). Nous devons dire que jusqu'ici nous n'avons vu ni pu pro-

(1) Depuis que ceci est écrit, nous avons reçu communication du fait; il a été publié par un de nos confrères d'Alençon, le docteur Prevost, qui le rap-

Feuilleton.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA PROSTITUTION EN ALGÉRIE, A PROPOS DU LIVRE DE M. LE Dr DUCHESNE, INTITULÉ : DE LA PROSTITUTION DANS LA VILLE D'ALGER DEPUIS LA CONQUÊTE.

Le livre que M. le docteur Duchesne vient de publier sous ce titre intéresse à la fois le médecin et le moraliste. L'auteur y a tenté pour la ville d'Alger ce que Parent-Duchâtelet a fait pour Paris. L'ouvrage de ce dernier, véritable monument dans l'espèce, contient des études complètes, fruit de longues années passées, en philosophe et en observateur, à scruter le cœur des filles prostituées et à étudier les repaires où elles vendent et fanent leur beauté. Ce livre a posé, débattu et résolu presque toutes les questions primordiales, et ceux qui ont suivi la même voie que Parent-Duchâtelet n'ont plus guère eu qu'à faire ressortir les nuances, les variétés de la prostitution dans les diverses localités. Mais la tâche de M. Duchesne était plus étendue, car, d'une part, tout ce qui est relatif à la prostitution avant notre conquête ne pouvait être éclairé ni par les études ni par les recherches antérieures, portant sur un pays où rien n'est semblable, ni religion, ni mœurs, ni caractère; et, d'autre part, après notre conquête, les circonstances sont longtemps demeurées assez différentes de celles qu'on rencontre dans la mère patrie, pour maintenir à la prostitution des caractères tout particuliers. Sur tous ces points, il n'existait qu'un travail, de peu longue haleine, publié par la GAZETTE MÉDICALE (1), travail qui, aujourd'hui encore, doit servir de premier chapitre au livre de M. Duchesne, parce qu'il traite la question au point de vue le plus général de la morale, qu'il expose et discute les caractères tout particuliers qu'a longtemps affectés et qu'affecte encore la prostitution, parce qu'enfin il cherche à remonter aux causes de tous ces effets spéciaux, tandis que l'auteur du livre que nous apprécions laisse trop de côté les origines et les questions de haute morale pour se restreindre à l'étude des simples faits, tels qu'ils se présentent, sans investigation dans le passé, sans interprétation philosophique. Disons-le nettement, c'est sous ce dernier rapport, c'est par la portée philosophique que pèche le livre d'ailleurs fort recommandable de M. Duchesne. Dans le champ où il s'est restreint, nous n'avons plus que des éloges à lui donner. En effet, au point de vue purement médical, quant à l'étude des filles publiques considérées sous différentes faces, pour tout ce qui est relatif aux dispensaires, à leur organisation, aux perfectionnements qu'ils réclament, aux mesures de police les plus utiles pour faire tourner la prostitution au profit de la société en lui évitant autant que possible les dangers de démoralisation et de maladie, sur toutes ces faces diverses, le livre de M. Duchesne est le premier qui ait paru, et l'au-

(1) LETTRES D'AFRIQUE, n° XIII, DE LA PROSTITUTION EN ALGÉRIE, par M. Félix Jacquot.

duire rien de semblable. Nous n'admettons pas, comme certaines personnes, que l'instabilité du résultat et même sa rareté témoigne contre sa possibilité. Les expériences physiologiques, où tant de conditions sont imprévues et indéterminées, sinon indéterminables, ne sauraient être comparées aux expériences physiques, où la certitude des effets est toujours en rapport avec la connaissance des causes. Il convient donc de ne pas se montrer trop difficile ni trop sceptique à l'égard de faits qui, une fois constatés, ne se reproduiraient pas à volonté.

La troisième manière de prouver que les tables ne tournent pas par le fait d'une impulsion musculaire volontaire ou involontaire, c'est de rendre cette impulsion impossible : c'est d'attacher l'expérimentateur à l'objet tournant, de le mettre dans la nécessité de tourner comme cet objet et avec cet objet, de les enchaîner l'un avec l'autre. Il suffit pour cela de fixer aux deux extrémités d'un fort cylindre en bois de la longueur d'un mètre deux plateaux circulaires, dont l'un, d'un assez grand diamètre, pourra recevoir des siéges pour les expérimentateurs; et l'autre, d'un plus petit diamètre, fera fonction de table à mouvoir. L'extrémité inférieure du cylindre, creusée dans une certaine partie de sa hauteur, pourra tourner sur un pivot, et en tournant entraîner simultanément les deux plateaux, c'est-à-dire la table, et le plateau supportant les expérimentateurs. Pour que les expérimentateurs et le plateau qui les supporte restent en communication avec le sol, ce plateau pourrait tourner à frottement dans une échancrure circulaire pratiquée à une estrade reposant sur le sol. Ce mécanisme devrait être assez parfait pour qu'une faible dépense de force suffise à mettre l'appareil en mouvement. Il est clair qu'ainsi disposés, les expérimentateurs feront corps avec la table tournante; ils n'auront aucun point d'appui en dehors d'elle; ils ne pourront donc lui donner aucune impulsion mécanique. S'ils tournent avec la table, c'est qu'ils auront subi indirectement l'influence d'une force placée hors de la sphère d'action des causes connues; en un mot, ils auront rendu nécessaire et évidente l'intervention d'une cause nouvelle.

Nous avons fait un premier essai infructueux de cette dernière expérience. Mais l'imperfection des moyens explique suffisamment la stérilité du résultat. Ajoutons d'ailleurs qu'en supposant les expériences ci-indiquées aussi parfaitement exécutées que possible, il n'y aurait encore lieu de rien conclure de leur insuccès contre la théorie qui les institue. Elles prouveraient en réussissant, mais ne prouveraient rien en ne réussissant pas : des conditions inconnues pouvant empêcher le résultat cherché de se produire.

En résumé, et pour terminer en satisfaisant à la condition posée au commencement de cet article, nous dirons que, pour être résolue, la question doit être posée de cette façon : rechercher si les effets obtenus correspondent pour la qualité et la quantité aux causes invoquées; ou bien si le défaut de concordance des effets produits avec les causes assignées n'implique pas la nécessité d'une cause nouvelle.

Si quelques personnes pouvaient s'étonner du sérieux avec lequel nous traitons un sujet qu'elles ne sauraient considérer comme sérieux, nous porterions volontiers la peine de notre circonspection. Les esprits forts nient; les esprits faibles croient : nous ne sommes ni des uns ni des autres; nous nous contentons de douter, et d'appeler à notre aide des expériences et des expérimentateurs capables de changer d'une façon ou d'une autre notre doute en certitude.

— L'attention que nous avons cru devoir donner aujourd'hui à la question des tables tournantes, que nous ne craignons pas d'envisager comme une question de haute portée philosophique, physiologique et probablement bientôt thérapeutique, nous a un peu détourné du sujet qui s'agite en ce moment à l'Académie. Personne ne s'en plaindra, et les orateurs qui ont parlé dans la dernière séance moins que personne; car si nous avions à les suivre dans leurs pérégrinations hors du terrain de la discussion, nous n'aurions à les louer ni de la nouveauté, ni de la justesse, ni même du sérieux de leurs aperçus. Nous citerons surtout la plaidoirie prononcée par M. Bouvier *en faveur* du rapport et des doctrines qu'il soutient. Nous disons plaidoyer : c'est qu'en effet, si un avocat avait eu à porter la parole devant un tribunal pour défendre la cause défendue par M. Bouvier, il n'aurait pas employé d'autres ressources oratoires. Et quelles ressources, grand Dieu ! Il a eu recours aux plus puissants artifices de la rhétorique : l'apostrophe, la métaphore, la métonymie, la répétition, la prosopopée, l'allusion, l'accusation même; il n'a rien omis, si ce n'est de parler raison en termes raisonnables. Sa fougue déchaînée l'a quelquefois entraîné jusque dans le champ des insinuations injurieuses, à tel point que l'honorable président s'est cru obligé de rappeler l'orateur aux convenances, d'autres disent à l'ordre; à tous les deux, dirions-nous, et même à quelque chose de plus, pourrait on ajouter, tant l'orateur nous a paru faire bon marché de ce qu'on doit à une compagnie de gens sensés et de ce qu'on se doit à soi-même. Il est vraiment à regretter qu'une question aussi élevée, qu'une discussion aussi sérieuse, soit devenue l'occasion et le prétexte de telles excentricités. Ceux qui en ont été témoins ne seront pas surpris de ce jugement; si quelque chose les étonne dans cette circonstance, c'est moins notre sévérité que la tolérance vraiment évangélique de certains aristarques qui n'ont rien trouvé de mieux à louer que «le *remarquable mérite* et l'*ardeur poétique*» du discours de M. Bouvier.

JULES GUÉRIN.

porte en ces termes : « Le 8 courant, au cercle littéraire d'Alençon, après de sérieuses expériences faites en compagnie de plusieurs de mes amis et confrères, je pensai, pouvant là disposer de nombreux expérimentateurs, à mettre en mouvement le billard. Nous formâmes une chaîne de vingt-deux, les mains portant seulement sur les bandes d'acajou, et rigoureusement isolées du tapis. Or au bout de quarante-huit minutes, un craquement assez prononcé se fit entendre, puis une oscillation se fit sentir; enfin, quatre minutes après, le billard se portait à droite. Lorsqu'il eut parcouru une distance de 120 centimètres environ, je lui ordonnai de s'arrêter et de retourner immédiatement à son point de départ. Il y eut environ une minute d'hésitation, après quoi le billard revint et s'arrêta avec une précision qui nous frappa tous d'étonnement.

» Le procès-verbal de ces faits existe au cercle littéraire, signé par tous les membres, au nombre desquels se trouve M. F. Frémy, maire; M. Hippolyte Verrier, adjoint; le général Sebille; Bon de Mondetour, substitut du procureur impérial; le comte de Serizay, homme de lettres; Jonas Lebarou, chimiste, etc., etc. »

---

tenir, exploité en maître et les documents inédits qu'il a trouvés épars et ses observations personnelles. Si nous avons pu être de quelque utilité au philosophe, au moraliste et éclairer l'autorité sur les principes généraux qui doivent la diriger dans son attitude envers la prostitution, si nous avons divulgué d'incroyables abus sur lesquels on fermait complétement les yeux, M. Duchesne est venu donner les moyens d'application, de mise en pratique, et a rendu véritablement service à l'hygiène publique. Nous devons également, après avoir accordé justice au mérite de l'auteur, lui rendre un hommage mérité pour son activité et son dévouement à la science. Appelé en Algérie par une mission de quelques mois, il a su ravir, à sa bien naturelle curiosité de visiteur, assez de temps pour nous doter d'un livre qu'auraient pu faire si commodément ceux de nos confrères civils ou militaires qui habitent Alger en permanence. C'est une bonne œuvre d'aller moissonner sur le champ d'autrui, quand il laisse périr son grain sur place.

Puisque le livre de M. Duchesne nous fournit l'occasion de revenir sur un sujet que nous avons étudié avec un certain soin, insistons sur quelques points généraux qu'il est utile de bien faire ressortir.

C'est d'abord la publicité de la prostitution pendant les premières années de l'occupation. On n'a pas d'idée du sans gêne, du sans pudeur, du sans honte des accointements avec les filles publiques et de l'affiche qu'on en faisait, comme par gloriole. Les villes nouvellement conquises n'étaient presque qu'un vaste lupanar où l'on sautait les uns sur les autres. Jamais l'histoire ne dira jusqu'à quel point s'oubliaient les hommes les plus haut placés; le mot scandale a été trop longtemps rayé du vocabulaire algérien, non parce que le fait était inconnu, mais parce qu'à force d'être commun il cessait d'être remarqué. Nous avons cherché les causes de ce déplorable état moral, et nous l'avons trouvé dans les circonstances mêmes d'une occupation, d'une installation nouvelle et dans le caractère, dans les mœurs de la population militaire. Pour être juste, nous avons dû, après avoir signalé ces abus incroyables, chercher à les excuser chez les militaires, en prenant en considération les conditions exceptionnelles desquelles ils subissaient la pression et les nécessités. Tout en usant de notre liberté comme homme, pour dire toute la vérité, nous n'avons pas oublié que nous nous rattachions à la famille militaire ; ayant partagé ses peines et ses privations, presque ressenti les mêmes émotions, nous étions compétent pour rendre compte des causes et pour chercher des excuses dans leur permanence et leur énergie, et nous ne pensons pas avoir manqué à nos obligations de frère d'armes.

Une polémique vient de s'engager dans le MONITEUR DE L'ARMÉE entre un colonel, élégant écrivain fort connu dans le monde militaire, et un abbé, au sujet d'un article publié par le premier sous ce titre : POURQUOI LE MÉTIER DES ARMES EST-IL EN HONNEUR? D'après le colonel, les militaires seraient de vrais et doux moutons, qui, il est vrai, quelquefois bisés, versent le sang du prochain; le procédé usuel de la nature pour amener la succession des individus jeunes aux anciens ne serait ni l'usure graduelle ni la vieillesse, mais bien la mort par surprise et par violence, de sorte que toute la création, du monade à l'homme, de la mousse au cèdre, dans l'eau, sur la terre, au sein de l'air, se livrerait, de par le Christ *qui est venu apportant la guerre et non la paix*, au combat à outrance, pêle-mêle, où chacun s'égorge, se dévore, s'étouffe, etc., etc.; enfin,

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LES SALIVES; par M. CLAUDE BERNARD.

(Suite. — Voir les nos 7 et 11.)

Le caractère essentiel que l'on donne, dans l'état actuel de la science, pour reconnaître l'albumine, est sa coagulation par la chaleur, par l'acide nitrique et par l'électricité.

La salive mixte de l'homme, traitée par la chaleur, l'acide nitrique et l'électricité, donne en effet un précipité très-léger, soluble dans un faible excès d'acide nitrique, qui peut être attribué à des traces d'albumine. La salive mixte du chien donne à peu près le même résultat que celle de l'homme, tandis que la salive mixte du cheval, traitée par les mêmes agents, fournit un précipité beaucoup plus abondant. La commission d'hygiène hippique a conclu formellement à la présence de l'albumine dans la salive mixte du cheval, en se fondant sur ce que, traitée par la chaleur, cette salive donne un précipité très-abondant, insoluble dans l'eau et dans l'alcool, qui se présente sous la forme de flocons très-petits, non transparents, gris noirâtre quand ils sont séchés. Ce coagulum peut s'hydrater de nouveau quand il a été desséché, ce qui est encore là un des caractères de l'albumine. Ce précipité, traité par de l'acide chlorhydrique concentré, se dissout, et sa dissolution prend une belle couleur rouge violette; et si on le traite par du sulfate de cuivre, puis par de la potasse caustique, il donne également une couleur violette; enfin lorsqu'on filtre ce liquide après coagulation par la chaleur, on n'obtient dans ce qui passe aucune précipitation, soit par le tannin, soit par le sublimé, soit par l'alcool.

La commission d'hygiène fait en outre observer que l'albumine, dont elle évalue la proportion à 20 pour 100 environ dans le coagulum, n'y est pas à l'état pur, mais mêlée à une petite proportion de phosphate et de carbonate de chaux.

L'albumine serait en quelque sorte d'après cela caractéristique de la salive du cheval, puisque, dans aucune autre des salives examinées, on n'en a trouvé une aussi grande proportion. Toutefois cette albumine de la salive n'est pas aussi comparable que l'avait pensé la commission d'hygiène à l'albumine de l'œuf, en ce qu'elle possède, ainsi que nous le verrons plus tard, des caractères propres à la caséine, tels que, par exemple, celui d'être coagulée complétement par le sulfate de magnésie, qui n'agit pas sur l'albumine de l'œuf, etc. (Voyez *Salive parotidienne.)*

Les *cellules épithéliales,* qu'on rencontre à l'examen microscopique, caractérisent la salive mixte ou buccale. C'est dans la salive de l'homme que je les ai rencontrées en plus grande abondance; elles sont dans la proportion de 1,64 sur 4,84 de résidu sec donné par 1,000 parties de salive de l'homme (Jacubowitsch).

Ces cellules épithéliales ne sont que des éléments détachés de l'épiderme de la bouche, et elles constituent des grandes cellules aplaties, polygonales, pourvues à leur centre d'un ou de deux noyaux, et mesurant dans leur plus grand diamètre, chez l'homme, de quatre centièmes à sept centièmes de millimètre; chez le chien, de dix centièmes à huit centièmes de millimètre.

Les *globules muqueux* ou pyoïdes, qu'on trouve encore à l'examen microscopique, sont également spéciaux à la salive mixte de l'homme et des animaux. C'est chez l'homme que je les ai toujours rencontrés en beaucoup plus grande proportion. Ils représentent des cellules rondes, contenant un ou plusieurs noyaux, et dont le diamètre est de douze millièmes de millimètre chez l'homme et de deux centièmes de millimètre chez le chien.

On a considéré ces globules muqueux comme pouvant provenir de cellules épithéliales avortées; mais il me paraît beaucoup plus vraisemblable que ce sont des produits accidentels dus à l'irritation de la muqueuse buccale, incessamment en contact avec l'air et les corps étrangers. En rapport avec cette manière de voir, je dirai que ces mêmes globules pyoïdes apparaissent dans les salives parotidienne et sous-maxillaire, ainsi que dans le suc pancréatique, lorsque les conduits des organes glandulaires ont été irrités par l'introduction du tube d'argent qui sert à recueillir le liquide sécrété.

On a trouvé *de la graisse* dans la salive mixte, quoiqu'en très-petite quantité; on peut la reconnaître au microscope sous forme de gouttelettes graisseuses, et la constater aussi par les agents chimiques. Pour la mettre en évidence, on n'a qu'à dessécher la salive et à traiter le résidu par l'éther, qui dissout seulement les matières graisseuses. Tiedmann et Gmelin (1) disent que la graisse qu'ils ont trouvée dans la salive contient le plus souvent du phosphore. En effet, après avoir traité la salive desséchée par l'alcool bouillant et fait redissoudre dans l'eau l'extrait alcoolique, il restait indissous des flocons d'un brun clair, ressemblant à du beurre. Ces flocons, qui brûlaient à l'air avec flamme en répandant l'odeur de graisse, laissaient un charbon difficile à incinérer, qui, traité par le nitrate de potasse, donnait du phosphate de potasse.

Mucus et matière organique particulière de la salive. — Il serait absolument impossible de déterminer avec quelque rigueur les caractères chimiques du *mucus,* ainsi que ceux de la substance organique désignée sous le nom de *matière salivaire particulière,* à laquelle on a fait jouer, dans ces derniers temps, un grand rôle, relativement aux usages de la salive dans la digestion. Pour abréger une discussion qui serait inutile et pour mieux faire saisir la divergence des résultats obtenus par les auteurs à ce sujet, nous avons résumé et comparé leurs opinions dans les deux tableaux qui suivent.

(1) RECHERCHES SUR LA DIGESTION, t. I, p. 11.

---

et nous arrivons ici au point intéressant, la licence, engendrée dans les villes, n'habiterait point les camps, car sans doute ces bons petits agneaux de soldats sont doux et chastes comme de vrais paisseurs d'herbe. Fléchier n'était point de cet avis; il plaçait la licence aux camps; mais, selon le colonel, le *déplorable* portrait qu'il a tracé n'est plus ressemblant. L'abbé, qui intervient dans le débat, se redresse contre les aphorismes militaires du colonel: Le soldat n'est point un agneau, et la licence est sous le pantalon rouge. Nous nous rangeons ici du côté de la soutane. Pour restreindre la question, nous dirons: La licence est bien plus la citoyenne des camps que des villes. Ce qui se passe dans le sac d'une ville, dans une razzia, peut être mis, à la rigueur, sur le compte de l'enivrement des sens exaltés par la bataille, et encore nous semble-t-il que le sang excite à verser le sang, et ne sollicite pas une autre passion; mais cette excuse manque aux longues années de débauche de sang-froid qui habite la tente, le gourbi, les villes nouvellement occupées. Tant que la société militaire domine, la licence presque sans frein, la brutalité des passions, caractérisent les mœurs; peu à peu l'élément civil s'introduit dans la population, d'abord timide, effacé, et de mœurs douteuses lui-même; puis il grandit, se moralise, pèse dans la balance sociale, et bientôt une teinte de civilisation plus avancée se trahit par l'aménité, la politesse des relations, la surveillance morale réciproque, la disparition du scandale sinon du vice, puis enfin par l'atténuation de celui-ci. L'élément civil finit par dominer à son tour, et par imposer ses obligations morales et sociales à l'élément militaire. La forme a totalement changé et le fond s'est incontestablement amélioré. Telle est l'histoire de la société en Afrique, au point de vue moral le plus dégagé de toute prévention préconçue. Il résulte bien clairement du spectacle qui se passe en Algérie que dans les camps habite la licence, et que celle-ci s'enfuit ou s'atténue devant les circonstances et les améliorations par suite desquelles le camp fait place à la municipalité, à la ville, lorsque la population bourgeoise efface en nombre et balance en influence la classe militaire.

Si le soldat n'a ni retenue ni grand sentiment de pudeur, il possède d'autres précieuses qualités morales qu'on chercherait en vain chez la classe civile, presque toujours aventurière, trop souvent tarée, qui vient tenter la fortune sur la terre récemment déblayée par nos armes. Cette déclaration était nécessaire pour que justice soit rendue à chacun.

Mais pourquoi aller chercher sur l'autre continent la solution de la question? Les villes de garnison ne sont-elles pas les plus débauchées? le soldat n'est-il pas partout la bénédiction des maisons de tolérance et la terreur des familles? Et comment voulez-vous qu'il n'en soit pas ainsi de cette foule de jeunes gens vigoureux, oisifs dans l'intervalle de leurs manœuvres presque machinales, sans occupation et à peu près sans direction morale au point de vue qui nous occupe, s'excitant mutuellement par leurs propos et par leurs histoires amoureuses, privés enfin de famille où ils pourraient trouver l'obligation de la réserve et l'exemple de la chasteté? Oui, la licence est l'apanage du soldat, et il n'en peut presque pas être autrement; c'est cette sorte de nécessité qui fait son excuse.

Les considérations auxquelles nous nous sommes livré sont loin d'être oiseuses. La première question qui se présente à celui qui étudie la prostitution dans une localité quelconque, c'est de saisir son caractère différentiel géné-

CARACTÈRES DU MUCUS.

PROPRIÉTÉS.	SOLUBILITÉ.	PRÉCIPITATION.	QUANTITÉ.
D'après Berzélius (Traité de chimie, p. 155).			
Opaque.	Insoluble dans l'eau. *Id.* alcool. *Id.* acides. Soluble dans alcalis caustiques, distinct du mucus nasal, qui se dissout dans les acides.	Précipite par acide acétique. *Id.* chlorhydrique. *Id.* sulfurique. Le précipité est opaque: il se rétrécit et diminue de volume. Exposé au feu, laisse déposer une grande quantité de phosphate de chaux.	Le mucus égale la moitié du résidu sec de la salive mixte.
D'après Tiedemann et Gmelin (Recherches sur la digestion, t. I, p. 11.)			
Consistance filante qu'il communique à la salive.	Insoluble dans eau. *Id.* alcool.	Précipite par acide nitrique sous forme de de pellicule cohérente. *Id.* acide acétique; se change en une masse molle, gluante ,transparente. *Id.* tannin. *Id.* un peu par ammoniaque.	Égale le tiers du résidu sec.
D'après Blondlot (Traité de la digestion, p. 112).			
Deux mucus distincts: *L'un*, substance molle, gluante, qui laisse voir au microscope un grand nombre de globules irréguliers;	Insoluble dans eau. *Id.* alcool		
L'autre.	Soluble dans l'eau, mais donnant après dessiccation des pellicules peu solubles.	Précipite par tannin. *Id.* sels métalliques. Ne précipite pas par alcool. *Id.* électricité. *Id.* chaleur.	
D'après Simon (Chemistry of man, p. 299.			
	Soluble dans alcalis. *Id.* acidesminéraux concentrés. Insoluble dans eau. *Id.* alcool, éther. *Id.* acides étendus. *Id.* acide acétique.	Précipite par alcool, même après dissolution dans les alcalis, mais alors le précipité est soluble dans l'eau.	
D'après Tilanus (De saliva et muco. Amsterdam, 1849.)			
Masse molle gélatineuse.	Soluble dans alcalis. L'acide acétique précipite cette dissolution.	Précipite par tannin. *Id.* acide acétique et forme des filaments blancs qui se gonflent, si l'acide est concentré, mais qui cependant ne sont pas solubles dans eau.	
D'après Lehmann (Physiologische Chemie, t. II, p. 360).			
Toute matière filante est un mucus, quelle que soit son origine. Les matières gluantes, morbides et pathologiques ne peuvent pas être distinguées du mucus.			

ral si elle en a nu; puis naturellement on est conduit à rechercher la cause de ces particularités, cause qui réside, comme nous l'avons dit, dans les mœurs mêmes de la population militaire et dans les circonstances exceptionnelles qu'elle endurait. Il était difficile, du reste, à M. Duchesoe d'iosister sur ces points, parce que ces époques dégoûtantes de prostitution publique, éhontée, débraillée, étaient heureusement passées lors de son voyage à Alger, et qu'il n'a pas été probablement en relatioos assez intimes pour amener des confidences avec les militaires qui ont habité l'Algérie dans ces temps de débauche.

La transition qui a conduit la société algérieone, de cet insigne dévergondage à l'état actuel bien plus moral, c'est le concubinage. Même avec uoe fille publique retirée d'une maison de prostitution, le concubinage est déjà un progrès moral, car c'est une tendance à la possession individuelle, à la fidélité, à l'union par réciprocité d'affection, presque à la famille, par opposition à la vénalité et à la banalité. La femme cesse d'être noe chose vendue au premier offrant par un intermédiaire ou par elle-même; c'est désormais un être dont les actes sont déterminés non plus par l'intérêt seul, mais aussi par la sympathie, la passion, l'amour.

A l'époque de traosition dont nous parlons, le concubinage avait des caractères bien différents de ceux qu'il revêt dans oos villes de France. Au sein d'une société où l'on se surveille réciproquement, où la dignité professionnelle exige non-seulement de l'honneur, mais des mœurs, ou toot au moins de la décence, où le scandale ternit uoe réputation et fait mettre à l'index, la cohabitation illégitime n'est guère possible, et quand elle existe, elle se cache honteuse, connaissant d'avance son arrêt; le public peut, à la rigueur, fermer les yeux dessus, mais il ne la reconnait jamais, ne l'adopte jamais, ne lui permet jamais de prendre une place officielle. Il en a été bien autrement en Algérie. La cohabitation était extrêmemeot fréquente parmi les militaires et parmi les civils; elle marchait la tête haute, avancée, comme reconnue, je dirai même presque officielle, puisque des chefs de service partageaient leor demeure avec des femmes jadis galaotes ou sortant même de maisons de prostitution. En un mot, le concubinage était passé dans les mœurs, monnaie courante, mode publiquement adoptée par toutes les classes.

Un tel état ne pouvait durer; aujourd'hui, surtout dans les villes principales, le concubinage a perdo ses priviléges et ses immunités; il n'est plus officiel nulle part; les hauts dignitaires ou fonctionnaires se garderaient d'en donner l'exemple, et ils le poursuivent chez leurs subordonnés. Mais l'état de choses passé porte ses fruits malheureux dans le présent; des unions illégitimes, eoracinées par l'habitude ou resserrées par la procréation, sont devenues définitives, et ont semé la plus haute société d'élémeots hétérodoxes qoi oe sont supportés que grâce à l'obéissance passive et à l'admiration commandée qui donneot tant de prestige au commandement et à tout ce qui l'entoure.

On voit que ces points de vue généraux, que n'a point abordés M. Duchesne, ont bien leur valeur, puisqu'ils permettent d'établir trois phases, non-seulement dans l'état moral, mais aussi daos la constitutioo sociale de notre colonie algérienne.

F. Jacquot.

(*La suite au numéro prochain.*)

CARACTÈRES DU MUCUS.

PROPRIÉTÉS.	SOLUBILITÉ.	PRÉCIPITATION.	QUANTITÉ.
D'après ROBIN et VERDEIL (Chimie anatomique et physiologique).			
		Précipite par acide nitrique. Précipite soluble dans un excès de réactif. *Id.* acide acétique Précipite floconneux insoluble dans un excès de réactif.	
D'après HATCHETT (Annales de chimie, t. LXVI, p. 46, année 1808).			
Le mucus n'est pas une substance particulière, mais seulement une modification de l'albumine.			
D'après BOSTOCK.			
Distinct de la gélatine et de l'albumine.		Précipite par acétate de plomb. Gélatine ne précipite pas. Ne précipite pas par chaleur. *Id.* sublimé. Albumine précipite.	
D'après BUDGE (Memoranda de physiologie, p. 151).			
	Un peu soluble dans l'eau qui le gonfle. Cette partie soluble est appelée Pyivre par Gutterboek.		

CARACTÈRES DE LA MATIÈRE ORGANIQUE PARTICULIÈRE DE LA SALIVE MIXTE.

PROPRIÉTÉS.	SOLUBILITÉ.	PRÉCIPITATION.	PROCÉDÉS POUR L'OBTENIR.
D'après BERZÉLIUS (Traité de chimie, p. 155).			
Ptyaline : Matière incolore, inodore, insipide. Égale 40 p. 100 du résidu. *Id.* 0,002 de la salive.	Soluble dans eau. Insoluble dans alcool.	Précipite par alcool. Ne précipite pas par chaleur. *Id.* noix de galle. *Id.* sublimé corrosif. *Id.* acétate de plomb. *Id.* acides forts.	Salive filtrée, puis desséchée à 80°. Résidu traité par alcool. On évapore. On traite par acide acétique, puis par alcool. Le résidu évaporé est traité par l'eau que dissout la ptyaline, en prenant un aspect visqueux.
D'après TIEDEMANN et GMELIN (Recherches sur la digestion, t. I, p. 11).			
Matière salivaire: Insipide, inodore, d'un brun jaune clair.	Soluble incomplétement dans l'eau. Insoluble dans alcool.	Précipite par alcool. *Id.* noix de galle. *Id.* eau de chaux. *Id.* alun. *Id.* sels de cuivre. *Id.* nitrate d'argent. Ne précipite pas par les acides.	Salive desséchée, puis traitée par alcool bouillant et évaporé. Le résidu est traité par l'eau qui dissout la matière salivaire, en partie au moins.
D'après SIMON et MITSCHERLICH (Poggendorff's Annalen, t. XXVII, p. 320).			
Ptyaline: Incolore, d'une saveur désagréable.	Soluble dans eau. Insoluble dans alcool. *Id.* ether.	Précipite par alcool. Ne précipite pas par les acides. *Id.* sels métalliques. *Id.* tannin. *Id.* acide acétique. *Id.* prussiate jaune.	Salive fraîche traitée par acide acétique, puis évaporée au bain-marie. La ptyaline est alors dissoute dans l'eau.
D'après BURDACH (Traité de physiologie, t. VII, p. 433).			
Matière salivaire; Incolore.	Soluble dans eau. Insoluble dans alcool.	Précipite par alcool. *Id.* nitrate d'argent. *Id.* acétate de plomb. Ne précipite pas par chaleur. *Id.* acides. *Id.* tannin. *Id.* sublimé.	Burdach ne l'a pas isolée. Il croit que cette matière salivaire se trouve, du reste, dans la plupart des liquides sécrétés ou excretés, dans les grandes, dans les nouvelles, etc.
D'après BLONDLOT (Traité de la digestion, p. 121).			
Incolore.	Soluble dans eau *Id.* alcool.	Précipite par tannin. *Id.* sels métalliques. Ne précipite pas par chaleur. *Id.* alcool. *Id.* tannin. *Id.* acides.	Blondlot ne l'a pas isolée. Il croit qu'il y a dans la salive deux matières organiques

CARACTÈRES DE LA MATIÈRE ORGANIQUE PARTICULIÈRE DE LA SALIVE MIXTE.

PROPRIÉTÉS.	SOLUBILITÉ.	PRÉCIPITATION.	PROCÉDÉS POUR L'OBTENIR.
D'après MIALHE (Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. X, p. 934, année 1845).			
Diastase salivaire : Incolore.	Soluble dans l'eau. Insoluble dans alcool.	Précipite par alcool. *Id.* tannin. *Id.* sublimé. *Id.* chaleur. Ne précipite pas par acétate de plomb.	Salive fraîche traitée par cinq ou six fois son poids d'alcool absolu. Desséchée et conservée entre deux verres.
D'après WRIGHT (On the physiology of the salive. London, 1845).			
Ptyaline: Incolore.	Soluble dans alcool. *Id.* éther. Insoluble dans eau.	Précipite par tannin. *Id.* sous-acétate de plomb. *Id.* nitrate d'argent. Ne précipite pas par les acides concentrés.	

Il suffit de jeter les yeux sur les deux tableaux précédents, pour voir combien peu on est fixé sur les caractères de ce qu'on a appelé mucus et matière organique particulière de la salive.

Il n'est pas une question, à propos de ce mucus, solubilité, action des acides, précipitation par les divers réactifs, etc., sur laquelle les auteurs soient tous d'accord. Soluble en partie dans l'eau, pour MM. Budge et Blondlot, le mucus salivaire est complétement insoluble pour les autres chimistes. Suivant les uns, Tiedemann et Gmelin, Tilanus, ce mucus est changé par l'acide acétique en une masse molle transparente, gonflée : il est au contraire, suivant Berzélius et d'autres, rendu opaque, rétréci par l'action du même acide.

Il en est de même pour la matière organique salivaire spéciale désignée sous les noms de ptyaline (Berzélius, Simon, etc.). matière salivaire (Tiedemann et Gmelin, Burdach), diastase salivaire (Mialhe). Tandis que presque tous les auteurs la donnent comme soluble dans l'eau et insoluble dans l'alcool, Wright lui donne précisément les propriétés contraires. Selon MM. Blondlot, Mialhe et Gmelin, la chaleur, le tannin, les sels métalliques précipitent cette substance organique de la salive, tandis que ces mêmes agents n'exerceraient sur elle aucune précipitation suivant MM. Berzélius, Gmelin et Simon.

Toutes ces contradictions, qu'il serait facile de multiplier, tiennent, d'une part aux manières différentes dont on a procédé dans l'étude de ces matières organiques, et d'une autre part aux phénomènes d'altération très-variés que subit la salive mixte, dont il ne sera possible de comprendre le mécanisme qu'après l'étude des matières organiques des différentes salives spéciales, dont la salive mixte n'est que la réunion.

SUBSTANCES INORGANIQUES DE LA SALIVE MIXTE. — Les substances inorganiques qui ont été trouvées normalement dans la salive mixte de l'homme et des animaux sont, pour les acides : l'acide carbonique, l'acide sulfurique, l'acide phosphorique, l'acide lactique, l'acide chlorhydrique ; pour les bases, la potasse, la soude, la chaux et la magnésie. D'après Tiedemann et Gmelin, on y rencontre presque exclusivement de la potasse. Par la combinaison des corps ci-dessus mentionnés, donc on aura dans la salive mixte :

1° Des carbonates alcalins ;

2° Des phosphates terreux ;

3° Des chlorures ;

4° Des sulfates et des lactates.

5° On a encore indiqué dans la salive la présence du sulfocyanure de potassium.

Les *carbonates alcalins* contenus dans la salive mixte sont des carbonates de soude, de potasse et de chaux.

Quelques auteurs ont pensé que les carbonates alcalins ne préexistent pas, et que la potasse, la soude ou la chaux se trouvent libres dans la salive ou combinées avec une matière organique. Lehmann, qui admet cette dernière opinion, croit que les carbonates prennent naissance après l'excrétion de la salive et par son contact avec l'air atmosphérique. Nous reviendrons plus tard sur cette explication à propos de la salive parotidienne. Seulement j'admettrais la préexistence des carbonates dans la salive, parce que très-souvent j'ai constaté que la salive parotidienne du chien ou du cheval fait une vive effervescence avec les acides au moment même de son issue du canal de Sténon, avant que l'air ait pu sensiblement exercer son action. Il est un fait remarquable à cet égard et qui a été surtout constaté chez le cheval, c'est que la salive mixte ou buccale contient beaucoup moins de carbonates que la salive parotidienne. En effet, la première ne donne que fort peu ou même pas d'effervescence avec les acides, et n'est pas sensiblement précipitée par les eaux de chaux et de baryte, tandis que la seconde produit une vive effervescence par les acides et est abondamment précipitée par les eaux de chaux et de baryte. D'où vient cette disparition des carbonates dans la salive mixte, serait-ce que les salives pures en arrivant dans la bouche, au contact de la membrane muqueuse et de l'air, subiraient une espèce de décomposition qui déterminerait la précipitation des carbonates insolubles? ceci expliquerait les cristaux de carbonate de chaux qu'on trouve souvent dans la salive mixte recueillie, en raclant un peu le dos de la langue, et qui sont très-faciles à reconnaître au microscope.

Les *phosphates* ont été signalés dans la salive mixte de l'homme, du chien et du cheval. L'acide phosphorique serait surtout combiné avec la soude. Sur 100 parties des cendres de la salive mixte de l'homme, on a trouvé 28,122 p. 100 de phosphate de soude bibasique (Enderling). On a même trouvé une proportion plus forte de phosphate tribasique que Jacubowitsch évalue à 51,1 p. 100.

Tous les auteurs s'accordent à dire que le phosphate de chaux existe en très-petite quantité dans la salive mixte : plusieurs même n'en font pas mention.

Néanmoins quelques auteurs (Fourcroy, Wollaston) disent que le phosphate de chaux entre pour la presque totalité dans les calculs salivaires dont on signale l'existence chez l'homme, tandis que dans les calculs salivaires trouvés chez les herbivores, les phosphates n'entreraient que dans une proportion minime, 3 à 4 p. 100 relativement au carbonate de chaux dont la quantité est de 80 à 90 p. 100.

On a voulu rattacher à la présence des phosphates dans la salive mixte la production de ce *tartre* qui se trouve à la base des dents. Ce tartre est une masse concrétée renfermant, d'après les analyses qu'on en a faites des matières organiques telles que des cellules épithélium, des corpuscules de mucus, des vésicules graisseuses, des infusoires des genres vibrions et monas, et des matières minérales composées presque exclusivement par du phosphate de chaux (60 à 80 p. 100 Berzélius, Vauquelin, Bibra, etc.), et d'un peu de carbonate de chaux. Comment se fait cette production du tartre, en supposant qu'elle provienne de la salive mixte ? On a émis à ce sujet des opinions différentes.

Des auteurs ont vu dans la production du tartre des dents une simple déposition de sels à la base des dents, par suite de l'évaporation de la salive. M. Dumas explique la formation du tartre en admettant deux espèces de salives, l'une acide, l'autre alcaline qui sursature la première. La salive acide tiendrait en dissolution des phosphates ; et dès que l'acide serait saturé par la seconde salive alcaline, les phosphates se déposeraient et contribueraient à former le tartre. Mais ceci n'explique pas l'énorme disproportion des phosphates de chaux qui existe dans les salives où il n'y en a que des traces, et dans le tartre où il y en a 60 à 80 p. 100 (Berzélius, de Bibra, Vauquelin, etc.).

On a parlé aussi de *glandes tartariques* siégeant dans les gencives qui auraient la propriété de sécréter le tartre des dents. L'observation anatomique n'a pas établi l'existence de ces glandes (1), et au point de vue physiologique il serait difficile de comprendre les fonctions de ces glandes normalement instituées pour sécréter une substance telle que le tartre des dents qui, chez l'homme et le chien, est anormale et accidentelle.

Enfin, il y aurait une dernière explication à donner qui me paraîtrait plus

(1) Kœlliker, MICROSCOPISCHE ANATOMIE.

probable, ce serait celle qui ferait dépendre la formation du tartre des dents d'une irritation du périoste alvéolo-dentaire à la suite du déchaussement des gencives ramollies par des fragments alimentaires pendant l'acte de la mastication. On pourrait citer à l'appui de cette opinion que les dents de la mâchoire inférieure qui se déchaussent plus facilement dans l'acte masticatoire sont celles qui se trouvent garnies de tartre en plus forte proportion. J'ai déjà dit que chez les chiens, qui n'ont pas les dents tartreuses à l'état normal, un dépôt de cette nature plus ou moins abondant se formait lorsqu'on venait à opérer un dérangement des voies digestives, en laissant, par exemple, une fistule gastrique bouchée incomplétement pendant quelque temps, et que cette production de tartre s'arrêtait et disparaissait quand cessait l'irritation des voies digestives et celle de la muqueuse buccale, par la suppression de la cause qui l'avait produite. Dans cette dernière opinion, les phosphates terreux qui entrent dans la composition du tartre des dents ne seraient point empruntés à la salive, mais seraient une sécrétion anormale du périoste alvéolo-dentaire, comme cela a lieu dans les périostites des os. Les molécules de carbonate de chaux, les cellules épithéliales, les globules pyoïdes, etc., proviendraient, au contraire, du fluide salivaire mixte où nous avons en effet signalé leur présence.

Les *chlorures alcalins* se rencontrent en notable proportion dans la salive mixte de l'homme et des animaux. On a, de plus, signalé dans la salive mixte la présence de *lactates*, de *sulfates* et des traces de *silice*; mais aucune considération spéciale ne se rattache à l'existence de ces substances.

Il n'en est pas de même du *sulfocyanure de potassium*, regardé comme un sel caractéristique de la salive de l'homme et des animaux, et sur lequel les chimistes et les physiologistes ont beaucoup discouru à raison de la présence singulière dans le fluide salivaire de cette substance qui, par sa composition, devrait être douée de propriétés très-vénéneuses.

D'abord découvert dans la salive de l'homme par Treviranus, le sulfocyanure a été étudié depuis par beaucoup de chimistes qui ont obtenu à ce sujet des résultats différents. Quelques-uns ont nié complétement son existence. Parmi ceux qui l'ont admis, les uns ont considéré ce sel comme un des éléments normaux du fluide salivaire, les autres, au contraire, ont soutenu que sa présence était le résultat d'une altération de la salive.

Tiedemann et Gmelin ont admis la présence du sulfocyanure de potassium dans la salive mixte de l'homme d'après les réactions suivantes (1). Ils ont pris une assez grande quantité de salive humaine qu'ils ont épuisée par l'alcool; ils ont filtré, puis ils ont distillé l'alcool; après quoi ils ont mêlé le résidu alcoolique avec de l'acide phosphorique et distillé de nouveau au bain-marie. Le liquide reçu possédait la propriété de rougir les sels ferriques. Pour s'assurer que c'était bien à du sulfocyanure qu'était due cette coloration, on a repris une autre portion du liquide traité par l'alcool et privé de cet alcool par la distillation. On y a ajouté du chlorate de potasse, du chlorure ferrique et de l'acide chlorhydrique; puis, par l'addition de l'eau de baryte, il s'est précipité peu à peu du sulfate de baryte, d'où il faut admettre dans la salive la présence du soufre qui a formé le sulfate de baryte.

Les auteurs qui ont recherché la présence du sulfocyanure de potassium dans la salive se sont appuyés sur des réactions semblables à celles indiquées par Tiedemann et Gmelin. C'est donc à l'aide des mêmes caractères chimiques que le sulfocyanure de potassium a été constaté dans la salive mixte de l'homme, dans celles du chien et du cheval. La proportion de sulfocyanure dans la salive mixte de l'homme a été un peu différemment estimée; elle serait de 0,006 p. 100 (Jacubowitsch), de 0,51 à 098 p. 100 (Wright), de 0,0046 à 0,0089 p. 100 (Lehmann).

L'existence du sulfocyanure dans la salive à l'état normal est admise par un très-grand nombre d'observateurs, qui sont Tiedemann et Gmelin, Wright, Mitscherlich, Dumas, Jacubowitsch, Lehmann, etc.

Schultz (2) nie que la coloration rouge que la salive prend par l'addition de quelques gouttes de perchlorure de fer soit une réaction suffisante pour caractériser le sulfocyanure, et il rappelle à ce sujet, d'après Berzélius, que l'acétate de soude peut donner avec les sels ferriques une coloration analogue. Cette négation du sulfocyanure de potassium émise sous la même forme par Strahl, n'est pas admissible, parce le grand nombre des chimistes et des physiologistes qui ont recherché le sulfocyanure dans la salive, et en particulier Tiedemann et Gmelin, ont eu recours à d'autres caractères, ainsi que nous l'avons dit précédemment.

On a aussi agité la question de savoir si le sulfocyanure de potassium trouvé dans la salive y existait dans l'état normal, ou s'il ne devait pas être considéré plutôt comme une production pathologique ou comme un résultat des manipulations chimiques.

(1) Traité de la digestion, t. I, p. 10.
(2) De alimentorum conconctione. Berlin, 1834; p. 61.

En effet, Lehmann (1) a examiné la salive d'un malade atteint de salivation mercurielle. Lorsque la membrane muqueuse buccale était gonflée et douloureuse, la salive contenait beaucoup d'épithélium et de mucus; elle était trouble, gluante, floconneuse et fortement alcaline; elle renfermait peu de ptyaline, mais, en revanche, beaucoup de sulfocyanure. Quand l'inflammation de la membrane muqueuse fut éteinte, le sulfocyanure disparut dans la salive, ainsi que son aspect trouble et son excès d'alcalinité. Dans ce cas, la présence du sulfocyanure dans la salive paraissait donc liée à un état pathologique.

L'altération spontanée du fluide salivaire ne semble pas donner naissance au sulfocyanure; mais il en serait autrement quand on fait en même temps intervenir certaines manipulations chimiques. A l'appui de cette idée, je rapporterai une expérience de la commission d'hygiène. On examina à l'état frais de la salive de cheval, et on n'y constata aucune trace de sulfocyanure par les réactifs ordinaires. Une portion de cette même salive fut traitée par l'alcool et abandonnée à elle-même pendant environ trois mois. Simultanément on avait abandonné pendant le même temps une portion du même fluide salivaire, qui n'avait pas été traité par l'alcool. Au bout de trois mois, cette dernière salive ne donnait pas de coloration rouge par les sels de fer, tandis que celle traitée par l'alcool en donnait une très-manifeste qui était caractéristique du sulfocyanure. Ces résultats rentrent complétement dans l'opinion de Berzélius, qui pense que le sulfocyanure n'existe pas dans la salive à l'état normal, mais qu'il est dû à l'action de l'alcool sur la matière salivaire.

Toutefois, bien qu'il paraisse très-probable, d'après ce que nous venons de dire, que le sulfocyanure ne préexiste pas dans la salive, mais qu'il s'y développe sous certaines influences accidentelles, l'origine de cette substance est encore aujourd'hui très-obscure, et il est impossible de déterminer d'une manière précise toutes les conditions qui lui donnent naissance. Ce qu'il y a de certain et ce que j'ai constaté bien souvent, c'est qu'en examinant, à l'aide de quelques gouttes de perchlorure de fer, la salive mixte fraîche de beaucoup de personnes, qui toutes ont l'apparence d'une parfaite santé, on trouve que chez les unes la salive prend toujours la coloration rouge caractéristique du sulfocyanure, tandis que chez les autres cette réaction ne s'observe jamais. J'ai cru remarquer, d'après un certain nombre d'observations, que cette réaction indiquant la présence du sulfocyanure dans la salive était toujours liée à l'état de carie d'une ou de plusieurs dents, et qu'elle n'existait pas chez les personnes qui avaient les dents parfaitement saines. Cette indication pourrait peut-être résulter d'une coïncidence, mais elle acquérerait de la valeur si elle se trouvait vérifiée par un très-grand nombre d'observations.

Ce fait singulier que le sulfocyanure, regardé comme une substance très-vénéneuse, peut exister en certaine proportion dans la salive, a fourni carrière à l'imagination de plusieurs physiologistes qui ont cru trouver, dans l'exagération de cette sécrétion sulfocyanique, la raison de la rage, qui se transmet, comme on sait, par l'inoculation des fluides salivaires des animaux atteints de cette terrible maladie. C'est ainsi que Wright a dit que la salive mixte injectée dans les veines des chiens les faisait périr rapidement en déterminant les phénomènes de l'hydrophobie. Mais il est prouvé aujourd'hui que la salive employée par Wright était obtenue à l'aide de la fumée de tabac, et que c'est à la présence de cette dernière qu'il faut attribuer les accidents qu'il a observés. La salive obtenue sans mélange de substance étrangère, et injectée dans les veines des animaux, ne produit aucun accident fâcheux.

Eberle (2) prétend que la formation du sulfocyanure dans la salive est liée comme la rage à un certain état du système nerveux; et il a institué, d'après cette idée, le procédé qu'il conseille de suivre pour recueillir la salive. Pour obtenir la salive pure, Eberle dit qu'il faut la recueillir à jeun; et voici comment il procède sur lui-même. A son lever, il tousse, crache et se rince la bouche pour bien nettoyer sa membrane muqueuse buccale, puis il va faire un tour de promenade pour se mettre de bonne humeur. Il rentre, s'assied, place une cuvette entre ses jambes, baisse la tête et laisse écouler de sa bouche ouverte la salive qui se sécrète en même temps qu'il pense à des choses agréables et particulièrement à des mets qu'il aime beaucoup. La salive ainsi obtenue est parfaitement normale, dit Eberle, et dépourvue de sulfocyanure. Mais si, au moment de la sécrétion salivaire, il pensait à des choses désagréables et particulièrement à ses ennemis, aussitôt la salive changeait de nature et se chargeait abondamment du sulfocyanure. Depuis Eberle, je ne sache pas qu'aucun physiologiste ait eu l'imagination assez forte pour obtenir un résultat pareil.

(1) Lehrbuch der phys. Chimie, t. II.
(2) Physiologie der Verdauung.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LES SOLUTIONS DE CONTINUITÉ DE LA ROTULE ; DESCRIPTION D'UN APPAREIL CURATIF NOUVEAU POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES TRANSVERSALES ; par M. BAUDENS, inspecteur, membre du conseil de santé des armées, ancien chirurgien en chef et premier professeur à l'hôpital du Val-de-Grâce, etc.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

FORMATION DU CAL.

L'insuffisance des moyens employés pour mettre et maintenir en contact les fragments de la rotule produit des guérisons défectueuses. Les pièces osseuses ne se soudent que par l'interposition d'une substance fibro-cartilagineuse d'une longueur variable. On a conclu de là, dit Boyer, que la rotule ne se réunit pas à la manière des autres os, ou qu'elle ne se réunit point du tout; ce que l'on a attribué à la structure même de cet os, ou à la dilution des sucs osseux par la synovie.

Le temps a fait justice de ces erreurs. Loin de là, la structure spongieuse de la rotule, le grand nombre de vaisseaux sanguins qui la traversent et dont la rupture détermine les épanchements de sang intracapsulaires consécutifs aux fractures de rotule, la rendent éminemment apte à fournir un cal osseux solide. Si on ne l'obtient pas, c'est que les fragments ne sont pas maintenus pendant la durée du traitement dans un contact immédiat, permanent, à cause de la défectuosité des appareils, incapables de s'opposer à l'ascension du fragment supérieur, sollicité sans relâche par l'action incessante du muscle extenseur inséré au sommet de ce fragment.

Et cependant on s'accorde à reconnaître qu'en donnant au membre pelvien la position déjà indiquée et conseillée par Valentin, extension de la jambe, flexion de la cuisse sur le bassin, on parvient à rapprocher assez facilement les fragments quand la fracture n'est pas compliquée. Souvent même la coaptation semble se faire ainsi si naturellement que des praticiens ont cru pouvoir s'en tenir uniquement au plan incliné et proscrire out moyen contentif. Mais ces praticiens n'avaient pas compté avec la rétraction continue du muscle extenseur, et l'expérience leur a donné tort.

Il est indubitable, dit Boyer, et c'est aussi notre opinion, qu'une force très légère, pourvu qu'elle fût permanente, maintiendrait en contact les fragments; mais, ajoute-t-il, il faudrait employer des moyens mécaniques compliqués dont l'usage n'est pas sans inconvénient. Tous ceux dont on se sert pour exercer cette espèce d'extension continue étant susceptibles d'allongement, leur action cesse d'être invariable, et l'on oppose ainsi une force décroissante à une force constante, susceptible même d'accroissement.

Le problème à résoudre consiste dans la découverte d'un appareil simple, d'une application facile, capable d'opposer une force toujours la même, invariable, à une force constante, susceptible même d'accroissement, la rétraction incessante du muscle extenseur. En effet, tant que les appareils ne seront pas doués d'une action suffisante pour paralyser pendant toute la durée du traitement le muscle extenseur, les fragments de la rotule ne sauraient demeurer en contact immédiat, et leur écartement inévitable amènera forcément un cal par deuxième intention, à distance, au lieu d'être par première intention ou immédiat.

C'est à dessein que nous disons première ou deuxième intention, expressions exclusivement réservées par les auteurs à la réunion des plaies des parties molles, parce qu'à l'aide de nos appareils à fracture que nous appellerions volontiers appareils de précision, tant ils permettent d'affronter exactement les fragments et de les maintenir en place, il arrive presque toujours que les vaisseaux contenus dans la substance osseuse même fassent tous les frais de la consolidation, sans qu'il se forme de virole aux dépens du périoste interne ou externe. Il y a, comme dans les parties molles, une véritable réunion par première intention. Des faits de cette nature ont été vus un grand nombre de fois par M. Velpeau à la suite de fractures du tibia, du péroné, du radius, du cubitus. (Velpeau, ANAT. CHIR., t. I.)

Les auteurs n'ont pas, comme nous, étendu aux solutions de continuité du tissu osseux le principe des guérisons par première ou par deuxième intention; aussi leurs théories sur le cal, y compris la théorie classique de Dupuytren, ne sont-elles à notre sens vraies qu'à moitié. Appliquées, en effet, à la réunion immédiate des fragments osseux, à ces sondures directes précitées, elles portent à faux. Envisagées au point de vue de la réunion par deuxième intention, elles sont admissibles si l'on veut; mais la réunion immédiate, linéaire, ce devrait être la règle, et la réunion médiate, l'exception; car celle-ci n'est en réalité qu'un accident le plus souvent dû à l'inhabileté du chirurgien ou à la défectuosité des appareils.

La nature procède toujours, comme l'a si bien démontré Cuvier, d'après des lois largement formulées, générales, uniformes; les os ne se cicatrisent pas autrement que les téguments, sans quoi il faudrait admettre autant de modes particuliers de guérison qu'il y a de tissus dans l'organisme.

Dans la réunion immédiate, tout est simple; la soudure est linéaire, on en trouve à peine les traces. Dans la réunion médiate, il y a une brèche à combler; la nature prévoyante vient au secours du chirurgien inhabile qui n'a pas su affronter les pièces osseuses; elle déploie infiniment d'art et de ressources. Selon que la brèche est plus ou moins étendue, elle projette, sous forme de végétations osseuses, de véritables stalactites ou ponts allant de l'un à l'autre fragment, ou bien elle englobe les extrémités fracturées par un cal volumineux, espèce de virole plus ou moins solide dont le développement comporte cinq périodes d'après Dupuytren. Dans ce gâchis organique, comme le dit Boyer, la nature arrive à ses fins, à la restauration, par plus d'une voie, ce qui explique le grand nombre de théories émises sur le cal. En ce qui concerne les fractures de la rotule, le pont qui relie les fragments est toujours fibro-cartilagineux, et si, comme le pense M. Malgaigne, il y avait très-souvent entre les fragments une ou deux petites esquilles, celles-ci serviraient de noyaux à un cal osseux qui remplacerait le fibro-cartilage.

L'expression de gâchis organique, bien qu'employée en bonne part par Boyer, nous a semblé d'une grande vérité appliquée surtout à la théorie de Dupuytren pour la fracture des os longs. Nous en demandons bien pardon au grand chirurgien et aux classiques qui reproduisent ses idées; mais, pour notre compte, nous nous perdons toujours dans ce luxe surabondant d'idées et de mots entassés les uns sur les autres pour expliquer la formation du cal, et après avoir bien médité leur théorie, nous la comprenons toujours un peu moins, nous le confessons en toute humilité.

Les guerres d'Afrique nous ont souvent permis de suivre de l'œil les moyens par la nature employés pour réparer de larges brèches osseuses, et comme ces moyens sont simples, ils nous ont impressionné de façon à n'être pas oubliés. Étant donnée une brèche de deux travers de doigt faite par une balle dans le tissu spongieux du tibia, à trois travers de doigt de la rotule, comme nous l'avons vu assez souvent, voici ce qui arrive: Après quelques jours, l'escarre des parties molles frappées par le plomb se détache; la surface osseuse, de sèche, grisâtre, devient humide, se ramollit, prend une teinte rouge; bientôt surgissent de proche en proche de gros bourgeons qui durcissent à leur base; sur cette base ossifiée s'élèvent d'autres bourgeons, et ainsi de suite jusqu'à ce que la perte de substance ait été restaurée complétement, ce qui a lieu dans l'espace de deux à trois mois. Quand le périoste a été seul enlevé, il n'y a pas forcément exfoliation osseuse, au moins en ce sens qu'une portion de l'os doive nécessairement se détacher. Voici ce que nous avons alors plusieurs fois observé : L'os privé de périoste reste d'un blanc mat pendant vingt jours environ; à cette époque, il prend une teinte rosée et s'amincit graduellement au point que des bourgeons vigoureux développés au-dessous de sa lame corticale percent celle-ci comme un crible pour se faire jour au dehors; ces bourgeons en grossissant finissent par se toucher à leur circonférence, et bientôt on ne voit plus partout que bourgeons. Cependant la lame osseuse a disparu par une exfoliation insensible; elle a été graduellement résorbée, il n'en reste plus de trace. Des autopsies nombreuses m'ont démontré que profondément au-dessous de la peau quand il n'y a pas de plaie, les choses peuvent se passer de même et sans plus de complications. On sait d'ailleurs que les blessures sous-cutanées sont toujours moins graves que les plaies exposées au contact de l'air.

La réunion immédiate des fragments de la rotule par un cal osseux est encore si rare même de nos jours que l'on cite comme deux faits à opposer à l'opinion de Pibrac, qui a pu impunément défier tous les chirurgiens de l'Europe de lui en montrer un seul exemple, celui de Blandin, relatif à un cal osseux rapporté dans la GAZETTE MÉDICALE (1838, p. 701), et celui qui existe au musée Dupuytren, si bien décrit par M. Denonvilliers. L'absence du cal osseux ou plutôt sa rareté tient uniquement à la défectuosité des appareils employés, et la preuve, c'est qu'à l'aide du nôtre le cal osseux devient pour ainsi dire la règle et le cal fibro-cartilagineux en quelque sorte l'exception, quand on sait en tirer tout le parti possible.

En 1841 (GAZ MÉD., p. 512), M. le docteur Constant a proposé la section sous-cutanée des tendons réunis des muscles droit antérieur et triceps crural, afin de rapprocher les fragments et d'obtenir un cal osseux. Comme lui, nous attachons un très-grand prix à ce résultat; mais nous n'oserions recourir à cette opération, et d'ailleurs notre appareil, comme on le verra, rend inutile ce conseil hasardé.

A la suite de pertes de substances considérables des os longs, la réparation peut s'opérer à l'aide d'un tissu fibro-cartilagineux; mais peu à peu il

s'y fait des dépôts calcaires, si bien qu'après une ou deux années, le fibro-cartilage cesse d'être mobile et devient osseux.

Le fibro-cartilage consécutif à la fracture de rotule ne jouit pas du même privilége, les mouvements continuels auxquels il est assujetti s'opposant à son ossification, et comme le fibro-cartilage n'a pas plus d'épaisseur que le ligament rotulien, comme il est même quelquefois plus mince que ce dernier et moins résistant que lui, il est sujet à se rompre et à s'allonger; quand le fibro cartilage ayant contracté des adhérences avec la peau, comme on le remarque quelquefois, vient à se rompre, le tissu cutané se déchire souvent en même temps que lui, et l'air pénétrant dans l'articulation, il en résulte une complication des plus redoutables.

Ce n'est pas tout: le fibro-cartilage, en allongeant la rotule, qui désormais représentera deux pièces mobiles l'une sur l'autre, prive l'articulation du genou d'une partie de sa force; celle-ci tend à fléchir, et pour résister à cette tendance, il faut par des efforts musculaires constants redresser cette brisure articulaire. Ces efforts restent impuissants quand le fibro-cartilage est très-étendu; il faut leur venir en aide par une plaque creusée en forme de gouttière placée en avant du genou pour le soutenir. D'un autre côté, par suite du raccourcissement ou même de l'atrophie du muscle extenseur de la jambe, il arrive quelquefois que la jambe ne peut être complétement étendue, et il en résulte une claudication inévitable; les marches longues sont impossibles; les fardeaux un peu pesants ne peuvent être portés sans que le genou ne fléchisse sous le poids.

De cet exposé, on conçoit combien il importe de réunir les fragments par un cal osseux direct, afin d'éviter les infirmités plus ou moins réelles qu'entraîne l'interposition entre les fragments d'une substance fibro-cartilagineuse.

On s'accorde généralement à penser que le terme de quarante jours suffit pour obtenir ou un cal fibreux solide ou un cal osseux. A notre sens, ce laps de temps est insuffisant; nous sommes certain, pour l'avoir observé plusieurs fois, que, même après deux mois de traitement, le cal osseux lui-même est susceptible de s'allonger quand on permet à cette époque aux malades de marcher. Pendant les premiers mois ils devraient porter un bandage spécial, une espèce de gouttière matelassée placée sous le jarret, et sur les côtés de laquelle viennent se fixer deux petites courroies rembourrées passant l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la rotule, afin de la protéger contre les efforts de disjonction des fragments.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX IRLANDAIS.

(Suite et fin.)

I. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros de juillet à décembre 1852 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Traitement des plaies de l'arcade palmaire et des artères situées dans le voisinage de l'articulation radio-carpienne*; par M. Butcher. 2° *Remarques sur les symptômes et le traitement de la fièvre rémittente de Gambie*; par M. Roé. 3° *De l'emploi du chloroforme à l'intérieur dans le delirium tremens*; par M. Butcher. 4° *Description d'un nouvel urinomètre*; par M. Donovan. 5° *Guérison spontanée des anévrismes*; par M. Cotter. 6° *Pathologie de l'inflammation et de la fièvre*; par M. Freke. 7° *Fracture comminutive des deux os de l'avant-bras, avec hémorrhagie très-abondante dans l'épaisseur des tissus, suite de la déchirure de l'artère interosseuse*; par M. Butcher. 8° *Cas d'ulcère perforant de l'estomac*; par M. Markethill. 9° *Ablation, suivie de succès, d'une tumeur de la glande parotide*; par M. Macdonnell. 10° *Cas d'hydrophobie*; par M. Lawrie. 11° *Traitement de l'hypertrophie commençante du cœur*; par M. Hake. 12° *Effets physiologiques de l'oxalate de chaux*; par M. Lebmann. 13° *Abcès chronique énorme de la cuisse traité par de grandes incisions*; par M. Butcher. 14° *Cas de tumeur vasculaire de l'urètre de la femme; suivi de réflexions sur l'ulcère variqueux de l'utérus*; par M. Macdonnell. 15° *Cancer volumineux de la lèvre, opéré et guéri. Avantages de l'appareil de Hainsby appliqué dans les premiers jours qui suivent l'opération du bec-de-lièvre*; par M. Butcher. 16° *Ingestion de deux onces d'arsenic; guérison*; par M. Bryant. 17° *Remarques sur la phthisie*; par M. Wunderlich. 18° *Luxation de l'humérus en avant et en haut, mode de réduction, considérations sur la position du membre*; par M. Butcher. 19° *Miscellanées et observations de médecine pratique : Valeur des frictions mercurielles dans le traitement de l'érysipèle. Affection des gencives. Notes sur un cas de fongus hématode de l'orbite, etc.*; par M. Kirby. 2° *Exemple d'hermaphrodisme*; par M. Stuart. 21° *Squirrhe de l'estomac*; par M. Sandham. 22° *Un mot sur la phthisie*; par M. Cormack. 23° *Cas de cataracte traumatique, guérison spontanée*; par M. Thompson. 24° *De l'acide sulfurique dans la dyssenterie*; par M. Ellis. 25° *Du froid rigoureux comme agent anesthésique local*; par M. Arnott. 26° *Remarques sur la nature et le traitement de quelques affections douloureuses des os. Traitement de l'anévrisme par la galvano-puncture*; par M. Langston Parker.

REMARQUES SUR LES SYMPTÔMES ET LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE RÉMITTENTE DE GAMBIE; par M. PETER ROE.

On observe dans la Gambie, sur la côte occidentale de l'Afrique, la fièvre intermittente, la fièvre rémittente bilieuse légère, la fièvre rémittente bilieuse grave ou fièvre saisonnière qui attaque tous les nouveaux venus pendant la première année de leur séjour, la fièvre épidémique que quelques observateurs considèrent comme une variété de la fièvre jaune. Il est difficile de dire d'une manière précise en quoi ces diverses variétés des fièvres des pays chauds diffèrent les unes des autres. L'auteur a vu la fièvre rémittente bilieuse grave, qui ordinairement n'attaque qu'une fois les étrangers, se manifester plus souvent et avec plus d'intensité pendant la saison des pluies; elle offre ordinairement les symptômes suivants : douleurs dorsales et lombaires précédées quelquefois par des frissons, vertiges, lassitudes, anorexies, soif, insomnie, pouls fréquent et plein, peau chaude et sèche, céphalalgie plus ou moins intense, fronto-orbitaire, face animée, constipation, urine rare. Après ces premiers symptômes, les malades tombent souvent dans un état typhoïque, le pouls devient très-fréquent, petit, faible, irrégulier, la langue et les dents fuligineuses, le délire est subaigu, accompagné de marmottement, l'insomnie est complète.

La fièvre rémittente bilieuse légère n'attaque que les personnes qui ont déjà eu la maladie sous son type le plus grave, elle n'a jamais de tendance inflammatoire, les symptômes nerveux y dominent, la susceptibilité gastrique est plus grande, les paroxysmes sont bien marqués, à intervalles réguliers, et on peut facilement en enrayer la marche.

L'auteur résume dans les termes suivants le traitement applicable à ces différents cas : « Dans la première période de la fièvre saisonnière, purgatifs assez actifs au début (calomel), applications froides à la tête et sangsues; quand la chaleur est brûlante, les affusions froides sont indiquées au début de la maladie; plus tard, ce sont les ablutions ou les bains tièdes qui conviennent. Tout à fait au début, quand les symptômes gastriques prédominent, un émétique réussit quelquefois.

» Ces divers moyens doivent être employés jusqu'à l'intermittence ou la rémittence, indiquées par des sueurs profuses et le froid de la peau. On observe ordinairement ces symptômes à la fin du troisième ou au commencement du quatrième jour. On doit profiter de ce moment pour administrer la quinine unie à l'opium.

» S'il survient un autre paroxysme, il est alors beaucoup moins intense. Les premiers temps de la convalescence sont à surveiller attentivement, à cause de la facilité et de la gravité des rechutes.

» Dans quelques cas, la maladie présente plutôt les symptômes de la fièvre inflammatoire ou cérébrale d'Europe, que ceux de la fièvre rémittente, c'est seulement dans des cas analogues qu'on a pu sans danger donner le calomel jusqu'à salivation.

» La saignée est même, au début de ces cas, plutôt dangereuse qu'utile. Les vésicatoires conviennent quelquefois, mais seulement à la fin de ces affections. »

FRACTURE COMMINUTIVE DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS, AVEC HÉMORRHAGIE TRÈS-ABONDANTE DANS LES TISSUS, SUITE DE LA DÉCHIRURE DE L'ARTÈRE INTEROSSEUSE; par M. BUTCHER.

OBS. — James Scarlet, domestique, âgé de 42 ans, entre dans le service de M. Butcher, le 18 janvier 1852. Il était occupé à panser un cheval vicieux, lorsque ce dernier se ruant contre lui heurta violemment son avant-bras droit. Transporté à l'hospice immédiatement après l'accident, je le vis au bout de dix minutes. L'avant-bras droit présentait au premier aspect une déformation considérable : comparé au membre sain, il y avait un raccourcissement de plus de 2 pouces et une tuméfaction énorme à la partie postérieure; la circonférence présentait, avec le côté opposé, une augmentation de 2 pouces et demi. En examinant attentivement le membre, on constatait que les deux os de l'avant-bras étaient fracturés, savoir : le cubitus dans une étendue de 3 pouces, à partir d'un peu plus de 3 pouces de l'extrémité de l'olécrane, et le radius dans la même direction; seulement, dans ce dernier, la fracture n'occupait l'intervalle que de 2 pouces. La peau était un peu érodée.

En réduisant la fracture et ramenant le membre à sa longueur naturelle, il restait toujours à la partie postérieure une tumeur dont le volume n'avait pas par là diminué sensiblement.

L'auteur attribue cette saillie à un épanchement sanguin produit par l'hémorrhagie d'une artère assez volumineuse et profondément située. Il base son

diagnostic sur la rapidité de sa production, sur la coloration normale persistante de la peau, et enfin sur la fluctuation qu'on sentait distinctement à une assez grande profondeur dans le membre. Trop peu de temps d'ailleurs s'était écoulé pour qu'une inflammation se fût déclarée; tout concourait donc à faire admettre la présence d'un épanchement sanguin. La proximité de l'artère interosseuse des parties fracturées, les pulsations normales de l'artère radiale, tandis que la cubitale ne donnait au toucher qu'un frolement presque imperceptible, portaient à croire que le siége de la lésion devait se trouver sur l'artère interosseuse.

Le traitement a consisté dans l'emploi des moyens contentifs usités dans les fractures de l'avant-bras et en une compression méthodique de l'artère brachiale, afin de diminuer ou d'empêcher une extravasation ultérieure.

Le malade a parfaitement guéri.

Ce cas, si les phénomènes morbides eussent suivi une progression qu'on a été assez heureux pour arrêter, aurait certainement indiqué la ligature de l'humérale, selon les principes dont Dupuytren a fait une si belle application au membre inférieur.

LUXATION DE L'HUMÉRUS EN AVANT ET EN HAUT; par M. BUTCHER.

Plusieurs de nos auteurs classiques prétendent que, dans cette variété de luxation, le membre est allongé. Mais en examinant les raisons sur lesquelles ils fondent cette assertion, on reconnaît qu'elle leur a été principalement suggérée par l'inspection de pièces anatomiques où la luxation avait été artificiellement produite sur le cadavre. M. Butcher oppose à cet argument que le déplacement, dans de pareilles circonstances, ne s'opère point de la même manière que lors d'une violence agissant sur les parties vivantes. C'est en effet ce que tendrait à prouver le fait suivant, minutieusement rapporté par l'auteur.

OBS. — Élisa McMahon, âgée de 35 ans, femme bien musclée, fut reçue à l'hôpital le 3 octobre 1852. Dans une rixe avec la police, elle sentit qu'un effort violent avait été imprimé à son bras droit. Examinée neuf heures après l'accident, avant qu'un épanchement notable eût eu le temps de se former, elle présenta un ensemble de symptômes assez tranchés.

Aplatissement de l'épaule et saillie de l'acromion : ces phénomènes sont plus prononcés qu'à la suite de la luxation dans l'aisselle. Le deltoïde n'est pas seulement flasque et aplati, il est comme tordu en avant, les fibres attachées au bord postérieur de l'acromion participant davantage à ce changement de direction du muscle. La tête de l'os forme une tumeur considérable au bord sternal de l'apophyse coracoïde, répondant au centre de la clavicule et à un demi-pouce environ de son bord inférieur. La saillie osseuse était si proéminente que l'apophyse coracoïde ne pouvait être sentie que très-indistinctement. L'axe de l'humérus, à partir de ce point, se dirigeait un peu en arrière; en même temps il longeait le côté du tronc (attitude contraire à celle que les auteurs indiquent dans leurs descriptions). Le raccourcissement, mesuré avec la plus grande attention et par différentes personnes, était de plus d'un demi, de près de trois quarts de pouce. Tous les mouvements de l'articulation étaient très-circonscrits. Toute manœuvre exécutée pour porter le membre en avant causait une vive douleur, et son effet se trouvait arrêté par la rencontre de la tête humérale et de l'apophyse coracoïde. Le mouvement était également limité en arrière par l'action des muscles, et en dehors par la juxta-position de la tête osseuse contre la clavicule.

M. Butcher procéda immédiatement à la réduction. La malade étant assise sur le bord de son lit, la contre-extension fut faite de la manière accoutumée. Il pratiqua alors l'extension en tenant le membre luxé sur son genou droit dont le pied s'appuyait sur une chaise. La tête de l'os descendit ainsi au-dessous de l'apophyse coracoïde. La force extensive fut alors dirigée en dehors et un peu en avant, et la tête osseuse rentra en ce moment dans sa cavité avec un bruit sensible.

TUMEUR IRRITABLE DE LA MAMELLE; par M. KIRBY.

Sir A. Cooper, à qui la science est redevable de la plus grande partie des notions que nous possédons sur cette espèce de tumeurs, dit qu'il l'a vue persister pendant douze ans sans donner lieu à une dégénérescence. Le cas que rapporte M. Kirby prouve que son innocuité peut s'étendre à une période presque trois fois plus grande. Il est sous ce rapport, et à cause de la réserve qu'il inspirera sans doute au chirurgien, des plus intéressants à consulter.

OBS. — M. Kirby fut appelé, en septembre 1821, auprès de madame O'B., âgée alors de 50 ans. Bien portante jusque-là, à part une affection du foie, des hémorrhoïdes et de la diarrhée, elle avait, depuis peu de jours, découvert dans son sein droit, une petite tumeur à la production de laquelle elle ne connaissait aucune cause. Elle était irrégulière, dure, mobile et située dans la partie de la glande mammaire qui touche au bord axillaire du mamelon. Peau normale. En la pressant ou en remuant le bras, elle n'y sentait que peu de douleur. Sous tous les autres rapports, la mamelle paraissait parfaitement saine.

Depuis qu'elle s'était aperçue de l'existence de cette tumeur, elle avait eu le soin de s'abstenir de la presser, et l'avait tenue couverte d'un emplâtre ioduré, plus tard d'un emplâtre de savon. Elle évita aussi un exercice trop actif du bras droit.

En juillet 1822, le sein était, depuis quinze jours, devenu plus douloureux; les douleurs s'étendaient à l'épaule, au bras, et dominaient surtout dans l'hypocondre, ce que la malade attribuait à une affection bilieuse dont elle souffrait en effet fréquemment. M. Kirby en accusa plutôt la maladie du sein qui était devenu plus volumineux et plus dur que le gauche. En même temps des élancements existaient dans le mamelon exempt jusque-là de toute lésion. La malade est plus pâle, plus faible que précédemment; elle n'a que peu d'appétit. Elle explique le changement actuel par des mouvements trop violents du bras droit. Du reste, la tumeur originelle est encore mobile, et ne semble pas avoir pris plus de développement. (Le mercure, la rhubarbe, la ciguë furent employées à l'intérieur et à l'extérieur.)

Décembre 1822. La malade a continué à porter un emplâtre mercuriel. Il n'y a plus de douleur; la tumeur a diminué de volume; la mamelle est semblable à celle de l'autre côté. Les mouvements du bras et le décubitus dans n'importe quelle attitude sont possibles sans exciter ni douleur ni oppression.

M. Kirby rapporte que le 27 novembre 1852, c'est-à-dire plus de trente ans après sa première visite, la tumeur a conservé les mêmes caractères. La malade la porte toujours couverte d'un emplâtre mercuriel.

CATARACTE TRAUMATIQUE, GUÉRISON SPONTANÉE; par M. THOMPSON.

OBS. — André Truelove, âgé de 25 ans, d'une constitution robuste, reçut un coup de pierre dans l'œil en juin 1848. Le choc ne fut pas suffisant pour produire une lésion extérieure; mais le blessé perdit immédiatement la vue. M. Thompson le vit le jour suivant, et aperçut derrière la pupille une opacité grisâtre, et en même temps une vascularisation superficielle que quelques applications réfrigérantes dissipèrent promptement.

Quinze jours après, l'opacité avait diminué au centre d'une manière notable; l'absorption fit alors des progrès rapides, le milieu de la lentille s'éclaircit, et la vue reparut graduellement. Il ne resta bientôt plus qu'un seul petit point opaque à la partie supérieure de la pupille, nécessitant la dilatation de cette dernière pour être vu et ne gênant en rien les fonctions de l'organe.

Le point par où avait commencé la guérison, sa marche graduelle et progressive, et cette circonstance que la dernière partie de la capsule affectée était située à la partie supérieure de la pupille, prouvent d'une manière évidente que la cure spontanée de la cataracte fut due ici à l'absorption et non à l'abaissement spontané du cristallin qui parfois, quoique rarement, peut donner lieu à des résultats analogues.

L'auteur rapporte une seconde observation de cataracte traumatique, survenue cinq jours après l'accident. M. Thompson, pour obtenir la guérison, fut obligé cette fois d'inciser la capsule.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Guizard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lons-le-Saulnier, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Marigny (Jura).

2° Un rapport de M. le docteur Balut, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Dôle (Jura), sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans le cours de l'année 1852 dans les communes d'Eclans et de Nevy.

3° Un rapport de M. le docteur Haro, médecin cantonal dans l'arrondissement de Metz, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Chevillon (Moselle).

4° Un rapport de M. Billot, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Paligny (Jura), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Larderet, depuis le 20 décembre 1852 jusqu'à la fin de février dernier. (Comm. des épidémies.)

5° Un rapport de M. le docteur Camparau, médecin inspecteur des eaux minérales d'Encausse (Haute-Garonne), sur le service médical de cet établissement pendant les années 1851 et 1852.

6° Trois mémoires de M. le docteur Petit sur le mode d'action et quelques applications des eaux minérales de Vichy.

Le même ministre adresse six lettres relatives à des demandes d'avis sur des remèdes secrets ou nouveaux.

— M. REYNELLET, conservateur de la vaccine pour la commune de Saint-Denis (Réunion), adresse le tableau des vaccinations qu'il a pratiquées depuis l'an 1827 jusqu'au 31 décembre 1852.

— M. LIEGEY (de Rambervillers) adresse une lettre relative à la vaccine à propos de quelques faits de transmission de variole par les vêtements dont il été récemment témoin.

— M. MIQUEL, médecin de Tours, adresse une observation d'obstruction du tube digestif vers la fin de l'iléon. (Comm. : MM. Louis et Huguier.)

— M. DENAMIEL adresse deux mémoires, l'un sur le diagnostic des calculs urinaires par le toucher seul ou combiné avec l'action des instruments dans la

vessie; le second sur le traitement des calculs urinaires par une méthode nouvelle qu'il appelle la lithothlibie. (Comm. : MM. Ségalas et Civiale.)

PINCE SCLÉROTICALE.



M. le docteur VAUQUELIN, médecin oculiste à Paris, présente au nom de M. Lefort, oculiste à Rouen, une nouvelle pince pour l'extraction scléroticale des fausses membranes dans les cataractes secondaires.

Cette pince, à laquelle l'auteur a donné le nom de *pince-membrane*, a été exécutée par M. Mathieu, sur les indications qui lui ont été fournies par le docteur Vauquelin, d'après les bases arrêtées entre ce dernier et son confrère.

Dans un mémoire descriptif très-détaillé, l'auteur fait ressortir les avantages qu'a son instrument sur les pinces et les différents serre-têtes jusqu'alors employés, avantages qui consistent surtout en ce que les mors ou palettes qui sont représentés grossis en AB pour laisser voir les six trous et les six pointes s'engageant dans ces trous quand on ferme l'instrument, saisissent la membrane par une plus large surface que le font les instruments ordinaires; que cette membrane ne peut s'en échapper, car elle est transpercée par les six dents de la palette postérieure, s'engageant dans les six trous de la palette antérieure qui est tranchante sur ses bords et à sa pointe, pour traverser la membrane et se placer en avant, tandis que l'autre reste en arrière; que l'instrument amène nécessairement au dehors la membrane détachée de ses adhérences ou, dans le cas d'une trop grande mollesse du tissu, y fait au moins une perte de substance de la grandeur des palettes et suffisante pour l'exercice d'une bonne vision. L'auteur, qui attribue au docteur Vauquelin l'idée des pointes ou des dents s'engageant dans des trous et ayant pour effet d'empêcher que la membrane une fois saisie puisse glisser entre les palettes, termine en disant que son confrère de Paris a déjà eu depuis plusieurs mois l'occasion d'employer cet instrument avec succès. (Commissaires : MM. Laugier et Gerdy.)

— MM. CHATIN et MARTINET se portent candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

SURDI-MUTITÉ.

M. DUBIEU, président de la commission gratuite de surveillance de la maison des sourds-muets de M. Dubois, et M. PELISSIER, professeur sourd-muet à l'institution de Paris, adressent quelques observations sur le sujet en discussion, qui sont renvoyées à la commission.

— M. FERDINAND BERTHIER, doyen des professeurs de l'institution des sourds-muets de Paris, adresse en son nom et au nom de ses collègues professeurs sourds-muets de cette institution (MM. Alp. Lenoir, Eug. Allibert et Pellissier), une protestation collective à l'occasion des attaques qu'un membre de l'Académie a dirigées, dans la dernière séance, contre l'état actuel de l'enseignement de cette maison et des insinuations peu obligeantes que ce même membre a laissé échapper envers eux au sujet des œuvres qu'ils ont publiées et dont ils envoient un exemplaire à l'Académie avec prière de l'accepter.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité.

La parole est à M. Bouvier pour terminer son discours.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA SURDI-MUTITÉ.

M. BOUVIER résume en ces termes ce qu'il a dit dans la précédente séance :

Je n'ai nullement entendu trancher la question de prééminence de l'une ou l'autre méthode d'éducation des sourds-muets. Ce que j'ai simplement voulu prouver, c'est :

1° Que la méthode d'enseignement par la parole ne donne pas, au point de vue intellectuel, des résultats inférieurs à ceux de l'éducation par la mimique;

2° Que, conséquemment, l'Académie n'a point à craindre, en adoptant la proposition de la commission, que son vote ait pour effet l'infériorité relative des deux catégories de sourds-muets qui seraient enseignés spécialement par le langage oral;

3° Que, délivrée de cette appréhension, qui était celle de la commission de 1828, l'Académie ne doit pas hésiter un instant à voter la seconde partie des conclusions de la nouvelle commission, afin de mettre un terme, autant qu'il peut dépendre d'elle, au mutisme forcé, factice des demi-entendants, des sourds demi-parlants, dont on sacrifie en grande partie, dans l'état actuel des choses et malgré l'existence des cours d'articulation, les facultés rudimentaires de l'ouïe et de la parole, au lieu de les développer le plus possible, comme il est démontré que l'on y parvient par une méthode excluant l'emploi de la mimique.

Les propositions de la commission que M. Bouvier se propose d'examiner dans cette séance sont relatives à la possibilité de rendre plus ou moins complétement l'ouïe aux sourds-muets. La commission reconnaît cette possibilité, d'autres la contestent ou la nient. Cette question n'est pas moins grave que la première. Non-seulement l'administration attend la réponse de l'Académie pour statuer sur les mesures qu'on lui propose, mais la France médicale a les yeux sur l'Académie, qui attend sa décision pour s'en appuyer à l'égard des 30,000 clients qui l'interrogent au sujet de leur infirmité.

M. Bouvier, rappelant l'opinion d'Itard et ses recherches sur ce sujet, ainsi que celles de M. Deleau, fait remarquer ensuite que M. le docteur Blanchet est entré largement dans la voie ouverte par Itard et agrandie par M. Deleau. On s'est plaint, ajoute-t-il, du peu de détails communiqués à l'Académie sur les procédés thérapeutiques de cet honorable confrère. Ce serait faire l'histoire de toutes les causes de la surdité et des moyens applicables à chacune d'elles que d'exposer les méthodes curatives qui peuvent être utiles dans la surdi-mutité, etc. M. Blanchet emploie, suivant les indications, comme tous les médecins auristes, le cathétérisme, la dilatation de la trompe d'Eustache, l'introduction de différentes vapeurs dans la caisse du tympan, les injections d'air, l'insufflation à l'état gazeux et à doses très-fractionnées d'alcalis végétaux, tels que la strychnine, l'électricité, sans parler des moyens généraux à opposer aux diathèses des opérations propres à extraire les corps étrangers, tels que les polypes, la resection des amygdales hypertrophiées, etc.; car tous ces cas se rencontrent dans la surdité qui produit le mutisme, de même que dans celle qui survient à un âge plus avancé. C'est beaucoup moins pour l'invention d'un procédé empirique que par une heureuse et sage application des moyens connus, par des perfectionnements de détail dans la confection des instruments, par l'habileté manuelle et la sagacité du diagnostic que la médecine auriculaire peut aujourd'hui se signaler d'une manière spéciale et acquérir de nouveaux titres à la confiance des familles.

Comme M. Deleau, M. Blanchet croit inséparable du traitement médical le traitement fonctionnel destiné à en développer et à en assurer les effets. Il se borne même à celui-ci, à l'exemple d'Itard, quand le premier s'est montré sans efficacité.

Mais malgré les faits produits par Itard, malgré ceux de M. Deleau et d'autres encore, il est des hommes très-compétents qui nient la curabilité de la surdi-mutité du fœtus ou de l'enfant et du mutisme qu'elle produit.

La commission, sans entrer dans ce débat, sans revenir sur l'expérience du passé, si diversement interprétée, s'en est tenue aux faits que l'on a placés sous ses yeux. Elle a eu raison. Mais ces faits eux-mêmes sont contestés... Au milieu de ce conflit, que fallait-il faire? Chercher à s'éclairer en examinant soi-même les faits. C'est ce que M. Bouvier a tenté lui-même.

On connaît ces faits, tels qu'ils sont exposés dans le rapport lucide de M. le professeur Piorry. D'après ce rapport, des enfants sourds-muets, dont l'état de surdité absolue ou presque complète avait été constaté soit par des pièces authentiques, soit par la commission elle-même, ont été amenés par le traitement à entendre la parole, tantôt très-près de l'oreille, tantôt à 30 ou 40 centim., tantôt à 1 ou même 2 mètres de distance. Chez presque tous, la faculté d'articuler a été facilement développée ou perfectionnée par les exercices d'articulation. Quelques-uns chantent et mettent leur voix à l'unisson de l'harmonium. Un de ces sourds-muets, considéré comme incurable, a gagné aux exercices d'articulation une parole beaucoup plus facile qu'il ne l'avait auparavant et la faculté de lire sur les lèvres.

M. Bouvier a vu plusieurs de ces enfants depuis la lecture du rapport. Il a reconnu qu'ils jouissent de toutes les facultés qui leur sont attribuées par la commission.

Ici M. Bouvier cite en particulier quelques faits.

Ces résultats, ajoute-t-il, entourés de toutes sortes de garanties, suffiraient à eux seuls pour décider la question.

Supposons qu'un enfant sourd-muet soit donné par le sort à l'un de nous, que ferait chacun de nos confrères en présence des faits positifs de la commission, quand bien même ces faits seraient les seuls et en présence des dénégations qu'on leur oppose? Il chercherait avant tout la cause du mal; il explorerait toutes les parties accessibles de l'organe; il saisirait la moindre indication qui pourrait en ressortir, et il agirait comme dans la surdité de l'adulte. Puis, s'il échouait dans ses efforts, il se souviendrait de la belle découverte d'Itard; il tenterait l'éducation physiologique du sens de l'ouïe, et il épuiserait tous les moyens d'action de la science avant de se résigner à déclarer cet être à jamais sourd-muet.

Mais ce que vous feriez pour celui qui serait votre sang, ne le feriez-vous pas pour le client qui invoquerait vos lumières?

Or, qu'est-ce qu'une institution de sourds-muets? C'est une réunion de ces enfants dont je viens de parler; ils sont sourds, voilà tout. A-t-on suivi à leur égard, avant leur entrée, la ligne de conduite que je viens de retracer? a-t-on épuisé toutes les ressources de l'art avant de déclarer qu'ils étaient incurables? Vous savez bien le contraire; on n'a pas même, le plus souvent, exploré ses organes!

Ce que la commission vous propose, c'est d'appliquer à ces enfants les mesures que vous adopteriez pour les autres, pour le client qui viendrait vous consulter; c'est de les faire jouir des bénéfices des progrès de la science.

Que veut, en effet, la commission?

Que tous les sourds-muets, à leur entrée dans l'établissement, soient examinés et classés au point de vue de leur degré de surdité, de la cause organique de celle-ci, du degré de persistance de la parole, et enfin de la question de savoir si l'art médical peut leur être de quelque secours;

Que l'art appliqué à ceux chez lesquels il y aura quelque espoir de le faire avec succès les méthodes le plus en rapport avec les progrès de l'art, pour tenter de leur rendre un degré plus avancé d'audition, ou au moins, si la surdité est incurable, pour leur conserver la parole dans le cas où ils ne l'auraient pas perdue, en rejetant définitivement parmi les sourds-muets complets, et en les livrant à l'éducation ordinaire de l'établissement, ceux que l'on jugerait ne pouvoir tirer aucun fruit de ces essais.

J'ai conclu, dans la dernière séance, à l'adoption de la seconde partie de ces conclusions; je viens de conclure à l'adoption de la première. Il me reste à jeter un coup d'œil rapide sur leur connexion, sur leur ensemble.

Ces conclusions, que j'ai scindées dans mon argumentation, sont étroitement liées, inséparables dans la réalité et en quelque sorte solidaires.

Afin de doter les élèves que l'on traite et qui ne tardent pas à devenir des demi-entendants, ceux qui sont incurables et dont on cultive seulement la parole, de tout le degré d'audition, toute la perfection du langage oral qu'ils peuvent atteindre, il faut évidemment les soustraire à l'influence contraire de la mimique: c'est là l'unique objet des conclusions relatives à l'éducation des sourds-muets. En effet, je ne saurais trop le répéter, nous n'avons nullement à nous prononcer sur la *supériorité* relative des deux méthodes d'enseignement des sourds-muets, la mimique et la parole; nous n'avons nullement à résoudre la question de savoir s'il convient ou non de transformer l'organisation de l'institution des sourds-muets. Nous pourrions à bon droit, pour la plupart, nous récuser, si l'on voulait nous instituer juges en cette matière.

De quoi s'agit-il donc? Simplement de séparer les sourds-muets en traitement, c'est-à-dire les demi-entendants, ainsi que les sourds-muets incurables, mais demi-parlants, du reste des élèves, et de créer pour eux un mode d'enseignement dans lequel la parole jouera son rôle presque exclusif, comme un moyen de communication organique. Est-ce là bouleverser l'institution, comme on l'a dit? Non, c'est au contraire la régulariser; c'est substituer un ordre indispensable au désordre, à la confusion, qui, sous ce rapport, y ont régné jusqu'ici. La preuve que la mesure que l'on indique ne touche en rien la question du mode d'enseignement applicable aux véritables sourds-muets, qu'elle ne tend point à désorganiser l'enseignement préféré dans l'institution de Paris, c'est que cet isolement des sourds-muets incomplets d'avec les autres a été depuis longtemps proposé par les partisans mêmes de l'enseignement par les signes.

Ainsi l'Académie, qui pourrait peut-être se récuser comme incompétente s'il s'agissait de remplacer pour tous les sourds-muets l'enseignement oral par l'enseignement par les signes, n'est plus en droit de le faire lorsqu'on la consulte pour décider si le meilleur moyen d'étendre, de perfectionner l'audition et la parole chez certains sourds-muets, n'est pas autre chose que le silence et l'éloignement de toute voix articulée.

Ce simple énoncé de la question vous fait voir quelle en doit être la solution. Il est clair, d'après cela, que les conclusions de la commission relatives au mode d'éducation qu'il convient de donner aux enfants sont le complément nécessaire des autres propositions; qu'elles ne peuvent en être distraites, que vous ne pouvez sanctionner les unes sans voter en même temps les autres.

La parole est à M. Bonnafont.

M. Bonnafont : En reprenant la parole que l'Académie a bien voulu nous accorder, nous n'avions l'intention de nous occuper que de quelques points pratiques du sujet; mais depuis, la question s'est considérablement agrandie, et comme nous l'avons dit au commencement, et comme l'a si bien répété M. Jules Guérin, il faut l'envisager à la fois sous le rapport de la médecine, de la physiologie, de la psychologie et de l'éducation. Cette manière de procéder est bien certainement la plus sûre pour arriver à une solution satisfaisante, et pour éclairer l'Académie sur plusieurs points encore obscurs de l'organe de l'audition; mais afin de ne pas prolonger cette discussion déjà trop longue, il nous semble convenable de réserver la partie psychologique pour une époque peu éloignée, et nous serons d'ailleurs les premiers à faire naître l'occasion de revenir sur ce sujet.

Ce qu'il faut surtout discuter en ce moment, c'est le mérite des deux méthodes suivies pour l'enseignement des sourds-muets : les partisans du langage oral et de la lecture sur les lèvres donnent à cette méthode une supériorité incontestable, tant pour favoriser le développement de l'intelligence des élèves, que pour faciliter leur instruction générale; mais si vous vous adressez aux partisans du langage mimique, ils vous répondront d'une manière non moins absolue et non moins satisfaisante. Nous pensons, nous, que s'obstiner à généraliser l'application de l'un ou l'autre de ces modes d'enseignements, c'est tomber dans une égale erreur; les sourds-muets ne présentant pas en effet le même degré de gravité dans la surdité et dans l'intelligence, il devient nécessaire de former des catégories, afin de connaître ceux des élèves qui seront aptes à profiter le mieux de l'une ou l'autre de ces méthodes.

Toute la difficulté consistant donc à faire un bon classement, ce qu'il importe, c'est de trouver un moyen qui fasse arriver à ce résultat de la manière la plus sûre, afin que l'on ne garde pas à la classe d'articulation, des élèves qui ne pourront jamais parler, et *vice versâ*.

Depuis Itard, on a bien cherché à classer les individus, mais ce classement est-il fait avec toute l'exactitude et la sévérité qu'il comporte? Il peut être permis d'en douter à cause du manque de moyens où on était pour apprécier immédiatement le degré de sensibilité du nerf auditif.

C'est afin de mieux interroger l'appareil de l'ouïe, et pour juger l'aptitude de chaque élève, que nous avons proposé l'emploi du diapason, et on verra plus loin que les expériences nombreuses et authentiques que nous avons faites tout récemment avec cet instrument, ne laissent plus aucun doute sur son efficacité, laquelle a été si bien appréciée par le directeur de l'établissement, et par le professeur d'articulation, qu'ils ont adopté ce mode d'exploration.

Mais avant de relater ces faits, je crois devoir répondre brièvement à deux objections que M. Piorry a faites à mon travail, et qu'il importe, dans l'intérêt de la vérité, de ne pas laisser passer sous silence.

Il a dit d'abord que le diapason dont je me sers est insuffisant, et qu'il diffère beaucoup de celui de M. Blanchet; mais il reste à juger lequel des deux instruments donne des résultats plus positifs pour apprécier le degré de surdité des sourds-muets. Voici un exemple récent des effets obtenus par mes diapasons.

Désirant m'éclairer encore davantage sur l'efficacité de ce moyen, pour le classement des sourds-muets, je me rendis, il y a quelques jours, à l'institution de M. Dubois, rue de Courcelles, où les jeunes élèves sont exclusivement soumis aux exercices du langage oral et de la gymnastique labiale.

M. Dubois, qui mérite les plus grands éloges pour son zèle et pour les efforts qu'il tente afin d'arriver à faire parler le plus grand nombre possible de ses élèves, me dit que, parmi eux, il s'en trouvait qui avaient acquis cette faculté. Je le priai alors de ne pas me les désigner, et de les engager tous à garder le silence pendant le temps de l'examen.

Voici, sur 24 garçons soumis à l'expérience, les résultats obtenus : 4 seulement entendirent le petit diapason du sol de la troisième octave, appliqué sur le crâne et à la distance de 1 à 2 centimètres de l'oreille; 2 élèves l'entendirent appliqué seulement; 13 ne perçurent que le diapason du do de la première octave appliqué et non à distance; et enfin 5 ne l'entendirent d'aucune manière.

Je dis alors à M. Dubois : sur vos 24 élèves, 6 parlent ou sont susceptibles de parler; 13 parviendront à articuler quelques mots, peut-être même quelques phrases, mais difficilement; et 5 ne pourront probablement jamais prononcer une parole. Ce classement fut en tout point semblable à celui établi par M. Dubois, d'après les résultats de son système d'éducation.

Lundi 2 mai, je me rendis à neuf heures du matin à l'Institution impériale des sourds-muets, afin de me livrer aux mêmes expériences; je ne peux mieux faire que de lire le procès-verbal, qui a été dressé séance tenante, en présence de M. de Lanneau, directeur de l'établissement, et des trois professeurs Vaisse, Puybonnieux et Volquin. M. Ménière, que j'avais convié à cet exercice, n'avait pu, à mon grand regret, s'y trouver.

Suit le procès-verbal.

(Dans ce procès-verbal, rédigé par M. Volquier, professeur d'articulation, on voit que M. Bonnafont, désirant ignorer le degré d'instruction de chaque élève, il leur fut recommandé de garder un silence complet. 25 lui furent présentés au hasard, qu'il examina et qu'il soumit à l'épreuve de ses diapasons. Cette opération donna des résultats si précis, qu'ils furent en tous points conformes à ceux indiqués et obtenus par M. Volquier. Seulement M. Bonnafont signala six élèves comme étant incapables de pouvoir jamais apprendre à parler; puis M. Bonnafont, afin de compléter ses expériences et donner plus de valeur à son moyen de diagnostic, a demandé à voir les élèves éliminés comme incapables et ne faisant plus partie des cours d'articulation. Sur 10 jeunes infirmes, il en trouva 7 confirmant le jugement qui avait été déjà porté sur leur état; mais les diapasons les signalèrent tous comme susceptibles des bénéfices de l'articulation orale. Pénétré de la justesse de cette appréciation, M. le directeur s'est empressé de les faire réintégrer dans cette classe.)

D'après cette statistique, on voit que sur 25 élèves : 2 ont été notés excessivement bons, 9 très-bons, 4 bons, 5 passables, et 5 mauvais, et que parmi les élèves que M. Blanchet a choisis pour ses expériences, 2 appartiennent aux excessivement bons, 8 aux très-bons, 3 aux bons, 2 aux passables, et 1 seulement aux mauvais; mais il est essentiel de faire observer que ce dernier avait parlé jusqu'à l'âge de 9 ans, et que les 2 passables ne sont devenus sourds, l'un qu'à l'âge de 6 ans, et l'autre qu'à 3 ans et demi : circonstances qui doivent donner plus d'espoir de leur faire recouvrer la parole; du reste, tous ces élèves avaient suivi depuis plus ou moins de temps le cours d'articulation de l'établissement.

Je doute qu'il soit possible d'arriver à une appréciation plus rigoureuse des divers degrés de surdi-mutité. Ces expériences confirment aussi plus que jamais ce que j'avai avancé dans mon premier travail, à savoir, qu'il n'y a que des sourds qui s'entendent parler qui soient aptes à prononcer quelques paroles.

Ceux qui ne s'entendent pas meuvent les lèvres, et, malgré tous leurs efforts, ne font sortir de leur bouche que des sons rauques et inintelligibles.

La seconde objection de M. Piorry est plus grave; elle attaque un point de physiologie important, et sur lequel j'appelle toute l'attention de l'Académie.

Le savant rapporteur prétend que, par l'apposition du diapason sur le crâne, les sourds doivent éprouver une sensation à laquelle le nerf auditif reste étranger.

Tous les physiologistes sont d'accord jusqu'à présent pour donner au nerf auditif seul la faculté de percevoir le son; aucun autre organe de la sensibilité ne saurait le remplacer dans cette fonction. Il semblerait pourtant, d'après la question posée par le ministre à l'Académie et par la réponse de M. le rapporteur, dans la neuvième conclusion, que les nerfs de sensibilité générale seraient susceptibles de recevoir l'impression des sons et d'aider ainsi puissamment le nerf auditif.

C'est là une proposition plus que douteuse, et à laquelle l'Académie ne saurait donner son adhésion sans plus ample informé.

Le nerfs de sensibilité générale, comme l'a fait observer le savant professeur de physiologie de la Faculté de médecine, M. Bérard, ne peuvent que recevoir l'impression des vibrations des corps et nullement le son qui en émane, à moins que les ondes sonores soient très-intenses, comme cela peut arriver par l'acoumètre de M. Blanchet; mais alors le son arrive directement à l'oreille, ou est transmis par les parties solides avec lesquelles le corps sonore est en contact. Exemple : Ayant appliqué un diapason sur la pulpe des doigts des sourds-muets, qui l'entendaient bien sur le crâne et le thorax, quelques-uns ont accusé aussitôt une sensation, mais qui ne ressemblait nullement à celle qu'ils éprouvaient lorsque l'instrument était appliqué sur la tête. Un autre élève de M. Dubois, qui entendait bien le petit diapason à 2 centimètres de distance de l'oreille gauche, ne l'entendait pas du tout, même appliqué sur les différentes parties du crâne, du côté droit : preuve évidente qu'aucune autre partie des organes de la sensibilité générale ne saurait remplacer le nerf auditif absent.

Dans le fait rapporté pour la première fois par notre illustre et regrettable maître, le baron Larrey, concernant l'invalide qui entendait le son par une per-

foration des os de la tête, ainsi que dans les recherches de Savart sur la propagation du son par la voûte du crâne, il n'est certes jamais venu à l'esprit de ces expérimentateurs célèbres de penser que le nerf auditif fût étranger à cette perception.

Nous devons aussi dire deux mots en réponse à une objection de M. Jules Guérin. Nous avons admis en principe que pour parler il est nécessaire qu'on s'entende parler, et personne, même les sourds-muets, ne peut se soustraire à cette vérité physiologique. M. Guérin, qui ne croit pas cette condition indispensable pour que les sourds-muets parlent, nous a reproché de n'avoir cité qu'un fait à l'appui de notre opinion. Il est vrai que nous n'en avions qu'un il y a quelque temps, mais aujourd'hui nous en possédons plusieurs. Nous avons dit qu'un individu entendant et parlant, devenant assez sourd pour ne plus entendre parler, arriverait graduellement à un mutisme dont la gravité serait en raison de la perte plus ou moins complète de l'ouïe.

Plusieurs sourds-muets de l'établissement impérial et de l'institution de M. Dubois étant devenus sourds, les uns à l'âge de 4 ans, les autres de 6 à 10 ans, et qui par conséquent avaient entendu et parlé, sont entrés pourtant à ces établissements affectés d'un mutisme complet chez la plupart, et moins prononcé chez quelques autres. Soumis à l'action du diapason, ces derniers ont montré que leur surdité était beaucoup moins avancée, et qu'ils pouvaient retirer un grand bénéfice de l'éducation orale.

Citons encore la guérison du sourd-muet relatée par Fontenelle, lequel avait entendu et parlé jusqu'à 8 ans, qui tout à coup perd l'ouïe et insensiblement la parole, d'où il résulte un mutisme complet. A 24 ans il est assez heureux pour recouvrer l'ouïe, et peu à peu la parole lui revient. On trouve encore plusieurs faits de ce genre dans l'ouvrage d'Itard. M. Deleau, qui est grand partisan de l'articulation orale, et qui un des premiers en était l'applicateur, trouve aussi qu'elle ne peut profiter qu'aux sourds-muets qui entendent assez pour syllaber.

M. Baudelocque m'a fait voir un jeune sourd-muet qu'à force de soins et de patience il est parvenu à faire parler et même chanter passablement. Les membres de la commission, qui ont vu cet enfant, ont pu s'assurer de ce résultat. Mais en examinant la sensibilité des nerfs auditifs, j'ai constaté que le petit diapason était entendu appliqué sur le crâne et à la distance de 2 centimètres des oreilles; que par conséquent cet enfant était apte à parler, et qu'il devait entendre les paroles même à une certaine distance. Bien que cette cure fasse le plus grand honneur à notre confrère, elle reste pour nous dans la catégorie de ceux qui jouissent d'un degré suffisant d'audition pour apprendre à parler et entendre la parole. Eh bien! à peu de chose près, tous les élèves choisis par M. Blanchet appartiennent à cette catégorie. Mais l'Académie ne saurait se contenter de pareils résultats. Il faut que ceux qui ont la prétention de faire entendre et parler les sourds-muets présentent des succès obtenus sur des sujets dont la cophose soit telle que le diapason ne serait nullement ou que très-faiblement perçu sur le crâne.

Quant à l'efficacité d'un traitement musical, voici quelle est notre opinion, et je prie l'Académie de la prendre en sérieuse considération, parce qu'elle est basée sur plusieurs années d'expérience et sur des tentatives nombreuses de moyens curatifs. Tout individu atteint de cophose congéniale ou accidentelle, s'il n'entend le diapason qu'appliqué sur le crâne, sera rebelle à tout traitement. Si cet instrument est entendu à distance de l'oreille, il y aura peut-être une chance sur cent d'obtenir de l'amélioration. Mais si, au lieu d'un diapason, le sourd peut entendre le tic-tac d'une montre appliquée seulement sur le crâne, la guérison de la surdité sera presque certaine parce que la perception du tic-tac de la montre accuse l'intégrité des nerfs auditifs et donne en même temps la certitude que la cause du mal siége dans une des parties de l'oreille moyenne ou externe, et par conséquent accessible aux bienfaits d'une médication rationnelle.

Or, je demande à mon honorable adversaire comment il est possible d'expliquer la perte de la parole autrement que nous le faisons, lorsque surtout aucune altération appréciable n'a pu exister dans l'appareil vocal?

Nous devons aussi faire remarquer que c'est dans la catégorie de ceux que nous avons trouvés aptes à parler, que M. Blanchet a choisi les élèves pour faire ses expériences avec l'acouméire, et que dès lors il n'est nullement étonnant qu'il ait obtenu quelques résultats; mais que M. Blanchet ne se fasse pas illusion sur la valeur de ses instruments pour améliorer l'ouïe. Un instrument sonore, si bruyant qu'il soit et n'importe les parties du corps où on l'applique, ne saurait exercer aucune action sur les nerfs auditifs; si donc notre confrère a été assez heureux pour obtenir quelques succès, il les doit *à la bonne qualité* de ses élèves et aux soins qu'il a pris pour les exercer à parler; succès auxquels, suivant nous, l'acouméire est resté totalement étranger. Du reste, que les bons résultats aient été obtenus par M. Blanchet ou par M. Volquier, professeur d'articulation, ils démontrent suffisamment qu'avec de la persévérance et des exercices fréquents bien dirigés, on peut dépasser les limites si étroitement tracées par M. Menière. Pour arriver à ce but, une chose semble pourtant manquer à l'établissement impérial des sourds-muets, c'est un nombre suffisant de répétiteurs, ou mieux, comme l'a si bien dit l'abbé de l'Épée, de *manœuvres de la parole*, agissant sous la direction du professeur d'articulation, qui, malgré tout son zèle, ne peut suffire à un si grand nombre d'élèves. On sait que le fameux portugais Pereira, ce grand propagateur de la parole, assurait ne pouvoir élever que trois élèves à la fois.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA CAUTÉRISATION DES BOURRELETS HÉMORRHOÏDAUX PAR LE FER ROUGE; par M. DE BEAUVAIS. — In-4° de 114 pages. — Paris, 1852, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Malgré la gravité extrême et la fréquence non moins grande de cette affection, malgré le nombre considérable d'écrits consacrés à élucider son histoire pathologique, on peut affirmer que les bases essentielles manquaient encore à sa constitution définitive. Les avis les plus divisés règnent sur le choix des moyens à lui opposer. Chaque chirurgien vante son procédé, sans trouver d'imitateurs. Depuis les palliatifs érigés en méthode générale jusqu'aux médicaments dits héroïques, en chirurgie, depuis la simple ligature jusqu'au fer rouge, tout a cours, mais rien n'est rejeté. Personne n'a eu le crédit de faire accepter une règle fixe, certaine, unique, applicable à tous les cas du même genre.

Ce défaut, qu'il a si vivement signalé, ce n'est pas à M. de Beauvais qu'on le pourrait reprocher; car il vient, au contraire, préconiser, à l'exclusion de toutes les autres, une méthode qu'il proclame souverainement efficace, la cautérisation par le fer rouge. Son travail, extrêmement complet, tout à fait probant sur la plupart des points, se divise en quatre parties. Nos lecteurs ne regretteront pas d'en suivre ici l'analyse sommaire.

Sous le titre de *Considérations anatomo-pathologiques*, l'auteur examine d'abord, et dans les plus grands détails, la structure normale de l'anus, envisagé principalement sous le rapport du système vasculaire spécial qui lui appartient en propre. Quant à la texture des bourrelets hémorrhoïdaux, elle consiste, selon lui, dans la dilatation variqueuse des radicules veineuses qui se ramifient dans les parties constituantes de l'orifice anal. Les parois de ces veines dilatées sont épaissies, et la cavité du vaisseau renferme souvent des caillots blanchâtres fibrineux.

Au point de vue plus directement chirurgical, M. de Beauvais établit deux considérations assez importantes. D'abord, avec M. Ph. Boyer, du sentiment duquel il s'est particulièrement inspiré, il divise les bourrelets hémorrhoïdaux en deux classes, suivant que la tumeur est recouverte par la muqueuse ou par la peau. Ce sont les *hémorrhoïdes internes* et les *hémorrhoïdes externes* des anciens auteurs. Bien entendu, entre ces deux classes, il en existe une troisième mixte. Cette différence de texture, insignifiante pour leur traitement par l'excision, acquiert une haute portée lorsqu'on se propose de les attaquer par la cautérisation, parce que le fer rouge a moins d'action sur la peau que sur la membrane muqueuse et qu'il faut en modifier l'application en conséquence.

Une autre remarque fort intéressante concerne la hauteur à laquelle les tumeurs hémorrhoïdales peuvent s'élever dans l'intestin. Quelques chirurgiens admettent qu'elles montent parfois jusqu'à l'S iliaque du colon. Mais n'est-ce pas là un effet des hémorrhoïdes véritables, une dilatation consécutive et d'ailleurs toujours simple, plutôt qu'une tumeur hémorrhoïdale? Ces varices situées à une pareille hauteur nécessitent-elles, pour disparaître, qu'on les détruise directement? Non; M. de Beauvais ne les assimile point aux bourrelets hémorrhoïdaux. Leur structure, leur consistance, leur volume, tout les en différencie suffisamment. Et, quant à ces derniers, il cite l'opinion de M. P. Boyer qui, sur 7 cas où il a pu constater anatomiquement leur position précise, a reconnu que la limite supérieure de la tumeur ne dépassait pas ordinairement 3 à 4 centimètres. Une seule fois, la hauteur d'une portion de la plaie faite pour l'excision avait 5 centimètres.

Les bourrelets hémorrhoïdaux ne sont pas une affection purement incommode. Volumineux, nombreux et anciens, ils portent une atteinte profonde à la santé générale par les pertes de sang réitérées qu'ils entraînent. Un écoulement diarrhéiforme, muqueux, alterne avec le saignement et contribue aussi à épuiser le malade. Enfin, une cause puissante de débilitation se trouve dans les douleurs horribles déterminées par la chute si fréquente du rectum, par les bourrelets ulcérés, enflammés ou étranglés par le sphincter, dans les efforts presque continuels de défécation. La gravité de ces divers accidents, dont M. de Beauvais trace un tableau effrayant de fidélité, montre assez que les ressources les plus actives de la médecine opératoire sont souvent nécessaires, parfois indispensables à l'instant même, pour conjurer le péril qui résulte de la prostration extrême qu'ils amènent toujours infailliblement à la longue.

La seconde partie de ce travail, entièrement consacrée à retracer les phases de faveur ou de discrédit qu'a traversées la cautérisation, ne doit pas nous occuper bien longtemps. Explicitement conseillée par Hippocrate contre les hémorrhoïdes externes, Moreau, Morand, Lobstein, Sabatier,

l'ont pratiquée plusieurs fois heureusement. Plus tard, l'excision ou la ligature remplacèrent cette méthode. Mais une résurrection plus brillante que son ancienne fortune lui était réservée. Des succès purement empiriques avaient jadis déterminé les chirurgiens à l'adopter. De nos jours, ses rénovateurs furent guidés par des idées méthodiques, par la comparaison raisonnée des avantages et des inconvénients attachés à l'emploi des autres moyens chirurgicaux et surtout par des études anatomo-pathologiques plus exactes et plus avancées des tumeurs hémorrhoïdales. M. Bégin a le premier réussi à prouver par l'induction et par les faits la supériorité de ce mode de traitement, non-seulement comme agent hémostatique après l'excision, mais à titre de remède directement et pleinement curatif. Imité par d'autres chirurgiens et toujours avec bonheur, il n'avait cependant pas encore pu imprimer à la cautérisation cette impulsion qui, d'un moyen précieux, fait une méthode générale. M. Ph. Boyer sut donner à l'emploi du fer rouge cette extension. Depuis 1846, il a pratiqué vingt fois l'opération; il l'a pratiquée à l'exclusion de toute autre; il a tenu note de ces faits dans tous leurs détails et avec l'exactitude la plus scrupuleuse. Avec de semblables données, la question peut aujourd'hui être considérée comme suffisamment instruite.

M. de Beauvais reproduit exactement les diverses observations émanées des auteurs modernes, afférentes au sujet, de MM. Bégin, Velpeau, Ricbet, Nélaton et Boyer. Leur lecture remplit un double but. Elle prouve l'efficacité et l'innocuité du moyen; elle initie en outre le chirurgien, bien mieux que l'exposé didactique le plus détaillé, à la connaissance soit des indications qui peuvent conduire à l'employer, soit des résultats qu'on doit en attendre. Sous ce dernier rapport, principalement, les faits appartenant à M. Ph. Boyer ont de quoi satisfaire la légitime curiosité de celui qui étudie les pièces de cet intéressant procès avec l'intention de profiter de l'arrêt rendu par l'expérience, ou pour mieux dire, d'en faire profiter ses malades.

Dans une troisième partie, l'auteur traite du manuel opératoire de la cautérisation au fer rouge, à appliquer aux bourrelets hémorrhoïdaux. C'est là qu'on trouvera les documents les plus utiles sur le procédé auquel M. Ph. Boyer a donné la préférence. Couronné par de nombreuses réussites, il mérite ici une mention plus étendue que les sujets précédents. Aussi allons-nous en signaler les points les plus importants.

Après avoir fait sortir les tumeurs, si elles sont intérieures, on les saisit avec des pinces, et on traverse leur base de dedans en dehors avec une aiguille courbe enfilée d'un double fil ciré. Deux fils ainsi noués maintiennent solidement, l'un la moitié droite, l'autre la gauche du bourrelet hémorrhoïdal, et sont confiés à un aide qui, en tirant sur eux, tient l'anus entr'ouvert et la partie la plus inférieure des tumeurs fortement abaissée. Ce premier temps de l'opération est indispensable; si on le négligeait, on s'exposerait à brûler la peau et le sphincter externe, et on se priverait d'un guide aussi sûr que commode pour parvenir à cautériser tout ce qu'il faut et rien que ce qu'il faut.

Ce n'est qu'après cette précaution préalable prise qu'il faut plonger le malade dans l'anesthésie.

Le chirurgien enfonce alors directement dans l'anus, à une profondeur de 2 à 4 centim., un cautère en roseau chauffé à blanc, tandis que l'aide tire sur les fils pour faire sortir autant que possible les tumeurs. Il est ordinairement nécessaire d'en appliquer un second de la même forme; mais il faut alors lâcher les fils, afin que la partie du bourrelet dans laquelle ils sont passés, venant s'appliquer sur le cautère, soit détruite. Le chirurgien, en ce moment, prend le cautère conique, plus commode pour détruire la partie la plus épaisse du bourrelet; il l'introduit un peu moins profondément, mais l'appuie avec plus de force en inclinant à droite, à gauche, en avant et en arrière, afin de cautériser complétement la partie cutanée des bourrelets hémorrhoïdaux. M. Boyer a quelquefois été obligé de répéter à plusieurs reprises l'application du cautère. Dans un cas où les tumeurs étaient énormes, il dut en éteindre successivement onze. D'ailleurs, la destruction complète, immédiate, du bourrelet tout entier étant la condition essentielle du succès de l'opération, c'est à la bien remplir qu'il faut tout sacrifier.

La cautérisation est habituellement suivie d'un ténesme vésical plus ou moins violent; ou le soulage par le cathétérisme s'il a amené une rétention d'urine momentanée, ce qui est assez fréquent, même chez les femmes.

Le malade a dû être purgé avant l'opération; sans cela les matières fécales passant de bonne heure et dures sur une partie dont la sensibilité a été aussi fortement exaltée, pourraient déterminer des phénomènes nerveux qui ne seraient pas sans gravité.

L'hémorrhagie, due principalement à cette dernière cause, a lieu le plus souvent du septième au dixième jour, lors de la chute des escarres. Elle est facilement réprimée par le tamponnement, si elle prend des proportions un peu considérables.

Le rétrécissement consécutif de l'anus est un accident rare; M. Boyer ne l'a observé que deux fois. Il l'attribue à une cautérisation profonde qui intéressa la muqueuse ainsi que les fibres du sphincter, et amena une cicatrisation vicieuse.

Un autre danger, bien plus grave s'il était réel, a été rapporté à cette opération comme à toutes celles qui suppriment entièrement le flux hémorrhoïdal. Les idées des anciens qui proscrivaient toute méthode curative, ou conseillaient du moins de ménager l'une des tumeurs, doivent-elles être tout à fait abandonnées? M. de Beauvais conclut très-affirmativement à leur rejet absolu. Mais bien qu'il le répète avec insistance, bien que sa proposition soit, selon nous, l'expression de la vérité pour le plus grand nombre des cas, nous ne pouvons tomber d'accord avec lui au sujet de l'extension sans limites qu'il prétend lui donner. Signalons à cet égard une confusion dans laquelle il semble s'être un peu trop complu. Il conclut à l'innocuité de l'opération, et donne comme preuve que, remédiant à la chloro-anémie où les malades étaient plongés par suite d'hémorrhagies, cette opération les a rendus mieux portants. Loin de compromettre leur santé générale, elle l'a donc raffermie. Mais entre l'hémorrhagie compromettante par sa quantité et le flux modéré et périodique qui pour l'économie s'était changé d'une habitude en un besoin, la différence est immense. Le service qu'on rend en supprimant le premier n'est point du tout une garantie qu'on ne nuira pas en interrompant l'autre. C'est de la même manière qu'on voit parfois et dans la même région l'opération de la fistule à l'anus apporter un soulagement momentané en tarissant une suppuration trop copieuse, et n'en pas moins évidement précipiter ensuite la marche fatale d'une phthisie pulmonaire concomitante. Il convient donc d'être moins absolu sur un point encore aussi sujet à contestation, et de ne pas s'armer de l'innocuité, de l'utilité même de l'opération sous certains rapports, pour la conseiller dans tous les cas au mépris des sages préceptes que la prudence des anciens maîtres nous a légués.

Pour couronner pratiquement son œuvre, l'auteur consacre un dernier chapitre à démontrer la valeur du fer rouge comme moyen de traitement des bourrelets hémorrhoïdaux. Ce procédé a jusqu'ici été repoussé presque instinctivement par un grand nombre de chirurgiens. M. de Beauvais les forçant pour ainsi dire à s'expliquer, ne craint pas de mettre en relief les motifs de leur résistance. Voici donc l'ensemble des griefs qu'on reproche à la cautérisation: 1° elle cause de l'effroi au malade; 2° elle détermine des douleurs atroces; 3° il faut y revenir à plusieurs fois pour l'entière destruction des tumeurs; 4° il en résulte des inflammations violentes, des suppurations de mauvaise nature, qui ne sont pas sans danger. Mais en cachant au patient les apprêts de l'opération avec le secours de l'éthérisation, les deux premières objections perdent toute leur force. Quant à la troisième, on la réfute suffisamment si l'on sait, dans la même séance, cautériser autant de fois et aussi profondément que cela paraîtra nécessaire. Pour ce qui est des dangers de l'opération, M. de Beauvais rappelle d'abord que sur 20 malades M. Ph. Boyer n'en a perdu que 2, dont l'un succomba probablement à un abcès ancien de la région cœcale. Puis, ajoute-t-il avec beaucoup de raison, sur quoi s'appuie-t-on pour justifier cette appréhension? S'il existait des cas authentiques de mort due à la cautérisation, ils auraient été infailliblement publiés en même temps que les critiques et les réprobations si souvent formulées contre elle; car les insuccès, suite d'excision ou de ligature, ont été cités et sont connus de tous les praticiens. Pourquoi donc la tradition ne nous aurait-elle pas transmis aussi sur la cautérisation des faits néfastes aussi positifs, aussi détaillés?

Concluons que, en faisant connaître cette méthode de manière à en provoquer l'application par tous les praticiens, M. de Beauvais a rendu un vrai service à l'humanité. C'est une pierre de plus habilement agencée dans le monument que la chirurgie moderne consacre à la réhabilitation de la cautérisation, et dont nous appelons de tous nos vœux l'achèvement.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

— Conformément à la demande du ministre de l'instruction publique, la Faculté de médecine de Montpellier vient de faire une liste de présentation pour la chaire de pathologie, vacante par la mort de M. Rech. M. le docteur Benoit a été présenté en première ligne. M. le docteur Anglada en seconde ligne.

— Par décret, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, en récompense du dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie qui a sévi dans la subdivision de Bone:

Officier: M. Riboulet, médecin principal de 2e classe.

Chevaliers: MM. Mouchet, médecin aide-major de 1re classe; Pierre, officier d'administration comptable de 1re classe des hôpitaux militaires.

— M. le docteur Ricord commencera ses leçons cliniques, à l'hôpital du Midi, mardi 31 mai à huit heures, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ENTRÉE DES TABLES MOUVANTES A L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — EXPÉRIENCES DE M. SÉGUIN. — LETTRE DE M. DIDAY.

Les tables mouvantes ont fait leur entrée à l'Académie des sciences sous le patronage d'un membre correspondant, M. Séguin. Ce n'est pas que la docte assemblée n'eût reçu bon nombre d'autres communications relatives au même sujet; mais toutes se ressemblaient par l'absence de caractère scientifique. Un savant bien connu par ses travaux sur l'électricité a eu le courage de rompre la glace. Il n'a pas craint de rapporter des faits qui, venus d'ailleurs, eussent été incroyables quoique vulgaires. Communiqués par un observateur digne de foi — qui s'est entouré de toutes les précautions désirables — revêtus de toutes les conditions d'authenticité voulues, ils se présentent aux hommes impartiaux comme un document fort grave, comme un commencement de preuve en faveur de la réalité et de la nouveauté du phénomène des tables tournantes. Nous ne voulons rien exagérer ni rien préjuger; nous avons, dans notre dernier numéro, posé les conditions de la démonstration scientifique; tout ce qui sera un essai, un pas dans cette voie, nous l'accueillerons et le produirons avec empressement. La lumière ne saurait nous gêner. Il nous est plus facile d'incliner en faveur d'une vérité nouvelle, que de prendre la défense d'une erreur ancienne. Nous le disons donc résolument, la communication de M. Séguin est un commencement de preuve, non moins par la netteté de l'expérience que par l'autorité et le caractère du savant. Malgré les restrictions et le doute exprimés par l'honorable secrétaire perpétuel, ou plutôt à cause de ces restrictions, il est permis de regarder dès aujourd'hui le phénomène qui fixe à un si haut point l'attention publique comme très-digne d'occuper les hommes sérieux. Nous disons que les restrictions de M. Arago ne peuvent que motiver cette opinion. Et en effet, qu'a objecté l'illustre secrétaire perpétuel à ce fait si positif, si embarrassant d'une table qui, à la volonté d'un expérimentateur et à la simple apposition du bout de ses doigts, tourne, marche dans une direction déterminée, et contre les efforts puissants d'un autre expérimentateur? Rien, si ce n'est que: « il est extraordinaire qu'avec des impulsions infiniment petites qu'on imprime avec les doigts à la masse ligneuse dont se compose la table, on finisse, à la longue, par communiquer à celle-ci des mouvements considérables. » Mais n'est-il pas au moins aussi extraordinaire qu'on puisse ainsi se payer de mots parfaitement insignifiants? N'est-ce pas expliquer la chose par la chose? Quel rapport peut-il y avoir entre une table qui marche dans une direction déterminée et la simple apposition des doigts? La condition imposée à la démonstration directe de la nouveauté d'un phénomène, de ne décliner les causes ordinaires qu'à défaut de concordance possible entre celles-ci et les effets observés, n'est pas moins obligatoire pour ceux qui récusent les causes nouvelles : les uns comme les autres doivent satisfaire à la loi de la relation logique des effets avec la cause. Or la critique de l'illustre secrétaire perpétuel est bien loin de cela. Pour en faire justice à l'aide du seul bon sens, il suffit de dégager la question de principe des faits nouveaux où elle se trouve comme obscurcie. Qu'y trouve-t-on alors? Pas autre chose que l'application du raisonnement si célèbre : *Opium facit dormire quia possidet virtutem dormitivam*: les tables tournent parce qu'on les fait tourner.

Mais bornons-nous pour aujourd'hui à rapporter les expériences de M. Séguin. Il ne nous en coûtera que pour la réputation de sévérité logique, si légitimement acquise, de l'honorable secrétaire perpétuel de reproduire la note critique dont il a cru devoir les faire suivre.

EXPÉRIENCES RELATIVES A LA FACULTÉ ATTRIBUÉE AUX ÊTRES ANIMÉS DE DÉVELOPPER DANS DES CORPS INERTES UNE ÉLECTRICITÉ D'UNE NATURE PARTICULIÈRE. (Communiquées à l'Académie des sciences, dans la séance du 23 mai 1853, par M. SÉGUIN aîné, membre correspondant.)

« Les nouveaux faits qui, depuis quelque temps, ont été signalés de toutes parts, relatifs à la faculté que posséderaient les corps animés de développer dans des corps inertes une électricité d'une nature particulière, m'ont paru au premier abord si extraordinaires et si inconcevables, que je n'ai pas hésité à les repousser; mais, ayant été forcé de me laisser convaincre par l'évidence, j'ai cru devoir vous faire part des expériences que j'ai faites à plusieurs reprises, et de celles dont j'ai été le témoin, persuadé qu'il était nécessaire, pour fixer l'opinion de l'Académie sur une aussi grave question, que tous ceux qui avaient des résultats positifs à lui soumettre, et surtout comme moi, lorsqu'ils avaient l'honneur de lui appartenir, devaient se faire un devoir de lui en faire part avec la plus grande exactitude.

» Le premier essai que j'ai vu tenter et auquel j'ai pris une part active a complétement échoué, et m'avait grandement confirmé dans mes idées qu'il y avait une espèce d'hallucination et peut-être un peu de charlatanisme chez les personnes qui me disaient avoir été les témoins de ces étranges faits. Nous sommes resté soixante et dix minutes autour d'une table, à la vérité assez lourde, en variant de toutes les manières les manœuvres qui nous étaient indiquées, sans obtenir le plus léger résultat!

» Dégoûté de ces essais fatigants, je regardais la question comme résolue négativement, et consentis cependant, par déférence pour les assistants qui eux-mêmes étaient convaincus, de faire l'essai sur un chapeau. A mon extrême étonnement, je le vis se soulever du côté qui lui était indiqué et tourner sur lui-même, lorsque les intentions réunies de ceux qui avaient les mains posées au-dessus de ses bords, pendant que le fond reposait sur une table, étaient exprimées à haute voix et d'une manière très-ferme et très-forte. Mais je ne tardai pas à revenir de ce premier mouvement de crédulité, que j'attribuai à une espèce d'hallucination, et il ne me resta que le désir de renouveler l'expérience dans de meilleures conditions; ce qui fut exécuté le soir même, dimanche passé.

» Nous choisîmes une petite table en noyer très-ancienne, de 40 à 50 centimètres de long, 30 de large, 70 de hauteur, pouvant peser 2 à 3 kilogrammes. Nous étions douze à quinze personnes. M. Eugène de Montgolfier, âgé de 35 à 40 ans, et moi fûmes les principaux acteurs des expériences; nous formâmes une chaîne animale avec nos mains, en superposant chacun de nos petits doigts de la main droite sur celui de la main gauche de nos voisins, et au bout de dix minutes environ la table commença à se soulever du côté qui lui était indiqué à haute voix, tourna sur elle-même, se transporta d'un bout de l'appartement à l'autre sur un plancher inégal et raboteux, qui à chaque instant l'arrêtait dans son mouvement et occasionnait des soubresauts que nous aurions eu de la peine à obtenir en employant notre force : et cependant nous ne faisions que la toucher légèrement du bout du doigt. Ces mouvements s'exécutaient, au bout de deux heures d'exercice, avec tant de facilité, que nous fîmes retirer les deux autres personnes qui étaient avec nous, et restâmes seuls avec M. de Montgolfier, sans toucher nos mains; la table exécuta alors ses mouvements avec autant de force et de promptitude qu'auparavant; et l'ayant abandonnée à M. de Montgolfier seul, il put la diriger également; mais tous les essais que je fis, ainsi que les autres personnes de la compagnie, furent inutiles, et à lui seul put ap-

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Retour de la CHRONIQUE. — COSMOS : solution magique des tables tournantes. — Matinée amusante à l'Académie. — Les femmes médecins d'Amérique. — Edit pharmaceutique contre l'ivrognerie. — Dernière ordonnance pour le roi d'Angleterre Charles II. — La protobiotique.

Que devient donc la CHRONIQUE? La CHRONIQUE est-elle malade? L'empereur de Russie, jaloux de tout ce qui fait le charme de notre capitale, nous l'aurait-il enlevée? Ces questions et une foule d'autres du même genre s'échangent journellement entre les fidèles lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE, et témoignent à quel point cette aimable causeuse leur était agréable et avec quelle impatience ils subissent de sa part ce silence prolongé. Elle était, en effet, si bonne fille; ses petits coups de patte étaient si bien fourrés qu'on les eût pris parfois pour des caresses; si elle lançait par-ci par là une chiquenaude, l'instant d'après elle n'y pensait plus, car elle n'avait ni fiel ni rancune. Son seul défaut était d'être un peu parcimonieuse, elle mesurait trop la portion au lecteur avide, et semblait avoir pour devise : il ne faut point abuser des bonnes choses, comme si jamais on était tenté d'abuser des mauvaises. Mais qu'est-ce qu'un petit défaut racheté par tant de qualités? A la voir naguère si pimpante et marchant d'une si verte allure, on lui aurait donné des siècles de vie, du moins on les lui aurait souhaités; mais ô inanité des prévisions humaines! au moment où elle riait le mieux, où ses amis lui trouvaient si bon teint, si bon œil, elle a été frappée au cœur par une maladie que les plus habiles médecins n'ont jamais pu bien définir; elle ne rit plus, elle ne parle plus; elle, qu'on avait peine à suivre dans ses courses folâtres et vagabondes est demeurée un beau jour immobile au milieu de la voie, comme un wagon détaché de sa locomotive. On se fait aisément une idée des transes mortelles que la GAZETTE MÉDICALE a éprouvées à cette occasion. Ses entrailles maternelles s'en sont profondément émues; cette benjamine était la joie du foyer, ses espiègleries mettaient si bien le lecteur en gaieté!

Mais nous n'abuserons pas de la sensibilité des amis de la CHRONIQUE. Grâce à un traitement approprié, savamment combiné, on est parvenu à conserver les jours de cette intéressante malade; quelques voyages ont fait le reste. La voilà revenue parmi nous et disposée à remettre comme par le passé, sous les yeux de ses lecteurs, tout ce petit bagage de demi-confidences, de demi-indiscrétions et de malices innocentes, qui les délassaient de temps en temps des hautes spéculations scientifiques.

On sera peut-être étonné de lui voir des allures nouvelles, quelque chose d'étrange dans la physionomie, et cet air étonné des émigrés qui reviennent au pays natal après quelque temps d'absence. Elle a vu et entendu tant de choses qu'elle ne sait par où commencer; on lui a conseillé pour la tirer de peine de ne point

partenir cette faculté. Dans la plus grande violence de son mouvement, j'essayai de retenir l'un de ses pieds, soit avec le bout du pied, soit avec ma main, en essayant de le faire briser ; il ploya fortement, mais pas assez pour déterminer sa fracture, et cependant M. de Montgolfier la touchait seulement légèrement du bout des doigts. Enfin, battre la mesure au son du piano, indiquer l'âge, le nombre des personnes et des choses que connaissaient la personne ou les personnes qui étaient en communication avec elle, furent des expériences répétées de mille manières et toujours avec le même succès. Pour mettre le fait dans sa plus grande évidence, nous voulûmes essayer de soustraire un chapeau à l'empire de la gravité, en cherchant à le détacher d'une table sur laquelle il était placé; mais nous ne pûmes y parvenir, bien que nous eussions attaché au chapeau, soit un ruban de laine, soit un mouchoir de poche, pour le mettre en communication avec le sol; le chapeau s'est quelquefois soulevé tout autour et jusqu'à ce que quelques poils de la partie convexe de la calotte fussent ses seuls soutiens : on voyait, en plaçant une bougie en face, une ligne éclairée et continue entre la table et le chapeau, mais le détachement n'a jamais été ni tranché ni complet.

» Le lendemain, nous avons renouvelé les expériences chez moi avec la même table et obtenu les mêmes résultats. La table, soutenue sur deux de ses pieds, les deux autres étant en porte-à-faux, a fait le tour d'une autre table de marbre ronde, sur laquelle elle était placée; elle a fait la même chose sur un seul pied, s'est abaissée jusqu'à terre; ensuite, au commandement qui lui en a été fait, elle s'est relevée de manière à reprendre sa position première : toutes choses qui m'ont convaincu que les lois de la gravitation se trouvaient, dans cette circonstance, complétement interverties et dominées par une cause qui leur était momentanément supérieure.

» On me mande de Fontenay que des expériences analogues y ont été faites et que l'on y a obtenu des résultats, qui sont exactement les mêmes que ceux que nous avons expérimentés, et l'un de mes enfants me dit à ce sujet :

« Nous avons tous senti un effet bien marqué de froid aux extrémités des
» mains et une chaleur aux deux doigts extrêmes de la main qui sont en com-
» munication avec celle des voisins ; tu pourras nous expliquer, mon bon père,
» ce qu'il peut y avoir de vrai ou d'exagéré dans tous ces faits ; on peut, il me
» semble, dans le domaine de la science, difficilement prononcer qu'une chose
» est totalement absurde ou impossible, mais il est permis de croire que, le
» plus souvent, l'esprit de l'homme exagère ou dénature la vérité. Un fait
» qu'un observateur aura constaté d'une manière fortuite paraîtra impossible,
» parce que l'esprit se trouve transporté d'un seul bond dans des régions inex-
» plorées qui jusque-là lui étaient restées inconnues, mais plus tard, et lors-
» qu'il y aura été amené par degrés et en suivant pour ainsi dire le chemin de
» la science d'étapes en étapes, la chose lui paraîtra rationnelle et conséquente
» avec les faits précédents... »

REMARQUES DE M. ARAGO.

« Après avoir communiqué, comme c'était son devoir, la note de M. Séguin, M. Arago a cité d'anciennes expériences de M. Ellicot, horloger, insérées dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES, et qui ont, avec ce qu'on a rapporté d'admissible sur les tables tournantes, la plus grande analogie. Ce que le phénomène des tables offre en apparence de plus extraordinaire et de plus difficile à expliquer, est en effet cette circonstance qu'avec les impulsions pour ainsi dire infiniment petites qu'on imprime avec les doigts à la masse ligneuse dont se compose la table, on finisse à la longue par communiquer à celle-ci des mouvements considérables. Eh bien ! a dit M. Arago, dans les expériences de M. Ellicot, deux horloges à pendules, enfermées dans des boîtes séparées, étaient suspendues à une tringle en bois fixée sur un même mur et à distance de 2 pieds anglais l'une de l'autre. La première de ces horloges marchait d'abord seule; la seconde était en repos. Après un certain temps, la seconde horloge avait été mise en mouvement par les vibrations imperceptibles transmises de la première à la seconde, à l'aide des corps solides compris entre les deux machines. Une circonstance très-singulière, c'est qu'après un certain temps, tandis que la seconde pendule, celle qui primitivement était en repos, marchait avec toute l'amplitude que comportait la construction, la première pendule, celle qui d'abord marchait seule, était arrivée à un repos complet.

» Je ne m'étendrai pas davantage, a dit le secrétaire perpétuel, sur les conséquences qu'on peut tirer et qu'on a tirées réellement des faits que je viens de rapporter, puisque mon but était uniquement de montrer qu'il existait déjà dans la science des exemples de communications de mouvement analogues à ceux que les tables tournantes ont présentés récemment, et dont l'explication n'exige aucune des influences mystérieuses auxquelles on a eu recours pour en rendre compte. »

— Au moment de mettre sous presse, nous recevons de notre collaborateur et ami M. Diday la lettre suivante, qui est en même temps le commentaire philosophique des faits qui précèdent, et le complément du programme publié dans notre dernier numéro.

« Monsieur et honoré confrère,

» Votre dernier article sur la locomotion des tables, le plus philosophiquement pensé de tous ceux qu'a inspirés ce sujet, deviendra, je n'en doute pas, le point de départ de recherches sérieuses et dignes de l'importance du problème. Vous avez sagement compris, clairement démontré qu'avant de se mettre à l'œuvre, en cette matière pas davantage qu'en toute autre, un expérimentateur n'est dispensé de savoir ce qu'il entreprend, de s'inquiéter du but de son investigation, de préciser à quelle condition, dans quelle limite, ses résultats deviendront probants.

» Mais puisque vous vous borniez pour cette fois à dresser un programme — et certes la chose en valait bien la peine — au moins auriez-vous dû vous attacher à ne le pas laisser incomplet. Vous n'avez, en effet, réellement posé la question que des *tables tournantes*, espèce, variété, sous-ordre de la grande et générale classe des *tables mouvantes.* Variété, ai-je dit; je pourrais ajouter : variété essentiellement compromettante; car c'est sur ce phénomène de rotation, si aisé à produire par la moindre contraction musculaire, que croyants et incrédules s'appuient à l'envi pour justifier chacun leur opinion, et qu'ils s'y appuient aussi à tort les uns que les autres. En effet, ceux qui se déclarent convaincus par ce seul *tour* ont-ils le droit de répondre que de tous les participants à l'expérience, aucun n'a eu l'idée d'une supercherie si facile à exécuter par chacun, même à l'insu de son plus proche voisin? Et quant aux incrédules, c'est justement pour les engager à étudier plus mûrement la question que je ne voudrais pas, comme vos conclusions semblent le suggérer, leur donner pour élément unique de certitude le succès ou l'insuccès de cette rotation; car ils sont, d'après ce que je viens de dire, parfaitement autorisés à la taxer de jonglerie grossière.

» Je crois en conséquence compléter plus que combattre votre lumineuse analyse, en appelant l'attention de vos lecteurs sur un point de vue où l'illusion est moins à craindre, en même temps que la constatation du phénomène y est plus facile sans le secours d'aucun appareil spécial. Vous dites avec raison : A l'opinion qui explique le mouvement de la table par une contraction musculaire dont on ne se rend pas compte, il est enjoint de prouver que l'effet obtenu ne dépasse point celui qu'on peut raisonnablement attribuer à cette même contraction. — Personne ne le contestera, et votre exigence est en ceci aussi légitime que judicieuse; mais tout est-il

---

s'inquiéter des classements et de donner au fur et à mesure qu'elles lui viendraient sous la main, toutes les curiosités qu'elle a recueillies en pays étranger. Elle y consent, à la condition toutefois qu'on lui tolère cette habitude anglaise de parler sous le voile et de se dérober à la curiosité du public. Cette précaution pourrait faire craindre que sa dernière maladie n'ait singulièrement altéré ses traits. Quoi qu'il en soit, passons-lui cette fantaisie, ses prétentions sont si bornées, son cadre si restreint, qu'il échappe à l'attention de la loi; on enrôle les moissonneurs, on leur distribue leur tâche, et ils en rendent compte à la fin de la journée; mais les glaneurs vont partout, comme les oiseaux du bon Dieu, quand la moisson est faite. La CHRONIQUE, elle aussi, est une modeste glaneuse; elle arrive après les autres et se contente de ce que ses grandes sœurs dédaignent; elle ne craint donc pas d'éveiller les soupçons; sa physionomie, d'ailleurs si honnête et si inoffensive, ne saurait attirer les regards du garde champêtre; il ne s'arrêtera pas à lui demander ses papiers

— Nous voulions entretenir nos lecteurs de quelques questions à l'ordre du jour chez nos aimés voisins de la Grande-Bretagne, et nous étions fort occupé à mettre en ordre notre petit butin, que les explorations de la douane avaient un peu dérangé. Un ami, témoin de nos efforts, et, il faut le dire, de notre insuccès, se mit à rire et nous dit d'un air moitié plaisant, moitié sérieux : — « Ce sont les esprits mauvais qui vous persécutent. — Comment ! les esprits mauvais! — Parbleu, oui ! les démons. — Est-ce que vous tournez (mot à la mode pour dire divaguer) ? — C'est précisément parce que je tourne, ou plutôt que je fais tourner, que je dois croire à l'intervention des esprits ou lutins. — Bah ! vous n'avez donc pas lu COSMOS au sujet des tables tournantes ? — Non; mais j'ai lu la GAZETTE MÉDICALE, et je dois dire que je la trouve bien avancée. — Avancée ! vous riez; lisez, lisez COSMOS. » Nous avons donc lu COSMOS, et nous en sommes demeuré stupéfait. L'auteur commence par le prendre sur le ton légèrement sceptique des gens qui manquent de fluide : il nous parle d'un huissier de Mortagne qui fait surveiller ses clercs par la table de son étude, c'est-à-dire qu'il s'informe auprès d'elle du nombre des actes faits dans la journée; il y a mieux : la table elle-même s'occupe de quelques détails de comptabilité et tient exactement certains registres. L'auteur ne le dit pas; mais nous soupçonnons l'huissier fluidiste d'interroger la table de cuisine sur le chiffre exact des dépenses faites par un cordon bleu, et de demander à un meuble du salon une foule de détails non moins intéressants. On pourra voir aussi, en lisant COSMOS, à quel moyen ingénieux se livrent la nuit, pour savoir l'heure, les personnes qui ont été obligées de mettre leur répétition chez l'horloger, et qui n'ont pas la bonne fortune d'être voisines de la cathédrale. C'un ment aussi, au sujet des tables tournantes, les savants y perdent leur latin, tandis que des ignorants, parfaitement ignorants et reconnus pour tels, n'ont qu'à tendre la main pour savoir l'hébreu, le persan, le sanscrit, le chinois, les langues même qui ne sont connues de personne et celles qui n'ont jamais existé. L'auteur, qui est très-savant, paraît trouver ce résultat désagréable. Pâlissez donc sur les livres, pour qu'un beau jour, au premier coup de baguette et même par la seule volonté du premier venu, toute votre science passe de votre cerveau dans celui d'un autre; faites des économies de santé; privez-vous d'une foule de choses agréables, mais réputées malsaines; soyez sobre; évitez les émotions violentes; entretenez autour de vous une température salubre et modérée, pour qu'un beau jour, placé par mégarde près d'un voisin éclopé

donc dans la force dn monvement? D'antres circonstances de sa prodnction ne penvent-elles pas servir à déconvrir son origine? N'est-il pas telle de ces circonstances qui, venant à se réaliser, suffise à elle senle ponr décider la question, pour montrer si l'impulsion provenait des mnscles abaudonnés par la volonté on de la volonté s'exerçant sans l'intermédiaire des muscles? Je le crois poor ma part, et c'est ce second aperçn qne je venx présenter parallèlement à celui que vons avez approfondi avec tant de talent.

» Ainsi :

» Si, moi sixiéme antonr d'nne table, je pnis, par nn acte de ma volonté, sans l'avoir communiqué à mes associés et m'attachant à ne leur laisser deviner ni par mes gestes ni par l'expression de ma physionomie, obtenir que la table se léve de mon côté sur deux pieds, puis s'abaisse.

» Si j'obtiens la répétition de ce monvement le nombre exact de fois que je l'ai d'avance vonlu, 5, 12, 23 fois, par exemple;

» Si je fais exécuter au meuble six ou hult oscillations rotatoires, alternativement en sens inverse;

» Si, apres avoir fait incliner la table vers moi, je parviens, en apportant tonte mon attention, à ne peser sur elle que par l'effort de la volonté, à pousser ce mouvement jusqu'à ce qne son plateau devienne vertical et soit forcé de tomber snr le sol;

» Si, à mon ordre, elle se léve snr deux pieds et accomplit, dans cette attitude, deux ou trois tours;

» Si enfin nn programme de ces divers exercices, gronpés dans nn certain ordre, programme écrit d'avance, mais connn de moi senl, se trouve ensuite avoir été fidèlement accompli;

» N'y anrait-il pas là, je vous le demande ponr celni qui anrait présidé à l'expérience, un moyen de démonstration suffisant? La qualité de ces déplacements n'équivaudrait-elle pas à leur force? Pnurrait-on, en un mot, les interpréter logiquement par nn mouvement de l'expérimentateur, échappant à sa conscience et opéré malgré sa volonté, ou bien par le concours d'associés trop enclins au rôle de dupeors ou de compéres?

» Aprés toutes les explications précédentes, en ayant soin de réaliser les différentes conditions qne j'ai spécifiées nécessaires, ce systéme ne me semblerait pas soutenable. Comme toute exagération des fins de non-recevoir, il condnirait peu à peu le sceptique, de peur d'être mystifié, à se mystifier soi-même.

» Mais ces expériences que je viens de détailler, que je juge décisives, je les ai faites moi-même. Il me suffit, monsieur et honoré confrère, d'avoir suivi la voie que vous avez ouverte, d'avoir cherché à élargir le cadre dans leqnel votre dialectiqne avait un pen trop resserré l'expérimentation. J'ai aussi voulu montrer, à votre exemple, que, sans être précisément nn niais comme sans aspirer au titre d'esprit fort, nn pouvait, médecin, on devait, journaliste, ne point rester étranger à une question que la psychologie revendiquera tôt ou tard. Quant à ce qui est des résultats obtenus, quant à ce qui concerne mon opinion personnelle snr le fait en litige, comme en cette matière, ce qu'il importe le plus, c'est de se mettre à l'œuvre soi-même, et surtout de s'y mettre sans parti pris d'avance. Permettez-moi d'épargner à vos lecteurs tout ce qui pourrait, même le plus légérement, diminner en eox, dans nn sens ou dans l'autre, cette impartialité indispensable à qui yeut procéder avec le désir sincère de s'éclairer.

» Agréez, etc. P. DIDAY. »

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LES SALIVES; par M. CLAUDE BERNARD.

(Suite. — Voir les nos 7, 11 et 22.)

II. — SALIVE PAROTIDIENNE.

La salive parotidienne a été recneillie et étndiée chez l'homme, le chien, le cheval, le mooton, le cochon, le lapin, etc.

Mitscherlich (1) est, je crois, le premier qui ait en l'occasion d'examiner la salive parotidienne snr nn homme atteint de fistule. Depuis ce temps, les fistnies parotidiennes nnt été vues par un grand nombre d'observatenrs (Vao Setten, 1837, etc.). Ponr ma part, j'ai pn en étudier jusqu'à 6 cas.

Après Hapel de la Cheoaie, qui pour la première fois recneillit pure la salive parotidienoe, en divisant le canal de Sténon sur nn cheval, Tiedemann et Gmelin observèrent la salive dn chien et dn monton. Depuis lors, nn grand nombre d'expérimentatenrs nnt isolé et étndié la salive parotidienne en la recneillant non-seulement sur les animaux nommés précédemment, mais encore snr le lapin, le bœnf, etc.

A. PROCÉDÉS POUR OBTENIR LA SALIVE PAROTIDIENNE.

CHEVAL. — Le conduit parotidien, chez cet animal, vient passer au dehors de la mâchoire et remonte ensuite vers la face avec l'artère et la veine faciales, pour aller s'enfoncer dans le muscle bnccinateur, au niveau de la seconde molaire snpérienre. Ce conduit se reconnatt aisément à sa densité et à sa conleur blanche : il est plns snperficiel que les vaisseaux et placé nn peu plus en arrière. La veine est au milieu : elle se distingue par la couleur bleuâtre, qn'elle doit an sang qni la remplit; l'artère est plus profonde et plus eo avant : on la reconnaît à ses pnlsations.

Pnur déconvrir le canal parotidien, il fant le prendre au moment où il passe sur l'os maxillaire an devant dn muscle masséter. Dans ce point, on sent parfaitement sous la peau, à l'aide du doigt, le paquet formé par le canal parotidien, l'artère faciale et la veine qni l'accompagne. On fait à la peau, qu'on souléve par un pli, une incision perpendicnlaire à la direction des vaisseaux. On divise ensnite le tissu cellulaire sons-cntané, et on arrive de suite snr ce paquet des vaisseanx offrant entre eux les rapports indiqués plus haut. Le conduit étant reconnu et isolé, on le divise et on introduit dans le hout qui est dn côté de la glande un tuhe de verre ou de métal, approprié à la grossenr du conduit qui, chez le cheval, offre de 2 à 3 millimètres de diamètre. Cette précaution est nécessaire ponr avoir de la salive parotidienne pure de tout mélaoge, parce qn'il existe dans les parois dn conduit de Sténon des petits vaisseaux dont le sang se mélangerait à la salive qui s'écoule.

CHIEN. — Chez cet animal, le condnit parotidien passe transversalement snr le muscle masséter, à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de ce mnscle.

(1) ANNALES DE POGG., t. XXVIII, et RUST MAGAZIN FÜR DIE GESAMMTE MEDICIN, t. XXVIII.

et valétudinaire, toute votre santé passe dans son économie et tous ses rhumatismes dans la vôtre. C'est en présence de phénomènes de ce genre que l'auteur, voné aux sciences exactes, telles que l'astronomie et autres, s'insnrge et se roidit. Non, jamais, an grand jamais, on n'expliquera ces choses d'une manière scientifique. Il faut donc, puisque vous les affirmez, vous huissier de Mortagne, vous journaliste consciencieux, vous maire et adjoint de telle ville, vous monsieur, vous madame, vous mademoiselle dont la candeur ne peut être mise en doute, il faut que vous conveniez avec moi qu'il y a là-dessous de la magie blanche ou noire, la couleur n'y fait rien. Voilà donc quel dilemme nous préseote l'auteur précité : ou bieo ne pas croire aux tables tonrnantes et à toutes leurs conséquences, ou bien croire à l'intervention des bons et des mauvais esprits dans les affaires privées des pauvres mortels. Pour l'autenr, croire à cette intervention extrascientifique, c'est la chose la plus simple du monde : « N'avons-nous pas, dit-il, entre le règne minéral et le règne végétal, les nostocs; entre le règne végétal et le règne animal, les zoophytes; entre les animaux et l'homme, le singe, etc., etc.? » Cette doctrine veut dire qu'entre les hommes et les esprits tellement supérieurs que nous ne nous permettrons ici d'y faire allusion que par pure nécessité, il y a des esprits intermédiaires, des demi-dieux, des follets, des gnomes, des farfadets, ces délicieux lutins enfin que le pauvre Charles Nodier nous a rendus chers, tant et si bien il y croyait et si grand était le charme dont il savait revêtir ses croyances. Qui ne se souvient de Trilby, de ce délicieux Trilby, si espiègle et si prévenant, qui remplissait de caillous les filets du mari, et de beaux poissons bleus et rouges les filets de la femme? S'il faut en croire COSMOS, c'est un de ces malins esprits qui se loge au fond d'un chapeau, qni se glisse sons la table, qui niche dans le saladier : c'est clair comme le jonr, pour COSMOS du moins. Comment, en effet, nne table, une cruche, un feutre, un saladier, pourraient-ils répondre en sanscrit sans une intervention de ce genre? La fausse science seule, et COSMOS le répète par trois fois — qn'on remarque ce chiffre essentiellement cabalistique — la fausse scieoce peut seule s'insurger contre une explication aussi rationnelle, aussi irrécusable. Et qui nous dit que ce n'est pas à cette fausse science, obstinément incrédule, que nous devons attribuer ces phénomènes, qui font tourner *les têtes plutôt que les tables*, ainsi que le dit l'anteur? Mais n'anticipons pas : une théorie complète de cette intervention surnaturelle nous est promise; en attendant, si nous avons bien compris COSMOS, il croit médiocrement à la rotation des tables, mais il croit fermement aux purs esprits; il serait bien aise de nous faire partager ses croyances. Nous attendrons pour cela quelques nouveaux éclaircissements.

— Nous étions encore tout plein des diables bleus de COSMOS, des tables roulantes et magiciennes, quand nous fûmes entraîné dans le sanctnaire où se discutent les bautes questions de la santé et de la vie. Un célèbre oratenr devait être entendn sur un sujet important : la surdi-mutité, déjà depuis qnelque temps à l'ordre du jonr. On s'interrogeait à l'avance, dans les conloirs, pour savoir quelle était la couleur ou du moios *la nuance* de soo opinion. Il va enfin apporter la lumière dans ce débat, dit un journaliste à un académicien qui l'interpellait. Nous attendîmes donc patiemment que la lumière se fît. Au dire de nos voisins, cette question si ardue, et qui avait déjà occupé plusieurs séances, avait eu le tort, jusque-là, de maoquer de gaieté; le sujet, déjà assez sérieux par lui-même, avait besoin d'être relevé par qnelque fioritnre, comme

Le procédé de Tiedeman et Gmelin pour obtenir la salive parotidienne consiste à isoler le conduit de Sténon à son entrée dans la cavité de la bouche. D'autres expérimentateurs l'ont isolé sur le muscle masséter. Mais le procédé est plus commode en recherchant le canal à l'endroit où il se rend dans la cavité buccale. Voici celui dont je me sers depuis 1847 : on suit avec le doigt le bord inférieur de l'arcade zigomatique, jusqu'à sa racine inférieure, qui s'insère sur le maxillaire en formant un arc à convexité postérieure. Dès qu'on est arrivé à l'extrémité de cette arcade, on sent une petite dépression qui se trouve au niveau de la deuxième molaire supérieure, entre la saillie que forme l'alvéole de cette dent et l'insertion de l'arcade zigomatique.

Dans ce point, et exactement au niveau de cette dépression, on fait une incision oblique et dirigée de l'angle interne de l'œil vers la commissure buccale. On divise le tissu cellulaire sous-cutané, et on trouve dans un seul paquet la veine, l'artère faciale, un nerf et le conduit salivaire. Ce dernier est d'un blanc nacré, et il se reconnaît en ce qu'il est le plus profondément situé et croise la direction du paquet vasculoso-nerveux. Dès qu'on a isolé le canal, on fait une incision à ses parois, qui sont très-épaisses comparativement à celles des conduits des autres glandes salivaires, et on introduit dans son intérieur un petit tube d'argent muni d'un petit mandrin dont l'extrémité mousse et conique dépasse légèrement le tube, de manière à favoriser son introduction. Après avoir posé une ligature sur le tube, on retire le mandrin et on obtient de cette façon de la salive parotidienne parfaitement pure.

On ne l'obtiendrait pas pure si on ne prenait pas la précaution d'introduire assez profondément le tube métallique; car, près de l'embouchure du canal de Sténon, dans la cavité buccale, il existe quelquefois de petites glandules (parotide accessoire) qui s'abouchent dans ce conduit et mêlent le liquide visqueux qu'elles sécrètent au liquide parotidien. C'est là une cause d'erreur que n'ont pas évitée MM. Tiedemann et Gmelin. Aussi la salive parotidienne qu'ils ont obtenue chez le chien n'avait-elle pas la fluidité de cette salive parotidienne pure. Quelquefois cette glandule parotide accessoire, à sécrétion visqueuse, que j'ai trouvée le plus souvent chez les gros chiens dogues, est située plus en arrière sur le masséter. Dans ce cas, il devient impossible d'enfoncer le tube assez profondément. Pour éviter son mélange avec la salive parotidienne pure, il est nécessaire alors de prendre le conduit de Sténon sur le masséter, et non loin du lieu où il émerge de la glande parotide.

Mouton. — Le conduit parotidien est pour ainsi dire sous-cutané et vient traverser le muscle buccinateur, au niveau de la seconde molaire supérieure. On le découvre facilement par une incision faite sur le masséter, et on introduit, comme à l'ordinaire, un tube qu'on fixe de manière à recueillir la salive pure.

Lapin. — Le conduit salivaire est excessivement petit, et il est à peu près impossible d'introduire un tube dans son intérieur. Aussi pour observer la salive parotidienne du lapin, le procédé que j'emploie consiste à faire sur la joue, préalablement débarrassée de ses poils, une incision verticale qui divise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les vaisseaux et nerfs jusqu'au muscle masséter; puis on laisse le sang s'élancer dans la plaie. Au moment où l'animal fait des mouvements de mastication, on voit ensuite sortir goutte à goutte la salive parotidienne qui s'échappe du conduit de Sténon ouvert. Il est bien entendu qu'on ne peut jamais, chez cet animal, obtenir que des petites quantités de salive.

Fistules salivaires parotidiennes. — Chez l'homme on a en fréquemment occasion d'observer des fistules parotidiennes causées par des plaies du conduit de Sténon ou par des obstructions résultant d'inflammation (oreillons, etc.). Dans quelques-uns de ces cas, on observe sur la joue, au moment de la mastication, une rosée salivaire qui suinte en arrière de l'endroit obstrué, et quelquefois en assez grande abondance pour mouiller un linge en très-peu de temps. M. Bérard a observé ces phénomènes chez son père, dont le canal de Sténon avait été obstrué à la suite d'un abcès de la parotide survenu dans le cours d'une fièvre grave (1). J'ai eu l'occasion de voir deux exemples semblables dans le service de M. Baillarger, à l'hospice de la Salpêtrière.

L'observation anatomique de ces cas montre que le conduit parotidien est plus ou moins complétement oblitéré au devant de l'obstacle, et que la parotide a subi en même temps une sorte d'atrophie.

Les fistules salivaires exigent chez l'homme des procédés opératoires particuliers pour leur guérison, sans cela les fistules persistent indéfiniment. Chez les animaux, au contraire, quand on fait la section du canal de Sténon, la fistule ne persiste que très-peu de temps, et tend à se détruire par un mécanisme tout à fait particulier qui est toujours à peu près le même. Lorsque le canal est divisé sur un chien, le bout qui tient à la cavité buccale se rétrécit à cause de la cessation de ses fonctions, et se cicatrise par son extrémité coupée; au contraire, le bout parotidien se maintient encore perméable et verse la salive au dehors; mais bientôt la plaie tendant à se fermer de plus en plus, l'orifice fistulaire du conduit parotidien se resserre également et finit par se cicatriser dans le tissu inodulaire de la plaie. Il en résulte alors une véritable obstruction des voies salivaires parotidiennes, et quand l'animal fait des efforts de mastication, la salive qui est sécrétée s'accumule dans le conduit et ses ramifications, qu'elle distend d'une manière considérable. Mais on ne voit pas, sous l'influence de cette pression du liquide retenu dans ces conduits, de suintement salivaire se produire par la peau, comme cela a lieu chez l'homme. Peu à peu par la pression du liquide salivaire retenu dans les conduits dilatés, la glande dont le tissu est également comprimé s'atrophie progressivement, et le liquide salivaire emprisonné s'altère et devient visqueux. Tous ces phénomènes s'accomplissent dans l'espace de six semaines à deux mois; je n'ai pas examiné les phénomènes ultérieurs.

Par suite de cette tendance des fistules des animaux à la cicatrisation, on est forcé pour obtenir des fistules salivaires permanentes, chez le chien, par exemple, d'avoir recours à des moyens artificiels propres à empêcher l'occlusion des plaies naturelles ou artificielles. On se sert de différents moyens, suivant le but que l'on se propose. Si on veut obtenir seulement une fistule salivaire coulant continuellement au dehors, il suffit de faire une incision sur la joue, de chercher le conduit de Sténon, de le mettre à nu, de le diviser. Alors on introduit son bout parotidien dans un petit tube d'argent à double rebord, dont une extrémité communique au dehors. La cicatrisation s'opère autour du tube, le maintient dans ses parties molles, et la salive s'écoule d'une manière continue dans le tube par le bout parotidien divisé. Le procédé changerait si on voulait obtenir une fistule salivaire intermittente, versant le liquide sécrété tantôt dans la bouche, tantôt au dehors. Dans ce cas, on perce toute la joue et on introduit dans la plaie un tube d'argent, à double rebord et ouvert à ses deux bouts, dont l'un commu-

(1) Cours de physiologie, t. I, p. 702.

---

disent les Italiens; et puis les orateurs qu'on avait entendus avaient voulu approfondir la question, la creuser trop avant; c'est fastidieux quand le temps est à l'orage. Tout dernièrement encore, un défenseur chaleureux de la méthode allemande avait submergé la docte assemblée d'une éloquence sulfurique qui aurait pu occasionner les plus funestes résultats. Cette fois on s'attendait à tout autre chose; l'orateur annoncé a habitué l'Académie à une stratégie qui lui est propre; il n'élucide pas les questions, il les prend d'assaut; c'est-à-dire qu'il les mine profondément, et à un moment donné, la question saute comme une bombe, et de ce qu'il en reste, ce n'est plus la peine d'en parler. Cette fois l'orateur s'est surpassé; la lumière qu'il a apportée dans cette question obscure peut être comparée à un brillant feu d'artifice où l'esprit et le talent n'ont pas manqué; mais il ne s'en est pas tenu à ses jeux de l'esprit et de la parole, la pantomime est à la mode, et le sujet y prêtait : l'orateur a déployé en cette circonstance des facultés mimiques du plus haut mérite. Sa manière d'imiter les premiers essais des sourds-muets dans le commerce de la parole, les résultats fâcheux auxquels s'exposent ces infortunés lorsqu'ils vont cueillir pour ainsi dire les mots de leurs interlocuteurs jusque sur leurs lèvres; toutes ces choses, si peu gaies en elles-mêmes et si malaisées à dire ont été présentées d'une façon si plaisante, avec tant de verve, tant d'entrain, qu'elles ont enlevé l'Académie tout entière dans une ronde fantastique : les assistants, le fauteuil, la table, le verre d'eau sucrée, tout riait, tout tournait sans autre apposition de mains que celles que certains membres prudents ont dû faire sur leur épigastre, pour prévenir les accidents qu'eût pu occasionner ce prodigieux fou rire. C'est sans doute à la façon toute joviale dont la lumière a été produite que la Chronique a dû la faveur d'apporter son tribut d'admiration et de gaieté à l'éloquent orateur; au risque de paraître trop hardie, elle le louera d'un argument qui lui a plu surtout, parce qu'elle aime les choses originales. On avait cru jusqu'ici que l'exercice de la parole, comme l'exercice de toute fonction, était utile à la santé de l'organe; l'ingénieux orateur a fait justice de cette méprise; il a découvert chez les sourds-muets auxquels on apprend à parler une espèce d'épigastralgie qui prouve à n'en pas douter que la parole a été donnée à l'homme pour se taire. C'est un progrès sur l'opinion de Talleyrand, qui, comme on sait, a dit que la parole a été donnée à l'homme pour déguiser sa pensée : les grands esprits se rencontrent.

— On sait que les dames médecins ne sont plus une rareté en Amérique; il ne leur suffit plus de se livrer à la mission providentielle de Lucine; plusieurs d'entre elles ont abordé avec succès les régions les plus élevées de la science médicale. Voici, entre autres, quelques titres de thèses soutenues par ces nouvelles prêtresses d'Apollon : *Des fonctions de la peau; De la physiologie générale; De la phthisie pulmonaire; Relations du corps avec l'âme; Jurisprudence médicale.* Ce n'est pas tout : non contentes d'être déclarées docteurs en médecine, d'avoir le droit de pratiquer légalement l'art de guérir, elles viennent frapper aux portes des Académies, veulent concourir pour le professorat et pour toutes les autres places où leur talent et leur zèle les appellent à s'y distinguer. On se figure aisément la perplexité des académiciens du Nouveau-Monde; leur refuser l'admission est à la fois impolitique, illégal, discourtois; impolitique surtout, parce que, à la première hostilité, ces dames soulèveront en leur faveur l'opinion publique. Que deviendraient alors nos malhen-

nique au dehors, et l'autre dans l'intérieur de la bouche. Au milieu de ce tube est une ouverture latérale qu'on place vis-à-vis le bout parotidien du conduit divisé. La salive coule dans le tube et va moitié au dehors, moitié dans la bouche. Si l'on veut qu'elle coule exclusivement dans la bouche, on n'a qu'à fermer l'extrémité externe du tube; si, au contraire, on veut l'obtenir en totalité au dehors, il suffit de boucher l'ouverture buccale du tube. On se sert à cet effet du petit bouchon en liége muni d'une tige. On commence par enfoncer la tige, et on laisse le liége à l'extrémité externe, si l'on veut que la salive coule dans la bouche; dans le cas contraire, on enfonce d'abord la tige qu'on fait parvenir jusqu'à l'ouverture buccale du tube.

B. PROPRIÉTÉS PHYSIQUES ET CHIMIQUES DE LA SALIVE PAROTIDIENNE.

La salive parotidienne, lorsqu'elle est pure, est dépourvue de viscosité; elle est alcaline, fluide et limpide comme de l'eau au moment où elle est sécrétée; mais bientôt, par le refroidissement, cette salive devient ordinairement un peu opaline par la précipitation d'un sous-sel. J'ai constaté ce caractère de fluidité de la salive parotidienne chez l'homme, le cheval, le lapin et le chien. Toutefois, chez ce dernier animal, Tiedemann et Gmelin ont obtenu de la salive parotidienne qui était douée d'une viscosité très-évidente, ce qui tient, comme nous l'avons dit, à ce que ces expérimentateurs n'avaient pas eu la salive parotidienne pure, mais mélangée avec le produit visqueux de glandules de la joue qui se déversent quelquefois dans le canal de Sténon (parotide accessoire).

Les premières gouttes de salive qui coulent du conduit parotidien après une longue suspension de la sécrétion entraînent toujours avec elles quelques parcelles de mucosités grisâtres et un peu troubles. Dans les conduits d'autres glandes et sur les parois de l'estomac, il se produit également, pendant le repos de l'organe sécréteur, une couche de mucosités grisâtres qui sont enlevées par la sécrétion fonctionnelle lorsqu'elle vient à entrer en activité.

Le dépôt de la salive parotidienne se forme le plus souvent immédiatement après son écoulement, et il se produit en même temps une pellicule blanchâtre à sa surface, comme sur l'eau de chaux. Quelquefois cependant ce n'est que le lendemain que ce dépôt a lieu, et il me semble avoir observé plus fréquemment ce fait chez des animaux à jeun. Chez le chien, ce précipité dans la salive parotidienne ne se voit pas quand elle est mêlée d'un peu de salive visqueuse. Ce dépôt est dû sans doute à ce que les bicarbonates de la salive perdent une partie de leur acide carbonique au contact de l'air, ce qui donne naissance à un carbonate insoluble qui se précipite au moins en partie.

Ce précipité de la salive parotidienne, qui est formé par du carbonate de chaux, entraîne toujours avec lui une matière organique insoluble. Cette dernière particularité a déterminé Lehmann à donner du phénomène une explication différente de celle que nous avons signalée plus haut. Pour ce chimiste, la chaux serait normalement combinée à la matière organique de la salive, au moyen de laquelle elle serait rendue soluble. Au contact de l'air, l'acide carbonique de l'air s'emparerait de la chaux et précipiterait alors la matière organique déplacée avec le carbonate de chaux formé.—Pour juger expérimentalement l'une ou l'autre des opinions précitées, il faudrait savoir si la salive au contact de l'air gagne de l'acide carbonique au lieu d'en perdre. Tout ce que je puis dire, c'est qu'au moment où la salive parotidienne sort de son conduit sécréteur et avant d'avoir été exposée à l'air, elle renferme des quantités énormes d'acide carbonique, ce qu'on reconnaît à l'effervescence excessivement vive qui a lieu par l'addition d'un acide énergique quelconque.

La formation de ce dépôt de carbonate de chaux, qui se constate avec la plus grande facilité par les caractères chimiques et par l'examen microscopique, distingue la salive parotidienne des salives sous-maxillaire et sublinguale, qui en diffèrent en outre par leur degré de viscosité plus ou moins considérable.

La *densité* de la salive parotidienne a été trouvée,

Chez l'homme, de. .	1,0061 à 1,0088	(Mitscherlich).
le chien.	1,0040 à 1,0047	(Jacubowitsch).
Id.	1,0036 à 1,0041	(Bernard).
le cheval. . . .	1,0051 à 1,0074	(Lehmann).

Les variations de densité, dans les limites que nous venons d'indiquer, peuvent être observées sur le même individu à des instants très-rapprochés les uns des autres, ainsi que le prouve l'expérience suivante de Lehmann. Sur un cheval auquel on avait pratiqué la section du canal de Sténon, la densité de la salive parotidienne, recueillie la première, fut égale à 1,0061. Dix minutes après, le cheval ayant un peu mangé et bu 3 kilogr. d'eau, la salive examinée n'avait plus une densité que de 1,0051. L'animal fut ensuite laissé à l'abstinence pendant douze heures, et sa salive parotidienne, de nouveau examinée, avait une densité de 1,0074.

L'*alcalinité* de la salive parotidienne est un fait constant, d'après tous les observateurs. Sur un très-grand nombre d'expériences, j'ai également toujours rencontré chez l'homme et les animaux la salive parotidienne avec une réaction alcaline très-marquée. On cite quelquefois, en opposition avec cette règle, une observation de Mitscherlich, qui a constaté chez l'homme que les bords d'une fistule salivaire parotidienne étaient acides pendant l'abstinence. Mais aussitôt que la salive venait à couler, elle se montrait avec sa réaction alcaline: de sorte que cette acidité, qui coïncidait avec l'absence de la salive, n'était due qu'à l'altération d'un peu de mucus. Il est, du reste, très-fréquent de voir des ouvertures fistuleuses quelconque qui ont suppuré offrir une réaction acide au papier de tournesol.

La salive parotidienne est généralement plus alcaline que la salive mixte. Ce fait a été constaté sur le cheval par la commission d'hygiène.

D'après Wright, la quantité de soude trouvée dans la salive est:

Chez l'homme en santé, de. .	0,095 à 0,353 %
le chien.	0,151 à 0,653
la brebis.	0,087 à 0,261
le cheval.	0,098 à 0,513

Il est à remarquer que ces nombres ne sont pas exactement comparables, parce qu'ils n'appartiennent pas tous à la salive parotidienne. Du reste, le degré d'alcalinité de la salive parotidienne elle-même peut varier suivant diverses circonstances.

Mitscherlich a observé, chez l'homme atteint de fistule parotidienne, que la salive était moins alcaline au commencement de l'écoulement, et que l'énergie de sa réaction dans ce sens augmentait ensuite progressivement et d'autant plus que les aliments étaient plus durs et plus irritants.

---

reux confrères dans ce pays d'amazones? Ils seraient réduits à se soigner les uns les autres, à se débiter réciproquement leurs discours et leurs leçons, tandis que des académies et des écoles rivales, où l'éloquence et la faconde ne feraient pas défaut, surgiraient de toutes parts, à leur grande confusion. Quelle impasse, grand Dieu! et quelle position critique! Vous ne vous doutiez guère, ô dignes confrères de Boston, lorsque vous decerniez à ces dames les grades professionnels, que cela vous mènerait si loin!

— La ville de Clonmel en Irlande vient de s'illustrer par un édit digne de figurer dans les lois de Lycurgue. Tout individu surpris en état d'ivresse dans la rue sera amené ou apporté, selon la gravité du cas, à la prison de la ville; après quoi le plus proche apothicaire sera requis de lui vider l'estomac au moyen d'une pompe *ad hoc*. L'opérateur recevra à titre d'honoraires 7 s. et 6 d. Si ce moyen ne guérit pas les intempérants, il enrichira considérablement les pharmaciens.

— Nous extrayons d'un journal anglais la dernière ordonnance faite pour le roi d'Angleterre Charles II et signée par quatorze médecins: « Large saignée, application d'un fer rouge à la tête, et introduction forcée dans la bouche d'une dose de sel volatil extrait de crânes humains. » Le royal malade a survécu quatre jours à ce traitement.

— La CHRONIQUE se borne à signaler aujourd'hui l'avénement d'une nouvelle médecine allemande, sous le nom de la *protobiotique*. Cette digne sœur de l'homœopathie promet tout ce qu'elle doit être dans l'annonce qui suit:

LA PROTOBIOTIQUE, DÉCOUVERTE LA PLUS SALUTAIRE ET LA PLUS UTILE POUR L'HUMANITÉ DES TEMPS MODERNES. — Le professeur en hygiène, M. Ernest Mahner (de Halle), est venu en notre ville pour développer les principes de sa découverte, qui a déjà vivement intéressé le public de Mulhouse et a valu au savant les éloges de tous ceux qui ont assisté à ses séances. Voici comment l'INDUSTRIEL ALSACIEN avait annoncé son arrivé: « Un savant allemand, docteur en hygiène, qui a exécuté, pendant presque tout le cours d'une vie humaine, de lointains pèlerinages scientifiques, au milieu d'un grand nombre de peuples de la terre, pour rechercher et faire connaître aux habitants civilisés *l'art* perdu *de conserver la vie et la santé*, prétend, après l'accomplissement de ses lointains voyages, être arrivé au but si élevé qu'il s'était proposé. Il se rend en ce moment à Paris, pour soumettre à S. M. l'empereur, ainsi qu'à l'appréciation de l'Académie des sciences, sa merveilleuse découverte de la *protobiotique* ou *art primitif de vivre*; faculté précieuse, acquise à l'humanité primitive, ainsi qu'au règne animal tout entier, d'éviter les causes de bouleversements de la vie, par conséquent de ne pas être affligé de maladies à l'intérieur du corps; intérêt émouvant pour l'humanité des temps modernes, affligée de tant de souffrances. »

La CHRONIQUE tiendra les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE au courant des faits et gestes de la *protobiotique*.

— Le MONITEUR publie un décret portant promulgation de la convention sanitaire internationale et du règlement interprétatif de cette convention, dont l'exécution commencera le 15 juin prochain.

Tiedemann et Gmelin disent que, dans la salive de l'homme, l'alcali est constitué presque exclusivement par de la potasse, tandis que, dans celle du chien et de la brebis, la soude se trouve en très-forte proportion avec très-peu de potasse.

Les proportions d'eau, de matières solides organiques et inorganiques dans la salive parotidienne, ont été déterminées dans les analyses de la manière suivante :

	Eau.	Matières solides.	
Chez l'homme. . .	98,532 à 98,368	De 1,468 à 1,632	(Mitscherlich).
Id. . . .	98, 38	1, 62	(Van Setten).
Chez le chien. . .	99, 53	0, 47	(Jacubowitch).
Id. . . .	97, 42	2, 58	(T. et Gmelin).
Chez le cheval . .	98, 90	1, 10	(Comm. d'hyg).
Chez la brebis. .	98, 10	1, 90	(T. et Gmelin).

Il y a une différence considérable dans le résultat obtenu par MM. Tiedemann et Gmelin avec la salive du chien; mais nous avons vu précédemment que ces expérimentateurs ont obtenu un fluide qui ne peut pas être considéré comme de la salive parotidienne pure.

Les matériaux solides de la salive sont constitués par des substances organiques et par des substances inorganiques. Bidder et Schmidt ont trouvé dans la salive du chien 1,4 de matières organiques et 3,3 de matières inorganiques. Sur 1 000 parties, la commission d'hygiène trouva 33,53 de matières inorganiques pour 100 parties du résidu sec de la salive parotidienne du cheval. Tiedmann et Gmelin ont constaté chez la brebis 56 p. 100 du résidu sec.

Les matières organiques de la salive parotidienne sont constituées principalement par une substance coagulable par la chaleur, précipitable par les acides énergiques et le tanin, qu'on a considérée tour à tour comme de l'albumine ou de la caséine. Il existe en outre des matières organiques très-mal déterminées sous le nom de *ptyaline*. D'après Lehmann, ces matières organiques se trouvent à un état de combinaison soluble avec l'alcali de la salive. Les matières salines de la salive parotidienne sont le bicarbonate de potasse, le chlorure de potassium, les carbonate et phosphate de chaux, et enfin le sulfo-cyanure de potassium, qui a été signalé par quelques auteurs.

Les variations qui peuvent survenir dans le rapport de l'eau et des matières solides de la salive parotidienne sont peu connues; cependant, dans certaines circonstances, les proportions d'eau et de matières salines qu'elle peut renfermer varient d'une manière évidente. Généralement les portions de salive qui se trouvent sécrétées les dernières contiennent une plus grande proportion d'eau; de sorte qu'on pourrait trouver des différences dans les analyses à ce point de vue, si l'on n'a pas soin de mélanger toutes les portions de salive obtenues.

Un fait singulier a été observé par la commission d'hygiène sur un cheval auquel on avait pratiqué une fistule parotidienne. On observa, en effet, la diminution progressive des matières salines dans la salive à mesure qu'on examinait la salive, en s'éloignant de l'époque où avait été pratiquée la fistule.

Voici les résultats de cette expérience, rangés en tableaux :

Indication des jours où fut recueillie la salive parotidienne.	Analyses. Eau	Matières salines.	Matières organiq.	Matières sèches formant la somme des matières org. et inorg.	Tableau calculé pour 100 de matière sèche. Matières organ.	Matières inorgan.
24 avril. .	99,100	0,800	0,600	0,900	66,88	33,33
29 avril. .	98,175	0,609	0,416	1,025	40,25	59,75
9 mai. .	99,140	0,573	0,287	0,860	33,33	66,66
26 mai. .	99,500	0,480	0,020	0,500	4,00	96,00
6 juin. .	99,124	0,692	0,184	0,876	21,00	79,00
19 juin. .	98,700	0,873	0,427	1,300	32,83	67,17
3 juillet,	99,260	0,640	0,100	0,740	13,52	86,48
21 août. .	98,970	0,942	0,088	1,030	7,16	92,84

L'*albumine* a été signalée dans la salive parotidienne, parce que, par la chaleur ou par l'acide nitrique, il se forme dans ce liquide un précipité plus ou moins abondant. C'est principalement dans la salive du cheval que ce phénomène s'observe.

La commission d'hygiène admet 20 à 24 pour 100 d'albumine dans le résidu sec de la salive parotidienne du cheval; elle considère cette matière albumineuse salivaire comme identique à celle du blanc d'œuf et comme bien distincte de la caséine.

La *caséine* a pourtant été signalée, à l'exclusion de l'albumine, dans la salive parotidienne du cheval, par Simon, par Schultz et par d'autres auteurs.

Il me paraît évident néanmoins que tous ces observateurs ont eu affaire à la même substance salivaire, qui offre en effet, ainsi qu'on va le voir, des caractères communs à la caséine et à l'albumine.

J'ai recueilli sur un cheval vieux, mais parfaitement sain, de la salive parotidienne bien pure, par la section du conduit de Sténon. Traitée par la chaleur ou par l'acide nitrique, il se formait un coagulum assez abondant, ayant toutes les apparences d'un précipité albumineux. Dans deux autres portions de cette même salive, j'ajoutai à l'une un excès de sulfate de soude cristallisé, et à l'autre un excès de sulfate de magnésie également cristallisé. Au bout de quelques instants de contact à la température ordinaire, on filtra les deux mélanges. Le liquide qui filtrait après l'action du sulfate de soude coagulait comme auparavant, tandis que le liquide qui filtrait après l'action du sulfate de magnésie ne coagulait plus, parce que sa matière albuminoïde avait été complétement retenue sur le filtre. Cette dernière réaction, qui appartient aussi à la caséine du lait, différencie donc la matière organique salivaire de la parotide d'avec l'albumine du blanc d'œuf. Cette matière albuminoïde de la salive parotidienne est très-peu abondante chez le chien et chez l'homme; cependant j'en ai trouvé des traces évidentes. Cette matière albuminoïde de la salive parotidienne, en arrivant dans la salive mixte, paraît s'altérer rapidement et disparaître en partie. La matière organique appelée diastase salivaire n'existe pas dans la salive parotidienne fraîche. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet, à propos des usages des salives.

Les matières salines qu'on rencontre dans la salive parotidienne ne diffèrent que par leur proportion d'avec celles de la salive mixte. Les carbonates alcalins sont beaucoup plus abondants dans la salive parotidienne que dans la salive mixte, ce qui fait que la salive mixte est beaucoup moins alcaline que la salive parotidienne.

Le *sulfocyanure* n'a jamais pu être constaté ***directement*** par les sels ferriques dans la salive parotidienne pure, soit fraîche, soit ancienne. Ce n'est qu'après l'avoir traitée par l'alcool et lui avoir fait subir les manipulations indiquées ailleurs qu'on a pu constater la présence du sulfocyanure dans la salive parotidienne de certains animaux, tels que le chien.

Au point de vue de ses qualités physiques, la salive parotidienne, quand elle est pure, se distingue essentiellement des autres salives par sa grande fluidité, qui la rend propre à imbiber les substances. Cette fluidité favorise aussi le dépôt des sels de chaux, qui n'a pas lieu dans les autres liquides salivaires plus ou moins visqueux, qui nous restent à examiner pour terminer ce mémoire.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE.

DE L'ACTION EXERCÉE SUR NOTRE ÉCONOMIE PAR L'EXTRAIT AQUEUX DE NOIX VOMIQUE (adressé à l'Académie des sciences, séance du 30 mai 1853); par M. le docteur A. LEGRAND.

Voici vingt ans au moins qu'à l'imitation des médecins allemands, j'emploie dans le traitement de la *gastralgie* et de la *gastro-entéralgie* la *poudre de noix vomique torréfiée*, et plus particulièrement encore l'*extrait aqueux de noix vomique* (1), et je déclare ici qu'aucune de ces deux préparations, administrées à doses convenables (2), n'a jamais produit le plus léger accident et que par leur emploi j'ai presque toujours soulagé et souvent guéri ces affections nerveuses de l'estomac, si fréquentes et quelquefois si bizarres dans leurs formes.

Consulté dernièrement par une personne de la société, sujette depuis longtemps à la migraine, qu'on pouvait considérer comme se développant sous l'influence d'un mauvais état de l'estomac, j'ai voulu essayer, *sur la demande du malade*, si l'on ne retirerait pas quelques avantages de l'emploi de l'*extrait aqueux de noix vomique*, en l'associant à une *préparation aurifère*, dont l'action sur l'estomac s'est toujours montrée favorable. Mais sur l'avis d'un autre médecin, on m'a paru craindre que la formule (3),

(1) La *strychnine* étant à peine soluble dans l'eau, qui n'en prend que 1/2500e de son poids, cet extrait ne renferme que des proportions très-faibles de cet alcali, tandis qu'il contient tout le principe amer et ses parties gommeuses et mucilagineuses.

(2) Je commence généralement par donner 25 milligr. de poudre ou d'extrait matin et soir, ou seulement le matin; mais quelquefois je débute par 1 centigr. le matin à jeun, si je soupçonne qu'il existe une trop grande susceptibilité de l'estomac, et je ne dépasse que rarement 5 centigr. et jamais 10 centigr. matin et soir.

(3) Voici cette formule :

Prenez : Oxyde d'or par la potasse . . . . gr. 0 50
Extrait aqueux de noix vomique. gr. 1 25
Extrait d'écorces d'orange. . . . gr. 2 75
M. S. A. pour faire 50 pilules.

A prendre matin et soir par doses lentement croissantes, mais sans jamais dépasser le nombre de 5 pilules en vingt-quatre heures.

à cause de la présence de l'extrait aqueux de noix vomique, ne fût dangereuse!

Il n'existait qu'un moyen de répondre à l'objection, c'était l'expérimentation directe, et je résolus de l'entreprendre sur moi.

Avant de transcrire ici le journal où j'ai consigné jour par jour la marche de l'expérience, il faut que je donne quelques renseignements sur ma personne physique et mes habitudes.

Obs. — Je suis d'un tempérament sanguin, sujet aux maux de tête, dont je me préserve en grande partie par l'abstinence absolue de toute espèce de liqueur fermentée et en prenant assez fréquemment d'assez fortes doses de bicarbonate de soude. J'ai été longtemps très-gastralgique, et si mon estomac est meilleur aujourd'hui, je le dois à l'usage de la noix vomique, à l'éloignement des causes morales qui avaient dérangé ma santé et à un régime de vie assez sévère et extrêmement régulier; ce regime je l'observe toujours.

C'est le 2 avril dernier que j'ai commencé l'usage de pilules de 5 centigrammes d'extrait aqueux de noix vomique, mêlé à 10 centigrammes d'extrait de réglisse.

2 avril. Une pilule prise le matin, à jeun, à six heures, dans un verre d'eau sucrée.

Aucun effet appréciable, ni instantané, ni éloigné.

3 avril. Deux pilules prises de la même façon.

Un quart d'heure après, légère sensation d'amertume dans la bouche; à onze heures, au moment de mon déjeuner, très-légères douleurs d'estomac, qui se renouvellent à six heures, peu de temps avant l'heure du dîner, où je mange copieusement et d'un grand appétit. Le 4, au matin, garde-robe mal liée, ainsi qu'il m'arrive souvent quand j'ai beaucoup mangé la veille, mais qu'il faut encore attribuer plutôt à ce que j'ai mangé des ris de veau *à l'oseille*. Légère douleur d'estomac.

4 avril. Trois pilules prises à 8 beures du matin.

Une demi-heure après l'ingestion des trois pilules, légère douleur d'estomac, moindre que celle de la veille et de peu de durée. J'ai énormément déjeuné, et cependant je l'ai à peine senti, ce qui m'arrive fréquemment.

5 avril. Quatre pilules prises à la même heure.

Aucun effet appréciable qu'un grand appetit et qu'une digestion facile.

6 avril. Idem.

Même observation.

7 avril. Idem.

Même observation.

8 avril. Cinq pilules prises immédiatement avant le déjeuner.

Aucun effet appréciable qu'un bon appétit et une digestion facile.

9 avril. Six pilules prises à jeun et à huit heures du matin.

Même observation.

10 avril. Sept pilules à la même heure que la veille.

A onze heures, douleur assez vive dans l'orbite gauche; un léger éblouissement en montant un escalier. Mais n'ai-je pas plusieurs fois éprouvé ces mêmes symptômes?

11 avril. Huit pilules prises comme la veille.

Dans la journée, quelques douleurs de tête et de dents; coryza venu rapidement et sans cause appréciable. Plus tard ces symptômes, auxquels je suis sujet, se dissipent. Le soir, bicarbonate de soude.

12 avril. Abstention.

Je passe une excellente journée, sauf quelques douleurs de tête au moment de ma consultation, excitées par un trop grand feu. Légère douleur d'estomac avant mon dîner.

13 avril. Huit pilules à buit beures du matin et à jeun.

Aucun effet appréciable qu'un grand état de bien-être et la facilité avec laquelle mon déjeuner a été digéré, ce qui n'est pas ordinaire. Un peu de ma cépbalalgie habituelle et de coryza.

14 avril. Dix pilules le matin à jeun, à six heures et demie.

Il m'a semblé éprouver aujourd'hui une certaine faiblesse dans les jambes, une certaine incertitude dans la marche. Je n'ai pas senti mon déjeuner.

15 avril. Abstention.

État parfait de santé, à l'exception d'un peu de pesanteur après le déjeuner et de quelques douleurs d'estomac avant le dîner.

16 avril. Dix pilules à neuf heures du matin, deux heures avant le déjeuner.

État parfait de santé Je n'ai pas senti mon déjeuner, encore moins mon dîner. Grand appétit. A dix heures et demie, j'ai éprouvé dans les jambes cette même incertitude, ou, pour mieux dire, cette même roideur que le 16 pour les mouvoir, difficulté qui était bien plus marquée quand je voulais monter un escalier, et encore plus grande quand je voulais descendre. A onze heures, quand je me suis mis à table pour déjeuner, j'ai ressenti dans les mouvements de la mâchoire inferieure cette même difficulté et cette même roideur, qui me rendaient la mastication difficile et pénible.

17 avril. Quinze pilules prises à neuf heures du matin et à jeun.

Dans le même moment j'ai éprouvé dans la vue un léger trouble, qui me rendait (quoiqu'il n'y eût ni contraction ni dilatation des pupilles) la lecture de mon journal assez difficile. Ce dernier symptôme était dissipé vers la fin de mon déjeuner, et à deux heures de l'après-midi j'avais repris le libre exercice de mes jambes.

18 avril. Abstention.

Excellent état de santé, sauf un peu de céphalalgie, que j'attribue à un peu de vin bu la veille.

19 avril. Dix pilules à buit heures du matin et à jeun.

A neuf heures et demie, mêmes phénomènes que le 17, mais bien moins prononcés et dissipés à onze heures, sauf un peu de roideur dans la mâchoire inférieure; elle se dissipe en mangeant.

20 avril. A huit heures du matin, dix pilules.

Encore la même influence qui se manifeste à neuf heures et demie, mais très-faiblement, et dont les symptômes durent une demi-heure à peine. Dans le reste de la journée, état parfait de santé.

21 avril. Je prends les onze dernières pilules à huit heures du matin et à jeun.

Après une heure et demie environ, mêmes effets que le 20, un peu plus marqués peut-être, mais persistant à peine une demi-beure, puis un peu de céphalalgie. Comme la veille, je déjeune énormément; je ne sens nullement mon déjeuner et me trouve le reste de la journée dans les meilleures conditions.

Depuis ce moment, je n'ai plus rien ressenti de particulier, et j'ai continué de jouir de la santé la plus parfaite.

Des expériences qui précèdent, il m'a semblé qu'on peut facilement et rigoureusement conclure : 1° que *l'extrait aqueux de noix vomique* exerce une action généralement favorable sur les fonctions digestives; 2° qu'on n'a jamais à en redouter aucun fâcheux effet, si on ne dépasse pas les doses que j'ai indiquées au début de cette note (gr. 0,10 matin et soir); 3° que ses effets toxiques ne commencent à se manifester qu'à la dose de gr. 0,50, pris le matin à jeun; car ils sont inappréciables si le médicament est pris immédiatement avant le repas, et qu'ils ne sont bien prononcés que si on élève la dose à gr. 0,75; 4° que ces effets toxiques sont très-fugaces, se dissipent avec la plus grande facilité, et que notre économie s'habitue facilement à ce médicament; 5° que ce n'est donc point un *médicament dangereux*, dans l'acception rigoureuse du mot; 6° que l'extrait aqueux de noix vomique, enfin, exerce principalement son action sur le système ganglionnaire, sur les nerfs de la vie organique, son action toxique sur la moelle épinière, et qu'il est presque sans influence sur le cerveau.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LA CAUTÉRISATION DANS SES RAPPORTS AVEC L'INFECTION PURULENTE; par M. le docteur BOURGUET (d'Aix). — Réponse à une note de M. le docteur PHILIPPAUX.

L'observation que nous avons publiée dans ce journal d'infection purulente survenue à la suite de la cautérisation d'un bubon dégénéré, au moyen de la poudre de Vienne (GAZ. MÉD., t. VII, p. 543, 3e série), combattait d'une manière évidente, ainsi que nous l'avons fait ressortir, les idées de M. le professeur Bonnet (de Lyon), qui croit, au contraire, nonseulement que la cautérisation « n'expose pas à la résorption purulente et que les solutions de continuité qui succèdent à la chute des escarres ne deviennent *jamais* le point de départ de ce terrible accident; » mais encore « que cette méthode est capable d'arrêter dans leur cours les accidents d'infection purulente une fois développés. » (MÉM. SUR LA CAUT. CONSIDÉRÉE SURTOUT COMME MOYEN DE PRÉVENIR ET DE GUÉRIR LA PHLÉBITE ET L'INFECTION PURULENTE. GAZ. MÉD., 1843, p. 231, 252, 279.)

Aussi M. le docteur Philippaux, un des élèves les plus distingués de M. Bonnet, a-t-il cru devoir prendre la plume pour exonérer la cautérisation de cet insuccès, et dans une note insérée dans ce journal (1852, p. 750), note à laquelle nous allons répondre, à notre tour, s'est-il efforcé de donner à ce fait une interprétation toute différente de la nôtre.

Malheureusement pour la science, qui ne demanderait pas mieux que d'avoir trouvé un moyen assuré pour empêcher le développement de la plus terrible des complications contre laquelle vient se heurter trop souvent la pratique chirurgicale, surtout celle des grands hôpitaux; mais cependant dans l'intérêt de la vérité dont les droits sont sacrés et qu'il importe par-dessus tout de faire connaître, les raisons données par M. Philippaux ne nous ont pas convaincu et ne nous ont pas paru détruire la signification du fait que nous avions rapporté.

Pour le démontrer, nous n'avons qu'à renvoyer à l'observation ellemême. Qu'on en relise les détails et on n'aura pas de peine à reconnaître, en effet, que la plupart des conditions posées par MM. Bonnet et Philippaux, pour rendre, d'après eux, à jamais impossible l'infection purulente, se trouvaient réunies chez notre malade; ainsi le bubon soumis à la cautérisation n'était pas, nous avons eu soin de le dire, un bubon ordinaire;

c'était un bubon dégénéré en un tissu *mollasse*, comme *fongueux*, entremêlé d'une *induration* très-forte de plusieurs ganglions lymphatiques, c'est-à-dire une tumeur solide. Il ne présentait pas, par conséquent, de *cavité suppurante* ouverte par le caustique, dont toute la surface interne n'eût pu être cautérisée, ainsi que paraît l'avoir pensé M. Philippaux. Plusieurs ponctions au moyen de la lancette y avaient été faites, il est vrai, un mois auparavant; mais ces ponctions, comme nous venons de l'expliquer, avaient porté uniquement sur des tissus mollasses et fongueux, et n'aboutissaient nullement à une cavité intérieure. Bien plus, et cette circonstance nous paraît capitale, le fond des petites piqûres put être complétement cautérisé par la poudre de Vienne, lors de la première cautérisation, et celle-ci s'étendit même au delà, de telle façon que la seconde et la troisième cautérisation portèrent simplement sur des tissus indurés. Or, on se le rappelle, c'est après la troisième cautérisation seulement qu'apparurent les premiers symptômes de l'infection purulente...

Quant à la nature du caustique mis en usage sur laquelle M. Philippaux se rejette ensuite pour expliquer la production de la maladie, cette seconde raison n'est pas à nos yeux plus satisfaisante que la première et ne nous a pas convaincu davantage.

Sans doute il y a des différences entre l'action de la poudre de Vienne sur nos tissus et celle du chlorure de zinc; ainsi l'escarre produite par la poudre de Vienne ne s'étend pas aussi profondément, n'est pas aussi sèche, ni aussi limitée, que celle obtenue avec le chlorure de zinc. Nous admettrons encore, bien que cette action nous paraisse avoir été quelque peu exagérée par M. Philippaux, que le premier de ces deux caustiques possède une action liquéfiante sur le sang que n'a pas la pâte de Canquoin, lorsqu'on les applique sur des tissus qui saignent avec facilité. Mais, en définitive, tout cela n'empêche pas la poudre de Vienne, qui est incontestablement le plus employé de tous les caustiques, d'atteindre parfaitement le but désiré, c'est-à-dire de produire une escarre en très-peu de temps, sans occasionner une trop vive douleur, et de produire même une escarre assez profonde, si la couche en est épaisse et si elle reste assez longtemps en place. Or les deux escarres une fois produites, nous ne voyons pas comment l'une aurait la puissance de préserver de l'infection purulente, tandis que l'autre n'en préserverait pas! Évidemment il n'existe aucun motif physiologique d'une pareille immunité; car les escarres elles-mêmes, pas plus l'une que l'autre, ne possèdent aucune puissance d'absorption, et les plaies qui en résultent absorbent parfaitement autant l'une que l'autre, ainsi que le démontrent les expériences entreprises par M. Bonnet lui-même, en collaboration de M. Rey, et relatées dans le travail que nous avons cité plus haut (p. 281 et suiv.).

D'une autre part, nous nous expliquons d'autant moins de voir M. Philippaux accuser le caustique de Vienne de l'infection purulente survenue chez notre malade, que M. Bonnet, dans le mémoire que nous venons de citer, le met partout au même rang que le fer rouge et le chlorure de zinc, confondant ainsi leur mode d'action, et ce qu'il dit de l'un s'appliquant parfaitement, selon lui, aux deux autres. Cette surprise nous semble d'autant plus naturelle que M. Philippaux, dans l'article auquel nous répondons, expose et défend les idées de M. Bonnet plutôt que les siennes propres.

Quoi qu'il en soit, une vérité incontestable et un enseignement utile ressortent pour nous du fait malheureux que nous avons fait connaître, c'est que la cautérisation, de quelque manière qu'elle soit pratiquée, et quel que soit le caustique dont on s'est servi, ne peut pas être considérée comme une chose entièrement innocente, toujours sans danger, et ne donnant jamais lieu à l'infection purulente ni à d'autres accidents graves, comme l'avait avancé M. Bonnet, pas plus, selon nous, que la méthode sous-cutanée à laquelle M. Philippaux la compare et à la constante et complète immunité de laquelle nous croyons que son illustre inventeur n'adhérerait pas, en des termes aussi absolus. Comment pourrait-il en être autrement dans ces cas particuliers et pourquoi une pareille prérogative, quand on voit l'opération chirurgicale la plus légère et une lésion traumatique ou spontanée peu importantes devenir, dans quelques cas, le point de départ de l'infection purulente ou d'autres accidents graves (1)?

Est-ce à dire, toutefois, que la cautérisation expose à l'infection purulente autant que toute autre méthode? Nullement. Nous croyons, au contraire, qu'elle y expose beaucoup moins, et sous ce rapport, nous rendons grâce à M. Bonnet d'avoir cherché à le mettre en évidence et d'avoir personnellement beaucoup contribué à propager l'emploi des caustiques. Mais de ce que l'infection purulente se déclare rarement à la suite de la cautérisation, faut-il en conclure, avec lui, qu'elle ne se produira jamais? Ce n'est pas là notre avis; et quelque estime que nous professions pour le caractère et les travaux de ce chirurgien distingué, nous croyons qu'il serait resté plus complétement dans le vrai en disant tout simplement que la cautérisation expose *infiniment moins* que l'instrument tranchant à la phlébite et à l'infection purulente, au lieu de dire qu'elle n'y expose *jamais*.

En effet, outre le cas qui s'est présenté à nous et que l'on connaît, A. Bérard, de regrettable mémoire, avait observé, de son côté, un cas de phlébite mortelle, à la suite de la cautérisation de veines variqueuses, et M. Bonnet lui-même cite deux cas dans lesquels des accidents survinrent également à la suite de la cautérisation et furent suivis de la mort d'un des malades (*loc. cit.*, p. 252). Il est vrai qu'il l'explique en disant que des kystes avaient été ouverts et que le caustique n'avait pas pu dessécher toutes les matières qui y étaient contenues. Mais est-ce uniquement à cette cause qu'il faut rapporter les accidents, et ne pourrait-on pas tout aussi justement les attribuer à la cautérisation? Cela nous semble pour le moins douteux; et le doute nous paraît d'autant plus admissible que ces deux malades n'offrirent des symptômes d'infection putride qu'après la cautérisation, d'où il est permis d'inférer qu'elle n'y fut point étrangère.

En médecine, plus encore que dans toute autre science, il est prudent, à notre avis, de se méfier des prétendues impossibilités, et on ne doit pas se hâter de déclarer qu'une chose ne saurait être, par cela seul qu'on ne la croit pas possible ou qu'on ne l'a jamais observée. Malheureusement, il faut bien le dire, c'est là un peu le caractère, ou plutôt le *travers* de notre époque. De ce qu'un fait ne s'est pas présenté dans une pratique étendue et dans un grand nombre de cas où on pouvait s'attendre à le voir survenir, on conclut trop facilement qu'il ne se présentera jamais à l'observation. Seulement, comme un seul homme ne voit pas tout, quelque étendue que soit sa pratique et quelque vaste que soit son expérience, il arrive que d'autres sont plus favorisés et que ce qui avait été considéré comme impossible se trouve transformé en un fait réel et incontestable.

L'histoire de la médecine contemporaine fourmille d'exemples de cette nature. Pour n'en citer que quelques-uns: que sont devenus, devant une observation rigoureuse et étendue, le prétendu antagonisme entre la phthisie et la fièvre intermittente, entre la fièvre intermittente et la fièvre typhoïde, entre les scrofules et le cancer, et dans un autre ordre de questions, que sont devenues, malgré tout le talent de l'auteur, les séduisantes lois de M. Ricord sur la syphilis, en présence de la récente discussion académique, et que deviennent-elles tous les jours lorsqu'on cherche à les vérifier au lit du malade?..... Si les vues générales et la méthode *à priori* ont leurs avantages, elles ont aussi de véritables inconvénients, en ce qu'elles empêchent trop souvent d'observer sans prévention et qu'elles portent à considérer dans un fait ce qu'il doit y avoir plutôt que ce qu'il y a réellement.

Pour en revenir au fait particulier qui nous a fait prendre la plume, et dont ces réflexions nous ont un peu éloigné, nous croyons pouvoir en tirer les conclusions suivantes:

1° La cautérisation ne peut pas être considérée comme préservant d'une manière absolue de l'infection purulente; mais elle expose beaucoup moins que l'instrument tranchant à cette fâcheuse complication.

2° La meilleure règle de conduite, dans tous les cas où on craint de voir se développer cette affection, consiste à surveiller avec le plus grand soin les premiers symptômes qui en annoncent le début, afin de pouvoir la combattre de bonne heure, ou mieux encore, les circonstances qui en favorisent le développement, afin de les éloigner, et par suite, de la prévenir.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Les numéros de juillet à décembre 1852 contiennent les articles origi-

(1) Les observations de phlébite et d'infection purulente consécutives à la saignée sont fort nombreuses, et il est peu de chirurgiens qui n'aient pas eu occasion d'en observer quelques exemples; les cas d'infection purulente dont le point de départ a été une simple piqûre ou des blessures légères (les blessures d'amphithéâtre surtout) ne sont pas non plus malheureusement bien rares; on a vu encore cette fâcheuse complication occasionnée par le cathétérisme forcé (Maréchal, Thèse inaug.); elle s'est présentée d'autres fois à la suite d'inflammations suppuratives peu étendues (un panaris, un phlegmon, un furoncle, un simple exutoire, etc.); nous l'avons observée nous-même chez un jeune homme de 26 ans, à la suite d'une simple *égratignure* produite par l'ardillon d'une boucle en fer, dans l'intervalle du pouce et de l'indicateur, du côté de la région dorsale, pendant que ce jeune homme cherchait à mettre la bride à un cheval un peu rétif. L'égratignure fut négligée; elle s'enflamma; un abcès se forma dans le point correspondant; le pus fusa du côté de la paume de la main, sous l'aponévrose palmaire; des symptômes d'infection purulente survinrent, et la mort en fut la conséquence. A l'autopsie, de nombreux abcès métastatiques ne laissèrent pas le moindre doute sur la nature de la maladie.

naux suivants : 1° *Sur deux cas de transposition du cœur simulant l'anévrisme de l'aorte ascendante;* par M. Brugnoli. 2° *Des cas d'anévrisme qui peuvent indiquer l'électro-puncture et des moyens de l'exécuter;* par M. Burci. (Il résulte de cet extrait que l'auteur regarde l'électro-puncture comme convenant particulièrement aux anévrismes traumatiques, petits et circonscrits.) 3° *Transsudation sanguine du gosier produite par l'usage de l'huile de foie de morue;* par M. Gamberini. 4° *Procédé de M. Rizzoli pour l'extirpation des tumeurs des lèvres;* par M. Baravelli. 5° *Considérations sur l'amputation de la mâchoire inférieure;* par M. Golinelli. (La précaution indiquée par quelques auteurs de tenir rapprochées les deux moitiés de la mâchoire après l'opération doit être rejetée parce qu'elle favorise la rétraction ultérieure de la langue vers le pharynx.) 6° *Lettre sur la lithotripsie;* par M. Malagodi, et *Remarques sur cette lettre;* par M. Baravelli. 7° *Cas de sac herniaire à plusieurs collets;* par M. Taruffi. 8° *Hydrocèle de la tunique vaginale du testicule droit avec une collection purulente dans un sac herniaire;* par M. Sautinelli. (Un homme portait une hernie inguinale depuis vingt ans. Comme elle s'était accrue subitement il y a deux mois, on la réduisit et on lui fit porter un bandage très-serré qui produisit de l'inflammation. Entré à l'hôpital, il présenta deux tumeurs superposées, dont la coexistence embarrassa le diagnostic. Mais la ponction éclaira les doutes en faisant sortir de la moitié inférieure de la sérosité, de la supérieure du pus. On finit par le guérir radicalement de l'hydrocèle, à l'aide du procédé par incision.)

TRANSSUDATION SANGUINE DU GOSIER, PRODUITE PAR L'USAGE DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE; par M. GAMBERINI.

Plusieurs pathologistes accusent l'huile de foie de morue d'occasionner l'hémoptysie. Mais comme cet accident s'observe en général chez des sujets atteints de tubercules pulmonaires, on ne peut alors que bien difficilement déterminer s'il est dû au remède ou aux effets ordinaires de la maladie elle-même. Pour avoir à ce problème une solution positive, il faut donc étudier le phénomène en question, le crachement de sang, sur des individus faisant usage du médicament, mais exempts de maladie des voies respiratoires. C'est sur de pareilles données que M. Gamberini a travaillé à découvrir la vérité.

Tout médecin qui a prescrit l'huile de foie de morue est habitué à entendre ses malades se plaindre d'une sensation de chaleur, de brûlure au gosier. Elle varie en durée et en intensité et oblige parfois de suspendre l'usage du remède. Si l'on examine alors l'arrière-bouche, on aperçoit une rougeur foncée s'étendant à toute la partie supérieure du pharynx, au voile palatin et aux amygdales. Les veines capillaires y paraissent gorgées de sang. Quelquefois l'épithélium semble avoir été enlevé de la muqueuse.

Lorsque l'altération est parvenue à ce degré, il survient souvent une transsudation sanguine qui effraye le malade et peut embarrasser le médecin. Plus ou moins abondant, le sang tantôt colore à peine la salive, tantôt se concrète en caillots volumineux. Il est souvent annoncé par du prurit et précédé de toux.

Cet écoulement de sang a quelquefois continué pendant une semaine. Deux fois M. Gamberini l'a vu ne se produire que le matin. On pouvait voir à ce moment le sang filtrer des parois du gosier, qui éprouvaient une sorte de constriction et un besoin fréquent d'accomplir l'acte de la déglutition. L'effet s'est, dans certaines circonstances, étendu à la muqueuse nasale.

Si, nonobstant l'apparition de ces symptômes, on persiste dans l'emploi du remède, ils vont en augmentant. Au contraire, sa suspension les fait promptement cesser.

L'auscultation conduit à exclure toute idée d'une altération de la muqueuse ou du tissu broncho-pulmonaire, document négatif qui suffit, avec l'inspection directe, pour faire assigner à ce crachement de sang sa véritable cause et son siége réel.

Les recherches de M. Gamberini auront sans doute pour premier résultat d'avertir les praticiens de la possibilité de cet accident, et du changement qu'il indique dans la prescription. Mais il est un autre point de vue sur lequel il apportera une lumière peut-être encore plus fructueuse. Pareira et Cartoni enseignent que l'huile de foie de morue doit être rejetée du traitement de la phthisie pulmonaire parce qu'il favorise le retour de l'hémoptysie. D'après les explications précédentes, n'est-il pas très-probable que ces deux auteurs se sont trompés sur la nature du phénomène, ont pris la *staphylorrhagie*, que nous venons de décrire, pour l'exhalation sanguine qu'amène la fonte des tubercules pulmonaires? La question acquiert une importance d'autant plus grande que si, comme tout le fait présumer, l'huile de morue est le meilleur remède de certaines formes de phthisie, il y aurait de graves inconvénients à lui attribuer un danger qu'elle n'a pas, à se priver par de chimériques appréhensions d'une ressource précieuse contre les hémoptysies véritables. En voilà assez pour recommander à toute l'attention de nos lecteurs les précieux aperçus qu'ouvrent naturellement les recherches de M. Gamberini.

PROCÉDÉ POUR L'EXTIRPATION DES TUMEURS DES LÈVRES; par M. RIZZOLI.

La modification signalée par M. Rizzoli ne peut prétendre à l'extension d'une méthode générale; mais elle trouvera néanmoins dans quelques cas bien déterminés son application utile. Lorsqu'une tumeur nécessite l'extirpation de la lèvre, on se préoccupe ordinairement plus des limites en largeur que de celles selon l'épaisseur où la mutilation doit être circonscrite. C'est un tort. En conservant la muqueuse, lors du moins qu'elle est intacte, on empêcherait l'écartement des bords de la solution de continuité, et l'on pourrait ainsi obtenir, sans suture, la réunion exacte des lèvres de l'incision.

Cette pratique, que M. Rizzoli conseille d'après les résultats de son expérience, est surtout appelée à rendre des services aux enfants, chez qui la suture a tant de difficultés et expose à la lacération des tissus qu'elle traverse. Opérer la réunion sans placer des épingles serait pour la médecine de cet âge un grand bienfait; et l'on aura plus d'occasions qu'on ne le croit d'en profiter, si l'on prête quelque attention à discerner avant l'extirpation les cas où la muqueuse peut impunément être laissée en place.

II. IL FILIATRE SEBEZIO.

Les numéros de juillet à décembre 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Sur un mémoire relatif à la cirrhose;* par M. Barbarisi. 2° *Sur l'accouchement provoqué;* par M. Grassi. (L'auteur conclut que c'est une opération chirurgicale qui mérite dans toute sa force l'épithète de rationnelle.) 3° *Accouchement de trois enfants, avec superfétation;* par M. Agostinacchio. 4° *Extirpation d'un lipôme;* par MM. d'Andrea et Malaudi. (Tumeur très-volumineuse, implantée dans l'aisselle gauche, excision, guérison.) 5° *Sur les fièvres intermittentes durant la grossesse;* par M. Agostinacchio. 6° *Considérations pathologiques et thérapeutiques sur la double ligature de l'artère principale du membre inférieur;* par M. Palasciano. 7° *Sur l'éléphantiasis du scrotum;* par M. Gaëtani-Bey. (Trois opérations pratiquées avec succès.) 8° *Principes fondamentaux de bionomie;* par M. Piccirelli. 9° *De l'emploi des boues minérales dans le traitement des glandes lymphatiques;* par M. Macchia. (L'auteur se félicite d'avoir obtenu, par l'application d'une boue sulfuro-ferrique, le changement d'un abcès froid en un abcès phlegmoneux qui fut ouvert, suppura, et ne put être guéri que par des injections avec une solution de nitrate d'argent.)

DU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES; par M. AGOSTINACCHIO.

Tout l'intérêt de cette communication est dans le fait suivant, qui montre à la fois l'empire et le correctif de certains préjugés auxquels nul praticien ne saurait se flatter d'avoir jamais affaire.

M. Agostinacchio fut un jour arrêté par un de ses parents, qui lui demanda si l'on pouvait, chez une femme enceinte, user des remèdes ordinairement employés contre la fièvre intermittente. Il lui répondit qu'il la traiterait, lui, absolument comme s'il n'y avait pas de grossesse. Son interlocuteur lui recommanda alors d'aller visiter une femme que son médecin venait d'abandonner lui disant que, vu son état de gestation, il ne pouvait rien lui administrer.

Effectivement, le lendemain, M. Agostinacchio alla voir cette femme, une nommée Antonia Cracas, âgée de 20 ans. Elle était enceinte de sept mois, et se trouvait affligée depuis plusieurs jours d'une fièvre quotidienne, qui s'annonçait vers midi par des frissons et se terminait dans le courant de la nuit par des sueurs profuses. Il commença par prescrire la crème de tartre, pour combattre une complication gastrique, puis, et sans attendre davantage, il donna le sulfate de quinine, qui la guérit rapidement et sans retour.

L'auteur a eu trois occasions semblables, dans le cours de la même année, de justifier, par des succès aussi facilement obtenus, l'exactitude de son observation sur la convenance parfaite des antipériodiques, malgré une grossesse actuelle.

CONSIDÉRATIONS PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LA DOUBLE LIGATURE DE L'ARTÈRE PRINCIPALE DU MEMBRE INFÉRIEUR; par M. PALASCIANO.

Les archives de la science ne contiennent que trop d'exemples du rétablissement de la circulation entre la ligature et l'anévrisme, après l'opération faite selon les principes d'Anel. Ce sont là des cas malheureux, qu'on ne peut prévoir, qu'aucun chirurgien n'osera se flatter d'éviter, mais qui

ne sauraient infirmer d'une manière absolue la valeur de la méthode elle-même. M. Palasciano, témoin de plusieurs de ces faits, en tire une conséquence plus générale, et par conséquent, à notre avis, erronée. Il avance que l'oblitération du vaisseau, depuis la ligature jusqu'au sac, ne s'obtient ordinairement point, et que le retour consécutif du sang dans cette portion de l'artère est, en pareil cas, la règle. Voici l'observation par laquelle il cherche aujourd'hui à appuyer de nouveau son assertion.

Obs. — Un maçon, âgé de 33 ans, entra le 15 juillet 1851 au grand hospice des Incurables de Naples, pour une tumeur anévrismale volumineuse qui occupait presque tout le côté interne de la cuisse gauche, à partir de douze travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale. On lia l'artère fémorale; et deux mois après, le malade sortit guéri, ne conservant de l'anévrisme qu'un noyau dur, de peu de grosseur.

Il ne tarda cependant point à rentrer à l'hôpital. Trois mois ne s'étaient pas écoulés que, par suite des rudes pressions que son état l'obligeait de subir, la tumeur avait repris son volume primitif. Elle s'était reproduite exactement à la même place et donnait lieu aux mêmes symptômes. L'imminence de sa rupture détermina M. Palasciano à pratiquer, vers la fin de décembre, la ligature de l'iliaque externe par le procédé de A. Cooper. Il en résulta une diminution instantanée de 3 centimètres dans la plus grande circonférence de la tumeur.

Le quatrième jour, il s'était fait une réduction de 2 centimètres.

Le treizième jour, il se fit dans la plaie, par le bout inférieur de l'artère, une hémorrhagie que la compression arrêta facilement.

Mais la tumeur qui, à la fin de janvier 1852, avait diminué d'un tiers, demeura dès lors stationnaire. Elle recommença, en mars, à faire des progrès, et devint tellement vaste, distendue et fluctuante, qu'on dut se décider, le 26 mars, à l'ouvrir largement, à lier les deux bouts de l'artère et cautériser avec le fer rouge toute l'étendue de la surface mise à nu. Ceci fut exécuté par le professeur Cianflone. Mais, le deuxième jour, l'appareil fut trouvé rempli de sang. Aucun des moyens employés en semblable circonstance ne put parvenir à l'arrêter; et le malade, déjà épuisé par ses souffrances précédentes, succomba quarante-six heures après l'opération.

L'autopsie fit reconnaître que l'artère poplitée était perméable jusqu'à quelques lignes au-dessus de l'anneau du troisième adducteur, où elle était coupée obliquement avec ses bords cautérisés. (Il paraît, quoique M. Palasciano ne le dise pas, que la ligature des bouts de l'artère, annoncée dans le programme de la dernière opération, n'avait, en réalité, point été exécutée.)

Le bout supérieur de l'artère est oblitéré, dans les deux points correspondant aux ligatures, dans l'étendue de 25 millimètres. La portion de vaisseau intermédiaire aux ligatures et celle qui est au-dessous sont perméables. Dans la première sont comprises les origines de la circonflexe, de l'épigastrique, de la fémorale profonde et de la perforante supérieure, et le diamètre du vaisseau principal est là de beaucoup supérieur à celui qu'il mesure au membre du côté opposé. La seconde ne fournit pas de branches collatérales d'un fort volume; mais son diamètre est également plus considérable que dans l'état naturel.

L'artère n'est oblitérée au-dessus de la première ligature que dans l'espace de 25 millimètres. Plus haut, le vaisseau contient de petits caillots non adhérents, et sa membrane interne est colorée en rouge par imbibition, signe évident que du sang liquide y circula jusqu'au moment de la mort.

Enfin, le calibre de l'iliaque se termine en cône au niveau de l'oblitération supérieure; et, dans l'étendue de 4 centimètres, il est rempli d'un caillot non adhérent et mélangé à la matière composant l'injection qui fut pratiquée sur le cadavre.

Conséquent avec le principe qu'il adopte, M. Palasciano n'hésite pas à conclure de ce fait et d'autres semblables venus à sa connaissance, qu'il faut en revenir à la méthode ancienne et traiter les anévrismes par la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous du sac. Ce que nous avons dit des prémisses nous suffit pour apprécier un pareil précepte, conséquence logiquement déduite d'une expérience trop restreinte pour prévaloir contre la pratique et les succès si multipliés de nos prédécesseurs.

III. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros de juillet à décembre 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la philosophie en médecine;* par M. Giovanni. 2° *De la polarité dans le corps humain et du caoutchouc vulcanisé;* par M. Crescimbeni. 3° *Mémoire sur les crises;* par M. Verdenelli. 4° *La syphilologie dans ses rapports avec la médecine légale;* par M. Gamberini. (Détails et règles explicatives sur la conduite que doit tenir le médecin dans les cas de viol compliqué de maladie vénérienne.) 5° *Trois cas de plaie grave par explosion d'arme à feu;* par M. Filipini. 6° *Du traitement le plus convenable pour l'anthrax;* par M. Innamorati, et M. Santini. 7° *De l'emploi de la créosote comme hémostatique;* par M. Angelini. (L'auteur a arrêté deux hémoptysies à l'aide de cet agent.) 8° *Lettre sur la lithotripsie;* par M. Malagodi. 9° *Un cas d'exstrophie de la vessie;* par M. Filippini.

DU TRAITEMENT LE PLUS CONVENABLE POUR L'ANTHRAX; par M. Innamorati.

Plusieurs chirurgiens conseillent d'inciser la tumeur formée par l'anthrax. Ils se fondent probablement, dit M. Innamorati, sur ce que la gangrène étant sa terminaison habituelle, ne peut être guérie sans qu'on donne issue aux escarres. En un mot, la nature éminemment maligne de la maladie ne saurait, suivant eux, être combattue d'une manière avantageuse par les seuls antiphlogistiques.

L'auteur s'inscrit contre cette manière de voir, avec un certain nombre de chirurgiens contemporains, il professe que les émollients suffisent presque toujours à compléter la cure. Il faut également, dit-il, tenir compte des dérangements des fonctions digestives, cause assez fréquente du développement des furoncles ou de l'anthrax, pour leur opposer un traitement approprié.

L'incision de la tumeur, dès les premiers temps de son apparition, n'est pas nécessaire. Elle le devient cependant quelquefois, mais suivant de tout autres principes; c'est vers la fin de la maladie, et lorsque l'ouverture qui s'est formée naturellement n'est pas assez large pour donner issue aux matières organiques gangrénées.

— Nous tenons à confirmer plus explicitement la justesse de la dernière règle qui vient d'être énoncée. La sortie du bourbillon est la condition *sine quâ non* de la guérison; les symptômes inflammatoires ne commencent à diminuer qu'à compter de ce moment. Or ce bourbillon ne s'échappe que par une ouverture suffisamment large; et — ce qu'il faut surtout noter — si elle n'est pas assez large, il ne diminue pas pour se proportionner à ses dimensions. Le bourbillon conserve très-longtemps son volume; il ne se dissout que fort lentement dans le pus qui l'entoure. C'est ce dont nous avons pu personnellement nous convaincre. Si donc l'ouverture spontanément formée est trop étroite, il serait superflu d'attendre que le corps qui la doit traverser ait perdu de sa grosseur. Il faut agrandir celle-ci par un débridement; et sous ce rapport, le conseil donné par M. Innamorati mérite de recevoir une application plus prompte et plus générale qu'il ne l'a lui-même demandé.

(La suite au numéro prochain.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DES 23 ET 30 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. DE JUSSIEU.

SUR LES FIBRES NERVEUSES GANGLIEUSES CHEZ L'HOMME ET LES ANIMAUX VERTÉBRÉS.

M. Remak adresse une note sur ce sujet.

En 1837, dit-il, je remarquai que les nerfs gris sympathiques de l'homme et des animaux vertébrés se composent, pour la plus grande partie, de fibres qui, par leur finesse, leur transparence, par l'absence de bords noirs aussi bien que par une quantité de petits corps à noyaux répandus dans leur trajet, se distinguent des tuyaux nerveux primitifs connus jusqu'alors.

En 1838, M. Müller, ainsi que MM. Purkinje et Schwann, confirmèrent de la manière la plus décisive mes observations et mes interprétations. Beaucoup d'autres anatomistes, au contraire, mirent en doute, pour différentes raisons, que les fibres grises que j'avais décrites fussent de vraies fibres nerveuses. On m'objecta notamment que les fibres grises se comportent avec l'acide acétique et les alcalis caustiques exactement comme le tissu conjonctif ou cellulaire. C'est ainsi qu'avec le temps se forma l'opinion aujourd'hui presque généralement répandue que les fibres grises, que l'on désigne ordinairement par mon nom, ne présentent qu'une forme spéciale du tissu conjonctif. Moi-même, je ne restai pas à l'abri des doutes sur quelques-unes de mes interprétations antérieures.

Cependant une revue complète de mes recherches m'a montré que non-seulement les observations faites par moi en 1837, mais aussi les interprétations que je proposai alors, sont fondées de tout point. Toutes les fibres que j'ai décrites sous les noms de fibres organiques, fibres grises, fibres à noyaux, sont des fibres nerveuses, ainsi que les grandes masses de fibres grises contenues dans les nerfs viscéraux, sur lesquelles s'étaient dirigés plus spécialement mes doutes. Ces fibres proviennent aussi, comme je l'avais signalé dans mes Observations, des globules ganglionnaires appartenant aux ganglions spinaux et sympathiques. Pour cette raison et parce que la présence de noyaux n'appartient pas seulement aux gaînes de ces fibres, mais aussi, quoiqu'en moindre degré, aux fibres fines à bords noirs des nerfs sympathiques, je nommerai dorénavant les fibres grises fibres nerveuses ganglieuses.

J'ai été conduit à mes résultats nouveaux par l'observation répétée des tubes primitifs cérébro-spinaux. Le cylindre d'axe, découvert par moi en 1837 dans l'intérieur de ces tubes, forme, comme je l'ai constaté pour la première fois à Helgoland en 1851, chez des raies (*raia clavata*), un tuyau à parois minces et fortes, remplissant le tube et offrant l'aspect de stries longitudinales, qui semble être produit par des fibrilles très-fines et parallèles.

Sous l'action de l'acide acétique et des alcalis caustiques, le tuyau d'axe se gonfle ou se dissout, selon le degré de dilution; la gaîne externe (de Schwann) résiste à ces agents moins longtemps que la gaîne médullaire graisseuse; de

sorte qu'ils ne peuvent servir à distinguer des fibres nerveuses auxquelles manque la gaîne médullaire d'avec le tissu conjonctif, tandis que ce résultat est atteint avec des matières qui endurcissent le toyau d'axe ou tout au moins le conservent, comme l'alcool, le sublimé, l'acide chromique étendus, le bichromate de potasse et autres.

Les tuyaux d'axe, qui sortent des fibres ganglieuses des nerfs gris sympathiques de l'homme et des grands mammifères, se distinguent en ce qu'ils sont moins fins et plus forts quand on laisse macérer ces nerfs vingt-quatre heures dans de l'alcool dilué à 15 pour 100, ou dans une solution de sublimé à 0,2 pour 100, on d'acide chromique à 0,2 pour 100, on de bichromate de potasse à 0,6 pour 100. Si l'on emploie une solution de sublimé à 0,2 pour 100, ou de l'acide azotique raréfié à 0,2 pour 100, ou de l'eau bouillante, les nerfs gris deviennent blancs. L'acide acétique concentré leur donne de la transparence; mais le même acide, très-dilué à 0,2 pour 100, rend opaques les tuyaux d'axe, tandis qu'il rend transparentes les enveloppes composées du tissu conjonctif, ce qui fait soupçonner la présence de caséine. A l'aide de ces moyens, on reconnaît que les fibres fines représentées par moi dans mes OBSERVATIONS, tabl. 1, fig. II, sont des fibres nerveuses primitives, composées d'une gaîne déliée à noyaux, se détachant facilement, et d'un fort tuyau d'axe, presque toujours variqueux. Les fibres plus larges, qui s'unissent au moyen de fibres plus fines, sont des faisceaux de ces mêmes fibres. Ordinairement trois fibres primitives forment un faisceau; quelquefois aussi il y en a dix et même plus. Dans l'intérieur de ces faisceaux, qui sont entourés d'une gaîne large à plis et d'une gaîne étroite, les fibres primitives offrent souvent des gonflements très-larges, qui donnent aux faisceaux un aspect loculaire. On trouve assez souvent des tuyaux d'axe ramifiés, et sur les angles des ramifications on voit quelquefois des grains jaunâtres à noyaux, bipolaires ou multipolaires, à peine plus grands que des cellules lymphatiques et se rapprochant beaucoup, sous le rapport chimique, des globules ganglionnaires : je les nommerai *grains ganglieux*. Il y a chez l'homme et chez les mammifères des gonflements de nerfs gris, visibles à l'œil nu, qui ne contiennent pas un seul globule ganglionnaire, mais seulement des grains ganglieux. Quelquefois on ne trouve dans un rameau que des grains bipolaires; dans un autre, seulement des grains multipolaires. Ces grains sont plus fréquents dans les ganglions du grand sympathique et dans le plexus cœliaque; ils y forment des amas séparés, et se trouvent, sur la surface des grands globules ganglionnaires, attachés aux origines des tuyaux fins ganglieux, qui partent ici en grand nombre des globules pour former les faisceaux des fibres ganglieuses. Outre ces prolongations fines des globules, on en voit aussi de plus larges non ganglieuses, qui passent peut-être aux tubes à bords noirs, quoiqu'elles aussi donnent parfois des rameaux fins latéraux. Les globules des ganglions spinaux envoient aussi de tous les points de leur surface des fibres fines ganglieuses, qui se réunissent sur un pôle en faisceaux, après avoir formé une capsule épaisse enveloppant le globule. Si, outre les fibres fines ganglieuses latérales, il sort du globule une ou deux fibres larges non ganglieuses, ce qu'on ne peut pas toujours observer, elles sont enveloppées par les faisceaux des fibres ganglieuses.

Dans aucun des mammifères sur lesquels j'ai eu l'occasion de faire des recherches, le système des fibres ganglieuses ne semble offrir un développement aussi considérable que dans l'homme. Les nerfs gris du bœuf sont plus épais, mais ceux de l'homme sont plus nombreux; en tous cas, ils ont des éléments beaucoup plus déliés. Chez les oiseaux, les reptiles et les batraciens, autant que mes observations antérieures me permettent d'en juger, le nombre des fibres ganglieuses est moins grand; mais chez les poissons osseux, par exemple chez le brochet, je trouve des faisceaux très-forts des fibres ganglieuses non-seulement dans les nerfs sympathiques, mais encore dans tous les rameaux du nerf vague. Chez les raies, le développement de ces fibres est plus grand encore. Sur des préparations alcooliques de la *raia clavata*, que j'avais traitée en 1851, à Helgoland, avec de l'acide chromique, je reconnais maintenant que la plupart des prétendus globules bipolaires des ganglions spinaux envoient, outre les deux fibres centrales, encore une quantité de fibres ganglieuses latérales qui, réunies en faisceaux, courent entre les globules et avec les fibres centrales. Dans les deux grands ganglions cœliaques, les globules multipolaires se trouvent enveloppés de capsules bipolaires formées par des fibres ganglieuses. Du reste, ces ganglions contiennent un grand nombre de grains ganglieux qui, à l'état frais, se laissaient à peine distinguer des cellules lymphatiques. Les petits ganglions du nerf sympathique se composent presque entièrement de grains ganglieux; ils ne contiennent qu'un nombre très-petit de globules qui sont groupés avec une régularité surprenante.

En définitive, les fibres ganglieuses offrent des propriétés distinctives, qui offrent aux recherches neuro-physiologiques une voie nouvelle sans bornes et des problèmes tout nouveaux.

VARIÉTÉ RARE DE GANGRÈNE INFLAMMATOIRE A FORME SERPIGINEUSE, AVEC DESTRUCTION COMPLÈTE DE L'APONÉVROSE PLANTAIRE; GUÉRISON.

M. le docteur FAVROT communique sous ce titre l'observation suivante :

La gangrène qui survient à la suite d'une inflammation phlegmoneuse peut revêtir des formes très-variées. On la voit tantôt affecter le tissu cellulaire souscutané, d'autres fois frapper les organes les plus profonds, tels que les aponévroses, les muscles et surtout leurs tendons; mais il est rare de voir cette affection revêtir une forme serpigineuse et limiter ses effets à une portion seulement de l'épaisseur de la peau.

Il nous a été donné d'en recueillir une observation des plus remarquables, dont nous allons donner un exposé succinct.

OBS. — M. X...., directeur d'un des principaux théâtres de Paris, encore dans la force de l'âge, et qui jusqu'alors avait joui d'une très-bonne santé, fut atteint, le 8 juillet 1852, à la suite de l'extirpation d'un cor placé sur le dos du petit orteil du pied droit, d'un phlegmon diffus, qui envahit d'abord le tissu cellulaire de cet organe, et se propagea rapidement sur la région dorsale du pied.

C'est alors qu'il réclama mes soins. Déjà l'articulation phalango-phalangienne était mise à nu; de larges phlyctènes, remplies d'une sérosité noirâtre, occupaient toute l'étendue de la face dorsale du tarse et du métatarse, et se prolongeaient même dans la région plantaire.

La gangrène était imminente, et tout portait à croire que le pied était sérieusement compromis.

En présence de tels phénomènes, je crus devoir recourir à l'expérience de notre savant confrère M. le docteur Maisonneuve, qui voulut bien s'adjoindre à moi pendant toute la durée du traitement.

Lors de notre première réunion, qui eut lieu le 23 juillet 1852, nous constatâmes que le tiers environ de la peau qui recouvre la région dorsale du pied était déjà frappée de gangrène; que le stylet pénétrait dans l'articulation des deux premières phalanges du petit orteil; qu'un gonflement œdémateux envahissait la partie inférieure de la jambe et la plante du pied.

Nous dûmes faire connaître au malade toute la gravité de sa position, le préparer même à une amputation, qui paraissait presque inévitable. Avant cependant de nous y décider, nous crûmes prudent d'attendre la limitation de la gangrène et d'observer, tout en les dirigeant, les efforts que pourrait tenter l'organisme.

Le malade, soumis au repos absolu, fut placé de manière que la jambe, reposant sur un coussin de balle d'avoine, se trouvât dans une position élevée; plusieurs incisions furent pratiquées tant sur l'orteil que sur les parties œdémateuses et sur les points déjà mortifiés.

Un phénomène singulier frappa vivement notre attention au moment où le bistouri divisait les escarrhes; c'est que la peau n'était pas encore complétement envahie par la gangrène dans toute son épaisseur, et qu'il restait une partie du derme non encore mortifiée entre les escarrhes et le tissu cellulaire sous-cutané.

Cette circonstance insolite nous fit penser qu'il ne serait peut-être pas impossible d'arrêter les progrès du mal avant la dénudation des tendons extenseurs, et par conséquent de conserver au malade l'usage de son membre.

Dans cette espérance, sur laquelle toutefois nous ne comptions que bien faiblement, nous prescrivîmes les précautions les plus rigoureuses.

Le malade fut soumis à une diète sévère, à des boissons délayantes, à l'immobilité la plus absolue. La partie malade fut recouverte de cataplasmes émollients fréquemment renouvelés.

Sous l'influence de ce traitement, la gangrène borna momentanément ses progrès; l'œdème et le gonflement inflammatoire disparurent, et nous vîmes avec une satisfaction profonde que lors de la séparation des escarrhes il restait au-dessous d'elles une petite portion de l'épaisseur du derme. Mais tout en cessant de progresser en profondeur, la gangrène continua pendant quinze jours encore à s'étendre en superficie. Tandis que dans toute la région externe les escarrhes étaient détachées, que la cicatrice était en voie de formation, nous vîmes du côté externe la peau rougir, se couvrir de phlyctènes et se sphacéler comme dans la région voisine.

C'est le 15 août seulement que ce travail gangréneux cessa de faire des progrès. Les escarrhes récentes achevèrent de se détacher, sans que dans un seul point le tissu cellulaire sous-cutané ait été mis à nu.

La cicatrice marcha dès lors avec rapidité et recouvrit bientôt toute l'étendue de la plaie, c'est-à-dire toute la région dorsale du pied. Le mal semblait marcher à la guérison, lorsque le 20 août survint dans la région plantaire une tuméfaction douloureuse, accompagnée d'œdème, et bientôt se manifesta un véritable abcès, qui dut être incisé largement.

Cette incision nous fit reconnaître une seconde phase de la maladie, plus grave encore que la première. Cette fois ce n'était plus la peau qui était frappée par le travail gangreneux, mais bien l'aponévrose plantaire. Toute cette aponévrose se mortifia successivement jusque dans ses plus petits prolongements, et nous dûmes craindre une seconde fois que le pied tout entier ne fût gravement compromis.

M. le docteur Cabarrus, ami intime du malade, se trouvait présent quand nous décidâmes l'excision de cette vaste aponévrose sphacélée.

Cette excision mit à découvert tous les muscles de la plante du pied, et nous permit de constater que le mal ne s'était pas étendu plus profondément.

A dater de ce moment la gangrène suspendit sa marche envahissante, et la plaie marcha d'une manière régulière vers la guérison.

Nous signalerons cependant encore un fait assez curieux. Au lieu de se souder aux parties sous-jacentes, la peau de la plante du pied, qui, par le fait de l'aponévrose plantaire, se trouvait décollée dans une grande étendue, se recouvrit à la face profonde d'un épiderme épais, que nous fûmes obligé d'enlever avec soin, et qui put être détaché par lambeaux.

Après cette petite opération, la peau fut maintenue exactement en contact avec le tissu musculaire au moyen d'une compression méthodique, et rien dès lors ne vint plus entraver la cure.

Actuellement que la guérison est entière, il reste sur le dos du pied une cicatrice qui recouvre toute la surface de cette région. A la face plantaire de l'organe, on observe une longue cicatrice linéaire, et malgré la destruction complète de l'aponévrose, le pied ne s'est point affaibli, et semble peu différent de l'état normal, non-seulement quant à la forme, mais encore sous le point de vue de la station et de la marche.

L'observation que nous venons de rapporter contient deux faits extrêmement remarquables :

1° La limitation de la gangrène à une portion seulement de l'épaisseur de la peau, et cela dans une surface aussi considérable que toute la région dorsale du pied ;

2° La destruction complète de l'aponévrose plantaire sans altération notable des fonctions de l'organe.

Ce sont ces deux points qui nous ont paru dignes d'être soumis à l'attention de l'Académie.

— M. A. LEGRAND adresse une lettre sur l'emploi de l'extrait aqueux de noix vomique dans la gastralgie et les gastro-entéralgies. (Voir ci-dessus.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 31 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Yvonneau, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Blois (Loir-et-Cher), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Landes ;

2° Un rapport général de M. le docteur Aribert du Fresné, médecin des épidémies de l'arrondissement de Grenoble, sur les épidémies qui ont régné dans cet arrondissement pendant l'année 1852 ;

3° Un rapport de M. le docteur Kuhn, médecin inspecteur des eaux minérales de Niederbronn (Bas-Rhin), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852 ;

4° Plusieurs lettres relatives à des remèdes secrets ou nouveaux.

— M. PÉGOT, médecin aux eaux de Bagnères-de-Luchon, adresse un ESSAI CLINIQUE SUR L'ACTION DES EAUX THERMALES SULFUREUSES DE BAGNÈRES-DE-LUCHON, DANS LE TRAITEMENT DES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS DE LA SYPHILIS. (Comm. : MM. Pâtissier et Gibert.)

— M. BOULOUMIÉ dépose un paquet cacheté contenant la formule d'un succédané indigène du quinquina.

— M. SZOKALSKI adresse une lettre sur l'usage physiologique des poils de la face de l'homme, et sur l'influence de leur suppression sur la santé. (Commiss. : M. Michel Lévy.)

— M. KUHN (de Niederbronn) adresse une lettre sur les avantages de l'administration du sulfate de quinine en injection dans le gros intestin. Une série d'observations comparatives tentées dans un pays où les affections intermittentes sont assez communes, lui ont permis d'établir que les propriétés antipériodiques du quinine ressortent d'une manière plus marquée, si on l'administre en lavement que si on le donne à l'intérieur, et qu'il ne faut que la moitié environ de la dose lorsqu'on a recours aux injections dans le rectum. (Insertion au BULLETIN.)

— M. TOURRETTE (de Chambly) (Oise) adresse un mémoire ayant pour titre : DU TRAITEMENT CURATIF DU CHOLÉRA-MORBUS ÉPIDÉMIQUE ET DE SA PROPHYLAXIE. (Comm. du choléra.)

— M. VILLARDEBO adresse une lettre relative à la question de priorité soulevée dans une des précédentes séances par M. Leroy-d'Étiolles, sur les injections de substances coagulantes dans les artères récemment mises en usage par M. Pravaz (de Lyon).

D'après les citations rapportées dans la lettre de M. Villardebo, la priorité de cette idée reviendrait à Monteggia.

— M. MOREL-LAVALLÉE adresse un mémoire intitulé : DES ÉPANCHEMENTS TRAUMATIQUES DE SÉROSITÉ.

— M. ALLIBERT, professeur à l'Institution des sourds-muets de Paris, adresse une lettre en réponse à quelques-unes des assertions contenues dans l'argumentation de M. Bouvier, particulièrement en ce qui concerne la mimique, dont il cherche à démontrer la supériorité sur les autres procédés d'éducation des sourds-muets.

— M. MÉNIÈRE adresse une lettre sur le même sujet.

Ces deux lettres sont renvoyées à la commission.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la surdi-mutité.

La parole est à M. Ferrus.

SURDI-MUTITÉ.

M. FERRUS prend de nouveau la parole dans l'espoir d'éclairer par des faits et par des considérations nouvelles la solution qui devra ressortir de ce débat :

A prendre le rapport de votre commission tel qu'il existe, dit M. Ferrus, abstraction faite des causes qui ont pu gêner son action, et sur lesquelles nous aurons plus tard à revenir évidemment, ce document est incomplet et prématuré. Presque tout le monde l'a senti, et l'on pourrait dire en lisant la lettre de M. Guéneau de Mussy et de M. Begin, qu'une partie de la commission l'a compris elle-même.

En effet ce document, qui établit les perfectionnements auditifs et tactiles obtenus par M. Blanchet, n'indique pas explicitement l'action qu'ils peuvent avoir sur l'articulation de la parole et, par une conséquence importante, sur la facilité des rapports sociaux, il ne détermine ni la nature ni le degré des services que peuvent rendre, dans la réalité pratique, les procédés de M. Blanchet.

Cette méthode, dit-on, développe et perfectionne par l'usage et la fréquence de l'exercice musical la sensibilité auditive. Les élèves d'élite entendent quelques paroles à distance ; ils saisissent à une proportion plus ou moins élevée de l'acoumètre les vibrations de cet instrument ; mais à quoi ces connaissances vont-elles aboutir ? En quoi sont-elles, comme utilité, préférables aux anciens moyens ? Quelle assistance le degré d'intelligence peut-il prêter à ces enseignements, si par la parole on développe chez les sourds-muets quelques facultés qui ne sauraient être d'ailleurs obtenues qu'en fixant son attention et en développant la sagacité de ses observations par la lecture sur les lèvres ? Ne lui en fait-on pas acquérir également et plus encore par la mimique et notamment par l'écriture ? Est-il ou non constant que ce dernier mode d'éducation suffit aux besoins ordinaires de la vie sociale, qu'il a permis à des sourds-muets bien doués d'atteindre à une distinction remarquable comme penseurs et comme écrivains ? MM. Massieu, Clerc, Forestier, Chambellan, Richardin, Berthier, Lenoir, Pelissier, Allibert et beaucoup d'autres répandus dans les professorats départementaux ne pourraient-ils pas servir de preuves à l'appui ? Les proportions de temps scolaire, la situation personnelle des élèves, la condition générale qui leur est faite ne devaient-elles pas être respectivement envisagées ? C'eût été incidemment aussi une question de savoir encore si, en supposant aux élèves une intelligence convenable et un certain degré d'érudition, ils n'avaient point instinctivement une aptitude individuelle à profiter de telle ou telle méthode ; les sourds-muets ne pouvaient être réfractaires à cette loi commune aux autres hommes, et qui, abstraction faite des facultés, ou plutôt à niveau égal d'éducation et d'intelligence, les entraine quelquefois impérieusement vers un ordre de professions, d'études ou d'acquisitions intellectuelles déterminé ; si enfin il ne serait pas possible en certains cas, pour certains élèves, avec certaines dispositions, de réunir les divers enseignements qui, au lieu de se contrarier ou de se combattre, pourraient alors se prêter un mutuel et fécond appui en élargissant le cercle des impressions et des idées ?

Il n'est donc pas surprenant que, frappés comme nous de l'importance de ces éclaircissements et d'une foule d'autres qu'il serait, au point où nous en sommes, superflu d'énumérer, des membres de l'Académie, à bon droit confiants dans leurs forces, aient essayé d'enrichir la discussion des données absentes et des aperçus désirés.

Ici M. Ferrus reproduit, en les résumant, les opinions qui ont été émises par les divers orateurs qui l'ont précédé à la tribune, et ajoute : Il nous serait facile, grâce à des communications particulières, de signaler les erreurs de faits qui s'y sont inévitablement glissées.

Nous croirions, par exemple, dit-il (et si d'ailleurs M. Bonnafond n'avait pris soin de le faire en partie lui-même), qu'on a faussement attribué à la méthode dite allemande un caractère exclusif, quant à l'emploi du langage articulé. Les faits sérieusement considérés donnent un démenti à cette assertion. Par suite de l'immense sensation produite aux États-Unis par une publication d'un voyageur américain, M. Mars, relative aux effets merveilleux obtenus en Allemagne par la méthode de l'articulation, trois instituteurs des États-Unis, MM. Day, Welde et Peet, furent chargés de se rendre en Europe pour s'assurer, isolément et à différentes sources, de ces merveilles, et les importer en Amérique, si elles existaient. L'un deux, M. Day, dans un rapport remarquable par la précision et les détails, a établi l'alliance presque constante qui se rencontre dans les écoles allemandes entre la mimique et l'articulation de la parole ; il a constaté, d'autre part, que des instituteurs étaient journellement obligés de répéter ce qu'avaient dit leurs élèves, afin de le rendre compréhensible, non-seulement pour les visiteurs étrangers, mais encore pour les *visiteurs allemands*.

Le témoignage se trouverait au besoin confirmé par celui d'un professeur allemand sourd-muet, M. Otto-Frédéric Kruse, qui a fait hommage récemment d'un de ses ouvrages à l'Académie ; ce professeur déclare que dans les institutions de Berlin, Dresde, Weisseufeld, Leipzig, Vienne, Prague, Ausbourg, Munich, Zurich, Berne et Bâle, visités par lui, il n'a trouvé que trois écoles, celles de Weissenfeld, Leipzig et Zurich, où les gestes ne fussent pas constamment employés en concurrence avec la parole. Par une singularité assez notable, il résulte de cette déclaration que M. Paëgert, qui nous offre si bénévolement ses professeurs pour développer chez nous le langage articulé, a précisément restreint cette méthode d'enseignement depuis son installation à l'école, où son prédécesseur, M. Grassbof, lui avait accordé une plus large place.

Nous n'aurons d'ailleurs nul besoin d'emprunter ses professeurs à l'Allemagne. L'école de Paris possède ou a possédé des hommes qui ont fait sur l'émission de la parole de sévères études et des ouvrages pleins d'intérêt. Citons d'abord MM. Valade et Puybonnieux, et plus récemment M. Vaïsse, auquel, après plusieurs mémoires relatifs à l'articulation, on doit un travail d'un rare mérite sur la parole considérée au double point de vue de la psychologie et de la grammaire.

Ainsi, messieurs, et pour résumer en quelques mots cette première partie, M. Guéneau de Mussy, en réclamant la part légitime d'Itard et refusant à M. Blanchet d'avoir imaginé une méthode nouvelle des principes nouveaux ; M. Jules Guérin, en déclarant que la question soumise à votre appréciation est appelée à servir de motif et de garanties à d'importantes réformes ; M. Bégin, en lui assignant la proportion d'un grand problème d'enseignement à résoudre et en montrant combien, si l'avis du ministre n'est pas destiné à rester une lettre morte, la responsabilité de l'Académie doit se trouver engagée ; M. Bonnafond, en considérant la surdité par son premier discours dans son acceptation médicale et en indiquant l'influence qu'exerce ce sens de l'ouïe sur l'intelligence ; M. Bouvier lui-même, en ne décidant pas la question de prééminence entre les méthodes, ont été, sauf les nuances, reliés par un lien commun, l'importance de

la discussion engagée, la grandeur de la sphère qu'elle embrasse et la sentiment des obscurités que le rapport de la commission a laissé planer sur elle.

Vous connaissez, messieurs, ajoute plus loin M. Ferrus, les questions nouvelles du ministre, dont le défaut de précision et les délimitations incertaines, démontrées par le cours entier du débat, expliquent et légitiment en quelque sorte soit les empiétements, soit les lacunes du rapport.

Examiner les élèves traités par M. Blanchet, rechercher si, parmi ceux qui entrent, quelques-uns pourraient guérir ou s'améliorer et saisir la parole par l'oreille; si certains sujets n'ont pas conservé l'usage de la parole et ne pourraient, quoique atteints d'une surdité incurable, parvenir à la lire sur les lèvres, et recevoir d'ailleurs *quelque notion du son* par les nerfs de sensibilité générale; s'il ne faudrait pas isoler ces deux classes et les soumettre à une éducation spéciale par un professorat approprié; si enfin M. Blanchet avait droit d'espérer que les élèves soumis à son traitement chirurgical pourraient, à la fin de leur cours d'études et en quittant l'école, communiquer à l'aide du langage articulé.

C'est dans le vague de ces propositions que votre commission, peu en rapport avec la marche que vos délégués voulaient d'abord poursuivre, ne se *renferma* pas, mais fut *renfermée*. Reste à savoir si elle n'eût pas dû mettre à profit, pour élargir son action tout en la restreignant, la facilité qui lui fut donnée, par la lettre ministérielle du 6 août, de *scinder* son travail et de ne répondre immédiatement qu'à celles des questions qui lui paraissaient suffisamment élucidées.

C'est ce qui m'a permis de dire avec vérité, dès le début de la discussion, que votre commission avait fait trop ou trop peu : trop peu, si elle voulait embrasser toute la tâche; trop, si elle ne voulait qu'en considérer une partie et traduire des impressions décisives.

Tels sont les faits : ils ont motivé mes premières conclusions; ils appuient ces considérations dernières.

Comment enfin se prononcer, dans le doute où la discussion laisse encore l'Académie :

1° Sur l'efficacité du traitement médical, que n'appuient que de rares exemples obtenus par des moyens fort divers, dans une affection qui, comme la surdi-mutité, ne se rattache pas exclusivement à une altération donnée des organes de l'audition, mais à des altérations multiples nées pour la plupart de causes différentes et bien souvent ignorées;

2° Sur l'importance des exercices physiologiques pour stimuler la sensibilité auditive, puisque, pour rendre cette application profitable, il faut choisir les élèves, et, suivant l'expression de vos commissaires, tenir compte, dans cet examen, non-seulement de la portée d'audition, mais aussi du degré d'intelligence et de mutisme, ce qui exclut nécessairement la masse des individus de ses bienfaits;

3° Qu'il n'est pas d'ailleurs démontré qu'il faille, pour atteindre à l'articulation de la parole, que l'élève possède une audition assez parfaite pour s'entendre parler, ni même que le progrès de l'audition soit toujours en rapport avec celui du langage;

4° Que rien non plus ne prouve que la faculté d'articulation conquise se maintienne, alors même que l'élève vit au milieu des parlants et s'exerce incessamment à la parole;

5° Il reste encore à savoir si les méthodes rivales ne pourraient pas, fondues dans un enseignement commun, offrir de grands avantages. Je suis convaincu, pour mon compte, que cette alliance est non-seulement possible, mais nécessaire.

En face d'une telle situation, quel parti semble-t-il que l'Académie doive prendre pour conserver à la fois l'autorité traditionnelle de ses jugements, sa haute position scientifique et une parfaite impartialité? Il n'est, suivant moi, que deux solutions : ou le renvoi du rapport à la commission, qui, poursuivant les études commencées, le complétera d'aperçus puisés tant dans des expériences nouvelles que dans les lumières du débat, ce qui motiverait la demande au ministre d'un délai pour la réponse définitive, ou, ce que je crois préférable, la délimitation du travail actuel à l'examen circonscrit des effets obtenus par M. Blanchet, et l'élimination du rapport de toute pensée tendant à introduire dans l'Institut de Paris, occasionnellement pour ainsi dire, des inventions qui, fécondes si on en ménageait la transition, pourraient, dans le cas contraire, y porter des germes d'hésitation, d'antagonisme, par conséquent de désordre.

L'Académie, usant ainsi de la faculté que le ministre lui a laissée de scinder ses réponses, retiendrait la question d'ensemble.

— M. Malgaigne a la parole et prononce un long discours, qu'il termine en proposant de substituer aux réponses de la commission les réponses suivantes :

A la première question :

Parmi les élèves entrant chaque année à l'établissement, il s'en trouve généralement un certain nombre qui paraissent susceptibles d'amélioration, et qu'il importe de soumettre à un traitement spécial; mais l'expérience n'a pas encore appris s'ils sont susceptibles de guérison complète.

A la deuxième question :

Nombre de sourds-muets sont capables d'acquérir la faculté de lire sur les livres : c'est là même le but essentiel de la méthode allemande et de l'Institution, à Paris, de M. Benjamin Dubois; mais cette faculté est fort limitée chez la plupart.

A la troisième :

Cela n'est nullement démontré.

A la quatrième :

L'expérience est loin d'avoir décidé entre la méthode française et l'éducation par la mimique et la méthode allemande, qu'on voudrait lui substituer.

A la cinquième :

L'Académie ne saurait répondre à cette question jusqu'à ce que M. Blanchet l'ait mise à même d'en juger par l'expérience.

Toutefois, les essais de M. Blanchet semblant promettre des résultats utiles, l'Académie pense qu'il doit être encouragé à les poursuivre.

Mais surtout elle est d'avis qu'il serait utile, pour résoudre la question pendante entre les méthodes et imprimer au besoin une direction nouvelle à l'éducation des sourds-muets, d'instituer près l'Institution des Sourds-Muets un conseil de perfectionnement analogue à celui qui est attaché à l'École polytechnique.

Mais je désire que cela soit renvoyé à la commission pour qu'elle en délibère, heureux si je pouvais être d'accord avec elle.

La séance est levée à cinq heures un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

Della ottalmia catarrale epidemica nelle milizie austriache stanziate in Firenze (de l'ophthalmie catarrhale épidémique qui se montra sur les troupes autrichiennes stationnées a Florence); par M. le docteur Pasquale Landi. — Florence, 1851.

L'ophthalmie grave, l'ophthalmie des armées et l'ophthalmie égyptienne ne sont qu'une seule et même affection différant à peine légèrement, suivant qu'on l'observe à l'état sporadique ou à l'état épidémique, dans les pays chauds comme en Égypte, en Algérie, ou dans les climats froids, en Belgique, en Angleterre, en Autriche, en Russie. Les meilleurs observateurs, les hommes les plus versés dans cette étude sont embarrassés de trouver ici et de définir des différences qui tiennent plutôt à la marche de la maladie dans des cas particuliers qu'à des conditions matériellement appréciables et d'une certaine fixité.

C'est par ces motifs que, sous le titre d'ophthalmie grave, on désigne toutes les ophthalmies que nous avons indiquées ci-dessus. Y a-t-il des différences dans leur nature suivant les climats ou les circonstances particulières dans lesquelles on les observe? Sont-elles catarrhales, rhumatismales, etc.? Je soulève cette question pour répondre à une tendance du livre de M. Landi que je crois devoir critiquer en principe comme dans le cas particulier. On devrait bannir des livres sérieux ces mots vagues, ces appellations indéterminées qui, sous le prétexte de correspondre à des différences dans la nature des maladies, n'indiquent souvent que les préjugés des esprits, les idées dominantes des écoles, le reflet des doctrines et des systèmes. Se servir de certains mots, c'est souvent adopter une théorie sur l'étiologie des maladies et sur leur nature; et que savons-nous de positif à ce sujet?

Quand on parle de nature des maladies, on s'occupe souvent de toute autre chose que de la maladie elle-même; on recherche, par exemple, ses causes dans le monde extérieur, et on en déduit généralement, suivant le froid, le chaud, l'humide, autant de variétés d'une même affection. Je ne m'arrêterai pas ici à discuter ce que cette manière de procéder soulève d'objections radicales au point de vue de la logique; je ferai observer seulement que l'expression de nature des maladies n'étant pas susceptible d'une définition rigoureuse dans l'état actuel de la science, il faut bien nous contenter de distinguer ces affections d'après leur siége, leurs symptômes ou leur gravité.

Je ne quitterai pas cependant tout à fait cette étude qui porte sur les conditions les plus mystérieuses de la production des maladies, sans dire un mot de l'origine de ces ophthalmies. Il a semblé qu'il devait y avoir quelque relation entre l'ophthalmie qui se montra en Égypte et en Syrie, en 1798 et en 1799, sur les armées françaises et anglaises, et les ophthalmies qui peu d'années après se déclarèrent sur les armées dans différentes parties de l'Europe. On sait qu'à la suite de l'expédition d'Égypte les militaires rapportèrent en France et en Angleterre les germes de cette affection; en Angleterre surtout, où elle sévit à plusieurs reprises avec les mêmes caractères, depuis cette époque, dans certaines villes et dans quelques casernements. En 1801, elle se montre à Malte après l'arrivée des régiments anglais de retour d'Égypte, et à Livourne après la capitulation d'Alexandrie (1); en 1803, à l'île d'Elbe, occupée peu de temps avant par un régiment français; en 1806 en Sicile, en 1807 à Milan, sur des grenadiers de la garde; à Vienne, à Padoue, à Parme, à Reggio, à Mantoue, à Vérone et dans d'autres localités en 1808; sur des troupes italiennes qui se

(1) En 1802, une ophthalmie qui avait la plus grande ressemblance avec celle d'Égypte, se développa dans plusieurs hôpitaux militaires de la Grande-Bretagne, particulièrement à Kilmangham. Depuis cette époque jusqu'en 1810, les progrès de la maladie furent tels que 2,307 individus perdirent la vue;

trouvaient en Hongrie en 1809; en 1812 et 1813 sur la garnison d'Ancône et à Gibraltar; en 1813 sur l'armée prussienne casernée aux environs de Mayence; en 1814 sur les armées autrichiennes et hollandaises, ainsi que sur les troupes suédoises alliées.

Depuis cette époque la maladie se répand partout, et il est impossible d'en suivre les traces. En 1815, les divisions hollandaises, bavaroises et prussiennes assemblées sur les frontières de la France, en Picardie et dans la Flandre, furent envahies brusquement par les ophthalmies. Mac-Grégor qui relate ce fait assure que sur un seul régiment anglais de la garde il y eut 400 ophthalmiques. Au dire de Florio, l'armée russe stationnée en France en 1817 et 1818 présenta environ 5,000 cas d'ophthalmies. Les chirurgiens Buzzi et Paoli décrivent une ophthalmie qui régna de 1817 à 1824 sur les garnisons de Florence et de Livourne. En Pologne, elle n'est signalée qu'en 1817; elle dura jusqu'en 1821; elle se propage aux troupes russes en 1818 et reparait pendant quelque temps en 1833. En 1823, on observe cette affection à Cronstadt sur les marins et les élèves de l'école navale d'Oranienbaum, et en 1832 sur un régiment de carabiniers russes à Saint-Pétershourg.

Il est difficile de tirer de ces faits, racontés souvent d'une manière incomplète, des données précises sur l'histoire de la contagion de l'ophthalmie. Je ne prétends point, contrairement aux assertions de Larrey, de Desgenettes, de Scarpa, d'Ehle, que toutes les épidémies d'ophthalmie qui se sont manifestées depuis le commencement de ce siècle tiennent à la propagation et à la multiplication d'un principe qui aurait été transporté d'Égypte en Europe par nos troupes et par les troupes anglaises. Je crois qu'il faut faire entrer en ligne de compte les diverses circonstances de la vie militaire qui favorisent le développement des ophthalmies dans les armées. Je signale ces circonstances seulement d'une manière générale, parce que leur étude détaillée n'a été faite d'une manière complète qu'en Belgique. Mais tout en faisant ces réserves, je suis loin de penser que ces affections ne sont pas contagieuses. Elles se transmettent facilement dans certains cas, soit par le contact direct soit par celui de l'atmosphère, et on a cité à cet égard des exemples qui ne laissent pas subsister de doute; je noterai seulement le fait du navire *l'Abermale* raconté par Amstrong et celui dont parle Vasani, au sujet d'une des casernes de Mantoue, dans son histoire de l'ophthalmie contagiense d'Ancône.

Il y a loin de cette opinion à celle qui ferait descendre toutes les ophthalmies épidémiques de celle d'Égypte. Il faut reconnaître pour les ophthalmies comme pour presque toutes les maladies certaines conditions particulières, mal définies, de développement spontané; quelquefois ces conditions ne se réalisent que sur un petit nombre d'individus, on a alors des cas sporadiques; d'autres fois, plus rarement, ces conditions se rencontrent en même temps sur un grand nombre d'hommes, on a alors une épidémie. Les données acquises de la pathologie générale ne vont pas au delà de ce simple énoncé des faits, et l'interprétation scientifique se borne ici à la constatation du nombre des cas. Or, en prenant la question à ce point, on se demande si le grand nombre des cas d'une même affection en change les symptômes, la gravité, le mode de production. Les faits et l'induction, d'accord à cet égard, repoussent l'hypothèse d'un mode spécial de développement, d'une cause plus cachée, plus active pour les ophthalmies épidémiques. Parmi les épidémies que j'ai indiquées ci-dessus, il y en a un certain nombre qui ont été bénignes, dans lesquelles la maladie a été très-légère; d'autres, au contraire, ont présenté un grand nombre de cas graves. Est-ce à dire aussi que la maladie n'était pas la même dans les deux cas? Et par cela seul qu'une affection sera plus grave dans une circonstance donnée, devons-nous en conclure qu'il y ait là autre chose qu'une différence de degré dans l'action de la cause ou dans celle du principe morbide? Je raisonne ici dans l'hypothèse de cas simples, dégagés de toute complication, et je n'hésite point à me prononcer en faveur de l'opinion qui classe les maladies suivant leurs espèces et non suivant leur gravité.

Le mémoire que nous avons sous les yeux contient sur cette question une discussion pleine d'intérêt, dans laquelle l'auteur fait voir que les dénominations d'ophthalmie puriforme, d'ophthalmie granuleuse, ne correspondent point à une affection différente de l'ophthalmie aiguë grave. Les faits et les opinions à cet égard sont bien connus, et je ne les énumérerai point ici. Je me demande seulement pourquoi le docteur Landi n'a point rapproché les cas aigus qu'on a observés en grand nombre à Florence, du mois de mai au mois de novembre 1849, des cas plus graves qui se sont présentés en décembre de la même année et en janvier 1850; il distingue, il est vrai, les premiers sous le nom d'ophthalmies rhumatismales, auxquelles ont succédé, à la fin de novembre, des ophthalmies catarrhales. Ce changement dans la gravité de la maladie a été précédé d'un changement brusque dans l'état météorologique de l'atmosphère; mais déjà vers le milieu de novembre le nombre des ophthalmies était trop considérable pour que l'épidémie ne fût pas constituée; il s'élevait au quart du nombre total des blessés. L'affection, très-légère au début, en mai, récidivait souvent et devenait de plus en plus difficile à guérir radicalement. L'absence de précautions hygiéniques, l'encombrement des troupes, les fatigues de la guerre, une nourriture insuffisante; toutes ces conditions auxquelles il faut ajouter celles qui échappent à l'observation, contribuèrent sans doute plus tard à donner à la maladie une gravité considérable; mais l'intensité de cette affection ne fut jamais excessive, puisque sur 1,061 cas entrés à l'hôpital de Castello pendant les huit mois qui constituent toute la période épidémique les insuccès ne s'élevèrent pas au delà des chiffres suivants: Perte des deux yeux, 6; perte d'un œil avec altération de la vision du côté opposé, 3; perte d'un œil, 9; altération d'un œil sans perte totale de la vue, 8; altération des deux yeux sans perte totale de la vision, 9; ce qui donne un total de 35 cas dans lesquels la vision a été complétement abolie ou plus ou moins lésée.

Je ne terminerai point cette revue sans faire un appel à l'expérience de nos confrères de l'armée d'Afrique et aux faits intéressants observés chaque jour par eux dans beaucoup de localités de l'Algérie où l'ophthalmie est endémique. La science possède aujourd'hui bon nombre de relations d'ophthalmies épidémiques, il serait intéressant de les comparer à des relations d'ophthalmies endémiques, et les petites localités où la population est agglomérée, telles que nos colonies agricoles, seraient très-intéressantes à étudier sous ce rapport. C'est ce qui résulte, du reste, d'une enquête minutieuse et de l'analyse approfondie des conditions de développement et du mode de propagation de cette affection dans tous les centres de population de la province de Constantine, faites pendant l'inspection médicale de cette province en 1851 par M. Michel Lévy. Ce travail, dont la publication serait d'un grand intérêt scientifique, dévoilerait d'une manière complète les conditions de développement de la maladie, ses procédés de multiplication, ses symptômes depuis les degrés les plus légers jusqu'aux cas les plus graves, et les moyens thérapeutiques les plus efficaces à opposer à ses progrès. Ma mémoire a puisé dans ces faits des éléments de conviction, et je veux, en terminant, déclarer ici dans quelles localités j'ai pu observer moi-même et quels documents j'ai consultés.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 18 avril 1853, M. Willemin, ex-médecin sanitaire à Damas, a été nommé deuxième inspecteur adjoint de l'établissement thermal de Vichy, en remplacement de M. Amable Dubois, nommé premier inspecteur-adjoint.

— Par décret du 10 avril 1853, M. Alphonse-Léopold Duprat (de Lunéville) a été nommé médecin aide-major de 2e classe à l'hôtel des Invalides.

— Par arrêté du 4 mai, M. le ministre de l'intérieur a promu M. Mazard, médecin de la maison centrale de Limoges, à la première classe de son emploi.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 12 mai 1853, M. Clos, docteur en médecine et ès sciences naturelles, est chargé du cours de botanique à la Faculté des sciences de Toulouse (chaire vacante).

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 9 mai, M. Jules Rivière de la Souchère, licencié ès sciences, pharmacien de première classe et professeur à la Faculté communale des sciences, a été nommé professeur de chimie et de pharmacie de Marseille.

— M. Bourgeois, pharmacien, aide-major de 1re classe à l'hôpital de Toulouse, est détaché à l'hôpital de Baréges, pendant la saison des eaux.

— M. Blad, chirurgien sous aide à l'hôpital de Saint-Omer, est désigné pour Bourbonne.

— Une cruelle épidémie ravage depuis un mois la jeune population de Marchiennes. Plus de 40 enfants, âgés de moins de 12 ans, ont succombé depuis quelques semaines à la rougeole; cette maladie est ordinairement accompagnée de bronchites et d'angines qui la rendent très-dangereuse. On cite telles maisons qui ont perdu jusqu'à trois enfants. Il est des jours où l'on fait jusqu'à six et sept enterrements d'enfants.

— Nous apprenons avec une vive satisfaction que les médecins de l'armée belge, voulant témoigner à M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé, toute leur reconnaissance pour les services qu'il a rendus à la médecine militaire, viennent de décider qu'une médaille serait frappée en son honneur.

Déjà de nombreuses listes de souscription circulent et sont couvertes de signatures. C'est M. Wiener, habile graveur, qui est chargé de l'exécution de cette médaille.

— M. le docteur Duchesne-Duparc a ouvert jeudi dernier son cours clinique sur les maladies de la peau, à son dispensaire de la rue Larrey, 8, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à onze heures précises du matin. (Tout est public et gratuit.)

— Nous apprenons que M. Ratisbonne, un des plus honorables citoyens de Strasbourg, vient de fonder un hôpital où seront admis les malades indigents du culte israélite de l'ancienne capitale de l'Alsace.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SURDI-MUTITÉ.

La discussion sur la surdi-mutité touche à sa fin. Quelque opinion qu'on se fasse sur le fond de la question et quelle que soit la manière dont l'Académie se prononce, cette discussion comptera parmi les plus importantes et les plus intéressantes dont se soit occupée la docte compagnie, soit par les lumières qu'elle aura répandues sur les points obscurs et litigieux du sujet, soit par la richesse et la variété des talents qui s'y sont montrés. Nous ne sommes pas bien sûr que le résultat final soit en proportion des efforts dépensés; nous n'osons pas même espérer que ce résultat, du moins dans ce qu'il aura d'officiel et de reconnu comme tel par l'assemblée, soit la vraie résultante des impulsions tentées dans la voie du progrès : ce serait une exception à laquelle les délibérations des corps savants n'ont que bien rarement abouti. Il faut donc se contenter de l'effet d'ensemble produit par le débat; et, à vrai dire, c'est toujours cet effet qui reste et qui déborde, pour les esprits élevés comme pour l'avenir, les conclusions officielles des Académies. Mais avant d'en venir à ces conclusions, dont la discussion a commencé, il nous reste à parler de deux orateurs qui ont occupé la plus grande partie de la dernière séance, et qui ont, à des points de vue et à des degrés bien différents, intéressé l'assemblée : nous voulons parler de MM. Gerdy et Bérard, tous deux, comme on sait, professeurs à la Faculté de médecine de Paris.

Ce n'est pas sans motif que nous rappelons, à l'occasion des discours prononcés par ces deux honorables membres, qu'ils appartiennent à l'École de médecine : c'est qu'en effet, pour le fond comme pour la forme, ils ont bien plus parlé en professeurs qu'en académiciens. Ils se sont difficilement affranchis des habitudes de la chaire. Obligés d'ordinaire à parler sur des sujets connus, à traiter ces sujets sous la forme dogmatique, ils contractent une certaine roideur d'esprit et d'idées qui les rend difficilement aptes à la véritable controverse scientifique. Pour eux, la question spéciale, le point de vue nouveau fait place à la question usuelle, nous dirions même banale, si quelques-uns n'avaient, par l'artifice de la forme, le talent de donner un air de nouveauté à ce qui est su et enseigné depuis des siècles. Qu'en résulte-t-il dans les discussions? C'est que, tout en rappelant d'excellentes choses qu'on aurait grand tort d'oublier, ils détournent l'attention du vrai but; ils encombrent la voie ouverte par d'autres; ils en ouvrent d'autres, mais latéralement si ce n'est en sens opposé; en un mot, comme on dit vulgairement, ils parlent à côté de la question. Ceci présenté d'une manière générale n'est applicable aux discours de MM. Gerdy et Bérard que dans la mesure où ils l'ont motivé. C'est plutôt un avertissement propre à faire juger l'impression produite par ces discours, qu'une critique en vue d'en diminuer le mérite; car si nous cherchons à faire voir le vrai côté en toute chose, nous tenons avant tout à n'être ni injuste ni désobligeant envers nos collègues.

Le discours de M. Gerdy porte sur une foule de points, mais surtout sur les différents modes d'expression comparés entre eux, et, dans leurs rapports avec la mimique et l'articulation ou la parole. Notre savant collègue, dont le talent d'improvisation, plein de mordant et d'accentuation, sait toujours le faire écouter, lui avait cette fois fait défaut. Obligé, à cause d'une indisposition, d'écrire et de faire lire par un collègue ce à quoi sa parole vibrante aurait donné du relief, il n'a pu être entendu ni même écouté. Le bruit des conversations nous a permis à peine de recueillir assez de bouts de phrases pour saisir l'idée. La distraction de l'assemblée peut s'expliquer, mais elle ne s'excuse pas. L'honorable membre eût mieux fait sans doute de s'abstenir que de se livrer à une foule de considérations philosophico-physiologiques, en dehors de la question; mais ses efforts et son zèle méritaient plus d'égards et de politesse. Nous profitons même de l'occasion pour reproduire ces paroles si pleines de sens et de bonté de l'excellent M. Adelon : « Une Académie doit toujours faire silence : c'est de la politesse envers celui qui parle et de la déférence pour ceux qui écoutent. » M. Gerdy et ceux qui, comme nous, avaient bonne envie de l'entendre, auraient eu grande raison de se plaindre de l'assemblée. Quoi qu'il en soit, et sous toutes réserves d'informations insuffisantes, nous nous permettrons quelques remarques sur la lecture de M. Gerdy.

Les orateurs entendus jusqu'ici dans la discussion pouvaient se rapporter à trois catégories : la première comprenant les partisans de la méthode allemande; la seconde, les partisans de la méthode française; la troisième, les orateurs flottants entre ces deux méthodes, qui n'ont dit ni oui ni non, ou qui ont dit tantôt oui, tantôt non. M. Gerdy forme à lui seul une quatrième catégorie, le véritable parti conservateur. En effet, notre savant collègue veut qu'on ne rejette, dans aucun cas, ni la mimique ni l'articulation, mais que l'on conserve et enseigne ces deux méthodes aux mêmes sujets indistinctement, sauf à chacun d'eux de se servir de celle qui lui conviendra, suivant son caractère, son goût, son aptitude et les circonstances. Plein de sympathie pour la parole envers laquelle il se montre justement reconnaissant, M. Gerdy ne professe pas une moins grande considération pour la mimique, qu'il appelle le *langage de l'humanité*. Dans sa profonde estime pour cette forme d'expression, il voudrait, entre autres choses nouvelles, que, pour faciliter l'enseignement de la mimique, on figurât, à l'aide de modèles en carton, comme M. Auzoux l'a imaginé pour l'anatomie, chaque signe, chaque mouvement des doigts et de la main. Cette conception ne manque pas d'originalité; mais peut être est-il plus difficile de la mettre à exécution que de la concevoir, et nous n'avons d'ailleurs qu'une conviction médiocre à l'endroit de son utilité et de son succès. S'il est possible, en effet, s'il est facile de modeler un poing fermé, des doigts recourbés ou une main étendue, il n'est pas aussi aisé de modeler les formes infinies et délicates qu'offrent la physionomie et la bouche dans les innombrables expressions de la mimique naturelle. Ce serait d'ailleurs se méprendre sur la véritable signification de la mimique. Les signes isolés les uns des autres sont comme les lettres mortes de l'alphabet; ils ne disent rien par eux-mêmes; leur véritable signification, c'est le mouvement qui les anime, qui les fait se diversifier, se succéder : en un mot, qui en fait un langage. Or comment représenter le mouvement? — Quant à l'utilité de ces représentations, elle est encore plus conjecturale. A quoi bon figurer, figer en quelque façon cette eau qui coule? n'est-ce pas comme si, pour apprendre à danser, à faire des ronds de jambe, on voulait modeler les différentes directions, les différentes formes de la jambe et du pied, les différents reliefs musculaires qu'ils affectent. Nous ne relevons cette double méprise du savant professeur que parce qu'elle nous a remis en mémoire une bien ancienne méthode anatomique, qu'il a imaginée à l'usage des peintres. M. Gerdy a toujours cru que pour être bon peintre, il fallait être

---

Feuilleton.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA PROSTITUTION EN ALGÉRIE, A PROPOS DU LIVRE DE M. LE Dr DUCHESNE, INTITULÉ : DE LA PROSTITUTION DANS LA VILLE D'ALGER DEPUIS LA CONQUÊTE,

(Suite et fin. — Voir le numéro 22.)

La prostitution, considérée dans ses rapports avec la civilisation, a suivi en Algérie une marche que l'histoire et l'expérience pouvaient facilement faire prévoir. Dans l'Europe civilisée et catholique, à mesure que la civilisation progresse, l'étalage et le scandale de la prostitution sont l'objet de lois de plus en plus répressives; son domaine est sinon de beaucoup rétreci, du moins plus nettement circonscrit; elle est tolérée et non plus autorisée; ulcère, émonctoire reconnu nécessaire, on la laisse subsister, on en profite, on s'en sert, mais on la cache aux yeux comme un spectacle dégoûtant. N'est-ce pas là sa condamnation, sa réprobation? Laïs, Aspasie, Phryné, ne seraient plus possibles aujourd'hui; Messaline serait insultée sous sa couronne. Qui oserait avouer de nos jours qu'il va passer une saison aux thermes de Baïa, l'immense lupanar de Rome ancienne? La maison de Ninon même, malgré le bon air et le grand esprit de cette haute courtisane, serait réputée un mauvais lieu. Rome moderne, si en retard sur le siècle de Léon X quant aux lettres et aux arts, mais plus avancée sous d'autres rapports, n'honorerait plus d'une épitaphe, dans une église, la courtisane Imperia (1), et ne permettrait plus à un bâtard de cardinal d'élever au tombeau à son père, *ob singulares ejus virtutes* (2). On voit qu'il faut-nous ranger au nombre des gens persuadés que le siècle se moralise réellement pour le fond, en sauvegardant de plus en plus la forme.

Ces phases morales, que les peuples parcourent dans leur longue évolution, se retrouvent plus brèves, mais toujours distinctes, dans un pays colonisé. Sans doute ce sont des gens civilisés qui viennent s'implanter, mais la civilisation se manifeste complètement alors seulement que les milieux sont en rapport avec l'homme. Or l'occupation d'Alger s'est faite, selon le commandant Pélissier, avec un désordre administratif dont on n'a pas d'exemple, même dans les temps les plus barbares (3). Ses premiers habitants ont été le soldat licencieux

(1) A l'église de Saint-Grégoire, à Rome. Voici l'inscription : *Imperia cortisana romana, quæ digna tanto nomine, raræ inter homines formæ specimen dedit*. Le néologisme *cortisana* est poli, au lieu du flétrissant *meretrix*.

(2) A Sainte-Marie de la Minerve. Le cardinal Bembo avait eu ce fils de la Morosina.

(3) ANNALES ALGÉRIENNES.

fort en anatomie, non pas en anatomie plastique, comme l'entendait l'art grec, mais en anatomie descriptive, de scalpel, de rapin d'amphithéâtre. Son projet de mimique *clastique* est, comme on voit, le digne frère de son anatomie *pittoresque*.

Quant à la méthode universelle que l'honorable professeur propose d'édifier en fusionnant la mimique ancienne avec l'articulation moderne, elle part sans doute d'un bon naturel et d'un esprit de conciliation digne des plus grands éloges. Nul doute que si, aux six années que réclame l'enseignement exclusif d'une des deux méthodes, il était possible d'en ajouter six autres; si d'ailleurs les sourds-muets, généralement peu pourvus du côté de l'intelligence, étaient des esprits à part; si enfin le genre humain tout entier consentait à placer dans l'éducation première un cours obligé de mimique et de dactylologie, nul doute que la méthode proposée par M. Gerdy ne devînt très-précieuse, très-générale, et ne prît légitimement la qualification de *langue de l'humanité*. Les trois conditions précitées sont déjà difficiles à réunir : il en est une quatrième sans laquelle notre savant collègue a compté, c'est la résistance et l'ingratitude des hommes à l'endroit du progrès. Il est donc à craindre que M. Gerdy reste longtemps seul partisan de sa méthode.

Nous regrettons de ne pouvoir donner la même attention aux autres parties de l'argumentation de M. Gerdy; mais nous courrions risque de lui attribuer, — comme il nous a paru le faire lui-même à notre endroit,— des opinions qu'il n'a pas.

M. Bérard n'a traité qu'un point du débat, mais il l'a traité, *con amore*, avec la supériorité de talent qu'on lui connaît, avec cette élocution gracieuse, abondante et limpide qui a fait sa fortune; mais aussi avec cette nature et cette quiétude d'esprit qui l'ont fait se complaire dans l'ordre de succès qu'il a conquis. Dès la lecture du rapport, le savant professeur ayant cru comprendre qu'on y avait admis, de loin ou de près, que les sourds-muets peuvent entendre par la peau, avait prononcé le mot d'*hérésie* physiologique. Il s'était élevé avec force contre cette prétention; et, malgré les dénégations du rapporteur, il s'était promis d'y revenir et d'en faire bonne et complète justice. Tel a été le motif et le texte du discours de M. Bérard.

Nous nous plaisons d'abord à reconnaître que, dans cette seconde oraison contre la prétention de faire suppléer le nerf acoustique absent par les nerfs de la sensibilité générale, le savant professeur a fait une légère concession. On se rappelle, en effet, ou du moins nous avons cru le comprendre ainsi avec bon nombre de personnes, que M. Bérard niait que les vibrations des corps sonores arrivassent au cerveau, chez les sourds-muets, par les nerfs qui s'épanouissent à la peau. Comme M. Bonnafond, il nous avait paru attribuer cette transmission uniquement aux solides du corps humain; si nous avons bonne mémoire, l'honorable président avait même cité comme exemple le sternum, et surtout les mâchoires, lorsqu'on place une montre entre les dents; la discussion n'a pas tardé à le faire réfléchir, et, soit prudence, soit bon sens, il a abandonné cette idée, si contraire à l'observation, pour celle qui laisse aux nerfs tactiles la faculté de transmettre l'impression du mouvement vibratoire, comme ils transmettent celle du choc, de la température, de la forme des objets, etc. Mais la concession de M. Bérard n'est pas allée au delà; et, dans sa seconde comme dans sa première allocution, il a lancé les foudres de son éloquence (bien peu vulnérables, il est vrai) contre ceux qui, sous le moindre prétexte, essayeraient de faire suppléer l'oreille par la peau. C'est ici que l'honorable professeur, obéissant à l'entraînement de l'habitude, a fait une agréable leçon sur la spécialité des sens, sur la propriété exclusive de l'oreille de produire la sensation auditive, de l'œil la sensation de la lumière, de la langue la sensation du goût, etc. Certes il n'est aucun académicien assez peu orthodoxe pour s'inscrire contre de pareilles vérités; et même on aurait pu les prendre pour des vérités d'un personnage très-connu pour la sûreté et la nouveauté de ses apophthegmes, si l'aimable professeur n'avait eu le talent de leur donner un air de nouveauté sous le charme de sa diction pure et fleurie. Mais en dirigeant son artillerie à la fois gracieuse et formidable contre des adversaires ailés, a-t-il touché le moins du monde à la question en litige? a-t-il montré, comme il aurait pu le faire, jusqu'où et à quel titre le toucher peut suppléer l'ouïe dans la transmission des impressions vibratoires au cerveau? a-t-il bien déterminé ce qui appartient à la généralité et à la spécificité de l'impression? Au contraire, n'a-t-il pas commis une confusion regrettable entre ce qui constitue le domaine exclusif de l'oreille et son domaine commun avec la peau? Enfin, sous le prétexte d'une hérésie physiologique, n'a-t-il pas rayé d'un trait de plume, et des observations pleines de finesse et d'avenir, et des applications d'une utilité immédiate? Notre opinion à cet égard n'est pas douteuse; mais en présence de l'accueil si flatteur que l'Académie a fait aux paroles du docte professeur, et en présence de la nouveauté et de la difficulté du sujet, nous nous abstiendrons, pour le moment, d'exprimer nos convictions, quoique nos convictions existent. Nous attendrons, pour les produire avec détail, que l'Académie, mieux informée, revenue de l'espèce de fascination produite par le langage plein de charme de son honorable président, ait été mise en demeure de se prononcer sur des idées différentes, présentées avec la simplicité de la science, et, nous l'espérons, avec l'autorité de la vérité.

Après l'allocution de M. Bérard, l'Académie a prononcé la clôture de la discussion générale. Comme c'était son droit, et malgré une assez vive opposition, M. le rapporteur a fait une espèce de réponse générale aux objections adressées au rapport. Nous regrettons de le dire, mais ce résumé n'a répondu à rien. Il a laissé les choses où elles étaient le jour de la lecture du rapport. Soit inattention ou défaut de bon vouloir, M. le rapporteur n'a tenu aucun compte des observations sérieuses mises en lumière par la discussion. Sous le prétexte que l'œuvre de la commission tout entière, ce qui ne peut le rendre meilleur ni plus complet, M. le rapporteur s'est renfermé dans sa dignité et son infaillibilité. Mais nous nous trompons : cette infaillibilité s'était réconfortée des avis et du concours personnel d'un membre, qui avait eu, entre autres avantages dans la discussion, d'amener l'inexpugnable rapporteur à capitulation. Ce compromis entre deux personnes agissant l'une comme au nom de l'Académie, l'autre comme au nom de la commission, quoique ni l'une ni l'autre n'eussent reçu de mandat, n'a pas porté d'heureux fruits. Ainsi que plusieurs personnes dans l'Académie et dans la presse l'ont fait remarquer, c'était un spectacle étrange de voir à la tribune un rapporteur officiel, et sur les bancs un rapporteur officieux, le premier lisant les questions ministérielles, le second les réponses à ces questions; le tout à la barbe de l'Académie et de la commission, tout ébahies d'un si harmonieux accord. Mais à l'ébahissement a succédé une prompte réflexion : tout le monde s'est aperçu que le produit de cet accouplement insolite n'était pas plus régulier que l'accouplement lui-même. Après le vote d'une première conclusion, que nous avions combattue comme vague, incomplète, sinon contradictoire, l'Académie, sur notre proposition, a renvoyé le rapport et les deux rappor-

---

et le colon suspect; une immense liberté était accordée à chacun, et l'on en profitait à qui mieux mieux pour se jeter dans les plus grands excentricités; il n'y avait ni arts, ni science, ni société, ni religion, ni étude, en un mot, aucun lien moral ni intellectuel; on ne voyait que des bordes tapageuses réunies pour et par le plaisir, oubliant dans les jouissances du corps l'ennui, les fatigues et les dangers des expéditions. Le colon ne songeait qu'à amasser quelques sous pour s'en aller ensuite, le soldat qu'à gagner une épaulette ou un ruban; chacun tirait à soi sans s'inquiéter du prochain, bien moins encore de la chose publique; il y avait, en un mot, beaucoup d'hommes, mais pas de société; beaucoup de préoccupations individuelles, aucune idée sociale; des sabres et point de gouvernement; des projets d'un jour et point de colonisation; des cabaretiers et point de cultivateurs; de la civilisation isolée, perdue, improductive chez les individus, mais point dans les choses, ni dans les rapports, ni dans les produits. Voilà Alger et les autres villes de l'Afrique française après la conquête! Dans ce désordre, dans ce chaos général de mœurs et d'institutions, la prostitution ne pouvait manquer d'être publique, libre, audacieuse, de courir nue par les rues, échevelée et sans frein, cavale frémissante, indomptée, que jeunes et vieux enfourchaient au passage, et qui les emportait éblouis, éperdus, dans des régions inconnues.

Nos colonies de l'Amérique septentrionale, notamment la Nouvelle-Orléans, ont présenté, à leur origine, un spectacle qui, bien que différent de celui que nous offre l'Algérie, n'en a pas moins une signification morale tout à fait semblable; il établit également que les colonies naissantes ont une si grande tolérance en morale, que les actes réputés honteux, ignobles, dégradants par une société bien formée, n'ont plus du tout la même signification à ses yeux : nous voulons parler des cargaisons de courtisanes et de prostituées qu'on envoyait alors au Nouveau-Monde, où elles trouvaient immédiatement des époux, non-seulement parmi les gens de rien et les nécessiteux, mais aussi parmi une classe plus relevée et plus aisée. Que de puissantes familles de ces contrées lointaines trouveraient une tache au lieu du blason dont elles se parent, si elles voulaient remonter à leur origine!

Ces faits historiques, auxquels nous pourrions en joindre d'autres, contiennent, à notre avis, un enseignement de haute portée. Les conditions toutes spéciales dans lesquelles se trouve une société transportée dans un pays sauvage récemment conquis, engendrent naturellement et comme forcément un autre ordre d'idées morales, qui peut-être ne seraient, à tout bien considérer, que la traduction des besoins réels de cette société naissante. Ce qui s'est passé à la Nouvelle-Orléans doit certainement être envisagé à ce point de vue : où la perpétuité de la colonie était impossible, où il fallait former la famille; or celle-ci n'ayant pas pu se recruter d'éléments honnêtes, il a fallu la constituer à tout prix à l'aide de femmes sans mœurs. Dans tous les temps la nécessité a amené provisoirement un état anormal, qui plus tard a fait place à la régularité : Jacob épouse successivement, à une semaine d'intervalle, ses deux cousines germaines, Lia et Rachel, et ces deux sœurs livrent volontairement à leur mari commun leurs plus jeunes servantes, afin d'enrichir la famille d'une postérité nombreuse. Ainsi parle la Genèse. Et les filles de Loth, les plus chastes personnes de Sodome, n'enivrent-elles pas leur père pour en faire leur amant? Dans ces siècles déserts, il fallait des descendants à tout prix, fussent des Amalécites.

teurs devant la commission. Il faut espérer qu'une révision complète, approfondie, impartiale des différents projets des conclusions aura pour résultat quelque chose de grave et de sérieux, de digne enfin de la question et du corps savant appelé à en délibérer. C'est ce qu'on verra dans la prochaine séance.

J. Guérin.

PATHOLOGIE INTERNE.

NOTE SUR UN CAS D'HYPERTROPHIE DE LA RATE ET D'ALTÉRATION DU SANG CONSISTANT EN UNE AUGMENTATION DES GLOBULES BLANCS; par M. le docteur Leudet, interne des hôpitaux.

En 1845, un journal allemand nous faisait connaître une nouvelle altération du sang consistant dans une augmentation considérable de la quantité des globules blancs. Dans ce travail, publié par le docteur Virchow (Froriep's notiz., 1845, n° 780), l'auteur établissait déjà avec exactitude la nature de l'altération du sang, puis sa relation avec les gonflements chroniques de la rate. Les années suivantes deux nouveaux mémoires du même auteur (Medic. vereinszeit, 1846, n°s 34 et 36, 1847, n°s 3 et 4) firent connaître d'autres faits semblables qui provoquèrent d'abord quelques dissentiments relativement à la nature même des globules trouvés dans le sang, mais finirent par entraîner la même conviction chez la plupart des médecins qui s'occupèrent du même sujet : tels sont H. Meckel (Zeitschrift fur Psychiat., 1847) et S. Vogel (Canstatt Jahresbericht fur 1846).

Nous devons encore à M. Virchow une publication sur ce sujet (Archiv. fur path. anat., Bd. 1, hft. 3, s. 567).

Peu de temps après la publication du premier mémoire de Virchow, en décembre 1845, M. Fuller constatait, à l'hôpital Saint-George de Londres, la coïncidence de l'hypertrophie de la rate avec une altération spéciale du sang dans lequel existaient un grand nombre de corpuscules blancs, qu'il décrit sans les assimiler aux globules blancs du sang (Lond. med. gaz., septembre 1846, analysé in Arch. gén. de méd., sér. iv, t. XIII, p. 241). Les faits de ce genre furent observés simultanément par plusieurs auteurs en Angleterre, à Londres par MM. Parkes, Walshe, à Édimbourg par MM. Bennet, Christison. J'ajouterai à cette bibliographie un nouveau fait publié à la fin de l'année 1851 par le professeur S. Vogel, de Giessen (Arch. fur path. anat., Bd. 1, hft. 3, s. 567).

J'ai vainement cherché dans les ouvrages de nos compatriotes une mention quelconque de la maladie singulière qui nous occupe ici; sans aucun doute on ne peut compter parmi les faits certains que ceux où le sang a été soumis à un examen microscopique; cependant si l'on admet, comme nous chercherons à le prouver ailleurs et comme M. H. Bennet le montrait déjà dans une communication qu'il a faite l'an dernier, que ces lésions anatomiques se traduisent pendant la vie par un cortége de symptômes tranchés, nous pourrons peut-être assimiler à ces cas plusieurs faits qui avant l'application de la microscopie à l'anatomie morbide étaient demeurés sans explication. Ainsi, en 1836, dans un mémoire sur l'engorgement et l'hypertrophie de la rate (Arch. gén. de méd., sér. iii, t. I, p. 329), on parle d'un homme de 32 ans atteint d'accidents de suffocation avec crachement de sang, amaigri et tombé dans un affaiblissement marqué qui, sans jamais avoir été atteint de fièvres intermittentes, présentait une tuméfaction considérable de la rate. A l'autopsie, on trouva un grand nombre de parties jaunâtres dans le sang.

Ce n'est qu'avec beaucoup d'hésitation que j'ai indiqué ce fait; je dois ajouter immédiatement que la maladie qui fait l'objet de ce travail avait été observée en 1840 déjà par M. Barth à l'Hôtel-Dieu (communication orale). C'était une femme adulte, malade depuis six mois environ, chez laquelle existait une surdité des plus marquées qui empêcha de recueillir des renseignements exacts sur ses antécédents. Cette femme portait dans l'abdomen une tumeur appartenant à la rate et descendant jusqu'au niveau de la crête iliaque gauche; le foie était également développé, la mort survint à la suite d'accidents d'entérite. A l'autopsie, on trouva la rate très-volumineuse, ferme et dure; le sang, d'une couleur chocolat, fut soumis à l'examen microscopique par M. Donné qui en communiqua le résultat à M. Barth. On y avait constaté la présence d'un grand nombre de globules blancs grenus qui se trouvent à l'état normal dans le sang.

Malheureusement ce fait ne fut pas publié et l'honneur revient aux anatomo-pathologistes allemands d'avoir attiré l'attention des médecins sur ce sujet.

M. Bennet (d'Édimbourg) vous a entretenus l'an dernier des symptômes principaux de cette altération du sang qu'il nomme leucocythémie (Bull. Soc. biologie, 1851); je ne ferai que rappeler en quelques mots ses principales conclusions développées depuis dans le Journal d'Édimbourg. L'hypertrophie de la rate lui a paru un fait presque constant; cependant elle coïncide souvent avec un développement anormal du foie, en même temps aussi qu'un développement morbide des ganglions lymphatiques En 1847, Virchow, qui avait déjà reconnu la liaison de ces diverses altérations, publiait un fait remarquable où l'hypertrophie portait uniquement sur les ganglions lymphatiques.

Depuis ces recherches de Virchow, Vogel et Bennet, les faits nouveaux n'ont fait que corroborer leurs opinions; toujours la leukæmie ou leucocythémie se rencontrait sur un sujet offrant simultanément ou isolément un développement morbide des glandes suivantes : rate, foie, ganglions lymphatiques.

Parmi les antécédents, on a toujours noté l'absence de fièvres intermittentes.

Les symptômes se divisent en trois groupes : ceux du début, ceux de la période d'augmentation, ceux de la maladie confirmée. Les premiers sont locaux, le développement de l'organe glandulaire se fait isolément, sans troubles sympathiques dans les autres organes, puis surviennent des phénomènes de cachexie, caractérisée par un affaiblissement général des forces, des accidents de chlorose, bruits de souffle vasculaires hémorrhagies par les membranes muqueuses, dyspnée plus ou moins grande, et enfin la terminaison fatale survient ordinairement par l'intestin.

Vouloir retrouver dans chaque cas séparément l'ensemble de ces symptômes morbides serait commettre un non-sens médical; mais on suit toujours les divers ordres de symptômes que nous avons signalés.

Peut-on, dans ce cas, arriver avant la mort au diagnostic? Nous pouvons l'affirmer. Vogel (loc. cit.) reconnut pendant la vie la nature de la maladie;

Il faut donc, lorsqu'on veut juger l'état moral d'une société naissante, se placer au point de vue particulier de cet ordre de choses nouveau, et ne point chercher son *criterium* dans une société déjà vieille et fonctionnant régulièrement. Quelque monstrueux que nous semblent les actes commis dans nos colonies, ou à l'origine des peuples, il faut se garder de les condamner par cela seul qu'ils seraient condamnables chez nous.

Ces considérations commandent sans aucun doute l'indulgence à l'égard des mœurs algériennes; mais ici il faut établir une distinction. La grande extension qu'a prise le concubinage pendant l'époque que nous avons appelée de transition nous semble le résultat d'un véritable besoin de la société, qui ne peut se perpétuer que par des unions, licites ou illicites; mais la première période, celle de la prostitution générale publique et éhontée, n'a jamais eu de raison d'être, et l'on ne saurait trop la flétrir.

Une autre question générale est celle de l'influence de notre conquête sur les mœurs des indigènes. M. Duchesne a écrit, sous ce titre, un chapitre trop court, mais très-vrai. L'auteur a parfaitement saisi et bien exprimé le changement que notre occupation a apporté ou tend à introduire tous les jours dans les mœurs des populations non françaises.

« Les prostituées étaient jadis isolées, en rapport avec des hommes ardents, mais non libertins. L'arrivée de notre armée et l'arrêté du 11 août 1830 ont commencé à modifier cette situation. Les lupanars se sont organisés comme en France, et l'enseignement mutuel du vice s'est trouvé continué sous nos auspices. Les prostituées indigènes ont appris et pratiqué ces raffinements de débauche des filles publiques étrangères avec lesquelles elles se sont trouvées en contact, soit dans les maisons de tolérance, soit au dispensaire, ou bien elles ont dû se prêter à tous les goûts dépravés que leur apportèrent nos jeunes soldats, il faut même le dire, nos jeunes officiers. » Nous ajouterons les vieux. « Au délire des sens, qui peut souiller le corps sans corrompre radicalement l'âme, il vient s'accoler ce libertinage des impuissants et des blasés qui renouvelle la métamorphose de Nabuchodonosor et détruit toute dignité humaine. »

Tout cela est très-vrai. La prostituée indigène était de beaucoup moins dégradée que la nôtre, avant la conquête. Non-seulement la prostitution ne constituait presque point une tache aux yeux de la loi et de la société, à telle enseigne que la fille publique rentrée dans sa famille était admise au foyer, retrouvait les mêmes affections et se mariait souvent d'une manière fort avantageuse; mais la prostituée avait pour ainsi dire sa chasteté à elle. Par misère, calcul ou passion, elle se livrait aux hommes; mais ceux-ci ne songeaient à lui demander et elle ne pensait à leur offrir que l'acte même de la copulation, ou quelquefois la sodomie, accointance passée dans les mœurs algériennes, et qu'il ne faut point, dans la circonstance et pour le moment, juger à notre point de vue. En un mot, des êtres ardents, passionnés, se trouvaient en rapport et se satisfaisaient; mais le libertinage, le raffinement des jouissances, les inventions étranges des blasés, n'étaient point de la partie. Bien autre est trop souvent le Français, qui demande plus qu'une satisfaction naturelle et auquel la débauche inventive de certaines classes de filles présente, au choix ou successivement, une foule de monstruosités et d'impudiques manœuvres. Or le contact des prostituées françaises et indigènes a nécessairement été un apprentissage qui a porté une rude atteinte à leur primitive chasteté relative, et le commerce des militaires et des colons et venu bien-

on tira de la veine une petite quantité de sang dont l'examen chimique et microscopique confirma le diagnostic formulé sur l'examen des symptômes. Dans le cas que nous avons observé, nous étions arrivés de la même manière à émettre l'opinion d'une leucocythémie probable; malheureusement l'extraction du sang ajournée plusieurs jours ne fut plus possible ensuite.

C'est ce fait que nous communiquons ici; il nous manque l'examen du sang pendant la vie, puis aussi l'étude chimique de ce liquide après la mort.

Obs. — Martin (Catherine), âgée de 30 ans, lingère, d'une taille peu élevée, muscles peu développés, yeux bruns, cheveux bruns, face pâle, maigre, entre le 27 février 1852 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 5 (service de M. Rayer). Martin rapporte avoir joui constamment jusqu'à l'âge de 22 ans d'une bonne santé; il y a quatre ans elle fut atteinte d'une éruption varioliforme qui a laissé peu de traces; dans son enfance, elle avait été vaccinée et en porte aux deux bras des traces manifestes. Réglée à l'âge de 15 ans sans aucun malaise préalable ou concomitant, Martin a toujours vu ses époques menstruelles revenir à des époques régulières; l'écoulement sanguin est peu abondant et ne dure en général que deux jours. Il y a deux ans et demi, Martin est accouchée à terme; elle était primipare.

Depuis dix ans Martin habite Paris; cependant dans cet intervalle elle est allée pendant trois ans dans son pays à Issoun. Les logements qu'elle habitait à Paris étaient toujours salubres; à la campagne où elle a vécu deux ans (département de la Côte-d'Or), il n'existe que plusieurs petits ruisseaux d'eau courante et deux étangs, jamais à sec et situés à une assez grande distance. Fréquemment elle a été en butte aux mauvais traitements de son mari; mais elle ne peut dire si les coups ont porté sur l'abdomen, du moins ils n'ont jamais occasionné dans cette région une douleur qui, par sa continuité ou son intensité, ait fixé l'attention. Sa mère est morte à 55 ans, d'une maladie dont elle ne peut définir la nature et qui a duré cinq à six mois; elle a eu six frères et deux sœurs, dont l'une a succombé à 4 ans, l'autre à 22 à la suite de couche. Dans sa famille personne, suivant elle, n'aurait eu de fièvres intermittentes ou d'engorgement des viscères abdominaux ou même d'œdème des membres inférieurs.

Jamais Martin n'a été atteinte de fièvres intermittentes; jamais elle n'a eu d'hémoptysie, d'écoulement de sang par les selles; rarement elle a des épistaxis; ses gencives sont fermes, non congestionnées, non saignantes; ses dents blanches, nombreuses et solidement fixées dans les alvéoles.

Le début de la maladie remonte à la dernière période de sa grossesse, c'est-à-dire il y a deux ans et demi. Au début de la gestation, quelques étourdissements se manifestèrent; ils ne s'accompagnèrent jamais de vomissements, d'œdème des membres inférieurs et d'altération notable de sa santé, ils se dissipèrent rapidement d'eux-mêmes. Aucune douleur ne fut perçue dans l'abdomen. La grossesse se termina à son époque ordinaire; l'expulsion du fœtus fut spontanée après des douleurs qui ne durèrent que quatre heures. Les suites immédiates de couches furent très-heureuses, et au bout de dix jours Martin était complétement rétablie, pouvant se livrer à ses occupations ordinaires.

Deux ou trois semaines après son accouchement, sans éprouver aucun dérangement dans sa santé, Martin remarqua une tumeur dure, indolore, qui se développait au-dessous des fausses côtes gauches; elle acquit en deux mois le volume qu'elle présente lors de l'admission de la malade à l'hôpital. Depuis cette époque, la tumeur était demeurée constamment stationnaire, n'occasionnant qu'un sentiment de gêne et de douleur gravative dans la marche prolongée; elle attribue aussi à cet accroissement de volume du ventre l'essoufflement qu'elle ressent depuis plusieurs mois, surtout en montant un escalier. Jamais Martin n'a été obligée jusqu'à la fin de 1851 de suspendre ses travaux; son appétit et ses digestions étaient bons, seulement depuis plusieurs mois elle remarquait une diminution marquée dans son embonpoint.

Vers la fin du mois de décembre 1851, il se manifesta une diminution marquée des forces, avec sueurs survenant sous l'influence du plus léger effort et même pendant le sommeil, souvent assez abondantes pour nécessiter le changement du linge de corps. Aucune douleur n'existait dans l'abdomen ou dans le thorax; il y avait un peu de toux, sans expectoration notable. L'appétit demeurait bon et les digestions normales.

Ces accidents firent entrer la malade dans les premiers jours du mois de janvier 1852 à l'hôpital de la Charité (service de M. Briquet); elle y demeura dix-neuf jours et fut traitée par le sulfate de quinine associé au fer. Sous l'influence de ces agents thérapeutiques, le volume de la tumeur abdominale ne subit aucune diminution, l'affaiblissement s'accrut graduellement.

La malade vit les accidents signalés plus haut s'aggraver successivement pendant son séjour hors de l'hôpital; il s'y joignit un malaise marqué avec quelques frissons et de l'augmentation de la chaleur, surtout le soir, puis un œdème du membre inférieur gauche, commençant par l'aine et s'accompagnant d'élancements dans le creux poplité.

Le 27 février 1852, elle fut soumise pour la première fois à notre examen; nous la trouvâmes alors dans l'état suivant: le ventre est volumineux; la paroi abdominale soulevée à gauche par une tumeur qui donne à la percussion une matité marquée et complète, remontant en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du mamelon gauche et en bas descendant jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure; en dedans elle atteint, mais ne dépasse pas l'ombilic. La surface de la tumeur est lisse, sans aucune saillie partielle; son bord inférieur est lisse et arrondi; le bord antérieur et interne est un peu tranchant et tourné en avant, échancré dans son tiers inférieur par une large perte de substance. Cette tumeur est ferme, non fluctuante; on ne sent aucun frémissement hydatique à son niveau. A droite, le foie ne fait pas saillie au-dessous des fausses côtes droites; on sent manifestement le lobe gauche qui se continue, ou du moins touche immédiatement la tumeur droite dans le côté gauche de l'abdomen. Sous l'influence des changements de position, la situation de la tumeur ne se modifie pas sensiblement, elle ne gagne jamais le côté droit du ventre. Pas d'épanchement ascitique dans l'abdomen; les intestins sont distendus par une assez grande quantité de gaz donnant un son tympanique à la percussion. Jamais Martin n'éprouve de vomissements; son appétit est assez bon et satisfait en général par une quantité d'aliments qu'elle compare à deux portions d'hôpital; fréquemment elle a des alternatives de diarrhée et de constipation; mais jamais les flux abdominaux n'ont une longue durée. Depuis le commencement du mois, elle s'est aperçue sans cause connue d'un peu d'affaiblissement de la voix qui est faible par moments, rauque; la déglutition des solides et des liquides ne cause néanmoins aucune douleur. En examinant l'arrière bouche, on ne trouve aucune tuméfaction du voile ou des amygdales, pas de rougeur. La palpation du larynx ou de la trachée ne provoque aucune douleur. Toux depuis le commencement de l'année, accompagnée parfois d'une expectoration muqueuse incolore, jamais sanguinolente. Cette toux revient souvent par quintes incommodes dans la soirée. Par la percussion, on n'obtient aucune matité marquée dans aucun point du thorax. A l'auscultation, la respiration est un peu plus rude sous la clavicule droite que sous la gauche, non bronchique, mêlée de quelques râles sibilants que l'on retrouve peu nombreux dans divers points du poumon et à sa base également des deux côtés, mais qui disparaissent presque tous après la toux.

Martin éprouve, depuis plusieurs mois déjà, des battements de cœur incommodes quand elle se livre à un effort quelconque, violent, ou sous l'influence d'une émotion morale vive; la pointe du cœur n'est pas déplacée, les battements sont assez énergiques, clairs; le premier bruit, au niveau de l'orifice aortique, accompagné d'un bruit de souffle doux qu'on retrouve intermittent dans le côté gauche du cou; à droite, au contraire, il est continu, avec renforcement; quand on comprime à droite les veines jugulaires au-dessus du stéthoscope, le bruit de souffle continu à renforcement cesse de se faire entendre, et l'on ne perçoit plus qu'un souffle intermittent doux. Peau pâle et un peu sèche; le pouls est à 96, peu large, mais dur.

---

tôt leur offrir de fréquentes occasions de pratiquer ces hideux enseignements. Cette gangrène n'a pourtant pas fait autant de progrès qu'on l'aurait pu supposer *à priori;* j'en appelle à ce dicton naïf et bien significatif qui s'échappe souvent de la bouche des expérimentés: *Les Mauresques ni les juives ne savent rien faire.* Puisque nous en sommes à ce sujet, disons ou plutôt répétons, car nous l'avons déjà écrit ailleurs, que les filles espagnoles, si nombreuses dans la province d'Oran surtout, sont également moins dégradées que les Françaises, et, malgré les pernicieux exemples, ont beaucoup de cette réserve qui caractérisait primitivement et caractérise encore jusqu'à un certain point les prostituées indigènes.

Nous avons dit que, d'une part, la prostitution ne frappe point la femme d'une complète déchéance en Algérie, et que, d'autre part, la sodomie est dans les mœurs des indigènes. Mais, et ceci a une haute portée morale, on n'a point la même indulgence pour celle-ci que pour celle-là. Se faire mignon est souvent un lucratif métier; mais il entache toujours d'infamie et d'ignominie. La plus grande injure qu'on puisse jeter à la face de quelqu'un, c'est ce terme, sous une forme plus crue. La loi admet le divorce quand un mari force sa femme à se laisser sodomiser. L'épouse outragée se rend devant le cadi, et sans dire mot se met à genoux, et pose sa pantoufle devant elle, la semelle en haut, significative allusion que le juge comprend à l'instant. Nous le répétons, cette condamnation de la sodomie est un fait de haute portée. La prostitution n'est qu'un acte naturel accompli hors des circonstances autorisées par une société régulière; aussi peut-elle réclamer de l'indulgence et même le pardon quand elle est suivie du repentir; mais la sodomie, accouplement contre nature, sans but, sans produit possible, est flétrie par le sens moral inné des masses, quand même la perversion lui fournit les moyens de vivre.

Le nombre des filles publiques est, relativement à la population, plus considérable à Alger que dans nos grandes villes de France. Ajoutons que le concubinage y est également plus commun, même encore aujourd'hui, et n'oublions pas qu'un trop grand nombre de sodomisés desservent aussi les passions, circonstances qui augmentent le chiffre des individus servant aux plaisirs du public. Les causes de cette proportion élevée sont multiples, et, à notre sens, doivent être cherchées dans les circonstances suivantes: influence et nombre des militaires, arrivages de femmes sans ressources, ruine de nombreuses familles qui sont débarquées avec un petit avoir bientôt dissipé, périclitation ou perte de fortune de beaucoup d'indigènes, évidente corruption de mœurs, tolérance de l'opinion publique, éloignement de la famille, surabondance des célibataires, etc.

D'après M. Duchesne, il y a actuellement à Alger 300 prostituées pour 25,000 habitants, tandis que Paris n'en compte que 4,000 sur une population totale de 900,000 âmes; ce qui donnerait, dans la métropole, 0,60 prostituées 0/0 habitants, et 1,20 0/0 à Alger, c'est-à-dire le double.

Quittons maintenant ces questions générales, qui pourraient d'ailleurs nous entraîner trop loin, pour donner une idée des matières traitées dans l'ouvrage de M. Duchesne.

Il passe soigneusement en revue, dans autant de chapitres à part, tout ce qui concerne la fille publique, au point de vue moral et pathologique. Il s'informe de leur âge, des causes de leur dégradation, de leur profession anté-

Pendant la nuit et dans le sommeil, Martin est souvent affectée de sueurs abondantes qui nécessitent dans certaines nuits, à trois reprises, le changement du linge de corps. La jambe gauche est œdématiée dans toute sa longueur, principalement à la partie postérieure et interne de la coisse, puis au mollet: c'est un œdème dépressible, douloureux alors, sans tuméfaction des cordons veineux, qu'on ne sent pas plus manifestement à gauche qu'à droite. Les battements artériels sont également perçus dans les deux membres inférieurs, qui ont la même température évaluée à la main. (Limonade, 2 pots; fomentations émollientes sur le membre œdématié; une bouteille d'eau de Vichy; 2 portions.)

Pendant toute la durée du mois de mars, les symptômes demeurent les mêmes: les sueurs persistent, ainsi que l'altération de la voix et la toux. Martin, levée la plus grande partie de la journée, mange deux portions avec appétit; sa soif est assez marquée; souvent, sans cause appréciable, elle éprouve, dans l'après-midi, une augmentation marquée de la chaleur cutanée avec accélération du pouls. Pas de douleurs entre les épaules; l'auscultation et la percussion ne fournissent aucun symptôme rationnel de tuberculisation pulmonaire. Plusieurs fois la malade eut pendant plusieurs jours un peu de diarrhée qui cessait bientôt. L'urine, examinée à plusieurs reprises, ne présentait aucun sédiment déposé spontanément, aucun dépôt morbide sous l'influence des réactifs propres à révéler la présence du sucre ou de l'albumine.

Le 7 avril, la diarrhée revint avec plus d'intensité, les selles se répétèrent jusqu'à douze fois dans les vingt-quatre heures. (Riz gom.; 2/4 lav. laud. Syd., 12 gouttes dans chaque; 2 bouillons.)

Les jours suivants, les évacuations alvines persistèrent avec la même abondance, s'accompagnant d'un affaiblissement marqué de diminution de l'appétit, sans coliques; les matières rendues par les selles étaient presque aqueuses, légèrement jaunâtres, tenant en suspension des matières comme floconneuses.

Le 17 avril, la malade succomba après un affaiblissement progressif.

OUVERTURE DU CADAVRE 23 HEURES APRÈS LA MORT. — Un peu de roideur cadavérique.

Pas d'injection des méninges, épanchement sous-arachnoïdien médiocrement abondant; cerveau sans adhérences aux méninges, d'une bonne consistance; pas d'épanchement dans les ventricules.

Les poumons adhèrent, au moyen de liens celluleux anciens, le gauche à la paroi costale de la plèvre dans ses tiers inférieur et externe, le droit dans ses deux tiers inférieurs. Pas de tubercules; un peu de congestion et d'engouement dans deux poumons à leur base.

Un demi-verre environ d'un épanchement citrin transparent est contenu dans le péricarde. Le cœur est d'un vo ume ordinaire, son tissu mou, nullement chargé de graisse; les valvules auriculo-ventriculaires et artérielles étaient saines.

Le sang contenu dans les vaisseaux était abondant, surtout dans les veines; sa couleur était partout identique, comparable à celle du chocolat, aussi bien dans les veines du système abdominal que dans les sinus cérébraux ou dans le cœur; nulle part on ne trouvait de sang noirâtre coagulé; dans la masse qui offrait une teinte chocolat clair et était coagulée sous forme d'une matière crémeuse se rencontraient des coagulations incomplètes, blanchâtres, semi-molles, quelques-unes du volume d'un gros pois, d'autres beaucoup moins considérables et ressemblant à de petits points blanchâtres se détachant au milieu d'un fond plus coloré.

La paroi des veines était saine, nulle part on ne trouvait d'injection manifeste de la tunique externe ou de coagulations oblitérant plus ou moins complétement leur canal.

Examiné au microscope, le sang de ce sujet offrait partout le même aspect; dans les petites masses blanchâtres, on retrouvait à peine sous le champ du microscope trois ou quatre globules rouges caractéristiques, quelques-uns déformés, irréguliers, puis un nombre considérable de globules blancs un peu grenus à leur surface, à parois bien nettement tranchées et contenant un ou deux noyaux. Ces globules avaient tous les caractères des globules blancs du sang, et MM. Lebert et Galliet, qui ont bien voulu répéter cet examen sont arrivés au même résultat.

Le larynx était sain.

La cavité abdominale contenait environ un quart de litre d'une sérosité claire, citrine, transparente.

La rate était placée de champ dans l'abdomen; son grand diamètre dirigé de haut en bas, son bord tranchant tourné en avant; elle descendait en bas jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure; en haut, elle atteignait la cinquième côte; elle était en rapport en dehors avec la paroi costale, en haut avec le diaphragme refoulé, en dedans avec l'estomac et le lobe gauche du foie, en bas elle était fixée par des liens celluleux forts au colon transverse et descendant; les mêmes adhérences celluleuses la fixaient au diaphragme et à la paroi costale externe. Au niveau de son tiers inférieur, le long de son bord interne, la rate offrait une échancrure marquée. Le hile tourné en dedans et un peu en arrière était occupé par des ganglions assez volumineux, blanchâtres, nullement ramollis. Les veines mésentériques, splénique et porte, à peine un peu dilatées, contenaient un sang couleur de chocolat, identique à celui que l'on rencontrait dans les autres veines du corps.

Aucun caillot oblitérant ne se rencontre dans les artères ou veines du membre inférieur droit ou gauche.

La rate a les dimensions suivantes:

Hauteur, 0m,30; largeur, 0m,175; épaisseur, 0m,065.

Circonférence dans le sens du grand diamètre, 0m,64.

Id., id. du petit diamètre, 0m,38.

La membrane d'enveloppe présente, au niveau des adhérences qui fixent la rate à la paroi latérale et externe du thorax un épaississement blanchâtre nacré. La rate même est très-pesante, d'une consistance très-ferme, comparable à celle du jambon, se laissant couper par tranches d'un brun rougeâtre foncé.

Le foie est assez volumineux.

Hauteur, 0m,26 (lobe droit); 0m,185 (lobe gauche).

Largeur, 0m,275; épaisseur, 0m,07 (lobe droit).

Sa surface est lisse, sa couleur lie de vin claire, sa substance médiocrement ferme, non congestionnée.

Le sang avait l'aspect décrit plus haut, également dans l'intérieur du foie ou de la rate.

La vésicule biliaire, saine, contenait une bile peu abondante, claire, non filante.

Les reins étaient sains.

Les ganglions lymphatiques placés sur le trajet de la veine cave inférieure dans le bassin sont augmentés de volume, d'un blanc un peu jaunâtre, nullement ramollis.

L'intestin grêle, comme l'estomac, n'offraient aucune lésion; la muqueuse du gros intestin était, dans toute son étendue, rougeâtre, ramollie, sans ulcérations, quelques follicules isolés à peine saillants.

Les organes urinaires et l'utérus étaient sains.

Le fait que je viens d'exposer ressemble de la manière la plus frappante à celui qui a été publié à la fin de l'année précédente par J. Vogel. Les dimensions de la rate, dans ce dernier cas, étaient presque identiques, puisqu'elles avaient en hauteur 0m,30; en largeur, 0m,18; en épaisseur, 0m,11. L'examen microscopique fournit des résultats identiques à ceux que nous avons obtenus; l'examen chimique fut fait par M. le docteur Strecker, sous la surveillance de Liébig, on trouva:

Eau augmentée de quantité, 815,8 au lieu de 779; les globules avaient diminué de poids (97,4 au lieu de 141).

La fibrine augmentée (4,46 au lieu de 2).

---

rieure; il s'enquiert de leurs défauts et vices, les suit dans leurs passe-temps et leurs plaisirs, scrute leurs sentiments religieux, étudie les altérations que leur triste état apporte dans leur santé, etc., etc. Sur tous ces chefs, en établissant une comparaison entre ce qui se passe chez nous et ce qui a lieu en Algérie, on trouve des différences et des analogies.

Les prostituées indigènes sont moins gourmandes que les Françaises, chez lesquelles Parent Duchâtelet a signalé ce défaut, mais elles recherchent le vin et les liqueurs. M. Duchesne range, sous le rapport de la gourmandise, les Espagnoles avec les Françaises. Ce que nous avons vu à Oran ne nous permet pas d'être de cet avis; l'Espagnole, là au moins où nous l'avons étudiée, est et demeure assez sobre quant aux aliments solides et même quant aux spiritueux. Comme chez nous, toutes ces filles perdues aiment la danse et les divertissements.

Le sentiment religieux éteint chez les Françaises n'est point anéanti chez les indigènes, ni chez les Espagnoles, comme nous en avons nous-même fait la remarque ailleurs. La superstition religieuse, cette sorte de religion dénaturée et falsifiée, mais qui implique encore au moins la reconnaissance d'un pouvoir supérieur à l'homme, n'a plus accès dans le cœur desséché et ridé de la prostituée française, mais on la trouve au plus haut degré chez la musulmane et même chez l'Espagnole. Cela n'a rien qui doive étonner, car nous avons établi que la déchéance et la perversion morale sont moindres chez celles-ci que chez la première.

L'embonpoint des filles mauresques tient à leur race même et à leur régime pour y parvenir, l'indigène tenant en haute estime de beauté la femme surchargée de graisse.

Avant la conquête, comme chez nous aujourd'hui, les prostituées étaient tenues d'habiter certains quartiers d'Alger.

La prostitution clandestine est une plaie étendue, mais cachée, en Algérie comme en France: c'est une féconde source d'intoxication, que l'autorité ne saurait trop surveiller. Cette prostitution secrète et dangereuse présente ceci de particulier dans l'Afrique septentrionale, qu'elle a pour objet non-seulement les filles, mais aussi les jeunes garçons. Elle se cache à peu près sous les mêmes masques que chez nous, et se blottit dans les mêmes repaires; elle en a même un de plus: c'est le bain maure, asile de la sodomie bien plutôt encore que des rapports entre sexes différents. Mais aujourd'hui la surveillance est parvenue à modifier profondément cet état de choses.

Nous arrivons aux dispensaires et aux institutions de police relatives à la prostitution. C'est ici que M. Duchesne est sur son terrain proprement dit; il possède dès longtemps la question, l'expose, la discute avec profonde connaissance de cause, et termine par un *projet de règlement sur les filles publiques d'Alger*.

A notre arrivée à Alger, nous avons trouvé la prostitution régulièrement établie, sous la direction de la police. Les filles publiques, divisées par catégories, cotées à des prix divers, étaient enfermées dans certaines maisons, d'où elles ne sortaient qu'à la demande des amateurs, qui les emmenaient chez eux pour un ou plusieurs jours, et avec l'autorisation du mezoar, sorte d'inspecteur de police, et dont les fonctions étaient fort lucratives. Il recevait mensuellement de chacune de ces filles de 5 à 10 fr., selon la catégorie à laquelle elle appartenait. Nous verrons bientôt que, dans l'organisation actuelle, on a conservé cet impôt sur le vice. Parmi les prérogatives du mezoar, nous citerons celle de surveiller

Parties solides du sérum augmentées de poids relativement aux autres parties (82,3 au lieu de 77,8).

Le fer, enfin, avait diminué de quantité.

M. Barth a observé, il y a peu de temps, à l'hôpital Beaujon de Paris, un nouveau fait de leucocythémie. C'était chez une femme atteinte d'hypertrophie de la rate coïncidant avec un cancer du foie et des seins (communication orale). On constata, par l'examen microscopique, l'augmentation de la quantité des globules blancs du sang ; les symptômes avaient été ceux d'une cachexie marquée, avec des épistaxis fréquemment répétées et qui finirent par entraîner la mort.

Dans un mémoire récent (ON THE FUNCTION OF THE SPLEEN AND OTHER LYMPHATIC GLANDS AS SECRETORS OF THE BLOOD. EDIMB. MONTH. JOURN. OF MED. SCIENCE, mars 1852, p. 200), le professeur H. Bennett a cherché à déterminer principalement dans des cas de leucocythémie : 1° les rapports qui existent entre les globules blancs et les rouges ; 2° le lien d'origine des globules blancs ; 3° leur utilité. Après des recherches que nous ne pouvons rapporter ici, il a cru pouvoir (*Ibid.*, p. 213) arriver aux conclusions suivantes :

1° Les globules du sang des animaux vertébrés se forment dans le système glandulaire lymphatique ; dans le trajet de la circulation, le plus grand nombre de ces globules devient coloré par un procédé encore inconnu.

2° Chez les mammifères, le système glandulaire lymphatique comprend : la rate, le thymus, la thyroïde, la capsule surrénale, la pituitaire, la glande pinéale et les ganglions lymphatiques.

3° Chez les poissons, les reptiles et les oiseaux, les globules rouges du sang sont des cellules pourvues de noyaux développées dans ces glandes ; chez les mammifères, ce sont des noyaux libres primitivement formés dans les glandes ; d'autres fois, développées dans des cellules incolores.

4° Dans certaines hypertrophies des glandes lymphatiques, leurs éléments cellulaires augmentent en quantité d'une manière considérable, passent dans la circulation et constituent l'augmentation des cellules incolores : c'est la leucocythémie.

Telle est en résumé la nouvelle théorie physiologique et pathologique émise par M. Bennett (d'Édinbourg). Je me borne à l'exposer brièvement, sans entrer dans la discussion d'un sujet qui embrasse une des questions les plus ardues de physiologie et de pathologie.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES MODIFICATIONS IMPRIMÉES A LA TEMPÉRATURE ANIMALE PAR L'INTRODUCTION, DANS L'ÉCONOMIE, DE DIFFÉRENTS AGENTS THÉRAPEUTIQUES; par MM. AUG. DUMÉRIL, DEMARQUAY et LECOINTE.

Suite. — (Voir les numéros des 10, 17, 24 avril, 4 juillet, 24 octobre 1852, 1er janvier et 6 février 1853.)

II. — PURGATIFS : Huile de croton tiglium, gomme-gutte, coloquinte.

1° HUILE DE CROTON TIGLIUM.

Ce purgatif des plus énergiques est rangé par M. Orfila au nombre des poisons irritants ; M. Giacomini le met au rang des substances hyposthénisantes entériques, et la pluralité des thérapeutistes le classent parmi les drastiques.

Elle exerce une action topique très-intense sur la peau ; elle donne lieu à une irritation inflammatoire, avec production d'une éruption spéciale qui peut être produite par de simples frictions, ou mieux par l'inoculation (procédé de M. Lafargue).

Introduite par les voies digestives, elle donne lieu à une chaleur brûlante du pharynx, à de la cuisson, à des selles séreuses copieuses, et à des démangeaisons à la marge de l'anus : tels sont du moins les symptômes qu'éprouva l'un de nous (M. Lecointe), qui, à deux reprises différentes et à huit jours d'intervalle, expérimenta cette huile de la manière suivante : de l'extrémité du doigt auriculaire, il toucha le bouchon de cristal d'un flacon qui renfermait de l'huile de croton, puis il porta le doigt à la pointe de sa langue ; vingt minutes ne s'étaient pas écoulées, qu'un sentiment de constriction se faisait sentir à la gorge, accompagné d'une chaleur intense allant jusqu'à la douleur de la brûlure ; trois heures plus tard se déclarèrent des selles séreuses avec cuisson à l'anus ; les selles furent au nombre de seize dans l'espace de douze heures, puis tout rentra dans l'ordre. M. Lecointe ne conserva qu'une grande faiblesse qui se dissipa le troisième jour sous l'influence des toniques alimentaires.

M. Lecointe n'a, dans aucun de ces deux cas, ni dans ceux où il prescrivit en frictions l'huile de croton, remarqué l'éruption confluente de vésicules vers les organes génitaux signalée par E. Boudet, et, comme le disent judicieusement MM. Trousseau et Pidoux, « il est probable que cette éruption est le résultat du transport de l'huile sur cette partie. » (TRAITÉ DE MAT. MÉD., etc.)

Que l'huile de croton tiglium soit purgative, c'est un fait acquis à la science ; qu'elle provoque une irritation sécrétoire, c'est ce qui résulte du fait précédent ; mais ces superpurgations sont-elles le résultat de l'action topique de cette substance sur les voies digestives, ou bien se produisent-elles à la suite de l'absorption de ce médicament énergique ? M. Joret a rendu compte, dans sa thèse, d'une série de dix expériences tentées par M. Audral ; et sur les dix sujets chez lesquels elle fut employée en frictions un seul fut purgé.

Nous aussi nous avons essayé de purger nos malades par des embrocations sur l'abdomen, et jamais nous n'avons réussi.

Nous avons expérimenté l'huile de croton tiglium sur des chiens, et notre troisième expérience nous porterait assez à conclure qu'elle n'est pas absorbée, qu'elle voyage des régions supérieures aux régions inférieures du tube digestif ; qu'elle séjourne dans le dernier cinquième intestinal ; qu'elle y provoque l'irritation vive que nous y avons observée, ainsi que les cuissons à la marge de l'anus.

Mais avant d'entrer plus avant dans notre manière d'envisager l'action physiologique et thérapeutique de ce médicament, rapportons *in extenso* nos expériences.

EXP. L — 24 novembre 1850. La température initiale est de 40°,7.

A 10 heures 35 minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien 2 gouttes d'huile de croton tiglium émulsionnées avec un jaune d'œuf, et étendues de 50 grammes d'eau à 35°.

A 10 heures 53 minutes, nausées.

A 11 heures, les efforts de vomissement continuent; abondantes sécrétions de mucosités.

---

les femmes mariées et de les faire épier par ses gens, de manière à surprendre un amoureux dans la maison. Pour s'assurer du fait, ses agents pouvaient pénétrer jusque dans la demeure conjugale, si inviolable pourtant sous le régime musulman. Condamnée alors pour adultère, quelquefois fort légèrement, la malheureuse était entraînée de force et parquée avec les prostituées. Le mezoar n'organisait ainsi sa chasse à l'adultère que pour grossir son troupeau, source de gros bénéfices pour lui ; mais cette immorale spéculation avait au moins pour effet de maintenir la fidélité conjugale. Nous sommes le premier à réprouver cette violation de la famille; mais prenant acte de l'énergie de la répression, nous exprimons le désir de la voir appliquée, mitigée pourtant, à la prostitution clandestine, la plus dangereuse de toutes, parce qu'elle se soustrait aux mesures sanitaires. On est en général beaucoup trop tolérant pour ces sortes de femmes, auxquelles on devrait plus souvent arracher le masque pour les faire descendre dans la classe des femmes inscrites.

A ce régime, nous en avons fait succéder un autre plus en rapport avec nos habitudes et nos mœurs. Rarement l'indigène allait se livrer au plaisir chez les prostituées mêmes : il les emmenait chez lui ; ce n'était guère que chez les courtisanes, femmes d'une classe moins abjecte, qu'on allait passer quelques heures. Il faut malheureusement autre chose aux gens civilisés de notre Europe : des bouges où l'on puisse se réunir en bande joyeuse pour faire l'orgie. Ici encore apparaît immédiatement la différence que nous avons déjà signalée entre l'usage que font de la prostitution les indigènes et les Français : les premiers lui demandent l'assouvissement de leurs puissants désirs ; mais les seconds y cherchent aussi trop souvent d'indicibles raffinements, avec accompagnement de vin, de cris, vrai délire des sens et de la raison.

Dès le 11 août 1830, un dispensaire fut créé à Alger, et passa, à plusieurs reprises, sous la direction de la police et du maire. L'impôt payé auparavant au mezoar fut fixé à 5 fr. par tête, et perçu par des agents subalternes qui, au milieu du désordre général, commirent des abus. Pour mettre un terme à ceux-ci, on afferma le dispensaire, pour une somme déterminée, à différents entrepreneurs qui, pour la plupart, perpétuèrent tout au moins ces abus, s'ils ne les firent empirer. Un seul fermier paya, en amendes, la somme de 6,000 francs. Un nouveau règlement intervint le 28 novembre 1835, mais il continua ce déplorable système d'impôt sur le vice. Les filles publiques durent payer 10 francs par mois, c'est-à-dire 5 francs à chacune des deux visites, qu'elles subissaient au dispensaire pendant ce temps; leurs récréations furent même taxées, car pour aller à une fête en ville, elles payaient 5 francs, et le double si la réjouissance avait lieu extra-muros. Enfin, les règlements encore en vigueur aujourd'hui sont datés du 30 décembre 1837. La taxe du vice y est de nouveau sanctionnée : 10 francs par mois pour les prostituées, 20 pour les filles entretenues. On y stipule cependant la remise de tout ou partie de la rétribution ou des amendes pour la fille qui justifiera de son indigence par un certificat signé du contrôleur du dispensaire, de l'économe et du médecin.

M. Duchesne s'élève avec raison contre la taxe des filles publiques; Parent-Duchatelet avait déjà fait à peu près les mêmes objections. Avec cette institution, les agents subalternes de la police finissent trop souvent, semblables en cela à l'ancien mezoar, par exercer leur surveillance bien plutôt dans l'intérêt de leur recette que pour le bien public. Si la prostitution n'est pas nécessaire, il est

A 11 heures 55 minutes, 40°,1.
A 2 heures 30 minutes, 41°,3.
A 6 heures, 42°,1.
A 11 heures 30 minutes, 40°.
Le 26 novembre, à 10 heures, l'animal est encore vivant, mais très-abattu. On le sacrifie.
L'autopsie n'est pas pratiquée.

Exp. II. — 24 novembre 1850. La température initiale est de 40°,5.
A 10 heures 48 minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien 6 gouttes d'huile de croton tiglium émulsionnées avec un jaune d'œuf, et étendues de 30 grammes d'eau à 35°.
A 11 heures, une selle moulée ; à 11 heures 15 minutes, nausées ; à 11 heures 30 minutes, elles continuent.
A midi, 40° ; sécrétion de mucosités ; selles liquides.
A midi 30 minutes, évacuations alvines, liquides, fréquentes, d'un jaune verdâtre.
A 2 heures 35 minutes, 40°,7. Après que la température eut été prise, il y eut une nouvelle selle contenant un peu de sang.
A 6 heures 5 minutes, 41°,8.
A 11 heures 35 minutes, 41°,6 ; selles sanguinolentes couleur chocolat.
Le 26, à 10 heures, le chien est encore vivant, assez abattu. On le tue par strangulation.
Autopsie à 10 heures et demie.
A l'ouverture des cavités, on constate une stase veineuse générale, qui s'explique par le genre de mort et par le peu de temps écoulé entre le décès et l'autopsie.
Les organes de la cavité thoracique sont à l'état normal. La membrane muqueuse de l'estomac, dans toute son étendue, à l'exception de la portion pylorique, est d'une teinte vineuse, parsemée de quelques petites ecchymoses. L'intestin est plein de ténias ; sa surface interne est le siége d'une rougeur intense, surtout dans la première moitié ; cette rougeur diminue progressivement et reprend son intensité première dans la dernière portion du gros intestin.
Les ganglions du plexus solaire sont d'un gris rosé normal.
L'encéphale n'offre aucune altération pathologique.

Exp. III. — 1er décembre 1850. La température initiale est de 40°.
A 11 heures 15 minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien 12 gouttes d'huile de croton tiglium, émulsionnées avec un jaune d'œuf et étendues de 30 grammes d'eau à 35°.
A 11 heures 30 minutes, une selle et des nausées.
A 11 heures 40 minutes, selles liquides, tenesme, efforts de défécation sans résultat.
A midi 50 minutes, 39°.
A 2 heures 35 minutes, 34°,7 ; prostration extrême ; l'animal ne peut se tenir sur ses pattes ; il reste couché sur le flanc ; respiration laborieuse.
A 6 heures, on le trouve mort.
Autopsie le 3, à une heure.
Cavité thoracique. Rien d'anormal.
Cavité abdominale. Le foie, la rate et les reins sont sains ; le pancréas est rosé dans certains points.
L'estomac est à l'extérieur d'une couleur rouge ecchymotique. L'intestin vu à l'extérieur est de couleur normale dans les quatre premiers cinquièmes ; le dernier cinquième trahit, par sa teinte, une vascularisation intense. Le ventricule stomacal est plein d'un liquide sanguinolent ; sa membrane muqueuse est le siége d'une vascularisation générale très-intense, qui lui donne une coloration lie de vin, sur laquelle se détachent, çà et là, des ecchymoses d'un noir profond. La surface interne de l'intestin, qui contient des ténias et un mucus gélatiniforme gris jaunâtre, est le siége d'une légère injection au niveau du duodénum, laquelle cesse pour reparaître dans le dernier cinquième et dans le gros intestin.
Les ganglions du plexus solaire et l'axe cérébro-spinal n'offrent aucune altération pathologique.

De ces expériences, nous ferons ressortir l'innocuité de l'huile de croton sur l'axe cérébro-spinal et sur les ganglions du grand sympathique, et nous mettrons en lumière les nausées, les efforts de vomissement, les selles séreuses, puis sanguinolentes, enfin l'état de la membrane muqueuse de l'estomac et de la dernière portion de l'intestin.

Nos autopsies confirment pleinement notre opinion sur la manière d'agir de cette substance. Elle exerce une action topique ; elle produit une irritation sécrétoire, et comme toutes les huiles, elle agit sur la surface duodénale et dans l'intestin rectum.

Les pertes séreuses des animaux expliquent l'abaissement de la température qui fut peu considérable en raison des petites doses administrées. Dans la troisième expérience, l'abaissement fut plus constant, plus prononcé, parce que la dose était énorme (douze gouttes), et entraîna la mort du sujet. Dans ce cas encore, le système nerveux fut trouvé sans altération.

Nous sommes portés à tirer de ces faits les conclusions suivantes :
1° L'huile de croton tiglium a *électivité* sur le système muqueux.
2° Son action dynamique est *hyposthénisante*.
3° Elle a pour *spécificité* de produire une irritation sécrétoire séreuse.

Les propriétés de cette huile ont été utilisées par les thérapeutistes de diverses manières. Les uns, et ce sont les plus nombreux, l'ont prescrite comme purgation dans les constipations opiniâtres qui souvent accompagnent plusieurs affections des centres nerveux ; ainsi dans la colique de plomb par Kinglake, Graves, Hinze, Magendie, Bally, Donble, Tanquerel ; dans les constipations dites essentielles par Foret, Iliff, Caventou, Richter, Ellioston et tant d'autres.

Certains cliniciens s'en servent tous les jours pour produire à la peau une irritation révulsive, en frictions sur la gorge dans les laryngites, en frictions sur la poitrine dans les bronchites, en frictions sur l'abdomen dans les entérites.

M. Chomel, pour éviter la volatilisation de l'acide crotonique, principe actif de cet agent, et aussi pour parer à l'inconvénient de voir se produire une inflammation à la peau des doigts avec lesquels on frictionne, a fait composer un *emplâtre de croton*, dont la formule appartient à M. Bouchardat.

Nous ajouterons que c'est surtout à la fin des phlegmasies des membranes muqueuses que cette méthode révulsive peut produire de bons effets.

Enfin, l'huile de croton tiglium a encore été employée comme moyen de déplétion dans les pléthores sanguines et surtout *séreuses*, dans les hydropisies partielles ou générales.

Cette substance peut aussi être utilisée par une main habile dans les *hypersthénies*. Comme le dit M. le professeur Requin (Thèse pour une chaire de mat. méd.) : « Sous l'empire des purgations intenses, la face pâlit et se grippe, la peau devient froide, le corps frissonne et tremble, les jambes faiblissent et s'affaissent, la tête tourne, le pouls devient petit et inégal, etc. » Il y a donc action hyposthénique générale.

Dans les phlegmasies chroniques des membranes muqueuses, elle peut être indiquée comme agent substitutif ; mais alors que de prudence ne faut-il pas pour ne produire que la modification de la modalité pathologique !

---

immoral de spéculer sur ce vice honteux ; si, au contraire, sa nécessité est reconnue, la municipalité ou le trésor doivent subvenir aux frais qu'entraîne cette institution. Nonobstant, la taxe, abolie aujourd'hui en France, existe encore à Alger ; bien plus, on l'a maintenue au même taux, malgré l'avis du ministre, qui demandait sa réduction. Cette perception est vexatoire, abusive ; ce n'est plus qu'une spéculation de la police, qui a été jusqu'à percevoir de l'argent des filles malades, à condition de ne pas les envoyer au dispensaire et de leur laisser continuer leur métier de prostituées. Ainsi s'exprime un rapport cité par M. Duchesne.

C'est à la visite, chaque quinze jours, que la rétribution est prélevée aux filles publiques ; aussi sont-elles peu jalouses de mettre de la régularité dans leur présentation au dispensaire. Celles qu'on reconnaît malades sont retenues dans cet établissement. On a eu, dans le temps, à Constantine une idée bien plus malencontreuse encore : on faisait payer une forte somme à toute femme intoxiquée, amende destinée à l'entretien du dispensaire ; aussi ces malheureuses cachaient-elles leur état tant qu'elles le pouvaient. Il serait bien préférable de prélever provisoirement une certaine somme sur chaque fille publique, et de la lui rendre par dividendes chaque fois qu'elle se présenterait à la visite médicale régulière, en combinant de telle sorte qu'elle ait toujours une avance entre les mains de la police. Puisqu'on ne peut pas attendre, en Algérie, la régularité de la présentation à la visite de la surveillance si difficile de la police, on l'obtiendrait en s'adressant à l'intérêt même de la prostituée. Punir la maladie, c'est encourager à la cacher. Autrefois tout militaire traité à l'hôpital pour la vérole était puni en rentrant au quartier ; aussi les soldats laissaient-ils le mal invétérer avant de le déclarer, ou s'adressaient-ils à des charlatans plutôt que de déclarer leur état à leurs chirurgiens. Aujourd'hui, au contraire, on punit les soldats qui ne déclarent pas leur mal dans les quatre jours qui suivent son apparition, mesure aussi sage et humaine que la précédente était malhabile et contraire à la santé publique et privée.

Il existe aujourd'hui des dispensaires dans les trois provinces algériennes, mais leur installation est généralement incomplète. M. Duchesne s'élève, avec raison en principe, contre les dispensaires, qui ne sont autre chose qu'une salle séparée d'un hôpital militaire, et où le service est confié à des infirmiers, jeunes gens d'appétit. Mais dans l'état actuel des localités de moyenne importance, ce régime est loin de présenter les inconvénients qu'il entraînerait en France. Les abus qui nous sont signalés à Alger se produiraient sur une bien plus grande échelle dans ces postes où, parmi la classe civile, nécessiteuse et industrielle en général, il serait malaisé de trouver des préposés suffisamment honnêtes ; où les petites autorités ne sont souvent que des gens envoyés de France en Algérie soit en punition de quelque faute, soit pour cacher leur vie peu honorable ; où enfin, il faut bien le dire, la plupart de nos confrères y ont été relégués par l'opinion publique, ou bien se sont exilés volontairement, poussés par cette extrême pauvreté qui rend trop tentable et trop peccable. Dans de telles conditions, il est bien difficile d'organiser une institution qui exige tant de délicatesse. Il vaut mieux se servir des hommes dont la position est d'ailleurs assurée, dont la moralité est connue, et avoir recours aux administrations régulièrement organisées et fonctionnant déjà depuis longtemps. Les médecins de l'armée font, en outre, le service des salles destinées aux filles malades avec

Nous terminerons cette étude en rappelant nos trois propositions précédentes :

1° L'huile de croton tiglium a *électivité* sur le système muqueux.

2° Son action dynamique est *hyposthénique*.

3° Elle a pour *spécificité* de produire une irritation sécrétoire séreuse.

2° GOMME-GUTTE.

Ce purgatif énergique est rangé généralement au nombre des drastiques ; Rasori et son école le mettent dans la classe des hyposthénisants entériques.

Nous avons fait trois expériences avec cette substance ; les voici :

EXP. I. — 24 novembre 1850. La température initiale est de 40°,1.

A 11 heures, on introduit dans l'estomac d'un chien 50 centigrammes de gomme-gutte, en suspension dans 50 grammes d'eau à 35°.

A midi 5 minutes, 39°,8 ; sécrétion de mucosités.

A midi 25 minutes, nausées.

A 2 heures 40 minutes, 40°,2.

A 6 heures 10 minutes, 40°,8.

A 11 heures 40 minutes, 40°,8 ; l'animal paraît revenir à l'état normal et lèche ses plaies avec activité.

Le 26, à 10 heures, l'animal se promène tristement ; on le sacrifie. L'autopsie n'est pas pratiquée.

EXP. II. — 24 novembre 1850. La température initiale est de 40°.

A 11 heures 25 minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien 1 gramme de gomme-gutte, en suspension dans 50 grammes d'eau à 35°.

A midi 10 minutes, 39°,5.

A 2 heures 45 minutes, 40°,7.

A 6 heures 15 minutes, 41°,3.

A 11 heures 45 minutes, 41°,7 ; l'animal est très-abattu.

Le 26, à 10 heures, il est encore vivant, mais très-abattu. On le tue par strangulation. Autopsie immédiate.

A l'ouverture des cavités, on remarque une turgescence veineuse considérable, due à la strangulation et au peu de temps écoulé depuis la mort. Les organes thoraciques sont sains. La membrane muqueuse de l'estomac est d'un rose vif, exclusivement dans le grand cul-de-sac. La surface interne de l'intestin, couverte d'un enduit jaunâtre, est très-rouge dans son premier quart, et le devient de moins en moins à mesure qu'on l'examine plus loin du duodenum.

Les ganglions du plexus solaire et l'encéphale sont tout à fait à l'état normal.

EXP. III. — 1er décembre 1850. La température initiale est de 40°,5.

A 11 heures, on introduit dans l'estomac d'un chien 2 grammes de gomme-gutte, en suspension dans 50 grammes d'eau à 35°.

A midi, selle liquide très-abondante.

A midi 40 minutes, 38°,7.

A une heure, selle liquide jaune.

A 2 heures 30 minutes, 39° ; l'animal est médiocrement abattu.

A 6 heures, 40°.

Le 3 décembre, le chien est encore vivant. On le tue par strangulation. Autopsie à 1 heure 15 minutes.

Nous ne mentionnerons pas l'aspect général des organes, qui tient évidemment au genre de mort. Ceux de la cavité thoracique n'offrent rien à noter. L'estomac et l'intestin contiennent un mucus de couleur jaune verdâtre. La membrane muqueuse de l'estomac est injectée dans certaines places ; celle de l'intestin l'est dans toute son étendue.

Les ganglions du plexus solaire et l'axe cérébro-spinal ne présentent aucune altération pathologique.

Quoique nous n'ayons pas poussé à l'extrême les doses que nous avons introduites dans l'estomac, puisque nous sommes restés bien en dessous de celles qui furent employées par M. Orfila, nous pouvons cependant faire remarquer que dans tous les cas la température a baissé, pour se relever ensuite, il est vrai ; mais il ne faut pas perdre de vue que l'abaissement fut toujours proportionnel à la dose du médicament.

Les animaux éprouvèrent des nausées, eurent des selles teintes en jaune ; enfin l'abattement fut un phénomène constant. Les autopsies révèlent l'intégrité des centres d'innervation cérébro-spinal et ganglionnaire ; le peu d'altération des membranes muqueuses digestives, malgré le grand nombre des selles.

Mise en contact avec la peau dépouillée de son épiderme ou sur la surface d'une plaie, la gomme-gutte, suivant MM. Orfila, Barbier, Trousseau et Pidoux, donne lien à une inflammation très-vive, qui, selon ces derniers, peut aussi bien être le résultat de l'action mécanique que de l'action dynamique. M. Bretonneau, en effet, dépose dans l'œil d'un chien de la gomme-gutte, sans produire autre chose qu'une légère irritation mécanique.

Sans irriter la membrane muqueuse et sans faire naître un état pathologique des centres nerveux, la gomme-gutte donne lieu à des coliques suivies de selles séreuses abondantes.

La gomme-gutte à doses assez élevées détermine l'état hyposthénique qui suit les pertes copieuses, que ces pertes aient lieu par un émonctoire naturel ou par une plaie.

Nous nous croyons autorisés, malgré l'opinion de M. Orfila qui range cette substance parmi les poisons irritants, à poser les propositions suivantes :

1° La gomme-gutte a *électivité* sur le système muqueux.

2° Son action dynamique est *hyposthénisante*.

3° Elle a pour *spécificité* de donner lieu à des hypersécrétions séreuses.

L'état normal du système nerveux nous a fait rejeter l'idée d'une électivité vers les centres nerveux, et cependant, quoique M. Orfila ait dit : « Elle détermine une mort prompte, qui peut dépendre de son absorption autant que de l'action locale énergique qu'elle exerce (TRAITÉ DE TOXIC., t. II, p. 95), » nous devons reconnaître que la gomme-gutte est absorbée. Son absorption produit, des superpurgations séreuses, dans la majorité des cas ; mais dans d'autres cas elle a donné lieu à une diurèse abondante (*Obs. de M. Abeille* citée par Bouchardal, ANN. DE THÉR., 1850.)

La gomme-gutte est employée unie à d'autres purgatifs, comme médicament évacuant, mais sa propriété de produire des selles séreuses, et par conséquent son *électivité*, a été utilisée par Rasori, Castiglioni, Giacomini, dans les diarrhées même fébriles. Rasori rapportait le bienfait de cette médication à l'hyposthénie générale que produisait cette substance. D'après notre manière de voir, tout en reconnaissant que l'appareil fébrile a pu être abattu par l'action dynamique de la gomme-gutte, nous interprétons autrement ce qui se passe en cette circonstance. Nous pensons que la diarrhée et les selles séreuses qu'elle produit provenant de la même source, cette substance a, par *substitution*, modifié la modalité pathologique.

Elle a été utilisée par Richter, Helm, Edwards, Werlhoff, Rost, Sobbleben, MM. Rayer, Abeille et autres dans les hydropisies. Les uns ont voulu produire des selles séreuses abondantes comme moyen de déplétion et pour augmenter la force des absorbants ; d'autres ont voulu surtout combattre la phlogose qu'il soupçonnait entretenir l'épanchement séreux.

Elle a été employée comme vermifuge, non à cause de propriétés spé-

---

une ponctualité et une inflexibilité toutes militaires, et y apportent un soin et un dévouement qui découlent non-seulement du sentiment du devoir, mais de l'intérêt de leurs compagnons d'armes, avec lesquels ils sont en commerce de camaraderie. Une garnison dans ces postes éloignés est, pour ainsi dire, une famille, où chacun apporte sa part de dévouement dans le lot de travail particulier qui lui est échu pour l'œuvre générale. Nous pourrions citer plusieurs villes de l'intérieur où le service médical des filles publiques avait amené la presque extinction de la syphilis dans la localité ; ce mal n'était plus entretenu que par les arrivages, et parce que nombre de militaires, en faisant campagne, en puisaient le germe dans d'autres postes, à Oran surtout, ville trop grande et centre d'un mouvement trop considérable pour que d'aussi heureux résultats puissent y être espérés.

Ainsi, dans l'état actuel des choses, c'est-à-dire provisoirement, nous voyons plutôt des avantages que des inconvénients à ce que le service de santé des filles publiques soit confié, dans certains postes, aux médecins militaires et commis à l'administration des hôpitaux de l'armée.

M. Duchesne, membre du conseil d'hygiène publique et de salubrité, réunissait toutes les connaissances nécessaires, administratives et médicales, pour rédiger un *projet de règlement sur les filles publiques d'Afrique*. Ce projet termine le volume. Il serait évidemment substitué avec avantages aux clauses qui ont cours actuellement. Nous y avons remarqué avec satisfaction plusieurs articles sévères destinés à réprimer et à punir la sodomie. Oui, tout individu qui se livre à la pédérastie doit être atteint par la loi, et, de plus, nous voudrions que le sodomiste fût soumis honteusement à la visite du dispensaire, comme une véritable prostituée de coupable espèce, et envoyé de là en prison cellulaire. M. Duchesne recommande avec raison la surveillance des établissements de bains, et stipule, dans son projet, la clôture pour trois mois, des thermes où se seraient commis ces actes de débauche. Déjà, du reste, la sodomie a cherché des asiles plus secrets ; à Tlemcen, nous allions assez souvent au bain maure, nous et quelques amis, et nous pouvons assurer que tout s'y passait avec une extrême décence. Nous devons ajouter qu'un autre bain, de bas étage, ne jouissait pas tout à fait de la même réputation.

Tel est l'état des mœurs en Algérie, telle est la tolérance beaucoup trop grande qu'on y a encore pour la prostitution et surtout pour le concubinage. Que le moraliste ne s'alarme pourtant pas trop aux tableaux que nous avons tracés, car ces dernières années ont amené une très-grande amélioration, qui, l'autorité aidant, suivra sa marche parallèlement à la civilisation et assimilera peu à peu notre belle colonie algérienne à la mère patrie.

F. JACQUOT.

— ERRATUM. — Dans la première partie de ce feuilleton, n° 22, p. 336, col. 2, lig. 17 et suiv., on nous fait dire : « Les militaires seraient de vrais et doux agneaux, qui, il est vrai, quelquefois *buses*, versent le sang du prochain. » Dieu nous garde de comparer jamais le militaire à une *buse!* Nous avons écrit : quelquefois *loups*, et nous aurions pu dire plus noblement *lions*, mais *buses*, jamais. Nous gardons pour notre compte bien des fautes de typographie, mais nous déclinons la responsabilité de celle-là.

ciales, mais comme évacuant énergique; cependant M. Giacomini accorde à la gomme-gutte, comme hyposthénisant entérique, la propriété de faire disparaître la condition des intestins nécessaire au développement des entozoaires.

M. Barbier penche ostensiblement vers l'opinion de M. Orfila; pour lui, ce médicament est un irritant dont l'action sur l'intestin se propage par voie de continuité jusqu'à la tunique musculeuse. Nous n'avons pas observé d'injection intestinale assez considérable pour appuyer cette manière de voir; mais encore cette irritation sécrétoire, qu'il faudrait rapprocher de celle produite par l'huile de croton tiglium, n'en amènerait pas moins, par la déperdition considérable de sérosité, une hyposthénie générale.

La gomme-gutte peut donc être mise en usage comme évacuant énergique, comme déplétif séreux, comme agent substitutif des affections de la muqueuse intestinale; ces propriétés nous donnent droit de maintenir nos trois propositions précédentes :

1° La gomme-gutte a *électivité* sur le système muqueux.

2° Son action dynamique est *hyposthénisante*.

3° Elle a pour *spécificité* de donner lieu à des hypersécrétions séreuses.

3° COLOQUINTE.

Ce fruit est rangé par les auteurs de matière médicale au nombre des purgatifs drastiques et par les auteurs de toxicologie parmi les poisons irritants.

Ce purgatif, car il en est un et des plus énergiques, est curieux à étudier dans son action intime.

Nous n'avons fait que trois expériences; les voici :

Exp. I. — 8 décembre 1850. La température initiale est de 40°,1.

A 11 heures 5 minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien 1 gramme de coloquinte en suspension dans 50 grammes d'eau à 35°.

A midi 15 minutes, 39°,8.

A 2 heures, 40°,6; abattement, air triste.

A 6 heures 15 minutes, 41°.

A 11 heures, 40°,5.

Exp. II. — 8 décembre 1850. La température initiale est de 39°.

A 11 heures 30 minutes, on introduit dans l'estomac d'un chien 2 grammes de coloquinte en suspension dans 50 grammes d'eau à 35°.

A 11 heures 40 minutes, nausées violentes.

A midi 25 minutes, 39°,8; nausées.

A 2 heures 5 minutes, 39°,4; un peu de souffrance exprimée par de sourdes plaintes.

A 6 heures 20 minutes, 40°,1; un peu de gêne dans la respiration; selle liquide.

A 11 heures 5 minutes du soir, 38°; après l'introduction du thermomètre, selle complétement liquide brune.

L'animal meurt dans la nuit.

Autopsie le 10, à midi.

Cavité thoracique. État normal.

Cavité abdominale. Le foie et la rate sont sains; le pancréas est rougeâtre; les reins sont un peu congestionnés. L'estomac et l'intestin grêle, dans son premier quart, contiennent une bile jaunâtre. La membrane muqueuse stomacale présente quelques légères ecchymoses dans le grand cul-de-sac et une teinte rougeâtre de tout le petit cul-de-sac. La membrane muqueuse intestinale est injectée par places dans son premier quart; elle est presque saine dans une grande étendue, puis rouge dans le gros intestin.

Les ganglions du plexus solaire sont rouges.

L'axe cérébro-spinal est à l'état physiologique.

Exp. III. — 14 décembre 1850. La température initiale est de 40°.

A 11 heures, on introduit dans l'estomac d'un chien 4 grammes de coloquinte, en suspension dans 50 grammes d'eau à 35°.

A midi 10 minutes, l'animal a des nausées.

A midi 15 minutes, 40°.

A midi 45 minutes, selle liquide.

A 2 heures 45 minutes, 40°,4; selle liquide.

A 11 heures 30 minutes du soir, 39°,7; il y a eu des selles sanguinolentes.

L'animal meurt le 16 au matin.

Autopsie le 17, à 9 heures du matin.

Cavité thoracique. État physiologique.

Cavité abdominale. Le foie, la rate et les reins sont à l'état normal; le pancréas est un peu rosé. Dans la longueur de tout l'intestin grêle, on remarque extérieurement des boursouflures aux tuniques intestinales de la grosseur d'une bille de 15 millimètres de diamètre. Ces tuniques ont une teinte verte très-prononcée, et qui contraste avec la teinte rouge des autres parties.

La membrane muqueuse de l'estomac est rouge dans le petit cul-de-sac et présente, vers le pylore et le grand cul-de-sac, cette teinte verte déjà signalée, et qu'on pourrait comparer à celle qui se produit à la suite de la macération.

La membrane muqueuse de l'intestin est chargée d'un mucus sanguinolent; elle est rouge et injectée dans presque tout son parcours, et dans les parties où la rougeur manque, elle offre une nuance verdâtre. Dans les points correspondant aux boursouflures vertes, elle a une apparence granuleuse peu prononcée. Le gros intestin est fortement et uniformément injecté; il est strié de lignes vertes longitudinales.

Les ganglions du plexus solaire sont rouges et injectés.

Les membranes du cerveau sont légèrement injectées. La substance grise est rosée et la substance blanche légèrement piquetée.

La substance grise de la moelle offre seule une légère injection.

Les doses que nous avons employées, comme on le voit, sont bien inférieures à celles qui furent administrées par M. Orfila, et cependant deux fois, aux doses de 2 et de 4 grammes, les chiens ont succombé.

Comme M. Orfila, nous avons lié l'œsophage pour empêcher le vomissement, lequel est si facile chez les chiens que les substances qui irritent légèrement le ventricule stomacal sont immédiatement rejetées. Nous repoussons les déductions de MM. Trousseau et Pidoux, qui supposent, d'après ce fait, qu'on ne peut rien conclure de positif de ces travaux, parce qu'il devient impossible, disent-ils, d'apprécier la part de l'opération dans la mort des animaux. Il suffit d'avoir pratiqué la ligature de l'œsophage sans ingestion de substances, et de jeter un coup d'œil sur la série de nos propres expériences, pour se convaincre que l'on peut négliger le fait de cette ligature pendant vingt-quatre heures au moins.

Nous avons constaté les nausées, les coliques, les selles liquides, quelquefois sanguinolentes, et nos autopsies, complétement d'accord avec celle de notre maître M. Orfila, ont mis en relief l'action irritante de la coloquinte sur l'estomac et sur le premier quart de l'intestin grêle, ainsi que l'action congestive vers les organes du bassin, sur l'intestin rectum.

Nous appellerons en outre l'attention du lecteur sur l'état pathologique des ganglions du grand sympathique et de l'axe cérébro-spinal. L'examen de l'état de ces ganglions est si négligé qu'il ne faut pas s'étonner que nous ne puissions que très-rarement nous étayer sur ce sujet d'observations antérieures aux nôtres.

Nous ferons remarquer qu'avec 2 grammes les ganglions du plexus solaire sont rouges, et que l'axe cérébro-spinal est sain, tandis qu'avec 4 grammes, l'action congestive se propage jusqu'au centre nerveux animal.

De ses expériences et des observations rapportées par Carron (d'Annecy), M. Orfila tire les conclusions suivantes : 1° les effets de la coloquinte dépendent principalement de son action locale et de l'irritation sympathique qu'éprouve le système nerveux; 2° elle est cependant absorbée, portée dans le torrent de la circulation, et elle agit aussi directement sur le système nerveux et sur le rectum; 3° l'activité de ce médicament réside à la fois dans la portion soluble dans l'eau et dans celle qui est insoluble; 4° elle paraît agir sur l'homme comme sur les chiens.

Les conclusions de M. Orfila sont, à peu de chose près, celles que nous adopterons; cependant nous y introduirons une légère modification.

Lorsque la coloquinte est ingérée dans l'estomac et qu'elle provoque immédiatement des nausées, des efforts de vomissement, on peut sans nul doute attribuer à un effet sympathique sur le système nerveux les contractions musculaires nécessaires à l'acte du vomissement; au contraire, lorsque les nausées surviennent à la suite de l'application d'un cataplasme contenant de la coloquinte, ou après des frictions de teinture de cette substance, ou bien parce que cet agent, réduit en poudre, aura été introduit dans l'intérieur d'une plaie, il faudra bien rechercher la cause du vomissement dans l'absorption du médicament. Nous pourrons donc établir, comme première conclusion : La coloquinte agit localement ou après absorption.

L'action locale est irritante; elle laisse pour trace, à l'autopsie, la rougeur de la membrane muqueuse de l'estomac et du premier quart de l'intestin grêle.

La coloquinte absorbée, que l'absorption ait eu lieu par la membrane muqueuse, par le derme ou par la surface d'une plaie, provoque quelquefois des nausées, toujours des coliques, des selles séreuses ou plutôt féculentes, qui peuvent devenir sanguinolentes, du ténesme, des crampes et autres accidents nerveux. Elle laisse pour trace, à l'autopsie, la rougeur des plexus ganglionnaires, de l'axe cérébro-spinal, de la muqueuse stomacale et de celle du gros intestin, surtout dans sa portion rectale.

Contrairement à ce que nous avons vu dans l'action de l'huile de croton tiglium et de la gomme-gutte, la température s'élève d'abord, puis tombe ensuite. Ce fait est en rapport avec notre point capital, que jamais l'action de l'huile de croton tiglium ni celle de la gomme-gutte ne s'étend jusqu'aux centres de l'innervation.

Nous posons les conclusions suivantes :

1° La coloquinte a *électivité* (*a*) sur le système nerveux, primitivement, sur les plexus des nerfs ganglionnaires; secondairement, sur l'axe cérébro-spinal; (*b*) sur la membrane muqueuse de l'intestin rectum.

2° Son action dynamique, à dose médicamenteuse, est *hypersthénisante*.

3° Elle a pour *spécificité* d'être *panchymagogue* (Trousseau et Pidoux, t. I), c'est-à-dire propre à évacuer *toutes* les humeurs.

La coloquinte peut être employée en médecine, d'abord en sa qualité d'évacuant énergique : c'est, en effet, un des drastiques les plus sûrs que nous possédions ; elle a aussi été utilisée, en raison de sa propriété congestive vers les organes contenus dans le bassin, comme emménagogue, par Dioscoride d'abord, puis par beaucoup de médecins. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que l'abus suivant de près l'usage, on a administré cette substance dans le but criminel de provoquer des avortements.

L'usage de la coloquinte a été recommandé par Tode, Dalberg, Hufeland, Richter, Gall, Horn, Mayer, dans certaines affections chroniques. Dans ces cas, au reste, les médecins ne cherchaient souvent qu'à produire une action révulsive et dépurative.

Nous comprendrions autrement l'emploi de cette substance. Sa propriété élective sur le système nerveux autoriserait à l'essayer, comme agent substitutif ou excitant, dans les modalités pathologiques de l'axe cérébro-spinal et des plexus ganglionnaires : ainsi, dans certaines paralysies, dans la sciatique, etc.

Son électivité sur le système muqueux des organes contenus dans le bassin engagerait également à l'essayer dans les affections de cette région : ainsi, dans la blennorrhagie (Colombier, Fabre, etc.), dans les leucorrhées, dans les flux hémorroïdaux, etc., etc.

Son action dynamique *hypersthénisante* sera utile dans les affections, chroniques, comme moyen d'exciter les actes vitaux.

Enfin sa *spécificité* sur les sécrétions des membranes muqueuses sera fructueusement employée pour modifier par substitution certaines modalités pathologiques.

En terminant, nous rappelons nos trois propositions :

1° La coloquinte a *électivité* (*a*) sur le système nerveux ; primitivement, sur les plexus ganglionnaires ; secondairement, sur l'axe cérébro-spinal ; (*b*) sur la membrane muqueuse de l'intestin rectum.

2° Son action dynamique, à dose médicamenteuse, est *hypersthénisante*.

3° Elle a pour *spécificité* d'être panchymagogue.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

IV. GAZZETTA MEDICA ITALIANA LOMBARDA.

Les numéros de juillet à décembre 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Controverse sur l'origine de la fibrine dans le sang* ; par M. Beltrami. 2° *Travail pathologique extraordinaire dans une maladie du péritoine* ; par M. Volta. (Production d'une substance appelée par l'auteur sarcomateuse, qui avait réuni en une masse et rendu à peine distincts les uns des autres le foie, la rate, les intestins et l'épiploon.) 3° *Sur le tannate de quinine* ; par M. Castiglioni. 4° *Sur la dentition de la sagesse* ; par M. Martelli. (L'auteur montre par des exemples toute l'influence que les écarts de cette dentition peuvent exercer sur le développement d'affections de nature diverse.) 4° *De l'influence bienfaisante de la gangrène dans la démence et surtout dans la manie* ; par M. Gambari. 5° *Névralgies guéries par l'usage externe de l'atropine* ; par M. Lussana. 6° *Avortement provoqué pour un cas de dystocie par suite de tumeur du sternum* ; par M. Bazzoni, et *Réflexions* ; par M. Cazzani. 7° *Le pancréas ; histoire avec réflexions chimico-philosophiques* ; par M. Lussana. 8° *Sur le tannate de cinchonine* ; par M. Castiglioni. 9° *Sur les secours à donner aux noyés* ; par M. Giovannoli. 10° *Observations et expériences sur le prolapsus de l'intestin rectum chez les enfants* ; par M. Montini. (L'emploi de l'opium peut suffire pour les guérir et dispenser de l'opération chirurgicale.) 11° *Sur l'huile de foie de morue* ; par M. Ripa. 12° *Mort lente infligée par une mère aliénée à sa propre fille avec d'incessants et cruels tourments* ; par M. Platner. 13° *Épilepsie datant de la naissance guérie par l'atropine* ; par M. Crosio. 14° *Paralysie de la vessie guérie à l'aide des injections de nicotine* ; par M. Pavesi. 15° *Anus contre nature ; guérison* ; par M. Tibaldi. 16° *Suppuration du sommet du cœur* ; par M. Lussana. 17° *Allongement de la lèvre antérieure du col pendant la grossesse, simulant un polype* ; par M. Melchiori. 18° *Resection de la tête du premier métatarsien et des deux premiers cunéiformes* ; par M. Massarini. 19° *Morsure d'une vipère ; emploi de l'ammoniaque à l'intérieur ; mort* ; par M. Morandotti. 20° *Cardiopathie avec des symptômes d'angine de poitrine ; mort ; autopsie ; polype fibreux du ventricule gauche, obturant l'orifice aortique* ; par M. Barbieri. 21° *Considérations anatomiques, physiologiques, pathologiques et chirurgicales sur la rate* ; par M. Asson. 22° *Obliquité de l'utérus en état de gestation causée par une tumeur et produisant la dystocie* ; par M. Riva. 23° *Paralysie des membres inférieurs, guérie instantanément par une influence morale* ; par M. Nani. 24° *Compte rendu des malades reçus dans la division chirurgicale du 1er septembre 1850 au 31 août 1851* ; par M. Gherini. 25° *De l'étiologie de la pellagre et des mesures prophylactiques à prendre contre son développement* ; par M. Facen.

DE L'ACTION DU TANNATE DE QUININE CONTRE LES AFFECTIONS A INTERMITTENCE ; par M. CASTIGLIONI.

De plusieurs faits cliniques où l'administration du nouveau fébrifuge a été conduite de manière à mettre en évidence sa valeur curative, M. Castiglioni se croit autorisé à conclure :

Que, vu son peu d'amertume, le tannate de quinine n'est rien moins que désagréable au goût ;

Qu'il réunit en lui seul l'action du quinquina et celle du sulfate de quinine ;

Qu'il sert à la fois de fébrifuge et de tonique ;

Qu'on peut en user à titre de préservatif chez les personnes qui habitent des pays marécageux.

Quant à ses effets immédiats sur l'économie, il agit doucement sur le tube digestif et ne cause presque aucune perturbation dans l'ensemble de l'organisme.

Avec douze prises de ce sel, M. Castiglioni a guéri les fièvres tierces et quartes. Huit ont suffi pour triompher des fièvres quotidiennes. Il l'a trouvé également efficace contre les autres maladies périodiques, les névralgies, par exemple.

Laissant prudemment en suspens les propriétés, encore contestables, d'être un préservatif des fièvres intermittentes et de l'emporter en efficacité sur le sulfate de quinine, M. Castiglioni fait ressortir avec insistance l'avantage évident que possède ce sel d'offrir une saveur moins désagréable sans avoir pour cela une vertu curative moindre que celle de l'antipériodique classique.

DE L'INFLUENCE BIENFAISANTE DE LA GANGRÈNE DANS LA DÉMENCE ET SURTOUT DANS LA MANIE ; par M. GAMBARI.

Le titre de ce travail circonscrit, peut-être à son insu et contre ses propres intentions, la pensée de l'auteur dans de trop étroites limites : car ce qu'il dit des heureux effets de la gangrène doit plutôt s'entendre des affections dont elle est la terminaison. C'est effectivement à ces lésions aiguës et intenses, c'est à la salutaire dérivation exercée par elles que tout le monde attribuera les changements avantageux survenus, dans certains cas de manie, coïncidemment avec leur apparition, changements dont les observations de M. Gambari fournissent, ainsi qu'on va le voir, de nouveaux et intéressants exemples.

Obs. I. — Une femme, à la suite de violentes contrariétés de ménage et assujettie à subir vers la tête la chaleur d'un four, éprouva de la céphalalgie, puis devint maniaque. Des saignées répétées ne firent que la rendre plus furieuse. Les purgatifs, les bains tièdes, les douches ne lui procurèrent que peu de soulagement. Sur ces entrefaites, il lui survint un abcès à une fesse ; à peine s'y fut-il développé à la surface une escarre gangréneuse que la malade recouvra la raison. Transportée, en raison de cette complication, dans une salle de chirurgie, elle mourut au bout de peu de jours ayant conservé l'intégrité de ses facultés mentales jusqu'au dernier moment.

Obs. II. — Un paysan, ayant été fortement menacé par son maître, tomba dans la mélancolie et plus tard dans la manie. Trois jours après son entrée à l'hôpital, il se développa un phlegmon à son bras gauche, et en outre quelques excoriations qu'il s'était faites accidentellement aux deux poignets devinrent gangréneuses. Aussitôt que la gangrène se fut manifestée, ses facultés intellectuelles revinrent à leur état normal. Mais lorsque le phlegmon fut guéri et que les escarres se détachèrent, les désordres de l'intelligence apparurent de nouveau. Peu à peu cependant et grâce à des soins hygiéniques bien entendus, il finit par guérir.

Obs. III. — Une femme de 46 ans, robuste, à peine guérie d'une affection mentale, retourna chez elle, où la misère et les fatigues ne tardèrent pas à amener une récidive. Elle était dans la démence, et l'application de deux vésicatoires à la nuque put seule occasionner quelque amélioration, en donnant à la maladie mentale le type tierce, avec un jour de santé intermédiaire. Malgré cet amendement la maladie persistait, lorsqu'un érysipèle se manifesta sur le pied et la jambe droite, et, en dépit d'un traitement antiphlogistique énergique, produisit une escarre gangréneuse, de la largeur d'une pièce de 5 fr., à la plante du pied. Aussitôt les fonctions intellectuelles se rétablirent dans leur mode naturel. Mais la plaie s'étant ensuite cicatrisée, la malade retomba dans son état

primitif, d'où elle ne put être tirée par l'application d'un vésicatoire et d'un séton à la nuque. Cependant un vésicatoire mis plus tard à la jambe droite ayant déterminé une plaie gangréneuse, des symptômes alarmants parurent, vomissements, pouls petit, froid des extrémités; mais en même temps elle revint à la raison comme la première fois. Il faut ajouter que, après la cicatrisation de la plaie, l'état mental redevint aussi mauvais que jamais, et que, nonobstant d'autres vésicatoires à la même jambe, elle tomba dans la démence.

L'enseignement détaillé qui ressort de cette dernière observation dément malheureusement les espérances que l'analogie semblait autoriser à concevoir d'après le récit des deux autres faits. Elle apprend effectivement que la révulsion salutaire tient ici à une perturbation profonde, et surtout à une perturbation dont l'origine est spontanée, et que l'art par conséquent ne saurait se flatter de pouvoir remplacer ni même provoquer.

AVORTEMENT PROVOQUÉ POUR UN CAS DE DYSTOCIE PAR SUITE DE TUMEUR DU SACRUM; par M. BAZZONI.

Parfaitement éclairé de cette ressource suprême de la chirurgie, M. Bazzoni publie le fait suivant comme preuve de sa convenance dans quelques cas bien déterminés.

OBS. — Une paysanne, robuste, de stature élevée, sans traces de rachitisme, devint enceinte pour la première fois à l'âge de 19 ans. A huit mois elle accoucha de deux jumeaux. M. Bazzoni trouva le promontoire saillant et nota la difficulté qu'il avait eue d'introduire la main pour faire la version nécessitée par une présentation de l'épaule.

Treize mois après, il fut appelé pour une seconde grossesse arrivée à terme. Il reconnut par un examen attentif que le diamètre antéro-postérieur était très-réduit dans ses dimensions. Il fallut encore faire la version pour le même motif. Mais la tête, quoique d'un volume ordinaire, ne put être amenée au dehors qu'à l'aide du forceps et avec beaucoup de peine.

Avertie du danger qu'aurait pour elle une nouvelle grossesse, la malade ne tira de cet avis d'autre fruit que de cacher à M. Bazzoni celle qui eut lieu au bout de deux ans. Il n'en fut prévenu qu'au moment du travail, et parce que la sage-femme disait sentir deux têtes, l'une au devant de l'autre. M. Bazzoni s'assura qu'il s'agissait de la tête du fœtus fortement poussée contre une tumeur osseuse, immobile, constituée par le promontoire très-saillant. Il reconnut que le rétrécissement pelvien avait beaucoup augmenté depuis la dernière couche, et que le diamètre sacro-pubien ne mesurait plus maintenant 3 pouces. En consultation avec MM. Orlandi et Bazzi, il fut décidé qu'on procéderait à l'opération césarienne, le diamètre antéro-postérieur ne leur semblant pas dépasser 2 pouces et demi. Elle fut exécutée par une incision sur la ligne médiane, et amena un enfant mort. Au bout de vingt-neuf jours l'opérée était entièrement guérie.

Connaissant dès lors parfaitement le danger qui la menaçait, elle n'aurait pas mieux demandé que d'éviter une nouvelle grossesse; mais son mari croyant que ses refus étaient dictés par les seuls conseils de M. Bazzoni, fit sentir à celui-ci les marques de son animosité, et par reconnaissance pour son médecin, afin de lui épargner de tels désagréments, la femme céda à ses instances réitérées, et devint une quatrième fois enceinte, cinquante et un jours après l'opération.

Les deux confrères déjà nommés ayant partagé l'opinion émise par M. Bazzoni de provoquer l'avortement vers le cinquième mois, il se mit en devoir de l'exécuter. Il examina la région au quatrième mois, et trouva que la tumeur osseuse était encore plus proéminente, et devait apporter un obstacle à l'introduction des instruments destinés à aller perforer la poche des eaux. A l'époque fixée d'avance, ayant reconnu que l'orifice utérin était suffisamment développé, il plaça la malade comme pour une exploration ordinaire, prit un stylet pointu en fer, recourbé de manière à suivre l'axe dévié du bassin, le plaça dans une sonde de gomme élastique coupée à son extrémité, le conduisit lentement, ainsi caché, sur le doigt indicateur; puis, s'étant bien assuré de la position, il le poussa en avant et vit immédiatement sortir l'eau de l'amnios.

Au bout de quarante-deux heures se manifestèrent des contractions qui devinrent suffisamment fortes pour déterminer sans difficulté l'expulsion d'un fœtus vivant. La réaction générale fut très-légère. Douze jours après, l'opérée était en parfaite santé.

A ce tableau bref, mais saisissant d'expression, M. Cazzani a, dans le même journal, reproché de manquer des détails nécessaires. Il conteste d'abord que l'opération césarienne fût indiquée; il pense que la céphalotripsie aurait suffi dans la dernière grossesse. Il voudrait qu'on eût précisé à quelle maladie fut due l'augmentation progressive de la tumeur osseuse pendant l'intervalle d'une gestation à l'autre. Nous ne ferons pas à ces traits de critique pointilleuse l'honneur de les discuter; il suffit sans doute de les avoir reproduits pour satisfaire au but que leur auteur avoue s'être proposé, savoir de montrer que « si une opération aussi contraire aux droits de la nature qu'aux lois de la justice a trouvé en Italie quelques rares partisans, elle n'y manquera jamais de *puissants* adversaires. »

PARALYSIE DES MEMBRES INFÉRIEURS GUÉRIE INSTANTANÉMENT PAR UNE INFLUENCE MORALE; par M. NANI.

Ce fait remarquable, qui, dans d'autres conditions, eût pu passer pour un miracle, et des mieux constatés, a eu lieu au grand hôpital de Milan, dans la division de M. Triberti. La relation en est extraite des actes officiels de cet établissement.

OBS.—Lucia Marini, paysanne, âgée de 10 ans, ayant depuis quelque temps sa mère malade à l'hôpital, avait plusieurs fois supplié ses parents de la conduire auprès d'elle. On traita son désir de caprice; de sorte que la pauvre enfant ne put qu'épancher sa douleur à l'église, au pied de l'autel, où on la trouva un jour sanglotant et presque sans connaissance. Elle offrit à la suite les symptômes d'une affection de l'axe cérébro-spinal, tels que délire, céphalée et impossibilité de se tenir debout. On lui appliqua des sangsues à la tête et un séton à la nuque. Tous les symptômes disparurent, excepté la paraplégie, et pour qu'elle en fût traitée, on la fit entrer à l'hôpital.

A peine ent-elle été couchée que son premier soin fut de s'informer où était sa mère, et sans se préoccuper de son propre état, de demander en pleurant qu'il lui fût permis de la voir et de l'embrasser. Ému de compassion au spectacle de cette douleur si vraie, le médecin donna des ordres pour la faire porter à bras vers le lit de sa mère, qui était justement dans la salle voisine. Aussitôt que la visite fut finie, elle voulut profiter de la permission. En l'apercevant, elle se jette à son cou, l'embrasse cent et cent fois, veut savoir comment elle se porte, demande à l'entendre parler, ne peut, en un mot, se rassasier de la voir et de la caresser.

Après quelque temps laissé à cette affectueuse étreinte, on l'invita à quitter sa mère, assez gravement malade, et on se disposait à l'emporter, lorsque l'enfant, se levant sur les pieds, s'écria en sautant de joie qu'elle avait recouvré l'usage de ses jambes et regagna en effet son lit, sans efforts ni fatigue. Depuis ce moment jusqu'à sa sortie, qui eut lieu au bout de dix jours, elle ne présenta plus aucune trace de maladie, et passait ses journées entièrement occupée à consoler sa mère et à lui prodiguer les soins les plus tendres. C'était une chose véritablement touchante que l'amour de cette pauvre fille, sans éducation, élevée dans l'indigence et probablement loin de tout exemple de sentiments si délicats, exprimant à sa mère tout le plaisir que le retour, heureusemen sensible, de sa santé, lui faisait éprouver.

Bonne et tendre enfant, s'écrie l'auteur de cette histoire réellement émouvante, fasse le ciel que ton âme si belle, cachée dans la grossière écorce mortelle imméritée, ne sombre pas au milieu des écueils de la vie humaine, mais qu'elle te soit comme un phare lumineux pour adoucir l'amertume de ton existence, pour éclairer les ténèbres de ton avenir!

V. GAZZETTA MEDICA ITALIANA TOSCANA.

Les numéros de juillet à décembre 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Opérations obstétricales exécutées*; par M. Segbieri-Bizzari. 2° *Histoire d'un accouchement naturel par l'épaule (évolution céphalique spontanée?), et réflexions sur ce cas*; par M. Balocchi. 3° *Histoire d'une miliaire ayant succédé à une maladie grave de poitrine*; par M. Fioravanti. 4° *De l'endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveau-nés*; par M. Pastorella. 5° *Opérations chirurgicales exécutées à l'hôpital de Sienne, de mai 1851 à juin 1852*; par M. Zanobi Percbioli. 6° *Occlusion de l'intestin rectum, et opération d'anus artificiel*; par M. Mori. (Opération pratiquée selon la méthode de Littre; mort.) 7° *Sur la nécessité en médecine d'associer la théorie à la pratique*; par M. Fallani. 8° *Scarlatine albuminurie subitement disparue; mort*; par M. Sadun. 9° *Fièvre miliaire typhoïde sans éruption*; par M. Gbinozzi. 10° *Nouvel osselet surnuméraire de la base du crâne de l'homme*; par M. Verga. 11° *Études cliniques sur la hernie diaphragmatique*; par M. Vannoni. 12° *Guérison d'un carcinome de la face sans opération*; par M. Melina. (Guérison due à l'application du suc des scarabées des marais.). 13° *La syphilis peut-elle être la cause directe des tubercules pulmonaires?* par M. Gamberini. 14° *Sur la structure intime de l organe électrique de la gymnote*; par M. Pacini. 15° *Histoire d'une coxarthrocace guérie par l'extension continue*; par M. Zannetti. 16° *De l'utilité des bains tièdes dans quelques cas de grossesse*; par M. Arrighetti. 17° *Sur les combinaisons de quelques huiles essentielles avec les bisulfates alcalins*; par M. Bertagnieri. 18° *Quelques considérations sur la cure des hernies incarcérées et étranglées*; par M. Palamidessi. 19° *Pensées sur l'hydrophobie et l'apoplexie*; par M. V. Cesati. 20° *De la nécessité d'étudier la constitution dominante dans les maladies*; par M. Sadun. 21° *Nécroscopie d'un homme tué par la foudre.* 22° *Du chloroforme par la voie endermique, dernières expériences*; par M. Bartella. 23° *Fracture du crâne; protrusion de la substance cérébrale par le conduit auditif; trépanation*; par M. Torrachi. (Le blessé survécut huit jours à l'opération, malgré le nombre, l'étendue et la gravité des désordres cérébraux.) 24° *Violente entéralgie hystérique revenant suivant le type tierce, guérie par le sulfate de quinine uni à l'acide tartrique*; par M. Giuseppe. 25° *Note sur l'action de l'huile de foie de morue*; par M. Tigri.

DE L'ENDURCISSEMENT DU TISSU CELLULAIRE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS; par M. PASTORELLA.

L'auteur n'apporte pas sur cette maladie, encore si obscure, une théorie toute faite: c'est, au contraire, d'après son expérience qu'il conclut, et si son opinion a quelque poids à nos yeux, c'est principalement parce qu'elle nous semble s'être formée au milieu des hésitations et des mécomptes de la pratique.

M. Pastorella a toujours vu les premiers symptômes être ceux du côté de la peau, sans qu'aucune autre perturbation les eût précédés. Il pense donc, —surtout en présence des lésions si légères qu'on trouve alors dans les viscères,—que le scléréme est une maladie locale et primitive de la peau. Sa nature n'est point une phlogose, puisqu'on n'observe ni chaleur, ni douleur, ni suppuration; il ne croit pas non plus que ce soit un œdème; mais conduit par les résultats nécroscopiques, par l'analyse des symptômes avec ceux d'autres maladies et par l'argument *à juvantibus*, il la considère comme une lymphangite périphérique.

Tous les remèdes suggérés par les diverses théories émises sur la cause du mal ont été expérimentés dans le service de M. Pastorella; mais il a toujours vu que, malgré les soins les plus assidus, il mourait trois enfants sur quatre. Il abandonna alors tout traitement, et reconnut que la mortalité ne s'abaissait ni n'augmentait. Il prit enfin le parti d'essayer les frictions mercurielles, moyen en rapport avec ses idées sur la nature du scléréme. On fait une friction avec 4 grammes d'onguent mercuriel sur les cuisses, l'abdomen et la poitrine des malades; puis on lave les parties au moyen d'un bain d'eau tiède. Friction et bain sont réitérés toutes les douze heures.

Depuis un grand nombre d'années qu'il a mis en usage ce mode de traitement, il ne perd plus que le tiers des malades. Il n'a jamais eu à regretter le moindre résultat fâcheux. La résolution commence ordinairement à la troisième friction; il est rare qu'on soit obligé d'en faire plus de cinq.

LA SYPHILIS PEUT-ELLE ÊTRE LA CAUSE DIRECTE DES TUBERCULES PULMONAIRES? par M. GAMBERINI.

Une première donnée à considérer dans la discussion de ce problème, c'est que le nombre des phthisiques ayant des antécédents syphilitiques est peu notable.

Pour prouver que la syphilis peut occasionner le développement de tubercules, il faudrait, dit M. Gamberini, établir, à l'aide de faits cliniques, que des individus placés hors de toutes les conditions qui disposent à la phthisie, en ont été atteints à la suite d'une infection vénérienne. Or la médecine pratique ne peut donner une réponse aussi explicite.

Parmi les défenseurs de l'opinion qui rattache les tubercules à la syphilis, quelques-uns diront avoir guéri des phthisiques en employant des remèdes mercuriels; mais M. Gamberini se croit en droit d'affirmer qu'on s'en est laissé imposer par une laryngo-trachéite syphilitique, et la promptitude même avec laquelle la guérison s'opère alors lui sert d'argument pour contester la justesse du pronostic porté; car la phthisie demande ordinairement pour guérir plus de deux ou trois mois, temps qu'on prétend avoir suffi pour en triompher au moyen des mercuriaux.

M. Gamberini a soigné beaucoup de phthisiques, chez un certain nombre desquels il existait ou il avait précédemment existé des symptômes de syphilis constitutionnelle, et il n'a jamais trouvé de différence réelle soit entre les phénomènes cliniques qu'ils présentaient, comparés à ceux d'autres phthisiques non vénériens, soit entre les lésions anatomiques offertes par ceux-ci et par ceux-là.

Comme, d'ailleurs, le mercure, qui rend la santé aux individus affligés de cachexie syphilitique, ne produit aucun bien aux phthisiques, même à ceux qui ont en même temps la vérole, serait-il trop téméraire d'affirmer que la syphilis est, à elle seule, incapable d'engendrer la véritable tuberculisation? Pour ne pas trop heurter de front ceux qui croient à la réalité de cette étiologie, M. Gamberini se borne à dire que la syphilis peut être un élément provocateur de l'évolution tuberculeuse, mais n'a pas le pouvoir absolu de la déterminer.

— En renonçant à tenir compte, dans cette étude, des effets de l'iodure de potassium, M. Gamberini s'est volontairement privé d'un précieux moyen de diagnostic. Avec Gauthier (de Lyon), qui en a cité un exemple remarquable, nous croyons, pour l'avoir vu par nous-même, que des affections, sinon tuberculeuses selon la stricte rigueur de l'expression anatomique, du moins présentant tous les symptômes cliniques et la marche trop significative de la phthisie pulmonaire, ont cédé à l'administration des iodurés. Qu'on ne craigne donc pas, malgré la réponse négative du savant chirurgien de Bologne, d'essayer, chez les sujets à antécédents douteux, ce remède, qui, convenablement et prudemment employé, ne saurait en aucune manière aggraver leur état.

HISTOIRE D'UNE COXARTHROCACE GUÉRIE PAR L'EXTENSION CONTINUE; par M. ZANNETTI.

Ce cas, dont M. Zannetti a lu la relation à la Société médico-physique de Florence, nous apporte des lumières plus encore par les conséquences qu'il est permis d'en déduire que par celles que l'auteur en tire lui-même.

Un jeune enfant, un peu lymphatique quoique bien portant, eut à diverses reprises de vives douleurs de l'aine gauche. M. Zannetti le visita à la troisième récidive et reconnut une coxarthrocace commençante; en effet, la souffrance se ressentait dans l'articulation de la hanche et s'étendait à celle du genou. Les bains de mer rétablirent d'abord la santé. Mais peu de temps après, une rechute eut encore lieu, en octobre 1851; et, cette fois, on s'aperçut qu'il s'était joint aux symptômes précédents un allongement de près d'un demi-pouce. On employa contre cet état le repos, les sangsues, les rubéfiants, les vésicatoires réitérés, les purgatifs, plus tard les cautères. Néanmoins le mal ne fit que progresser, et en février 1852, on sentait la tête fémorale appliquée en haut sur la face externe de l'iléum. Le membre inférieur de ce côté était plus court que l'autre de six travers de doigt.

Voyant dépérir son malade malgré l'exactitude qu'on mettait à suivre ses prescriptions, M. Zannetti imagina de le soumettre à l'extension continue au moyen d'un appareil ordinaire, en ayant seulement le soin de faire porter les agents de l'extension au-dessus du genou et non sur les malléoles; afin de ne pas fatiguer par la traction l'articulation tibio-fémorale déjà souffrante.

L'application de cet appareil fut si bien supportée qu'on put, au bout de quelques jours, augmenter la force de la traction. Vers le quinzième jour, les deux membres étaient de niveau et la tête du fémur, par conséquent, ramenée en face de sa cavité.

Comme cependant cet appareil avait le désavantage de condamner le petit malade à une inaction qui épuisait ses forces, M. Zannetti s'ingénia à trouver un moyen d'obvier à cet inconvénient. Il demanda donc à M. Angiolini, habile mécanicien, de lui construire un appareil remplissant les trois conditions suivantes: 1° de permettre la déambulation avec une mobilité circonscrite de l'articulation ilio-fémorale gauche; 2° de laisser le médecin libre d'exercer, simultanément avec la déambulation, l'extension, la contre-extension et une pression sur le trochanter; 3° de faire que le malade pût marcher sans appuyer directement sur le pied gauche le poids du corps.

Cet appareil (que l'auteur ne décrit point) fut exécuté de manière à remplir exactement les trois indications précitées. Le petit malade s'en est servi et continue à le porter avec tant de succès qu'il peut marcher presque sans aucun soutien, et sans que le membre se soit raccourci d'une ligne. Il a pu être présenté à la Société médico-physique de Florence.

—Ce qui nous frappe dans cette observation, c'est surtout la manière dont elle prouve l'influence avantageuse du repos absolu. En effet, laisser le malade au lit, ce n'est point immobiliser les parties malades. Il faut pour obtenir cet important résultat, plus que cette prescription banale; il faut un appareil spécial qui contienne exactement les os participant à l'articulation affectée. Or, c'est là le résultat principal qu'a eu ici l'extension continue. La réduction de la luxation spontanée a été bien facile une fois que les douleurs ont été calmées par l'immobilisation préalable du fémur sur le bassin.

NÉCROSCOPIE D'UN HOMME TUÉ PAR LA FOUDRE; par M. GABBRIELLI.

Lorsqu'un homme est frappé par la foudre et qu'il succombe immédiatement, on croit très généralement que la cause de sa mort est un ébranlement nerveux; car souvent les légères lésions que l'on peut constater à l'extérieur du corps sont hors de rapport avec une terminaison aussi instantanée, aussi grave. Ce préjugé, toutefois, s'il se trouve justifié dans quelques circonstances, ne saurait servir d'explication pour tous les cas de ce genre. C'est ce que prouve péremptoirement l'observation de M. Gabbrielli.

Ayant pu faire l'autopsie d'un jeune homme de 23 ans, tué instantanément par un coup de tonnerre, il constata des brûlures aux deuxième et quatrième degrés, sur diverses parties du corps, les lombes, les fesses, la nuque, le membre inférieur gauche, la poitrine et le bas-ventre.

La plèvre gauche était parsemée d'ecchymoses qui s'étendaient aux muscles intercostaux contigus. Le poumon de ce côté était entièrement noir, peu crépitant, friable comme un caillot sanguin. Le doigt le traversait partout avec autant de facilité que s'il eût pénétré dans du sang coagulé. En incisant la plèvre pulmonaire, il en sortait une grande quantité de sang

qui était évidemment extravasé dans le parenchyme. Le poumon était lacéré et réduit en bouillie. Le poumon droit présentait, dans ses deux tiers postérieurs, le même état que le gauche; en avant, son état ne différait que peu de la structure normale.

Le sang contenu dans les vaisseaux était partout noir et diffluent; il ne fut possible de trouver dans aucun un caillot sanguin.

La face antérieure et l'extrémité gauche de l'estomac était sillonnée de taches rouges qui contrastaient avec la blancheur parfaite du viscère. Tous les intestins grêles étaient rouges et injectés. Les autres viscères étaient sains, à part les reins, qui offraient à l'intérieur une coloration rouge foncé, et une telle homogénéité de texture qu'on n'aurait pu y distinguer l'une de l'autre les deux substances qui les constituent.

L'auteur a eu la patience d'examiner et de soumettre à l'inspection microscopique la substance cérébrale, celle de la moelle épinière prise à diverses hauteurs, plusieurs nerfs, spécialement le pneumogastrique, le grand sympathique cervical, le poplité interne. Mais en comparant ces tissus avec les semblables pris sur un autre cadavre, il n'a trouvé entre eux aucune différence.

VI. GAZZETTA MEDICA ITALIANA (STATI SARDI).

Les numéros de juillet à décembre 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Description d'un nouvel instrument pour l'opération du phymosis*; par M. Borelli. 2° *Sur l'antagonisme des maladies*; par M. Zambianchi. 3° *Du diagnostic et du pronostic*; par le même. 4° *Réflexions pratiques sur la cure radicale de la hernie ombilicale*; par M. Borelli. 5° *Observations de tumeurs guéries par la méthode d'une seule injection avec la teinture d'iode*; par le même. 6° *Sur la cure radicale de l'hydrocèle*; par le même. 7° *Réflexions pratiques sur la cure radicale du ganglion*; par le même. 8° *Sur le traitement de la toux férine*; par M. Rotta. 9° *Sur la récidive des fièvres périodiques*; par le même. 10° *De l'emploi du chloroforme dans le travail de l'accouchement*; par M. Salvolini. (Il donne le conseil de le mettre en usage avec certaines précautions qu'il a soin de spécifier.) 11° *Sur l'endurcissement du tissu cellulaire des adultes et des enfants*; par M. Garelli.

DESCRIPTION D'UN NOUVEL INSTRUMENT POUR L'OPÉRATION DU PHYMOSIS; par M. BORELLI.

Il ne s'agit que d'une modification destinée à rendre plus régulier le résultat de l'opération par circoncision. Tout le monde a remarqué que, après la section transversale des parties exubérantes, il reste toujours trop de membrane muqueuse, quelque précaution qu'on ait mise à rabattre et à maintenir la peau en arrière avant de commencer l'incision. M. Borelli a imaginé de neutraliser cette cause d'imperfection en *tirant directement la muqueuse en avant*, au lieu de se borner, comme on le fait d'habitude, à tirer la peau en arrière. Il prend une sorte de pince à trois branches terminées chacune par un petit crochet recourbé en dehors. Cachées dans une canule, ces branches s'écartent en vertu de leur élasticité dès qu'on les fait sortir hors de la canule, et d'autant plus qu'on les en fait sortir davantage. On introduit cet instrument de manière à ce que le filet soit situé dans l'espace compris entre deux des branches. A mesure qu'on le fait pénétrer entre le gland et le prépuce, on retire doucement la canule, de telle sorte que les trois branches divergent, et vont accrocher sur trois points le feuillet muqueux du prépuce. On n'a plus alors qu'à pratiquer la circoncision proprement dite, ce qui s'opère de la manière habituelle. Seulement la muqueuse accrochée étant maintenue tirée en avant, on n'a pas à craindre d'en laisser en place une longueur excessive.

— Nous ne chercherons pas à contester la justesse de l'indication à laquelle M. Borelli s'est proposé de satisfaire. Il est évident que cette simple précaution dispensera de la rescision de la muqueuse, temps supplémentaire qui allonge considérablement la durée du manuel opératoire, et ajoute aux souffrances du malade. Nous craignons seulement que la présence de cet instrument ne rende plus longue et partant plus douloureuse la section circulaire du prépuce, section qui s'accomplit si rapidement dans le procédé ordinaire.

SUR LA RÉCIDIVE DES FIÈVRES PÉRIODIQUES; par M. ROTTA.

Guéri de la fièvre intermittente, un homme présente plusieurs conditions capables d'amener la rechute. D'abord l'état de convalescence est, par lui-même, comme toute cause débilitante, une circonstance dangereuse. En second lieu, l'individu ne va que trop souvent se retrouver au sein des mêmes agents qui avaient développé chez lui la maladie. Combien, en effet, y a-t-il de malades qui veuillent ou qui puissent abandonner leurs travaux ordinaires et leur habitation ? Enfin, les mouvements nerveux qui déterminent le retour de la fièvre sont devenus une habitude dans le jeu de l'organisme; et il est souvent fort difficile de la rompre.

Mais, de toutes les causes, la plus influente, celle dont l'auteur s'attache principalement à faire ressortir les dangers, c'est l'abus des saignées, de la diète et des purgatifs pendant le traitement de la fièvre intermittente. Proscrits à juste titre par les anciens, ces moyens ont repris quelque faveur sous le patronage d'une théorie contemporaine. Mais il suffit de réfléchir un instant pour comprendre qu'une affection particulière aux lieux bas et humides, attaquant spécialement les constitutions faibles, se développant de préférence à la suite de privations, ne doit pas être favorablement influencée par un système thérapeutique qui a pour effet direct d'aggraver la condition pathologique au sein de laquelle elle prend le plus souvent naissance, l'asthénie. C'est, du reste, ce que l'expérience a maintenant prouvé de la manière la plus incontestable.

VII. CORRISPONDENZA SCIENTIFICA IN ROMA.

(Mars 1852.)

SUR L'IODURE DE SODIUM DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE; par M. GAMBERINI.

« Pourquoi ne pas adopter pour l'usage médical l'iodure de sodium de préférence à l'iodure de potassium ? Un sel de soude doit être plus homogène à l'homme, puisque la soude se trouve dans presque tous les fluides animaux... Ce sel a été trouvé moins désagréable au goût, ou tout au moins exempt de la saveur âcre et lixivieuse qui accompagne l'ingestion du sel de potasse. »

C'est d'après ces paroles de Ruspini que M. Gamberini a été encouragé à essayer sur le malade l'iodure de sodium. Voici comment ce sel avait été préparé par M. Facci. Il mit 90 gram. de limaille de fer avec un kilog. et demi d'eau distillée, et y ajouta peu à peu 500 gram. d'iode, en agitant le mélange jusqu'à ce qu'il devînt verdâtre. Après l'avoir filtré, il le traita immédiatement avec une solution de carbonate de soude jusqu'à précipitation de tout le fer. Le carbonate de fer qui s'était formé ayant été séparé par la filtration, il réduisit jusqu'à siccité le liquide restant. Il le fit ensuite dissoudre, le filtra et le fit évaporer. De cette manière il obtint 420 grammes d'iodure de sodium blanc, en prismes rhomboïdaux, aplati, déliquescent, d'une saveur salée et moins désagréable que le même sel de potassium.

Le sel obtenu par le moyen de la soude caustique a une saveur plus répugnante. En outre, il irrite les voies digestives; de telle sorte que le procédé ci-dessus est celui auquel il faut décidément donner la préférence.

M. Gamberini en a essayé l'administration chez 116 malades, savoir : 12 qui avaient simultanément les accidents syphilitiques secondaires et les tertiaires; 17 atteints de seuls symptômes tertiaires, et qui avaient pris déjà du mercure (il remarque, à ce sujet, qu'il fallut pour obtenir une guérison complète leur donner d'autant plus d'iodure de sodium qu'ils avaient précédemment absorbé moins de mercure); enfin 851 affectés uniquement de symptômes tertiaires, chez qui on n'employa que l'iodure de sodium. Cette dernière classe, la plus intéressante au point de vue de l'expérimentation clinique, comprend 37 cas de douleurs ostéocopes, à dépérinstoses, à dexostoses avec des douleurs ostéocopes. Les autres cas se rapportent à des lésions moins caractéristiques de la diathèse syphilitique.

Dans ces diverses affections l'efficacité de l'iodure de sodium s'est montrée aussi rapide, aussi prononcée que celle de l'iodure de potassium. Il y eut plus tard quelques récidives, cela est vrai; mais outre qu'elles ne furent pas plus nombreuses qu'après l'administration de l'iodure de potassium, il faut remarquer que la continuation du même remède suffit pour guérir définitivement les symptômes qui avaient paru de nouveau.

Les avantages qu'offre l'iodure de sodium sont les suivants : il n'est pas aussi désagréable au goût que le sel de potassium; il réussit dans certains cas où celui-ci a échoué. Moins irritant pour l'estomac, il permet au praticien d'en augmenter les doses plus rapidement qu'on n'oserait le faire avec l'iodure de potassium (précieuse propriété dans certaines circonstances où l'indication est pressante). Enfin ce n'est qu'exceptionnellement qu'il détermine de l'irritation à la gorge, l'éruption iodique, le ptyalisme. Cependant M. Gamberini parle de quelques malades chez lesquels la salivation obligea de cesser cette médication durant deux ou trois jours, — accident assez rare, nous devons le faire remarquer, — durant l'administration de l'iodure de potassium.

La première dose a constamment été de 12 décigr. dissous dans 90 gram. d'eau distillée, et pris en trois fois dans les vingt-quatre heures. On peut ensuite élever la quantité absolument dans les mêmes proportions et suivant les mêmes règles que pour l'iodure de potassium. Il en est ainsi de l'incorporation du sel à l'axonge, pour l'usage externe.

— Sans vouloir contester un seul des avantages que l'observation autorise notre estimable confrère à conférer à ce remède, nous croyons pouvoir dire — et M. Gamberini ne nous démentira pas — que sa principale utilité consistera sans doute à combler les lacunes thérapeutiques que l'iodure de

potassium laisse forcément dans certains cas. Trop souvent un même remède, quelque bien indiqué qu'il fût au début, perd, par suite de l'accoutumance, sa vertu curative. Le praticien se trouve alors fort heureux d'avoir à sa disposition un second médicament d'espèce et de propriétés semblables, mais qui réussit à cette période uniquement parce qu'il est différent de celui qu'on avait employé en premier lieu.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 7 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Lemazurier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Versailles, sur une épidémie de rougeole qui a régné depuis le mois d'avril dernier dans la commune de Guyancourt (Seine-et-Oise);

2° Un second rapport de M. Guizard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lons-le-Saulnier, sur la recrudescence de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné cette année dans la commune de Marigny.

Le même ministre transmet des rapports sur le service médical, pendant l'année 1852, des établissements d'eaux minérales suivants :

De Saint-Alban, par M. le docteur Gay; de Bourbon-l'Archambault, par M. Regnault; des bains de mer de Boulogne, par M. Rouxel; de Digne, par M. Frison; de Bagnères-de-Luchon, par M. Barrié; de Neris, par M. Sibille; de Bains (Vosges), par M. Bailly; de Saint-Amand, par M. Charpentier; du Mont-Dor, par M. Bertrand fils.

— M. DENAMIEL (de Rivesaltes) (Pyrénées-Orientales) adresse un mémoire sur le diagnostic des calculs urinaires par le toucher seul ou combiné avec l'action des instruments. (Comm. : MM. Malgaigne, O. Henry et Jobert.)

— M. DUCHENNE (de Boulogne) adresse une note sur la contracture du diaphragme, à l'occasion de l'observation communiquée sur ce sujet dans la précédente séance, par M. Valette.

M. Duchenne donne, dans cette note, quelques explications qui intéressent principalement la symptomatologie et la thérapeutique de cette maladie. (Commission nommée.)

— M. A. FAVROT adresse une observation relative à une variété rare de gangrène inflammatoire, etc. (Voir le compte rendu de la dernière séance de l'Académie des sciences.) (Comm. : MM. Robert et Huguier.)

— M. GALLIOT (de Magny) (Seine-et-Oise) envoie une note sur un cas de typhus qui a présenté quelques circonstances particulières. (Comm. : M. Gaultier de Claubry.)

— M. BORDIER DE LA RUE (de Bergerac) adresse un travail sur l'emploi du frêne dans le rhumatisme et la goutte. (Comm. : MM. Grisolle et Requin.)

— M. PITANCIER DE MONTIGNY (de Madon, près Blois), adresse une lettre contenant une réclamation de priorité relative à l'emploi du charbon comme agent thérapeutique dans les affections typhoïdes.

— M. APOSTOLIDE communique la description d'un instrument pour la ligature des artères.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité.

La parole est à M. Gerdy.

SURDI-MUTITÉ.

M. GERDY : Le rapport de la commission est resté presque aussi muet qu'un sourd sur les questions du ministre et sur la méthode qu'il devait apprécier. Heureusement la lutte allumée par le rapport nous a éclairés et a contribué à nous démontrer qu'il s'agit au-dessous d'autres questions d'un haut intérêt pratique, dont la solution peut faire beaucoup d'honneur à l'Académie ou porter une grave atteinte à sa considération.

Il ne s'agit de rien moins, en effet, pour certaines personnes que de défendre tout à fait la parole à ceux qui peuvent entendre parler et pour les autres de les empêcher de gesticuler. On conçoit tout le danger qui peut résulter d'une discussion pareille.

Quoique le rapport n'ait pas comparé les avantages et les inconvénients ou les défauts des diverses méthodes et des divers procédés d'enseignement des sourds-muets, il veut les réduire à deux méthodes entre lesquelles il faut choisir :

1° L'enseignement oral articulé, la prononciation, en un mot, pour ceux qui entendent un peu;

2° La *mimique* et la *dactylologie* pour ceux qui n'entendent point du tout.

Le rapport demande ensuite la séparation forcée des orateurs sourds-muets d'avec les mimes. Le rapport, enfin, ne veut pas que l'enseignement oral soit confié à des professeurs muets. Il ne peut y avoir de dissidence à cet égard, selon M. Gerdy. Mais avant que de rien proposer contre les méthodes rivales et sur les moyens de perfectionnement à apporter à l'enseignement des sourds-muets, je crois utile, ajoute-t-il, d'entrer dans quelques considérations sur la fonction de l'expression, sur ses différents modes et sur les diverses méthodes que l'art en a retirées, afin de voir si les conclusions pratiques du rapport sont bien légitimes.

M. Gerdy, après une courte dissertation sur la fonction de l'expression, fait remarquer qu'après ses observations, loin de consentir jamais à réduire ou à mutiler l'enseignement des sourds-muets, on doit, au contraire, chercher à l'agrandir et à le perfectionner, parce qu'il faut à ces infortunés, comme aux autres hommes, plusieurs langages pour assurer la satisfaction de leurs besoins moraux comme de leurs besoins physiques.

M. Gerdy compare ensuite au point de vue de leur valeur respective les divers modes de langage qui se disputent actuellement la préséance, et de ce parallèle il déduit les conséquences suivantes :

Vous le voyez, messieurs, il résulte de toutes ces observations que chacun des trois langages dont nous venons de parler est insuffisant dans certaines circonstances pour établir entre les hommes les relations nécessaires à la vie; que si le langage articulé est très-avantageux aux demi-sourds qui peuvent distinguer les sons de la prononciation à haute voix ou au moyen d'instruments auriculaires et prononcer d'une manière assez pure pour être compris de tout le monde, ce langage est peu avantageux aux sourds qui, ne distinguant pas les divers sons de la parole, ne peuvent les reproduire que très-imparfaitement; qu'il peut cependant leur fournir un langage de famille ou d'amis, qui n'est pas sans avantages pour eux et pour leur famille en leurs amis; que la mimique est très-utile aux infortunés profondément sourds, parce que c'est plus qu'une *langue nationale*, c'est la langue de l'*humanité*, et qu'elle peut remplacer les autres; que la dactylologie est très-avantageuse aux sourds lorsqu'ils rencontrent des personnes qui la comprennent; que, dès lors, ces trois langues doivent être non-seulement conservées, mais même perfectionnées et enseignées toutes aux sourds-muets par des moyens nouveaux et plus puissants que ceux qu'on a mis en usage jusqu'à ce jour.

M. Gerdy expose ensuite, en quelques propositions générales, le mécanisme des diverses sortes de langage, en insistant sur les moyens de perfectionnement dont ils seraient susceptibles; puis il termine par les dernières conclusions suivantes qu'il croit devoir prendre à l'égard de celles de la commission.

Ne voulant conclure, dit-il, que d'après mes observations, je n'ai rien à objecter sur le nombre des sourds curables indiqués dans le premier alinéa des conclusions du rapport, n'ayant pas pu les visiter, comme je désirais le faire. Mais je ne puis accepter l'alinéa suivant, qui assure que l'acoumètre et les vibrations offrent un moyen de diagnostic d'une grande exactitude. Je désirerais que le suivant dît seulement que les sourds peuvent acquérir la faculté de lire en partie sur les lèvres; qu'il est impossible d'y lire tous les sons de la parole.

Je n'adopterai jamais la suppression absolue de la dactylologie, la séparation en deux des sourds-muets, les uns parlant, les autres dactyloquant. Je ne recommanderais la suppression de la dactylologie et de la séparation que chez les enfants capables de converser facilement entre eux par la parole; car je suis persuadé que lorsqu'ils ne parleront que très difficilement, ils adopteront un autre langage, la mimique ou un langage gesticulé quelconque, plus commode pour répondre aux instincts d'expression qui font le génie de l'humanité et rendent l'homme le maître de la terre.

Enfin je me joindrais volontiers à un renvoi des propositions à la commission, pour qu'elle voulût bien en présenter d'autres où elle tiendrait compte des objections qui lui ont été adressées.

M. Bérard, ayant un mot à dire dans la discussion, invite M. Nacquart, vice-président, à monter au fauteuil, et vient prendre place à la tribune.

M. BÉRARD s'exprime en ces termes :

En 1831, un honorable académicien, à qui Dieu fasse paix! venait, au nom d'une commission dont il était rapporteur, vous proposer de reconnaître qu'on peut voir sans le secours de l'organe de la vue, ou du moins au travers d'un corps opaque. Ce jour-là, la position de l'Académie était difficile; elle ne l'est pas moins en ce moment. En 1831, l'Académie n'était pas plus menacée qu'elle ne l'est aujourd'hui, d'encourir cette sorte de ridicule dont les corps savants ne peuvent plus effacer la trace, lorsqu'ils ont eu l'imprudence ou le malheur de s'y exposer.

Que vous demande M. le ministre de l'intérieur? Parmi les questions qu'il vous pose, il en est deux qui ne sont pas le moins du monde connexes, mais dont on ne manquerait pas d'invoquer la connexité, si vous ne vous expliquiez d'une manière catégorique sur chacune d'elles.

Voici ces questions. Je vais les lire.

1° On vous demande : « Si parmi les élèves qui entrent chaque année dans » l'établissement des sourds-muets, il ne s'en trouve pas un certain nombre qui, » par suite du traitement que M. Blanchet a imaginé, seraient susceptibles de » guérison ou d'amélioration, et pourraient arriver à saisir la parole directe- » ment par l'oreille, par l'intermédiaire d'instruments d'acoustique ou par tout » autre moyen, et si d'autres n'ont pas conservé l'usage de la parole, et ne se- » raient pas susceptibles d'acquérir la faculté de la lire sur les lèvres, quoi- » qu'ils soient atteints d'une surdité incurable. »

2° On vous demande encore : « Si les élèves de cette dernière catégorie (ceux » qui sont complétement sourds) ne pourraient pas recevoir quelques notions » du son par les nerfs de sensibilité générale, comme l'indique M. Blanchet. »

Point d'équivoques! Il faut appeler les choses par leur nom. On vous demande si on peut entendre sans le secours de l'ouïe? Si on peut entendre par la peau? Si des *impressions auditives* peuvent voyager par les nerfs du plexus brachial, par le nerf sciatique, les nerfs fessiers, ou d'autres encore, que je ne nommerai pas, bien qu'il n'y ait aucune raison d'exclure les uns plutôt que les autres.

En vain la nature aura déployé toutes les ressources de sa puissance forma-

trice dans l'installation de cet organe de l'ouïe si merveilleux et si compliqué... Pure affaire de luxe. Il suffira d'un nerf communiquant par un de ses bouts avec la plante du pied, et par l'autre avec la queue de cheval, pour nous donner la *notion des sons!*

Qu'une semblable question ait pu être rédigée par des personnes étrangères à la science que vous cultivez, cela n'a rien qui puisse nous étonner; mais qu'elle ait été suggérée par un docteur en médecine, c'est ce que j'ai peine à comprendre.

S'il y avait dans cette enceinte un académicien disposé à soutenir que la sensation que fait éprouver à la peau un mouvement vibratoire est de même nature qu'une sensation auditive, je serais très-heureux de l'entendre à la tribune. Mais je ne ferai pas à l'Académie cette injure de croire qu'aucun de ses membres veuille défendre cette singulière doctrine. M. J. Guérin, dans son discours, n'a pas commis la faute de confondre des impressions *tactiles* avec des impressions *auditives*. Dès la première séance où le rapport a été mis en discussion, l'un des membres les plus éclairés de la commission, M. le professeur Bouillaud, a décliné toute solidarité d'opinion avec ceux qui voudraient laisser passer la théorie de M. Blanchet... si théorie il y a. M. Bouillaud nous a fait part des objections qu'il avait faites à M. Blanchet. Dans la séance suivante, M. le rapporteur a parlé ou a voulu parler dans le même sens. M. Piorry a déclaré qu'il ne confondait pas les vibrations que la peau nous fait percevoir avec les vibrations auditives. Qu'il me permette de lui faire observer (ceci est une parenthèse) qu'il a dit autre chose que ce qu'il voulait dire. Il n'y a pas, pour le cas actuel, deux sortes de vibrations, les unes affectant les nerfs de la peau, les autres les nerfs de l'organe de l'ouïe. Ce sont les mêmes vibrations qui excitent dans chacun de ces nerfs les seules impressions qu'ils soient capables de faire éprouver; dans les nerfs de la peau, une impression tactile, un chatouillement, une secousse particulière; dans les nerfs de l'ouïe, l'impression du son. De même que le mouvement électrique passant par l'œil fait naître la *sensation de lumière;* passant par l'oreille interne, la *sensation auditive;* passant par les membres, la sensation d'un coup, d'une sorte de contusion, et la sensation gustative quand il traverse la langue.

Je reviens maintenant au danger qui menace l'Académie. Elle va avoir à se prononcer sur les résultats pratiques obtenus par M. Blanchet. Si la commission affirme que ces résultats sont bons, il n'y a pas de motifs pour que l'Académie ne déclare pas qu'ils sont bons, à moins pourtant qu'elle ne pense autrement que la commission ou que la question ne lui paraisse pas élucidée. Mais je suppose que l'avis soit favorable: Si l'Académie, en donnant son approbation à la partie pratique, ne se prononce pas d'une manière explicite sur la partie théorique, son silence sera pris pour un consentement, et demain les journaux politiques annonceront qu'on peut entendre par la peau, que l'Académie vient de vérifier cette grande découverte de M. Blanchet. Quelle sensation dans le public! ce serait à faire diversion aux tables tournantes! Quelle bonne fortune pour l'inventeur de la méthode! Quel étonnement de ces bons Parisiens lorsqu'ils apprendront qu'un sourd, un être radicalement sourd peut entendre par le bout des doigts ou par les talons! Mais aussi que de railleries, que de sarcasmes décochés par les hommes sévères, les vrais savants contre cette pauvre Académie de médecine! Elle ne s'en relèverait jamais!

Permettez-moi, messieurs, de dire un mot de cette partie théorique. Pour un physiologiste, le mouvement vibratoire des corps ce n'est pas le *son*. Le *son*, c'est le *mouvement vibratoire passant par le nerf acoustique sensible*. Le mouvement vibratoire ne devient son qu'à cette condition. Mais, dira-t-on, le mouvement vibratoire peut impressionner les nerfs de la peau. Oui, sans doute, et il serait bien étonnant qu'il n'en fût pas ainsi. Lorsqu'une détonation du canon brise toutes les vitres d'une rue sans le secours des projectiles, lorsque la voix d'un chantre fait trembler les vitraux d'une cathédrale, est-il impossible que ces puissantes vibrations impressionnent mécaniquement le sens tactile? Mais quel rapport existe-t-il entre cette impression et l'impression auditive? Aucun. On nous demande si un sourd, un individu radicalement sourd, peut avoir la notion du son par les nerfs de la sensibilité générale. Pour que la chose soit possible, il faudrait qu'il y eût quelque ressemblance entre l'impression d'un son et l'impression que fait sur la peau le mouvement vibratoire exagéré. Mais de grâce observez-vous: l'impression du son n'est pas pour vous l'impression du mouvement vibratoire. Ce mouvement vibratoire vous le sentez comme son et non comme trémoussement mécanique. C'est votre peau qui peut à l'occasion vous faire ressentir le trémoussement mécanique, mais elle ne peut vous faire sentir le son. Cette peau, chez un enfant qui est radicalement sourd, qui n'a pas l'idée du son, ne peut faire naître que l'*idée* du chatouillement et du trémoussement mécanique et non celle du son.

Je vais rendre tout ceci plus sensible par un exemple. A ce moment où je parle et où vous m'entendez, quel est l'intermédiaire entre vous et moi? C'est l'air vibrant. Quelle impression ressentez-vous? Uniquement celle du son et non du mouvement vibratoire, qui est devenu son dans votre oreille. Admettez que mon voisin, M. Gibert, pose sa main sur mon larynx pendant que je parle (c'est ce que faisait faire, il y a 160 ans, aux sourds-muets le célèbre Conrad Ammon, l'auteur du SURDUS LOQUENS, non pour leur apprendre à entendre, mais pour leur apprendre à parler); M. Gibert, dans cette position, éprouvera deux sensations: par l'oreille, celle du son; par les nerfs de la main, celle d'un trémoussement vibratoire, et certes il ne dira pas que ces deux impressions se ressemblent. Admettez maintenant que, dans cette position encore, M. Gibert devienne radicalement sourd, ce qu'à Dieu ne plaise! *dii omen avertant!* il rend trop bon compte de ce qui se dit ici; eh bien! M. Gibert aura perdu l'une des deux impressions, l'impression auditive, qui ne pourrait en aucune manière être remplacée par l'impression tactile que la main continuera de recevoir.

Ce n'est point là une doctrine qui me soit particulière: c'est devenu (passez-moi la trivialité de l'expression) le pont-aux-ânes de la physiologie. En parcourant Muller, il y a quelques jours, j'ai rencontré un passage qui semble avoir été écrit pour la circonstance; le voici. Après avoir parlé des excitants des autres sens, il dit:

« On en peut dire autant du son. Le fait sûr est que, quand un certain nombre de chocs ou de vibrations sont communiquées au nerf acoustique, ce son » naît comme sensation; mais le son comme sensation diffère infiniment d'un » nombre quelconque de vibrations. Le même nombre de vibrations d'un diapason que transmet la sensation du son au nerf auditif est perçu comme chatouillement par le nerf tactile. Il faut donc que quelque chose s'ajoute aux » vibrations pour que nous puissions sentir un son, et cette condition indispensable n'est attachée qu'au nerf acoustique. »

Qu'on dise que le *sens tactile* peut rendre quelques services aux sourds-muets, à la bonne heure! et cependant il ne leur en rendra jamais autant qu'aux aveugles. Mais qu'y a-t-il donc de nouveau là-dedans? Y a-t-il autre chose que cette vieille notion de la faculté qu'ont les sens de se suppléer (je dirai tout à l'heure comment ils se suppléent)? Ce qu'il y aurait de nouveau ce serait que les *impressions tactiles* devinssent des *impressions actives* et cela précisément chez les gens qui n'entendent pas; ce serait que ces impressions tactiles donnassent la *notion du son*. Voilà ce qu'on voudrait vous faire dire; voici l'énormité qu'on voudrait faire endosser à l'Académie. Mais elle ne s'y laissera pas prendre.

Que doit-on donc entendre par suppléance des sens? L'école de Gall, dont je fais grand cas, quand elle ne s'arrête pas à ce divertissement stérile des localisations, va nous le dire. Écoutez cette proposition: « *Jamais un sens ne peut être suppléé dans sa fonction immédiate.* » J'ajoute: *Mais comme nous appliquons plusieurs sens à la fois à la connaissance des corps de la nature ou de leurs divers états, si un des sens fait défaut, les autres travailleront davantage, mais chacun dans sa spécialité.* Mon premier maître en herborisation à Angers était un aveugle; il reconnaissait les plantes mieux que nous. Et pourquoi pas? Qu'est-ce que c'est, je suppose, qu'un *conium album*? C'est une plante d'une certaine hauteur, d'une certaine consistance, d'une certaine odeur, d'une certaine saveur et d'une certaine couleur. Notre aveugle ne voyait pas la couleur, mais les autres sens lui faisaient reconnaître le *conium album*. Ils avaient suppléé la vue, mais non la *fonction immédiate*, qui est de vous faire connaître la couleur. Vous ne direz pas que cet aveugle ait vu la couleur par le bout de doigts; ne laissez donc pas dire qu'un sourd a la *notion du son* par la plante du pied.

Un dernier mot sur la réponse à faire à M. le ministre.

M. le ministre prie MM. les commissaires de *vouloir bien scinder leur travail*, et de répondre sans retard aux questions qui leur paraîtront suffisamment élucidées.

Si j'avais eu l'honneur de faire partie de la commission, j'aurais dit: « M. le ministre nous prie de lui donner d'abord notre avis sur les points qui nous paraîtront clairs; commençons par répondre à M. le ministre qu'il est très clair pour nous qu'on ne peut avoir la notion du son que par le sens de l'ouïe. »

Pour le reste, nous verrons plus tard... Le temps a marché; je pense qu'aujourd'hui il faut répondre à plusieurs questions, probablement à toutes, et non à une seule. Mais je déclare qu'après avoir lu ce qui a été écrit autour de nous, et à cette occasion par des personnes qui, avouons-le, sont plus compétentes que nous sur la question pédagogique, après avoir pris connaissance de la brochure de M. Volquin, après avoir entendu la lettre de M. Ménière, après avoir lu la lettre de M. Pélissier, cette œuvre si émouvante d'un sourd-muet élevé par la méthode française et qui professe suivant la méthode française, et la lettre de M. Cabel, ancien professeur de l'école de Paris, après avoir été témoin de ce succès de gaieté, d'esprit et de bon sens obtenu dans la dernière séance par l'argumentation de M. Malgaigne, je voterai les conclusions qu'il a proposées, moins la troisième, qu'il m'a en quelque sorte renvoyée, et pour laquelle je proposerai une rédaction spéciale.

Une chose m'a frappé dans le discours de M. Malgaigne. Prenez garde, lui ont dit tour à tour les chefs de deux institutions rivales, prenez garde, on va vous tromper. Et comment serai-je trompé, dit M. Malgaigne, si je me tiens sur mes gardes? Vous serez trompé, parce qu'on se dira par le secours de la mimique une foule de choses sans que vous vous en aperceviez. Eh quoi! me suis-je dit à mon tour, il existe un langage si fin, si expressif, si rapide, que des sourds-muets peuvent, en l'employant, tromper infailliblement les personnes qui entendent et qui parlent, alors même qu'elles sont sur leurs gardes et ce langage, qui peint une pensée tout entière en moins de temps qu'il ne nous en faudrait pour articuler un des mots qui entrent dans l'énoncé de cette pensée, on voudrait l'interdire à une grande portion de cette classe infortunée des sourds-muets pour y substituer exclusivement, dans une expérience aventureuse, ces accents sauvages dont notre collègue nous a fait une si pittoresque description! A coup sûr, je n'aiderai pas l'Académie à accomplir, sans études préliminaires, une réforme si radicale et si téméraire, et je n'abattrai pas religieusement de porter la main sur l'édifice élevé par l'illustre abbé de l'Épée.

Voici, messieurs, ce que je propose de répondre à la troisième question posée par M. le ministre de l'intérieur. Cette question est rédigée dans les termes suivants:

DEMANDE. — « La commission sera priée d'examiner si les élèves de cette » dernière catégorie, les sourds-muets incurables) ne pourraient pas recevoir » quelques notions du son par les nerfs de sensibilité générale, comme l'indique le docteur Blanchet. »

RÉPONSE. — On sait depuis longtemps que les mouvements vibratoires peu-

vent impressionner le sens tactile et les nerfs de la sensibilité générale; mais ces mouvements ne peuvent faire naître la *sensation du son* que dans l'organe de l'ouïe.

Messieurs, j'ai été pendant longtemps dans le nombre de ceux qui sans savoir pourquoi se montrent irrévérencieux et moqueurs envers les Académies; mais aujourd'hui il n'en est plus de même. J'aime l'Académie (et je serais bien ingrat si je ne l'aimais pas); je tiens à ce qu'elle soit considérée; eh bien! je la supplie de se montrer en cette occasion, comme toujours, gardienne des idées saines et sévères en physiologie, et de ne point prendre à la légère telle decision, que la speculation pourrait exploiter.

MM. Piorry et Bouvier demandent la parole.

M. Malgaigne demande la parole pour une motion d'ordre.

C'est pour faire part à l'Académie qu'il s'est entendu avec M. le rapporteur pour arrêter ensemble une nouvelle rédaction des réponses à faire au ministre. Moyennant quelques concessions réciproques, ils sont parvenus à s'entendre sur tous les points, à l'exception d'un seul, celui que vient de traiter M. Bérard, et pour lequel M. Malgaigne déclare se rallier à la proposition qui vient d'être faite.

M. Malgaigne propose, en conséquence, que la discussion ne porte plus à l'avenir que sur les questions. M. Bouvier, qui désire parler, pourra le faire à l'occasion de la discussion des articles.

M. le Président se dispose à mettre aux voix la clôture de la discussion générale.

M. Piorry réclame vivement la parole, en vertu de son droit de rapporteur.

Des explications assez vives sont échangées à ce sujet entre M. Piorry et M. le président.

Sur l'observation faite par plusieurs membres que M. Piorry, en sa qualité de rapporteur, a droit à parler avant la clôture de la discussion générale, M. le président lui donne la parole.

M. Piorry tient avant tout à mettre en dehors toute question de personne. Le rapport est l'œuvre de la commission et non celle du rapporteur. Le rapporteur n'a fait que tenir la plume et exprimer sur tous les points le sentiment de la commission; la personne est donc hors de cause.

Je ne reviendrai pas, dit M. Piorry, sur la discussion générale; mon intention n'est à l'avenir que de défendre une à une les conclusions et d'examiner jusqu'à quel point chacune d'elles était attaquable. Mais avant de clore ce debat, je ne puis laisser peser plus longtemps sur le travail de la commission le reproche d'hérésie physiologique qu'on vient de lui adresser. Il n'a nullement été question, dans le rapport, de confondre la sensation tactile générale des vibrations sonores avec la sensation spéciale du son. C'est là un reproche tout à fait gratuit, et ce que vient de dire M. Bérard n'attaque par conséquent en rien le travail de la commission.

Quant aux faits consignés dans le rapport, ils sont positifs. La commission n'a rien avancé qu'elle ne l'ait vu et bien vu. En vain est-on venu dire qu'elle avait vérifié légèrement les faits, cela n'est pas; elle a procédé avec la plus grande sévérité à l'examen des faits. C'est donc encore là un reproche dont je dois la défendre. M. Malgaigne a cru pouvoir contester la réalité des faits attestés par le rapport, parce que, dans l'enquête à laquelle il s'est livré, il n'aurait pas constaté des résultats aussi satisfaisants. Mais pendant que M. Malgaigne vous disait ici, à cette tribune, que les sourds-muets élevés par la méthode de l'articulation ne comprennent pas du tout le langage sur les lèvres et qu'ils ne parlent que d'une manière inintelligible, j'étais dans le vestibule m'entretenant avec un sourd-muet qui m'étonnait par la facilité avec laquelle il répondait à toutes mes questions; et ce sourd-muet était celui-là même avec lequel M. Malgaigne disait n'avoir pas pu échanger un mot, c'était M. Dubois fils.

Nier les résultats heureux que l'on obtient par cette méthode, c'est donc nier la vérité.

De ce que la commission s'est attachée à faire ressortir ces avantages, est-ce donc à dire qu'elle a voulu détruire ce qui est? Non. Elle est amie du progrès, mais elle ne vent rien détruire, elle ne poursuit que le faux progrès, que le progrès à reculons. Qu'avons-nous voulu dire? C'est qu'il y a dans l'Institution de Paris un classement des sourds-muets que je ne crains pas de qualifier de détestable. C'est contre ce mauvais classement, qui consiste à confondre tous les sourds-muets dans une seule et même catégorie, et à les élever tous de la même manière, sans distinction d'aptitudes différentes, que nous avons dû nous élever. Nous ne faisons ici aucune acception de personnes, nous ne voyons ni M. Ménière, ni M. Blanchet, nous ne voyons que des sourds-muets dont les uns peuvent être élevés avec avantage par l'articulation, les autres par la mimique seulement, et que l'on a tort, nous le répétons, de vouloir élever tous d'après la même méthode. M. Malgaigne lui-même est convenu que quelques sourds muets élevés par l'articulation en sont venus à pouvoir converser avec les membres de leur famille. N'est-ce donc rien que cela?

Encore un mot. Cette longue discussion ne nous justifie-t-elle pas assez de n'avoir pas fait l'historique de la question? Voilà dix séances qu'on y a consacrées, et l'on n'a pas dit encore le quart de ce qu'il y avait à dire. (Très-bien!)

La discussion générale est close.

On passe à la discussion des articles.

M. Malgaigne donne lecture en ces termes de la réponse à la première question :

« Parmi les élèves entrant chaque année à l'établissement, il s'en trouve généralement un certain nombre qui paraissent susceptibles d'amélioration et qu'il importe de soumettre à un traitement spécial; mais l'expérience n'a pas encore appris s'ils sont susceptibles de guérison complète. »

M. Roux voudrait que l'on scindât la question. Il y a dans la surdi-mutité deux états distincts; il pourrait se faire qu'on parvînt à modifier isolément l'une ou l'autre des deux infirmités qui constituent la surdi-mutité. On ne peut par conséquent les comprendre dans une seule catégorie.

M. Cazeaux s'élève contre les mots de *traitement*, de *méthode* imaginés par M. Blanchet, dont on se sert dans le rapport. Il ne lui a pas paru ressortir de l'exposé des faits et de la discussion qu'il y eût là une véritable méthode dont M. Blanchet soit l'auteur.

M. Piorry : La commission a voulu mettre autant que possible M. Blanchet de côté, tout en lui rendant justice. L'idée de se servir du diapason n'appartient pas à M. Blanchet, elle appartient à M. Bonnafont; mais M. Blanchet, en perfectionnant le procédé imaginé par M. Bonnafont, a fait une chose utile, et la commission a dû le proclamer.

M. J. Guérin : L'Académie s'est engagée dans une voie où elle ne rencontrera que des obscurités. La question posée par le ministre est complexe, elle comprend deux ordres de faits qui s'y trouvent confondus. La sourdi-mutité peut être une maladie ou bien une infirmité; il y a donc deux points de vue : le point de vue de la maladie qui peut être traitée par tels ou tels moyens médicaux ou chirurgicaux et donner lieu à des guérisons, et le point de vue de l'infirmité, qui n'est accessible qu'aux moyens gymnastiques et pédagogiques, et produire des améliorations. Il importe, avant tout, qu'il soit fait un examen diagnostique comparatif des sujets appartenant à ces deux catégories. La question devrait donc être dédoublée en vue de ces deux catégories bien distinctes. Je voudrais, en conséquence, que la commission fit une nouvelle rédaction de cette première réponse à faire au ministre.

M. Malgaigne : Les deux faits capitaux, la guérison de la surdité et celle de la surdi-mutité sont parfaitement distincts dans la question du ministre et dans la réponse qu'on propose de lui faire.

M. J. Guérin : La question du ministre est très-claire, mais la réponse ne l'est pas; j'insiste sur la nécessité de la scinder.

M. le Président pense que la proposition de M. Guérin doit être mise aux voix. Il consulte l'Académie.

M. Piorry s'oppose formellement au renvoi.

M. Bégin : La distinction dont vient de parler M. Guérin existe bien en réalité, mais il n'importe pas autant qu'il le pense d'en tenir compte dans la pratique. Dans l'un et l'autre cas, il est bien évident que les moyens à employer diffèrent, mais le but est le même. J'appuie le projet de réponse proposé par M. Malgaigne, qui me paraît répondre très-bien à la question du ministre.

La conclusion proposée par M. Malgaigne est mise aux voix et adoptée. A la contre-épreuve, M. Guérin seul lève la main.

Deuxième conclusion :

« Nombre de sourds-muets sont capables d'acquérir la faculté de lire sur les lèvres : c'est là même le but essentiel de la méthode allemande et de l'Institution, à Paris, de M. Benjamin Dubois; mais cette faculté est fort limitée chez la plupart. »

M. Bouvier s'élève contre le dernier membre de phrase de cette conclusion : « mais cette faculté est fort limitée chez la plupart. » M. Malgaigne a cherché à prouver, dans la dernière séance, cette prétendue limitation; j'ai cru avoir établi le contraire dans la séance qui a précédé, et je tiens à revenir en ce moment sur ce point.

Il y a évidemment, dans tout ce que nous a dit M. Malgaigne sur ce sujet, quelque chose qui ne peut s'expliquer que par une anomalie. Tout le monde a conversé avec des élèves de M. Dubois, et on les a très-bien compris. M. Malgaigne seul n'a pu les comprendre. Il a donc eu le tort, au moins, de conclure du particulier au général. Je désire, à cette occasion, rappeler un fait. M. Malgaigne a cité un Allemand sourd-muet élevé par la méthode dite allemande, et qui ne paraîtrait rien comprendre au langage par lèvres. Je suis allé à l'hôpital du Midi, où est actuellement ce sourd-muet; je lui ai parlé allemand, il ne m'a pas compris; je lui ai ensuite parlé français et il m'a parfaitement compris, et lorsque je lui ai demandé pourquoi il n'avait pas répondu à mes premières questions, il m'a dit qu'il ne savait pas un mot d'allemand. (Rires.) Il n'est pas Allemand, en effet, il est Alsacien, de Strasbourg, et d'ailleurs il a été élevé par un maître français. Je lui ai demandé ensuite s'il était content de parler. Je crois bien! m'a-t-il répondu avec une très-grande vivacité.

Il me reste à répondre à un petit fait. J'ai parlé tout à l'heure d'anomalie. J'ai voulu savoir à quoi pouvait tenir que M. Malgaigne n'eût pas pu se faire comprendre de sourds-muets qui comprennent très-bien d'autres personnes sur le simple mouvement des lèvres. L'un des sourds-muets avec qui M. Malgaigne avait cherché à converser m'a fait remarquer que cela tenait à une certaine disposition anormale des lèvres de M. Malgaigne (rire général), à une proéminence de la lèvre antérieure qui rend plus difficile à percevoir, aux yeux du sourd-muet, l'ensemble des mouvements de la bouche. L'abbé de l'Épée a dit, il y a longtemps, mieux que je ne pourrais le dire : « Les sourds-muets ne comprennent pas toutes les personnes; mais c'est souvent à cause de la personne qui parle.

M. Ricord a souvent eu occasion de converser avec le malade dont vient de parler M. Bouvier, et il a été surpris de la facilité avec laquelle il s'en faisait comprendre : au point qu'il a cru longtemps n'avoir affaire qu'à un sourd ordinaire.

M. Guérin désire savoir si M. le rapporteur entend abandonner la première rédaction de la commission pour se ranger à celle que l'on vient de proposer. (Signe affirmatif de M. le rapporteur.) S'il en est ainsi, ajoute M. Guérin, je regrette que la commission abandonne une réponse catégorique à une question catégorique pour une réponse qui ne répond à rien. Le ministre demande si

cette catégorie de sourds-muets qui ont déjà parlé jadis et qui ont ensuite perdu l'usage de la parole, pourront la récupérer en leur apprenant l'articulation et la lecture sur les lèvres. La réponse qu'on vous propose de substituer à celle de la commission ne répond pas à cela. Eh bien! il faut que la réponse soit catégorique comme la demande. Le premier projet de réponse de la commission remplissait évidemment beaucoup mieux ce but.

M. Londe appuie la proposition de M. Bouvier de retrancher le dernier membre de phrase de la conclusion proposée. Il a vu pour son compte des enfants sourds-muets qui n'avaient que quelques années d'éducation et qui lisaient parfaitement sur les lèvres; il a pu converser facilement avec eux.

M. Begin est de l'avis de M. Guérin : il voudrait qu'on revînt aux principes. Il y a deux catégories de sourds-muets : ceux qui n'ont jamais entendu ni parlé; ceux qui, ayant entendu et parlé autrefois, ont perdu accidentellement l'une et l'autre faculté. Ces derniers sont évidemment bien plus susceptibles que les autres de récupérer l'usage de la parole. Il importe donc de faire de ceux-ci une catégorie spéciale à part. Or la réponse qu'on vous propose de faire les confond. Ainsi si le membre de phrase dont il s'agit subsistait, on en pourrait conclure que cette catégorie dont je parle échappe comme l'autre à l'éducation par la parole. Je proposerai donc de dire : « Les sourds-muets qui ont parlé sont aptes à recouvrer l'usage de la parole; » mais je bornerais ce mode d'enseignement à cette catégorie. Je ne voudrais pas qu'on l'appliquât à l'autre.

M. le Secrétaire perpétuel : Du moment où l'un des membres de la commission, M. Begin, n'est pas d'accord avec M. le rapporteur sur la nouvelle rédaction, je crois qu'il y aurait lieu à renvoyer les conclusions à la commission. Je ferai remarquer, à cette occasion, ce qu'il y a eu d'irrégulier dans cette sorte de conférence qui a eu lieu entre M. Malgaigne et M. le rapporteur, en l'absence des autres membres de la commission.

M. Malgaigne (avec véhémence) : Si la commission n'a pas été réunie, c'est la faute d'une seule personne, de M. le secrétaire perpétuel, qui eût dû la convoquer et qui ne l'a pas fait. J'ajouterai une chose : c'est que lorsque j'ai voulu reprendre mes propositions déposées au secrétariat, je ne les ai plus retrouvées...

M. le Secrétaire perpétuel (avec calme) : Voici ce que dit le règlement sur la convocation des commissions, art. 18... « Les commissions sont convoquées par le *rapporteur*... » (Explosion de rires.) Quant à la disparition de la minute des conclusions proposées par M. Malgaigne, le mal n'a pas été aussi grand qu'il le dit, ces conclusions ayant été publiées par tous les journaux. Je ne vois donc pas pourquoi M. Malgaigne m'a *foudroyé* pour si peu de chose. (Rire général.)

M. Gibert ne comprendrait pas plus longtemps sur les conclusions en présence d'une pareille irrégularité. Il appuie le renvoi à la commission.

Plusieurs membres appuyant le renvoi, le renvoi est prononcé.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LES MOIS DE FÉVRIER ET MARS 1853; par M. le docteur E. Le Bret, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Physiologie.

Sur la fécondation de l'hydre vulgaire; par M. Laurent.

M. Laurent communique verbalement à la Société les résultats suivants de ses observations faites cette année (1852 et 1853) sur l'hydre vulgaire (*hydra grisea*, L.)

1° Cette espèce semble se distinguer des deux autres, l'hydre verte et l'hydre orangée, non-seulement par la forme et la couleur de ses œufs, mais encore en raison de ce que les individus sont ou mâles ou femelles et non-d'apparence hermaphrodite, c'est-à-dire qu'on ne voit jamais sur un même individu les produits des deux sexes en même temps, comme dans les deux espèces citées ci-dessus.

2° Cette année, en raison de la température douce des mois de novembre et décembre 1852, janvier et une partie de février 1853, tous les œufs produits, quoique soumis à l'influence des corpuscules zoospermoïdes, ont été inféconds et se sont désagrégés malgré tous les soins hygiéniques pris pour prévenir ce résultat négatif.

La fécondation des œufs des trois espèces d'hydres bien connues est un phénomène physiologique dont les conditions expérimentales sont indéterminées et inconnues.

Quelques faits bien constatés me semblent prouver que les œufs des hydres, comme ceux de quelques autres espèces animales, sont fécondés par eux-mêmes et sans la participation plus apparente que réelle des filaments zoospermoïdes contenus dans les tumeurs testiculiformes.

3° Aussitôt que le froid s'est fait sentir, et alors même qu'on ne voyait que très-peu ou point d'individus mâles, tous les œufs de l'hydre vulgaire observés dans mes vases se circonscrivent très-bien, ne se désagrègent plus et se conservent de manière à me faire espérer qu'ils sont féconds.

II. — Anatomie.

1° Sur le foie des insectes; par M. Alexandre Laboulbène.

Les faits anatomiques relatifs à l'appareil hépatique des insectes sont recueillis et résumés dans le beau mémoire publié en 1843 par M. Léon Dufour (Ann. sc. nat., XIX, 145). J'ai l'honneur de présenter à la Société quelques renseignements nouveaux sur le même sujet.

I. Le foie des *gryllus campestris* L. est remarquable entre tous ceux des autres insectes. Il a été décrit par M. Léon Dufour dans ses recherches sur les orthoptères (Mém. des sav. étrang. de l'Institut, VII, 336) et figuré (Ann. sc. nat., 1843, XIX, pl. 6). Cet organe est composé d'une grande quantité de tubes biliaires aboutissant tous à un petit calice commun et suivi lui-même d'un canal cholédoque. J'ai constaté que le *gryllus domesticus* L. a un foie exactement pareil à celui de son congénère, le *gryllus campestris*.

Les bourses, ou plutôt les dilatations que présente le ventricule chylifique du même insecte, sont au nombre de deux; elles sont latérales et assez développées. En les ouvrant, on les trouve plissées à leur surface interne, ainsi que M. Léon Dufour l'a indiqué pour la *courtillère*. J'ai découvert, en outre, qu'elles présentent des endroits élevés, ovalaires et bordés par des aspérités brunâtres.

Ces petits organes sont très-probablement destinés à achever la trituration des aliments, déjà faite en grande partie par le gésier; car il est impossible d'admettre là un appareil sécréteur. On ne trouve, du reste, jamais des vaisseaux biliaires couronnant les poches du ventricule chylifique des *gryllus*, comme cela a lieu dans les *locusta*.

II. J'ai reconnu dans la *locusta* (*meconema*) *varia* F. que l'insertion des vaisseaux biliaires à l'extrémité inférieure du ventricule chylifique n'est point exactement verticillée, mais a lieu par *deux* houppes latérales. C'est un fait nouveau d'insertion biliaire qui doit prendre place à côté de celui que M. L. Dufour a signalé et figuré pour l'*ephippigera*, dont le foie s'abouche dans le canal intestinal par cinq faisceaux distincts (voy. ouv. cité, 350, et Ann. sc. nat., 1843, XIX, 147, pl. 6, fig. 1). J'ai constamment rencontré dans les *locusta* l'extrémité des tubes hépatiques accolée aux dilatations supérieures du ventricule; mais ces extrémités m'ont toujours paru y adhérer sans s'y ouvrir en aucune façon.

III. J'ai signalé à la Société (Compte rendu et Mémoires, I, 97) que dans l'*anobium abietis* F., je n'avais su trouver que *six* vaisseaux biliaires au lieu de *huit* qui leur avaient été assignés. Depuis ces premières recherches, j'ai disséqué un grand nombre d'individus du genre *anobium*, et j'ai maintenant acquis la certitude que ces coléoptères n'ont réellement que six vaisseaux hépatiques.

Le mode de terminaison de ces vaisseaux biliaires m'a bien longtemps échappé. Étaient-ils libres à leur extrémité et en cœcum flottant, ou bien se réunissaient-ils pour se porter dans la partie inférieure du tube digestif? J'ai trouvé, à ma vive satisfaction, la solution du problème. Il m'a été possible de constater, de la manière la plus évidente, que les vaisseaux biliaires se portent près du renflement cœcal de l'intestin, et que là ils ne s'ouvrent pas dans ce même intestin, mais seulement soulèvent sa tunique externe, formant d'abord un bourrelet et se terminant insensiblement en cœcum.

Quand j'avais signalé « l'existence d'un corps ovoïde où les vaisseaux biliaires semblent se rendre... corps placé à la partie inférieure de l'intestin, » il s'agissait très-probablement d'une fausse insertion de ces vaisseaux.

Le fait de la terminaison des tubes hépatiques en vaisseaux avengles ou en cœcum se confirme donc de plus en plus, lors même que ces tubes paraissent s'ouvrir dans l'intestin d'une manière évidente. Voyez (Ann. sc. nat., 1828, XIV, 231) la découverte de ce fait important par M. L. Dufour.

III. — Anatomie pathologique et pathologie.

1° Évolution de tumeurs multiples se manifestant pendant le cours d'une grossesse; tumeurs énormes développées dans l'épiploon et dans le cul-de-sac recto-vaginal; accouchement prématuré; présentation de l'épaule; évolution spontanée; péritonite chronique; mort au bout de trente jours. — Autopsie : tumeurs du péritoine, du diaphragme, des poumons, des plèvres, des côtes et des mamelles.

M. Paul Lorrain fait à la Société la communication suivante accompagnée des pièces à l'appui.

La femme qui fait le sujet de cette observation était âgée de 20 ans, primipare. Elle habitait Auteuil où elle exerçait la profession de blanchisseuse. Elle était bien conformée, d'une stature moyenne, d'une santé habituellement bonne. Ses parents sont bien portants. Nos renseignements quant à l'hérédité des maladies dans cette famille sont imparfaits. Notre malade a, dit-elle, commencé à marcher à l'âge de 18 mois. A 15 ans, elle a été réglée pour la première fois, et la menstruation a toujours été chez elle régulière depuis cette époque.

Cette femme devint enceinte vers la fin du mois de juin 1852. Le début de sa grossesse fut marqué par des nausées et des vomissements fréquents qui persistèrent jusqu'au quatrième mois. Vers cette époque, elle ressentit des douleurs assez vives à la partie inférieure de l'abdomen; elle consulta un médecin qui lui fit une saignée et lui ordonna des bains. La grossesse se continua ensuite sans accidents, et cette femme ne cessa de se livrer à son travail habituel que la veille du jour où elle se présenta à la maison d'accouchement. Elle fut reçue dans cet établissement le 14 janvier 1853. Elle avait depuis la veille des douleurs lombaires et abdominales qui semblaient annoncer un accouchement prochain.

On constata tout d'abord un volume considérable et une extrême sensibilité du ventre. On reconnut que le développement de l'utérus n'était pas la seule cause

de ce volume énorme du ventre; l'utérus était très-élevé et déjeté à droite; il était entouré en haut, en arrière et sur les côtés et comme coiffé par une tumeur énorme qui se cachait sous les côtes. Par le toucher vaginal, on reconnaissait en arrière une énorme tumeur solide, inégale, qui occupait toute la partie postérieure et latérale gauche de l'excavation pelvienne et sur laquelle on distinguait une partie anguleuse. Le col de l'utérus était repoussé en avant derrière le pubis. On put s'assurer qu'il était ouvert, très-étroit et qu'il avait conservé toute sa longueur. Si l'on soulève avec l'extrémité du doigt la tumeur située en arrière du col, on voit qu'elle est mobile; en même temps la tumeur située au-dessus de l'utérus subit un mouvement ascensionnel. L'auscultation fait reconnaître le bruit du cœur du fœtus dont le maximum d'intensité est à droite et en avant, un peu au-dessous de l'ombilic; les battements sont réguliers et normaux.

Cette femme a la face colorée, les yeux cernes, les traits profondément altérés, le pouls petit et fréquent, la peau sèche, l'excrétion de l'urine et des matières se fait régulièrement. Interrogée sur ses antécédents, elle répond qu'elle se portait bien avant sa grossesse, qu'elle n'éprouvait avant cette époque aucune douleur dans le ventre et qu'elle n'a ressenti de la gêne et de la douleur dans l'abdomen que depuis qu'elle est enceinte.

Le 18 janvier, à huit heures du matin, les membranes se rompirent; le col était légèrement entr'ouvert; par le toucher on reconnut qu'une partie anguleuse se présentait; le cordon ombilical avait glissé jusqu'au col; on n'y sentait pas de pulsations; l'auscultation de l'abdomen ne fit entendre aucun battement du cœur du fœtus; le travail marcha assez régulièrement, et l'on reconnut bientôt une présentation de l'épaule (première position de l'épaule gauche).

En raison du petit volume du fœtus qui, en outre, avait cessé de vivre et des circonstances exceptionnelles dans lesquelles se trouvait l'utérus, on résolut d'attendre. On prescrivit un grand bain. Vers minuit les douleurs devinrent plus fortes et plus rapprochées. Le lendemain, à cinq heures et demie, la dilatation était faite et la partie fœtale s'engageait fortement, la main faisant saillie à travers l'orifice vulvaire; à six heures et quart du matin l'accouchement s'était terminé par l'évolution spontanée du fœtus; le bras droit sortit avec la tête sans aucune difficulté.

L'enfant, du sexe féminin, était mort; il pesait 1,100 gr. Il était donc d'un très-petit volume et paraissait avoir environ 6 mois et demi.

Après la délivrance qui ne présenta aucune difficulté, l'utérus se rétracta; il n'y eut pas d'hémorrhagie.

Le fœtus examiné ne présentait aucune lésion ni aucune difformité digne de remarque.

Nous ne donnons pas l'observation détaillée de la maladie qui a suivi l'accouchement, et à laquelle cette femme a succombé un mois plus tard. Nous dirons seulement qu'elle présenta tous les signes de la péritonite chronique: ventre douloureux, tendu non pas seulement par les tumeurs, mais aussi par des gaz développés dans les intestins, vomissements, fièvre continue, marasme, etc.

Autopsie le 16 février 1853.

Cavité péritonéale et épiploons. Amaigrissement considérable; volume énorme du ventre. On fait deux incisions latérales qui passant de la clavicule se terminent à l'éminence iléo-pectinée; on détache la partie antérieure du thorax et la paroi abdominale, en laissant en place le péritoine qui adhère fortement aux viscères abdominaux.

On détache avec les doigts le péritoine dont l'adhérence aux organes intra-abdominaux s'est faite non-seulement par l'intermédiaire d'une substance albumino-fibrineuse molle, mais surtout par la continuité qu'établit entre le péritoine et les viscères un tissu résistant, dur, criant sous le couteau; le péritoine est épaissi, résistant, parsemé de noyaux d'une substance solide, dure, comme fibreuse.

Le péritoine étant enlevé, on aperçoit une tumeur considérable constituée par le grand épiploon qui se présente sous la forme d'un corps dur ayant de 4 à 5 centim. d'épaisseur, criant sous le couteau. Cette masse énorme remplit presque toute la partie antérieure de l'abdomen; en arrière et au-dessous se trouvent les intestins qui sont agglutinés ensemble par un produit de sécrétion de nature inflammatoire; le mésentère est infiltré de la même matière dure et résistante qui forme la tumeur épiploïque. Au point où se termine l'épiploon inférieurement est un épanchement de sérosité purulente à laquelle le péritoine adhérant circulairement aux parties voisines, et les tumeurs situées profondément d'une autre part ont formé comme un kyste.

Tumeur colloïde de l'excavation pelvienne. L'excavation pelvienne est presque entièrement remplie par une tumeur dont le diamètre antéro-postérieur est de 0,09. Cette tumeur a pris naissance dans le cul-de-sac recto-vaginal. Sa base est étroite, *dure*, résistante, formée d'un tissu analogue par ses apparences à celui qu'on retrouve dans les tumeurs précédentes; de cette base dont l'épaisseur est de 2 centim. environ s'élève une tumeur arrondie, globuleuse, du volume de la tête d'un fœtus à terme et qui diffère complètement des tumeurs situées plus haut; elle est molle, dépressible, élastique, d'une apparence gélatineuse, tremblottante (colloïde). Grâce aux caractères de cette tumeur, l'accouchement qui aurait été rendu impossible par une tumeur solide d'un semblable volume, a pu s'effectuer spontanément.

Partout le péritoine est semé de petites tumeurs dures, blanches, résistantes. L'enveloppe séreuse du foie et la veine ombilicale sont infiltrées de cette matière. L'estomac et les intestins serrés et englobés dans les tumeurs de l'épiploon et du mésentère sont *sains*; on trouve la même substance anormale de l'épiploon. Gastro-colique et splénique.

Diaphragme. Le diaphragme a pris l'*aspect* du tissu dur des tumeurs épiploïques; il a perdu son apparence propre; son épaisseur est de 2 à 3 centim.; il est blanc, dur, ferme, etc.

Les plèvres sont remplies de petits noyaux de la même substance, ainsi que la base des poumons.

Quatrième côte droite. Cette côte est à son articulation vertébrale d'un volume plus considérable. Les aréoles du tissu spongieux sont remplies par une matière gélatiniforme (colloïde) d'où résulte pour cette partie de l'os une très-grande friabilité.

Mamelles. Enfin on trouve dans les deux mamelles des noyaux arrondis d'une substance dure, blanche, analogue à celle des tumeurs abdominales.

Utérus. L'utérus a repris son volume ordinaire; il est petit, retenu très-haut par l'adhérence de sa séreuse au péritoine pariétal et à la tumeur épiploïque. Les ligaments ronds et larges sont infiltrés de la matière dure qui constitue les tumeurs épiploïques. Le col est très-allongé, *sain*. Le tissu utérin *lui-même* nous parait sain.

Considérations. — Cette observation nous a paru remarquable:

1° Au point de vue pathologique, par le développement d'une diathèse de nature peu connue, colloïde? à l'occasion d'une grossesse.

2° Au point de vue obstétrical, par la présence de ces tumeurs qui ont gêné le développement de l'utérus et ont pu provoquer l'accouchement prématuré, et par la présence dans l'excavation pelvienne d'une tumeur énorme qui n'a pas empêché l'accouchement spontané.

3° Au point de vue de l'anatomie pathologique, par la rareté du fait que nous avons l'honneur de signaler à la Société.

2° Observation de cysticerques du cerveau et des muscles chez l'homme; par M. E. Leudet.

Dufour (Clarisse), âgée de 28 ans, journalière, d'une taille moyenne, yeux bruns, cheveux bruns, embonpoint médiocre, entre le 10 février 1852, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Basile, n° 31, service de M. Rayer.

Habituellement d'une bonne santé, elle vit sa menstruation s'établir à l'âge de 21 ans et demi. Elle vivait alors à la campagne; à l'époque de l'établissement de la menstruation, elle éprouva pendant quelque temps des malaises généraux, sans avoir fait de maladie grave qui la forçât à garder le lit, elle souffrait dans les reins. Depuis cette époque, les menstrues ont toujours reparu régulièrement; elles durent d'habitude trois à quatre jours, sont peu abondantes; leur apparition est souvent précédée, pendant deux ou trois jours, de quelques douleurs vagues dans l'hypogastre, jamais dans les reins. Accouchée heureusement à terme, il y a un an, d'un enfant qui mourut trois semaines après sa naissance, la grossesse fut heureuse; cependant, pendant sa durée, elle éprouva souvent des malaises, des douleurs dans l'hypogastre, n'eut que peu de vomissements, deux ou trois, dit-elle, seulement, pendant les premiers temps de la gestation.

Il y a sept ans, cette femme fut atteinte d'une maladie grave qui la força à garder le lit pendant près d'un mois; pendant plus de deux septénaires, elle eut, dit-elle, une perte de la voix presque complète; elle était si enrouée qu'elle ne pouvait parler, cependant elle ne toussait pas. Pendant cette maladie, dont elle ne se rappelle pas nettement les principaux symptômes, elle n'eut jamais de perte de connaissance ou de mémoire. Dans l'hiver de 1850, sans cependant avoir fait de maladie réelle à cette époque, elle eut un rhume de quelque semaines seulement de durée, pendant lequel elle expectora un peu de sang mêlé aux crachats, jamais de sang pur.

Depuis sept ans elle habite constamment Paris, excepté une courte absence qu'elle fit il y a vingt-deux mois pour se rendre dans son pays natal.

Son père et sa mère jouissent d'une bonne santé; elle n'a jamais entendu dire que personne, dans sa famille, fût atteint du ver solitaire ou souffrît d'attaques d'épilepsie.

La malade fait remonter le début de la maladie actuelle à vingt-deux mois, époque à laquelle elle était momentanément dans son pays natal. Sans aucun symptôme prodromique notable, elle vit survenir des attaques qui se sont répétées plusieurs fois depuis vingt-deux mois, la dernière étant survenue il y a six semaines. La malade peut prévoir en général l'attaque qui va se manifester; dans la dernière, elle éprouva d'abord la sensation d'un corps roulant dans l'abdomen, puis elle perdit tout à coup connaissance. Jamais elle n'a été atteinte de ces attaques pendant ses occupations, ni dans la rue. Un malaise marqué, des sensations insolites dans l'hypogastre indiquent en général le début de la convulsion. Une fois elle fut atteinte de convulsions pendant la nuit; elle était couchée à côté de son mari, se n'aperçut de rien et aurait ignoré l'existence de cette attaque si elle n'en avait été informée par ce dernier. Pendant l'attaque, la malade perd toute sa connaissance; les mouvements qu'elle exécute sont, dit-elle, assez intenses; cependant une seule personne suffit pour la maintenir en place; elle ne saurait dire si sa face, pendant l'attaque, devient turgide et bleuâtre, si les muscles se contractent convulsivement à la face ou aux membres, ni même si elle a de la mousse à la bouche; dans la dernière attaque, dit-elle, sa bouche a été déviée; une seule fois, et cela dans l'avant-dernière attaque, elle s'est mordu la langue. La durée des attaques varie beaucoup; la première s'est prolongée, suivant elle, pendant quatre heures, une autre six heures, la dernière n'aurait duré que dix minutes. La première attaque a été séparée de la deuxième par un intervalle de trois mois; depuis, elles s'éloignent plutôt qu'elles ne se rapprochent. Après chaque attaque, la malade éprouve une céphalalgie gravative très-pénible, elle demeure courbaturée pendant cinq à six jours; sa mémoire est complètement perdue, sa vue très-affaiblie; ces accidents diminuent graduellement après chaque attaque, sans néanmoins laisser jamais à la malade le libre exercice des sens comme avant la manifestation des attaques épileptiformes.

Depuis le début de la maladie, la femme Dufour éprouve constamment une

céphalalgie générale gravative, principalement sus-orbitaire, s'exaspérant par moment sous forme d'élancements, qui jamais n'ont eux-mêmes de siége bien limité.

La vue est considérablement affaiblie depuis la même époque, au point qu'elle a maintenant de la peine à enfiler des aiguilles fines, ce qu'elle faisait auparavant facilement; fréquemment elle éprouve, même pendant la journée, des sensations lumineuses dans les yeux, comme des étoiles qui passent.

L'ouïe est souvent obtuse, et souvent elle éprouve des bourdonnements dans les oreilles.

La mémoire, excepté à la suite des attaques épileptiformes, est toujours bonne, seulement la malade a remarqué un changement marqué dans son caractère; ainsi elle se met actuellement en colère pour un motif souvent insignifiant, ce qu'elle ne faisait pas auparavant.

Les forces ont diminué d'une manière marquée depuis vingt-deux mois, époque du début de la maladie; elle reste difficilement debout un temps prolongé, à cause de la fatigue générale qu'elle éprouve rapidement; elle ne ressent pas d'habitude de douleurs dans les membres, seulement elle éprouve parfois des fourmillements dans les jambes.

L'appétit, depuis le début de la maladie, est très-variable, souvent très-peu marqué, et d'autres fois au contraire exagéré; jamais elle ne vomit; elle n'éprouve pas d'habitude de goût désagréable dans la bouche; souvent la malade a la sensation de quelque chose qui l'étrangle et qui remonte de l'estomac, dit-elle. Après l'alimentation, qu'elle mange peu ou beaucoup, la femme Dufour ressent souvent des frissons vagues qui durent dix minutes ou un quart d'heure; elle assure que ce même phénomène ne se produisait pas avant le début de la maladie qui l'amène à l'hôpital. Jamais elle n'accuse de démangeaison à l'orifice antérieur du nez. Coliques fréquentes se localisant principalement dans le côté gauche du ventre, jamais assez fortes pour constituer autre chose qu'une gêne passagère. Constipation habituelle, selles souvent séparées par un intervalle de vingt-quatre heures, jamais accompagnées d'aucune expulsion de sang par l'anus; fréquemment elle rend, dit-elle, surtout quand elle est constipée, des matières glaireuses.

Pas de battements de cœur habituels; pas de douleurs d'aucune espèce dans la région du cœur.

La malade, sur l'avis de plusieurs médecins, a pris plusieurs fois de la racine de grenadier, puis du kousso. Une seule fois elle rendit, dit-elle, un ver solitaire; c'était après la première dose de racine de grenadier, qui lui occasionna de violentes coliques. Nous n'avons pas vu nous-même ce ver, cependant nous devons ajouter que l'année suivante, après la mort de la femme Dufour, son mari nous assura avoir vu également ce ver, qui avait été conservé et qu'il croyait nous avoir été apporté à l'hôpital.

Entrée à l'hôpital de la Charité, le 10 février, la femme Dufour ne présentait que l'aspect de la santé; seulement sa vue était toujours faible, elle se plaignait d'une céphalalgie constante et de coliques dans l'abdomen. L'examen du thorax, de la région précordiale, ne révèlent aucun symptôme morbide.

M. Rayer voulut administrer à cette malade un médicament qui lui avait été envoyé d'Abyssinie, et qui, dans ce pays, où les entozoaires intestinaux sont endémiques, jouit d'une grande réputation.

Se conformant au mode d'administration employé dans ce pays, M. Rayer donna, pendant les vingt-quatre heures qui précédèrent l'administration du médicament seulement, une petite quantité d'aliments.

Le 13 février, la malade mangea seulement deux bouillons et deux potages.

Le 14 au matin, on donne 15 grammes de poudre de Musannah, incorporés dans une quantité suffisante de miel. Ce mélange a un goût nullement désagréable, combinaison de la saveur du miel auquel on aurait ajouté un peu de tannin.

Dans la journée, la malade n'éprouve aucune pesanteur épigastrique, pas de nausées, de vomissements; pas de selles; aucune sensation pénible anormale n'est perçue dans l'abdomen. Les troubles de la vue demeurent les mêmes que les jours précédents.

Aucune évacuation alvine n'a lieu dans la journée du 14 ou dans la nuit du 14 au 15.

Le 15, on administre, incorporés à du miel, 30 grammes de poudre de Musannah. Aucun effet physiologique. Pas de selles dans la journée ou dans la nuit suivante. Même état général, appétit développé; la malade mange deux portions.

18. Nouvelle administration de 60 grammes de Musannah; deux portions.

Une selle diarrhéique dans la matinée; les matières alvines, examinées avec soin, sont diarrhéiques jaunâtres; elles ont été rendues sans borborygmes ni coliques, et ne contiennent aucun fragment de ver. Dans la nuit suivante, trois nouvelles selles diarrhéiques ne contenant aucune trace de ténia.

17. 15 grammes d'huile de ricin; deux portions; quatre selles dans la journée; pas de traces de ténia dans les matières alvines. Mêmes sensations morbides accusées dans la vue; même céphalalgie, et douleurs abdominales vagues.

Le 18, on administre également, sans obtenir aucune expulsion de ténia, 60 grammes d'huile de ricin; le purgatif provoque quatre selles, mais n'amène aucune modification dans les douleurs accusées par la malade.

Le 20, l'écoulement menstruel apparaît à son époque ordinaire, sans s'accompagner d'aucun autre phénomène que quelques douleurs gravatives dans la région lombaire; il se supprima après trois jours de durée.

Les 24 et 25, la malade prend un bain simple.

Le 26, voulant essayer d'un autre médicament, M. Rayer fait administrer l'huile éthérée de fougère mâle; 72 gouttes sont divisées dans 18 pilules; 12 sont données le 26 au soir à sept heures, et 6 le 27 au matin, à cinq heures, puis deux heures après l'administration des pilules, la malade prend 15 grammes d'huile de ricin. La diète absolue est observée pendant toute la journée du 25 et l'après-midi du 26. Ce jour, la malade a cinq évacuations alvines rendues sans traces de fragments de ver. Quelques coliques peu douloureuses précèdent chaque garde-robe. Les matières, encore un peu liquides, rendues le 26 et le 27, sont examinées sans plus de résultat.

Les jours suivants, la malade accuse les mêmes phénomènes exposés au début de l'observation.

Le 2 mars 1852, elle quitte l'hôpital de la Charité.

Le 10 février 1853, dans l'après-midi, la femme Dufour était de nouveau admise à la Charité, et couchée au même lit de la salle Saint-Basile, dans le service de M. Rayer. Nous ne reconnûmes pas immédiatement la malade, mais elle nous assura avoir été soignée pour le ver solitaire dans la même salle, l'année précédente, et en effet, nous retrouvâmes, dans nos notes de 1852, les renseignements qu'on vient de lire.

Suivant le dire de la malade, les attaques épileptiformes se seraient répétées encore plusieurs fois après son séjour à l'hôpital de la Charité, puis auraient complétement disparu depuis huit mois. Pendant cette période, elle aurait joui d'une bonne santé, éprouvant encore néanmoins par moments de la céphalalgie et des troubles de la vue. Elle est actuellement enceinte de cinq mois; les règles se sont supprimées au début de la grossesse et n'ont pas reparu depuis; le ventre est volumineux et l'utérus dépasse de deux travers de doigt les pubis. Pendant la grossesse, les attaques épileptiformes n'ont pas reparu, et l'état de la femme Dufour était tellement satisfaisant, que son mari, comme il nous l'a lui-même assuré, l'aurait considérée comme guérie.

Le 8 février, apparition nouvelle d'attaques épileptiformes, analogues à celles qu'elle avait éprouvées autrefois. Depuis, ces attaques se sont renouvelées chaque jour, même encore ce matin, peu de temps avant l'admission de la malade à l'hôpital, ayant les mêmes caractères que celles de l'an dernier. Ces dernières attaques épileptiformes ont été suivies d'une faiblesse beaucoup plus marquée, si bien que, dans leur intervalle, la vue était presque complétement perdue; du moins les objets étaient difficilement reconnus. La céphalalgie persistait générale, gravative et très-incommode.

Le 10 février au soir, nous trouvons la malade dans l'état suivant : face colorée; pupilles dilatées, peu mobiles, mais également des deux côtés; vue peu distincte : ainsi la malade reconnaît difficilement une plume; aucune roideur des membres; pas d'anesthésie. La malade a été constamment maintenue dans son lit avec des liens, s'agitant beaucoup au moment où elle fut admise à l'hôpital. Suivant le rapport des personnes du service, la malade s'agitait convulsivement; sa face était agitée de mouvements marqués, la peau du visage fortement congestionnée, les lèvres couvertes d'écume. Le soir, le pouls est à 92, a peu de volume et est peu large. Rien d'anormal à l'auscultation du poumon en avant. Les battements du cœur du fœtus et le souffle placentaire ne sont pas entendus. Mais cet examen n'est fait que très-incomplétement, la malade s'agitant continuellement quand on ausculte l'abdomen. La connaissance est revenue, assez incomplète, depuis une heure environ; cependant la mémoire est très-affaiblie, et ce n'est qu'avec beaucoup de peine que la malade peut donner quelques renseignements sur son état de santé depuis son précédent séjour à la Charité.

Pendant la nuit du 10 au 11 février, la malade demeure dans l'état où nous l'avions trouvée.

Le 11 février, dans la matinée, vers huit heures, D. fut prise tout à coup d'une nouvelle attaque, avec mouvements convulsifs assez violents, suivis d'un coma profond. Nous la vîmes dans cet état. Absence complète de connaissance; immobilité; décubitus dorsal; teinte légèrement violacée de la face; pupilles immobiles, largement dilatées; ouverture buccale couverte de mousse. En irritant les fosses nasales au moyen de l'ammoniaque, on ne provoque aucun mouvement. Pouls fréquent, à 130, peu développé, peu fort; respiration stertoreuse. Une petite quantité d'urine extraite au moyen de la sonde, donne par la chaleur et l'acide nitrique un léger précipité d'albumine. (Saignée du bras de 400 grammes.)

La saignée coule bien, mais n'amène aucun changement dans l'état comateux.

Morte le 11 février, à onze heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE vingt-cinq heures après la mort. Temps froid et sec. Roideur cadavérique marquée; aucune trace de putréfaction.

TÊTE. — Rien d'anormal dans les téguments du crâne ou dans la boîte osseuse. Injection considérable des vaisseaux de la pie-mère, surtout à la convexité. A travers la transparence des enveloppes cérébrales, on constate, situées au-dessous d'elles, de petites masses blanchâtres, opaques, du volume d'un petit pois, entourées d'un petit semis blanchâtre de fibrine. A ce niveau les membranes s'enlèvent difficilement de la surface de la pulpe cérébrale. Pas de traces de dépôt purulent dans l'épaisseur des membranes; pas d'épanchement sous-arachnoïdien anormal en quantité ou en qualité. Les petites masses indiquées plus haut, comme visibles à travers les membranes, sont placées ou dans l'épaisseur de la pie-mère elle-même, ou dans le parenchyme du cerveau; quelques-unes même sont complétement entourées par la pulpe nerveuse. On en compte dix-sept à la convexité du cerveau ou dans l'épaisseur de la substance cérébrale avoisinant la convexité, une dans le corps strié et une autre dans la couche optique gauche, trois dans la partie supérieure du cervelet, aucune dans le bulbe, la protubérance ou les pédoncules, ou bien à la base libre de l'organe. Ces petites masses sont formées par une coque membraneuse jaunâtre, assez ferme, que l'on peut écarter pour apercevoir dans l'intérieur un corps membraniforme un peu plissé sur lui-même. En l'étalant dans l'eau, on constate qu'il est formé par un cysticerque parfaitement reconnaissable à sa vésicule caudale volumineuse et à sa tête, qui l'est beaucoup moins. La plupart des cysticerques que l'on examine offrent une rétraction de la tête, si bien que la couronne de crochets se

voit mal; cependant sur quelques-uns on parvient à la faire sortir, et l'on reconnait alors la couronne de crochets double. Quelques-uns de ces crochets manquent, et sur aucun cysticerque nous n'avons pu rencontrer une couronne parfaitement intacte.

Aucun ramollissement de la pulpe cérébrale à sa circonférence ou dans son épaisseur, même au voisinage des cysticerques. Tout l'organe est congestionné, présentant un léger piqueté rougeâtre qui ne s'enlève pas par le lavage. Une cuillerée environ de sérosité limpide dans les deux ventricules.

La moelle, dans sa moitié inférieure, offre un dépôt d'ossifications susjacentes au feuillet viscéral de l'arachnoïde, allant en diminuant à mesure qu'on approche du bulbe. Ces plaques apparaissent, quand on a ouvert la dure-mère, comme des écailles fines saillantes dans la cavité même de l'arachnoïde, séparées par des espaces libres, où on reconnait la transparence normale de l'arachnoïde sans adhérences avec la pie-mère ou la dure-mère, et dans lesquelles le microscope fait reconnaître du tissu osseux avec des corpuscules peu volumineux. Le tissu de la moelle est sain.

Thorax. — Larynx sain, contenant une petite quantité d'un liquide spumeux clair.

Adhérences intimes anciennes de tout le poumon gauche à la plèvre pariétale; poumon droit libre. Aucun épanchement dans la plèvre de ce côté.

Les deux poumons sont assez pesants, grisâtres et crépitants en avant, d'un rouge brunâtre, un peu foncé en arrière, et laissant écouler à la coupe, dans ce dernier point, une grande quantité de liquide séro-sanguin aéré. Pas de friabilité anormale. Les bronches, d'une couleur rouge lie-de-vin uniforme à leur surface interne, offrent une muqueuse un peu ramollie et contiennent un liquide spumeux légèrement rosé assez abondant. Pas de tubercules ou de traces de vers.

Péricarde sain; pas d'épanchement dans son intérieur.

Cœur d'un volume normal; quantité abondante de sérosité à sa surface externe, ne dissociant pas les éléments musculaires, sans dégénérescence graisseuse aucune des parois. Orifices et valvules sains. Caillots récents jaunâtres, mous, dans le ventricule droit, noirâtres et mous dans le gauche. Pas de traces de cysticerques dans les parois du cœur.

Abdomen. — Péritoine sain.

Estomac d'un volume normal; muqueuse d'une coloration brunâtre par places dans le grand cul-de-sac. Aucun ramollissement de la membrane interne.

Intestin sain.

Foie d'un volume normal. Hauteur : lobe droit (maximum), $0^m,23$; lobe gauche, $0^m,13$; épaisseur : lobe droit, $0^m,07$; lobe gauche, $0^m,025$; largeur, $0^m,245$, d'une bonne consistance, non congestionnée. Bile abondante, noirâtre, assez visqueuse. Tissu sain, sans aucun dépôt étranger.

Rate. — Hauteur : $0^m,10$; largeur, $0^m,065$; épaisseur, $0^m,02$, un peu flasque, non congestionnée. Parenchyme sain.

Reins peu volumineux.

	Rein droit.	Rein gauche.
Hauteur	$0^m,11$	$0^m,105$
Largeur.	$0^m,05$	$0^m,045$
Épaisseur.	$0^m,02$	$0^m,015$

Aucune adhérence anormale de la fibreuse d'enveloppe au parenchyme du rein. Surface extérieure des deux reins d'une couleur rosée peu foncée, parsemée de riches réseaux vasculaires apparaissant par places comme des polygones d'un rose vif; ailleurs comme un véritable pointillé rougeâtre légèrement hémorrhagique. A la coupe, rapport normal des deux substances, injectées, sans aucun corpuscule jaunâtre. Membranes des calices et des bassinets non épaissies.

Vessie saine.

Uterus volumineux : hauteur, $0^m,16$; circonférence du corps (maximum), $0^m,30$. Fœtus de 5 mois environ, contenu dans l'intérieur de la matrice. Rien d'anormal dans sa disposition ou dans ses annexes.

L'ovaire droit contenait un corps jaune volumineux ayant 2 centimètres de long, formé par une substance membraniforme grisâtre centrale, entourée par un bord jaunâtre frangé. Plusieurs petits corps jaunes anciens, en partie atrophiés, dans le reste du parenchyme de l'organe.

L'ovaire gauche présentait plusieurs cicatrices de corps jaunes anciens.

Les muscles des membres supérieurs et inférieurs et les pectoraux contenaient de nombreux cysticerques, de forme plus allongée extérieurement que ceux du cerveau. L'animal lui-même, plissé, offrait la même conformation que ceux que l'on trouvait dans l'appareil central de la circulation. Dans les muscles des membres, nous avons pu rencontrer plus d'une vingtaine de cysticerques, tous situés dans les muscles. Ceux-ci ne présentaient aucune altération de structure. Pas de cysticerques dans le tissu cellulaire.

3° Anévrisme partiel du ventricule gauche du cœur; caillot volumineux dans le ventricule; par M. E. Leudet.

Un vieillard âgé de 79 ans, maigre, affaibli, entre, en mars 1853, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer. L'intelligence affaiblie du malade ne permettait de recueillir aucun renseignement sur son état de santé antérieure et sur le début de la maladie qui l'amène à l'hôpital : seulement on apprend que depuis plusieurs jours, quoique souffrant déjà antérieurement de dyspnée, il avait remarqué une aggravation de son état valétudinaire antérieur. Le malade toussait peu, n'expectorait point, n'accusait pas de point de côté. Son pouls était à 112, peu développé, peu fort, régulier.

L'examen du cœur permettait de constater une augmentation de volume de l'organe; les battements étaient sourds, tumultueux, sans aucun bruit de souffle appréciable. Le poumon droit était mat à la percussion dans son quart inférieur; à ce niveau on constatait un affaiblissement du murmure respiratoire, avec quelques râles crépitants médiocrement fins. Un peu de retentissement bronchophonique de la voix. Rien d'anormal dans le reste de l'appareil circulatoire ou respiratoire. Pas d'œdème aux membres inférieurs.

Le malade succomba trois jours après son admission à la Charité.

A l'ouverture du cadavre, on constate dans le tiers inférieur du poumon droit une pneumonie caractérisée par une couleur rouge brunâtre de l'organe, une friabilité marquée, l'absence de crépitation. Un fragment mis dans l'eau gagnait le fond du liquide. Le reste du poumon et la base de l'organe respiratoire du côté opposé étaient uniquement engoués, pesants, laissant écouler à la coupe une grande quantité de sérosité séro-sanguinolente aérée. Les bronches étaient rouges, leur membrane muqueuse épaissie, ramollie; elles contenaient un liquide un peu jaunâtre, aéré en petite quantité.

Le péricarde ne contenait pas de liquide.

Le cœur, volumineux, repoussait en dehors la lame du poumon gauche. Un peu de surcharge graisseuse. Auprès de la pointe, le ventricule gauche empiétait un peu sur le droit; près de la pointe, le ventricule était déformé, offrant dans ce point une saillie hémisphérique à faible courbure, se continuant graduellement avec la courbe normale antérieure de la paroi gauche, mais néanmoins parfaitement appréciable. Cette tumeur était ferme et résistante, ne cédant pas sous la pression du doigt.

En ouvrant le ventricule gauche, on y remarquait un caillot volumineux ayant $0^m,06$ en hauteur sur $0^m,04$ en largeur; il était couché un peu obliquement, libre dans ses trois quarts antérieurs, ayant son plus grand diamètre dirigé dans le sens d'une ligne allant de la pointe du cœur à l'orifice aortique. Ce caillot est ferme, résistant, assez régulier. Sa surface, formée par une série de membranes lisses, qui n'est qu'une couche plus petite et plus condensée de fibrine, d'une épaisseur très-minime, recouvrant une masse fibrineuse à couleur d'un blanc grisâtre, légèrement circulaire et nullement stratifiée. Cette masse fibrineuse ovoïde se termine à son sommet par un appendice allongé, formé de fibrine molle et facile à écraser, et se continue avec du sang nouvellement coagulé, noirâtre, se prolongeant dans l'intérieur de l'artère de l'aorte. Ce caillot est situé à environ $0^m,005$ de la pointe du cœur gauche, qu'il ne recouvre pas immédiatement. Un prolongement ferme et de forme triangulaire, tendu transversalement, entoure une des colonnes de deuxième ordre.

Son adhérence avec la paroi même du cœur est intime. Au-dessous de ces adhérences pseudo-membraneuses un peu blanchâtres, on trouve la membrane interne du cœur.

Le caillot s'implante en bas sur une cavité en forme de cupule, une dilatation partielle du ventricule gauche ayant une forme régulière et $0^m,03$ transversalement sur $0^m,025$ en hauteur. Le tissu du cœur se déprime graduellement pour le former. Située dans cette partie du ventricule gauche correspondant à l'aorte et moins pourvue de colonnes charnues, cette cavité est éloignée de $0^m,04$ de l'orifice aortique.

Aucun autre caillot ancien n'existait dans l'intérieur du ventricule gauche. Ce caillot blanchâtre était entouré de quelques caillots noirâtres récents. La membrane interne du cœur gauche offrait par places des changements de couleur notables. D'une coloration un peu rosée, uniforme, sans aucune trace de vascularisation dans l'épaisseur ou au-dessous de la séreuse, elle était, dans certains points, un peu blanchâtre, épaissie, et principalement au niveau de la pointe de la grosse colonne charnue antérieure de la valvule mitrale, au niveau de la pointe du ventricule gauche et surtout autour de la dilatation partielle du ventricule.

La membrane interne, dans ces endroits, avait 2 à 3 millimètres d'épaisseur, et était plus adhérente qu'ailleurs au tissu musculaire même du cœur.

Au niveau de la cavité anévrismale, se continuait encore avec l'endocarde environnant, la paroi du cœur éprouvant une dépression subite, presque annulaire. Dans cette cavité, la membrane du cœur était encore plus épaissie qu'ailleurs, recouverte de petits débris pseudo-membraneux qui y fixaient la face profonde du gros coagulum fibrineux. Dans le fond même de la cavité, l'endocarde était un peu blanchâtre et comme cartilagineux, sans que le microscope fît découvrir dans ce tissu autre chose que du tissu cellulaire condensé.

Au niveau des valvules aortiques et principalement à leur base, existaient des épaississements blanchâtres, de petits lambeaux pseudo-membraneux, au-dessous desquels se retrouvait la séreuse. Près de leur bord libre, on rencontrait de petits dépôts fibrineux finement frangés, et comparables pour leur aspect à des crêtes de coq. Ces valvules avaient du reste conservé leur flexibilité; elles avaient, comme le reste de la surface interne du cœur, une couleur légèrement rosée, uniforme. La valvule mitrale était elle-même légèrement épaissie, par plaques, blanchâtres, desquelles on ne pouvait détacher l'endocarde, qu'on ne pouvait non plus démontrer leur être sous-jacent.

Le tissu du cœur était épaissi.

Ce tissu était un peu flasque et pâle, d'une teinte légèrement feuille morte, sans aucun dépôt anormal dans son intérieur.

L'aorte était, au niveau de sa naissance au cœur, d'une couleur un peu rose, uniforme, parsemée de rugosités un peu saillantes et ayant détruit la membrane interne, formant un anneau irrégulier à sa partie interne, et un peu plus épais au niveau de la naissance des artères coronaires. On retrouvait, dans l'aorte thoracique principalement, un certain nombre de ces plaques d'un blanc jaunâtre, au-dessus desquelles la membrane interne du cœur n'était pas détruite.

Les organes de l'abdomen, foie, rate, reins, etc., étaient sains.

IV. — Botanique.

1° Sur la propriété que possèdent certains bulbes de s'enfoncer spontanément a une certaine profondeur dans le sol; par M. E. Germain (de Saint-Pierre).

On a remarqué depuis longtemps que certains bulbes tendent à s'enfoncer presque indéfiniment dans la terre, tandis que des bulbes appartenant à d'autres espèces se maintiennent presque uniformément à une très-faible profondeur au-dessous de la surface du sol. Évidemment il se passe chez les premiers un phénomène physiologique qui n'a pas lieu chez les seconds. La cause de ce phénomène me semble avoir complétement échappé jusqu'à ce jour à la curiosité des naturalistes. Appelé par mes études sur les tiges souterraines à essayer de m'en rendre compte, j'ai, pendant plusieurs années, épié attentivement ce qui se passe pendant les diverses saisons de l'année chez des espèces de structure différente.

Chez les bulbes pédicellés que l'on observe dans le genre *tulipa*, par exemple, le mode de transport d'un bulbe à une plus grande profondeur est facile à saisir; ce n'est pas un bulbe qui s'enfonce lui-même dans le sol, et pendant plusieurs années consécutives, c'est un rameau qui est émis par un bulbe plus ancien, et qui s'accroît en s'enfonçant dans le sol de haut en bas; mais l'année suivante ce rameau, devenu plante mère à son tour, ne s'enfonce pas plus avant, seulement il peut émettre des rameaux (bulbes ou cayeux pédicellés) qui s'enfoncent plus bas à leur tour.

Il s'agissait de trouver en vertu de quel phénomène les bulbes qui ne présentent jamais d'organes analogues à ces cayeux pédicellés, les bulbes de certains *muscari*, *hyacinthus* et *scilla*, par exemple, peuvent se trouver situés à une profondeur de plus d'un demi-mètre, lorsque les graines qui les produisent tombent à la surface du sol; ces bulbes sont d'ailleurs situés d'autant plus profondément dans le sol qu'ils sont plus âgés.

Dans le seul genre *muscari*, les mœurs des diverses espèces sont très-différentes à ce point de vue. Le bulbe du *muscari comosum* qui se rencontre dans les champs cultivés des terrains calcaires argileux ou sablonneux, végète à une profondeur relative considérable, tandis que le bulbe du *muscari racemosum* qui habite les mêmes terrains est à peine enfoncé de quelques centimètres au-dessous de la surface du sol. Les travaux du labourage, la nature et les qualités du sol ne sont donc pour rien dans le phénomène en question, et la cause de ce phénomène devait être cherchée exclusivement dans le mode de végétation des espèces.

J'eus l'idée de semer ces plantes bulbeuses dans des vases de verre et le long des parois de ces vases et de suivre à la faveur des parois transparentes du vase ce qui se passerait chez les bulbes pendant une période de plusieurs années. Ce mode d'expérimentation m'a donné les résultats les plus satisfaisants et les plus complets, et le procédé que la nature met en œuvre pour donner à ces bulbes une marche descendante m'a été dévoilé.

Le phénomène qui a lieu, principalement pendant les premières années de l'existence du bulbe chez le *muscari comosum*, est le même que celui que l'on peut observer pendant la germination d'un grand nombre de monocotylédones, bulbeuses ou non bulbeuses du dattier, par exemple. Le bourgeon primordial s'accroît par tous les points de son étendue à la fois, dans le sens vertical et de haut en bas, et par conséquent s'enfonce dans la terre.

Chez le *muscari comosum* (et autres bulbes qui présentent une structure analogue), ce mode de végétation qui, chez le dattier, ne caractérise que l'époque de la germination, est le mode normal pendant plusieurs années. Le bulbe s'allonge chaque année de haut en bas en s'accroissant avec plus d'intensité dans sa moitié inférieure que dans sa moitié supérieure, et s'enfonce par conséquent de plus en plus profondément dans le sol. Ces tuniques après avoir été le siége de cet accroissement sont rejetées successivement en dehors, comme des corps étrangers et restent suspendues au-dessus du bulbe dans le sol où elles se détruisent. Je dois insister sur ce fait que ce n'est pas dans la tige proprement dite (qui, chez les bulbes à tuniques comme chez le dattier en germination, ne consiste qu'en un disque ou plateau très-court) que se passe l'élongation, c'est dans la feuille cotylédonaire chez le dattier et dans les feuilles squamiformes chez les bulbes.

J'ajouterai que le phénomène se manifeste avec d'autant plus d'intensité que le bulbe est plus jeune, et que lorsqu'il a atteint le maximum de ses dimensions normales, sa croissance de haut en bas est presque nulle, et qu'à partir de là, il paraît ne s'enfoncer chaque année que d'une quantité peu appréciable. La marche descendante de ces bulbes bien que variable n'est donc pas illimitée.

2° Exemple de soudure entre les fleurs, ou de synanthie, dans le symphytum officinale L.; par M. Charles Robin.

Il y a dans cette fleur, comme dans tous les cas analogues, union des parties homologues, le calice avec le calice, la corolle avec la corolle, etc.

La fleur a le double de volume de celui qu'elle a habituellement, ce qui est rare; une des fleurs s'atrophie presque toujours en se soudant à l'autre.

Le calice ne présente que 9 divisions au lieu de 10 qu'il devrait avoir; mais la corolle en présente 11. Un resserrement du tube de la fleur indique la trace de la soudure de la corolle; il en est de même pour le calice. Ceci permet de voir que la moitié de la fleur monstre dont le verticille calicinal n'a que 4 divisions est celle dont la corolle a 6 divisions, d'où il résulte que c'est une des parties du premier verticille qui a été déplacée par suite de la pression, et s'est intercalée entre les deux pétales, à l'intervalle desquels elle correspondait.

La gorge de la corolle présente 11 appendices creux; autant que de lobes. Il y a 10 étamines, c'est-à-dire le nombre normal, pour deux fleurs. Il y a 2 pistils à chacun 4 corolles, et par suite 2 styles normaux.

Les 2 pédoncules sont soudés dans toute leur longueur, un peu élargis près du calice.

Les parties de cette fleur étant rangées symétriquement autour d'un point, et non régulièrement de chaque côté d'un plan, comme chez certaines fleurs et beaucoup d'animaux; il n'y a pas lieu de constater ici, comme chez les êtres qui précèdent, que les parties homologues se choisissent pour se souder, loi désignée énergiquement par Ét. Geoffroy-Saint-Hilaire sous le nom d'élection ou *attraction de soi pour soi*.

Ainsi dans les *fusticia* les lèvres supérieures en casque s'unissent ensemble, et dans les digitales ce sont les petits lobes de la corolle qui sont unis entre eux.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur plusieurs points d'anatomie; par M. J.-B.-F. Froment. — In-8° de 56 pages. — Paris, chez Méquignon-Marois, 3, rue de l'École-de-Médecine. — 1853.

L'objet de ce travail est, comme son étendue, extrêmement restreint. L'auteur s'y est seulement proposé de faire connaître le résultat de ses nombreuses et patientes investigations sur un point d'ostéologie jusqu'ici insuffisamment étudié. On sait que plusieurs pièces de squelette, telles que les côtes, les vertèbres, les phalanges, présentent entre elles, sur le même individu, des ressemblances frappantes; de telle sorte qu'il faut une grande attention et des indications spéciales pour parvenir à les distinguer les unes des autres. Néanmoins cette différenciation est possible pour quelques-unes de ces os, grâce aux notions acquises par les anatomistes; mais pour ceux du métacarpe, du métatarse et des phalanges, une pareille analyse rencontrerait aujourd'hui encore des difficultés insurmontables.

Si l'on considère que ces os, si analogues les uns aux autres, sont au nombre de soixante-seize, on est effrayé de la complication et de l'obscurité des problèmes que soulèverait la volonté de les classer tous, sans se tromper, par rapport non-seulement à la région précise, mais encore au côté auquel chacun d'eux appartient. Ainsi telle de ces pièces est-elle une dépendance du métacarpe, du métatarse ou des phalanges? Cette première question résolue, duquel des doigts ou des orteils fait-elle partie? Enfin faut-il la placer du côté droit ou du côté gauche? Voilà quelques-unes des réponses que, dans certains cas, les besoins de la médecine légale peuvent exiger impérieusement, et qui, d'ailleurs, auraient encore leur utilité, ne serviraient-elles que d'empêcher à l'avenir de mettre dans nos musées les os d'un côté du squelette du côté opposé, sans que les anatomistes les plus exercés puissent parvenir à deviner ou à corriger l'erreur.

Quelques recherches avaient déjà pourtant été entreprises sur ce sujet avant M. Froment. Boyer décrit les caractères à l'aide desquels un métacarpien ou un métatarsien étant donné, on peut d'abord le distinguer du même groupe, puis déterminer s'il est du côté droit ou du côté gauche; M. Cruveilhier expose en outre les signes qui peuvent faire distinguer les métacarpiens des métatarsiens : de manière qu'en combinant les descriptions de ces deux auteurs, il est possible d'arriver à une solution du problème, en ce qui concerne cette première section de la main et du pied.

Mais il reste encore les cinquante-six phalanges des doigts et des orteils; or jusqu'à présent les anatomistes n'ont signalé que les particularités au moyen desquelles ces os peuvent être discernés en phalanges, phalangines et phalangettes, plus quelques différences entre les os du même ordre d'après leur volume général.

Mais il faut remarquer que la distinction par le volume général n'est possible qu'à la condition de posséder tous les os du même groupe et du même sujet, ce qui est loin de toujours exister, ce qui manque surtout dans les cas de médecine légale, dans ceux précisément où il serait le plus important de pouvoir faire cette détermination. D'ailleurs, même sur ce point restreint, tous les anatomistes ne se trouvent pas d'accord.

On comprendra maintenant l'étendue ainsi que la difficulté du service que M. Froment s'est proposé de rendre à l'anatomie en travaillant à combler cette petite, mais réelle lacune. Il commence par rappeler la disposition générale des phalanges, indique ensuite les différences qu'on peut observer entre les trois ordres de phalanges, phalangines et phalangettes, puis montre comment se distinguent celles des doigts de celles des orteils.

Passant enfin à la partie la plus scabreuse de son sujet, il cherche à signaler des caractères distinctifs entre les phalanges dans chaque rangée et entre les droites et les gauches. Ne pouvant les décrire ici dans leurs

applications spéciales à chacun des os, nous nous contenterons d'exposer les principes généraux qui ont servi à fonder cette détermination.

Sous le nom de *caractères de plan*, l'auteur énonce ceux qui sont reconnus en posant des phalanges sur une surface plane; on constate alors entre elles des différences entre les saillies apophysaires, soit selon une inclinaison latérale de l'axe et même suivant une sorte de torsion sur cet axe, soit d'après l'obliquité des parties appliquées.

Les *caractères de configuration* résultent : 1° des différences entre les tubercules latéraux de la base; 2° des différences entre les bords de la diaphyse; 3° des différences entre les condyles du sommet.

Enfin les *caractères de dimensions* se conçoivent d'eux-mêmes.

Dire maintenant que M. Froment a poursuivi, pour chacun de ces petits os, ce travail de patience qui consiste à signaler successivement la manière dont les divers caractères précités se comportent chez lui, ce sera avoir donné du mérite de son labeur et de la solidité de ses résultats la meilleure et aussi la plus flatteuse idée. En groupant les indications fournies par ces différentes sources, il a pu toujours parvenir à un *diagnostic anatomique* suffisamment clair; car parmi ces éléments de distinction, si quelques-uns font défaut pour certaines phalanges, les autres donnent des lumières supplémentaires; de l'ensemble desquelles on peut conclure que le problème est actuellement résolu de savoir—une des cinquante-six phalanges étant donnée—non-seulement si elle est une première phalange, une phalangine ou une phalangette, des doigts ou des orteils, du côté gauche ou du côté droit, mais encore à quel doigt ou à quel orteil elle appartient.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, un concours public sera ouvert le 15 novembre 1853 devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour quatre places d'agrégé, savoir :

Une pour la section des sciences accessoires ;
Une pour la section de médecine ;
Deux pour la section de chirurgie.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer, avant le 15 octobre prochain, au secrétariat de la Faculté de médecine de Strasbourg, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par les règlements.

— Par arrêté préfectoral du 2 mai courant, M. le docteur Battaille, médecin en chef de l'hospice de Versailles, et M. Bernard, pharmacien de cette ville, ont été nommés membres du jury médical de Seine-et-Oise, en remplacement de M. le docteur Noble et de M. Lefebvre, pharmacien, tous deux décédés.

— Par décret du 21 mai, ont été nommés dans le corps des officiers de santé de la marine :

Au grade de médecin professeur, M. Foussagrives, chirurgien de 1re classe;

Au grade de chirurgien de 1re classe, MM. Monfilet, Rideau, Bourdel, Danguillecourt, Lamotte, chirurgiens de 2e classe;

Au grade de chirurgien de 2e classe, MM. Viaud, Juvénal, Lemasne, Moullet Macé, Lataud, Guillou, Richer de Forges, Girard la Barcerie, Leroy, chirurgiens de 3e classe;

Au grade de chirurgien de 3e classe, MM. Gros, Phelippeaux, Le Bouvier, Merlin, Géry, Bergeret, Toucas, Palasne Champeaux, Nielly, Ravay, Mahé, Perlié, Guérin, Touchevier, étudiants;

Au grade de pharmacien professeur, M. Jouvin, pharmacien de 1re classe;

Au grade de pharmacien de 1re classe, M. Lépine, pharmacien de 2e classe;

Au grade de pharmacien de 2e classe, M. Denoseille, pharmacien de 3e classe;

Au grade de pharmacien de 3e classe, MM. Reynoard, Page, Gouzien, étudiants.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. Chrestien (de Montpellier) vient d'être suspendu pour six mois de ses fonctions d'agrégé, pour un article publié dans la GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER, et qui a été jugé comme sortant des limites imposées actuellement à la critique.

— M. le docteur Raisin, directeur honoraire de l'École préparatoire de médecine de Caen et professeur de cette École, vient de mourir à un âge avancé.

—M. Heyfelder fils, membre de la Société des médecins-légistes de Baden, vient d'être chargé par M. Schürmeyer, président de cette Société, de remettre à madame Orfila, avec une gracieuse lettre d'envoi, la médaille et le diplôme décernés à l'éminent professeur dans une séance solennelle. La médaille, en argent, porte sur l'une des faces la tête d'Esculape entourée du nom de la Société, et sur le revers, au milieu d'une couronne de laurier, le nom de M. Orfila, et le millésime de 1852, année dans laquelle la médaille a été décernée. Cette médaille n'est pas seulement un honneur pour la mémoire du célèbre défunt; c'est aussi une preuve que l'Allemagne scientifique sait, dans son impartialité, honorer le talent partout où il se trouve.

— Nous recevons de M. Carnot la communication suivante qui nous paraît mériter toute l'attention de nos lecteurs :

NOTE SUR LA POPULATION COMPARÉE DE LA RÉGION MOYENNE DE L'EUROPE A UN SIÈCLE D'INTERVALLE. — La population du dix-huitième siècle résulte de la table donnée par DEPARCIEUX en 1746; la population du dix-neuvième siècle est la moyenne générale des derniers dénombrements faits en France, en Angleterre, en Prusse, en Belgique, en Styrie, en Saxe, en Danemarck et en Piémont, de 1841 à 1851. (DICT. D'ÉCONOMIE POLIT., p. 407).

RÉPARTITION PAR AGE POUR 1000 HABITANTS.

Périodes.	1746	1846.
Mineurs de moins de 20 ans.	360	425
Population de 20 à 30 ans.	151	172
30 à 40 ans.	135	136
40 à 50 ans.	121	111
50 à 60 ans.	103	80
au delà de 60 ans.	130	76
	1,000	1,000

— Un chirurgien-major norwégien a adressé à l'Académie des sciences, à Saint-Pétersbourg, une notice renfermant le récit de quelques expériences faites sur des Monténégrins décapités dans la dernière guerre que ce peuple vient d'avoir avec les Turcs.

A l'occasion de l'exécution d'un prisonnier dans laquelle il fut manqué deux fois, quelques officiers russes pensèrent que toute sensation n'était pas immédiatement abolie; car le malheureux décapité avait ouvert et fermé les yeux, et son corps s'était retourné sur lui-même. Ainsi quelques-uns ont cité avoir vu, ce qui est vrai, que le dindon décapité se relève, marche quelque temps et cherche à porter sa patte du côté de la plaie du cou; ils rappelaient aussi les particularités observées par plusieurs naturalistes sur les grenouilles, les crapauds, les hannetons, etc. Mais ces animaux s'éloignent trop de l'organisation humaine, surtout par la constitution de leur système nerveux, pour qu'on puisse établir aucune comparaison sérieuse entre eux et l'homme, sous le rapport des phénomènes vitaux.

On a affirmé, ajoute le docteur, que la tête d'un décapité entendait pendant une minute et même deux. Voulant savoir quelle confiance méritait cette assertion, je fis porter à l'endroit de l'exécution un vase rempli de farine-son. Immédiatement après la seconde exécution, faite avec la prestesse de l'éclair par le chaous (bourreau), qui voulait réparer sa première maladresse, il prit la tête et la déposa sur le vase en plongeant la partie saignante dans le son, comme, à la bataille navale d'Abonkir, on avait placé le tronc du commandant du *Tonnant*, le brave Dupetit-Thouars, dans un tonneau de farine-son, ce qui lui permit, en empêchant le sang de couler trop vite, de commander son navire pendant une heure encore avant de rendre le dernier soupir.

La tête du supplicié ainsi posée, j'approchai aussitôt ma bouche de l'oreille; j'appelai le Monténégrin par son nom, pendant qu'un officier examinait attentivement les yeux. Aucun mouvement ne témoigna qu'il y eût conservation de la moindre sensibilité, et je restai bien convaincu qu'après la section complète du cou, s'il n'y a pas mort réelle, il y a au moins une syncope si grande que la mort arrive sans qu'aucun sens ait pu recouvrer l'usage de la plus légère perception.

— On lit dans le COURRIER DE SAÔNE-ET-LOIRE :

« Dans un petit hameau de la commune d'Érigny, arrondissement de Châlon, un fait de gestation extraordinaire vient de se présenter.

» Une pauvre femme, d'une conduite exemplaire, devint veuve il y a environ dix années, à l'âge de 40 ans. Depuis cette époque, cette femme était affectée d'une tumeur squirrheuse qui, grossissant chaque année, avait acquis dans ces derniers temps un volume considérable. On était loin, à raison de la régularité de ses mœurs, de supposer qu'elle fût enceinte, lorsque récemment elle a expulsé une môle de chair d'une forme tout à fait bizarre : c'était le fœtus d'un enfant ayant trois têtes bien caractérisées. Le corps consistait dans une masse carrée sous laquelle pendait de chaque côté un lobe charnu; trois nervures adhérentes dessinaient la cuisse, la rotule, le tibia, et trois pieds, indiqués par des linéaments contenant les orteils, terminaient les jambes.

» Quant aux bras, ils se composaient de deux moignons très-courts.

» C'est peut-être la première fois que la science ait été appelée à examiner un enfant à six pieds... La région sexuelle n'était point développée, et l'orifice de l'anus se trouvait tellement oblitéré que le fœtus n'aurait pu vivre en supposant qu'il eût respiré.

» Si l'on en croit un ouvrage publié en Angleterre au commencement du dix-huitième siècle, intitulé : LUCINA SINE CONCUBITU, traduction de Nacard, ce phénomène peut exister, et l'auteur établit par certains faits résultant de l'expérience que des enfants posthumes ont pu naître plusieurs années après le décès de leur père et par des causes purement accidentelles.

» Cette singulière monstruosité a été conservée dans l'alcool. »

— ERRATUM. — La première phrase du dernier paragraphe de la lettre de M. Diday sur les tables tournantes était ainsi écrite dans son manuscrit : « Mais ces expériences que je viens de détailler, que je juge décisives, *les ai-je faites moi-même ?* » A ce dernier membre de phrase, qui laisse l'esprit du lecteur en suspens, qui exprime un doute de la part de l'auteur, la GAZETTE MÉDICALE a substitué par erreur, dans son dernier numéro, p. 351, 1re col., lig. 18, celle-ci : « *Je les ai faites moi-même.* » Nous nous empressons d'autant plus volontiers de rectifier cette erreur, qu'elle change le sens du tout au tout.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SURDI-MUTITÉ.

L'aspect que présente en ce moment l'Académie ressemble assez bien à celui d'un atelier au moment où l'on va procéder à l'opération du coulage. La chaleur de l'atmosphère, jointe à celle de l'inspiration, met toutes les têtes en feu. La différence est que dans l'atelier toutes les activités, toutes les ardeurs convergent vers un seul et même but; l'œuvre est conçue, les moules sont prêts; on ne se préoccupe que de faciliter l'opération. A l'Académie, au contraire, toutes les ardeurs sont dominées par je ne sais quel génie de trouble et de destruction, qui semble vouloir dénaturer, sinon empêcher l'opération. Quelque effort qu'on fasse cependant, il y a au fond de cette agitation, sous cette apparente incohérence de volontés et d'idées, une pensée de progrès. Cette pensée n'est qu'à l'état d'instinct, et sous cette forme elle est encore mal définie, incapable de rallier et de dominer les esprits. Mais qu'importe : pourvu que ces eaux agitées recèlent les éléments d'une cristallisation régulière. Or cette pensée consolante nous l'avons; elle nous soutient en présence des difficultés sans nombre qui entravent l'avénement du progrès. Quand nous essuyons le choc de la tourmente, nous nous préoccupons bien plus du triomphe de l'idée que des froissements qu'il nous cause. Tel est en raccourci l'effet qu'a produit sur nous, et que produira sans doute sur tout homme réfléchi et dévoué au progrès, la dernière séance de l'Académie. Certes nous aurions pu être plus satisfait, mais, somme toute, nous ne saurions nous plaindre.

On se rappelle que les conclusions proposées dans la dernière séance par le rapporteur officiel et le rapporteur officieux avaient été renvoyées à la commission. Le résultat de cette nouvelle fusion n'a pas été heureux. Pour la forme comme pour le fond, on se demande maintenant s'il n'eût pas mieux valu voter les conclusions primitives, elles avaient au moins une apparence d'unité et d'homogénéité qu'elles ont perdue en passant par tant d'esprits et de mains. Mais enfin l'Académie est instruite, elle sait aujourd'hui ce qu'on lui demande, et ce qu'elle répond. Et si elle répond d'une façon moins cohérente, moins ferme et moins décidée, ce que sa réponse aura perdu en netteté, elle l'aura gagné en autorité. On voit que, loin de juger les choses en pessimiste, nous les voyons, au contraire, sous le jour le moins défavorable. Examinons cependant quelques-uns des principaux incidents qui ont marqué cette avant-dernière journée de la bataille.

Une question litigieuse se présentait à résoudre : celle de savoir jusqu'où et en quels termes l'Académie s'associerait à la prétention de donner aux sourds-muets quelques notions indirectes du son par la peau ou les nerfs de la sensibilité générale. On se rappelle que, dans la dernière séance, l'honorable président, M. Bérard, avait pris cette question pour texte d'un discours très-favorablement accueilli par l'assemblée. Comme on pouvait s'y attendre, la nouvelle rédaction de la commission s'est inspirée des idées et des doctrines du savant professeur. Quoi qu'en ait dit M. Bouillaud, qui a assumé toutes les responsabilités de la nouvelle rédaction (et elles ne nous ont point paru légères), la nouvelle conclusion n'est que celle du discours de M. Bérard lui-même. Ainsi l'a compris le premier orateur qui est monté sur la brèche. Sur la brèche est bien le mot : nous ne parlons pas au figuré. M. Bouvier, qui, dans ce débat, n'a cessé d'employer la plus grosse et la plus bruyante artillerie, a pulvérisé le discours de M. Bérard. A part les formes belliqueuses de notre savant confrère, pour lesquelles nos instincts pacifiques ne nous donnent qu'une médiocre admiration, il nous a été impossible de méconnaître qu'il était complétement dans le vrai. Sous le rapport des faits comme sous le rapport des principes, il a très-bien démontré qu'on peut, sans mériter les excommunications du Vatican physiologique, professer que les sourds-muets sont susceptibles d'acquérir par d'autres voies que par l'ouïe certaines notions du son. M. Bouvier n'a peut-être pas porté la conviction dans tous les esprits, mais il a au moins très-bien établi que, d'après les définitions et les idées qu'on trouve dans les auteurs et dans la physiologie même de M. Bérard, il est impossible de réserver à l'ouïe seule la perception des mouvements vibratoires des corps, c'est-à-dire du son. La confusion que M. Bouvier n'a pu dissiper est celle-ci : il n'a pas assez nettement distingué et défini le son considéré en lui-même et comme sensation auditive, c'est-à-dire le son *objectif* et le son *subjectif*. Hors cela, M. Bouvier, pour le fond, nous a paru dans le vrai; aussi n'avons-nous fait aucune difficulté d'accepter ce qu'il avait dit comme point de départ de ce que nous avions à dire.

Cet accord entre deux personnes qui depuis vingt ans ont sans cesse combattu en face l'une de l'autre a fait les frais de l'exorde du nouveau discours de M. Bérard. Il en a plaisanté agréablement, spirituellement, mais nous ajouterons peu adroitement. Si l'honorable président avait consulté son bon sens plus que son esprit, n'aurait-il pas mieux saisi la signification de cet accord ? N'y aurait-il pas vu un éclatant témoignage rendu par ces deux hommes au profit de la vérité, et nous osons dire à l'honneur de leur caractère? Certes, en se rangeant sous le drapeau du progrès, ces deux hommes n'ont fait abnégation ni de leurs idées, ni de leurs sentiments, ni de leur passé, ni même de leur avenir; ils sont restés ce qu'ils sont. Mais ils se sont oubliés un instant pour songer à la vérité, à la science, à l'Académie, à l'humanité menacée. La force des mêmes convictions les a entraînés, et M. Bérard, mieux inspiré, ou bien aurait passé sons silence cet accord fruit de l'évidence de la bonne cause, ou bien aurait cherché à en atténuer l'autorité par quelque moyen plus sérieux qu'une agréable plaisanterie.

Il est encore une autre particularité du même genre que M. Bérard ne paraît pas avoir comprise. En nous détachant, dans ce débat, d'amitiés anciennes, de sympathies éprouvées où, Dieu merci, il conserve sa place, nous avons fait, comme toujours, le sacrifice des personnes aux idées, convaincu qu'un jour ou l'autre les idées nous ramèneraient aux personnes. Quoi qu'il en soit l'honorable professeur, prenant dans cette discussion le contre-pied de tout progrès, nous a mis dans la nécessité de nous élever avec force contre l'autorité dont il abuse. D'un bout à l'autre, son dernier discours n'a été qu'une atteinte portée à tous les devoirs d'une discussion sérieuse. Sous le prétexte de prémunir l'Académie contre de prétendues menaces à sa considération, il l'a entraînée dans les voies étroites de la suspicion, de la personnalité. C'est moins une dissertation physiologique sur le son et l'audition qu'il a faite qu'un procès de tendance contre l'orthodoxie scientifique et professionnelle de M. Blanchet. Nous ne craignons pas de le dire : cette façon d'argumenter n'est ni digne de M. Bérard, ni du corps savant qu'il préside; et si c'est de cette façon qu'il entend se montrer bilieux pour, comme il l'a dit, donner un démenti à la réputation de mansuétude qu'on se plaît à lui faire, il se trompe fort; il n'a été qu'inconsidéré.

Feuilleton.

INTRODUCTION A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE; par FRANÇOIS PUCCINOTTI (d'Urbin), professeur d'histoire de la médecine à l'Université de Pise (1).

§ I. — DÉFINITION ET BUT DE L'HISTOIRE.

L'histoire de la médecine est l'histoire du développement de l'idée de la santé parmi les hommes, et des modes divers par lesquels cette idée fut convertie par les savants en une science et traduite en un art; c'est l'histoire des alternatives de cette science opérative selon la culture et la liberté de la raison, et suivant les occasions et les guides de l'expérience; c'est l'histoire enfin des rapports que cette science de la santé humaine a montrés avec les religions, avec les philosophies, avec les lois morales et civiles des peuples.

L'histoire de la médecine peut être exposée de diverses manières, toutes plus ou moins plausibles, mais non pas également utiles, parce que la fin qu'elle se propose n'est pas seulement l'érudition, mais la préparation d'une telle éducation de l'esprit qui soit la meilleure possible à la philosophie expérimentale; elle doit néanmoins constituer une partie essentielle de la science elle-même, qu'elle doit disposer de façon à la faire comprendre, à la rendre plus claire et à la justifier dans son intégrité et dans ses connexions avec les autres sciences naturelles et philosophiques. Ainsi que la physiologie conduit à la connaissance de la vie physique, de même l'histoire, comme physiologie de la pensée appliquée à la solution du grand problème de conserver la santé et de la rendre quand elle est perdue, conduit à la connaissance de la vie intellectuelle de la science. Oui, la science a une vie, et cette vie est dans l'histoire, elle forme un tout avec la science; la science est contenue en elle comme elle contient la science, et toutes deux se réduisent à une dernière expression philosophique, qui ne garantit pas seulement à la société, une science hautement pensée et conduite à son but par le savoir humain le plus noble et le plus consciencieux, mais elle fait voir en même temps l'état de convergence de toutes les époques vers ce même but, qui n'est ni partiel ni séparé de toutes les périodes de convergence du passé, ainsi que cela a lieu, mais relié avec eux comme leur conséquence continuelle.

Les matériaux de l'histoire sont les faits et les idées, et les uns comme les autres tantôt prémisses, tantôt déductions, parce que l'histoire nous montre que si l'idée précédant le fait n'a pas toujours été une erreur, de même le fait précédant l'idée ne conduisit pas toujours à la vérité. Mais l'histoire ne tient pas compte indistinctement de tous les faits, parce que devant comprendre tout à la

(1) Traduite par le docteur Aubin; revue par S. Pirondi.

Venons maintenant au fond de la nouvelle allocution de M. Bérard.

Qu'est-ce que le son? qu'est-ce que l'audition? Nous défions que, d'après la longue et poétique pérégrination du savant professeur, il soit possible de distinguer le caractère et le domaine précis de ces deux choses : à moins que, mieux que nous, on n'ait compris cette ingénieuse distinction entre le son du physicien et le son du physiologiste. Mais, comme a très-bien répondu M. Piorry (si nous avons bonne mémoire), la physiologie ne sera une science certaine que du jour où elle deviendra une branche de la physique; et alors, que sera le son du physiologiste? Toute l'argumentation de M. Bérard a reposé sur cet équivoque. Que lui parlait-on de vibrations, d'ondes sonores, de son direct, de son réfléchi? La question du ministre, ou prétendue telle, n'avait rien eu de semblable en vue. Elle n'avait pu tendre, dans la pensée comme dans l'expression de l'auteur, qu'à faire supposer qu'on entend par les pieds, par les mains, par l'estomac! Le moyen de résister à une pareille argumentation! Le moyen de braver le ridicule qui planait sur l'Académie! Nous avons en vain cherché à dissiper cette épouvante. Malgré nos efforts, l'Académie a été entraînée dans une voie où elle ne recueillera que déconsidération et regrets. Voulant donner satisfaction à tous les scrupules, voulant néanmoins sauvegarder les intérêts de la science et du savant, nous avions proposé un amendement qui consacrait, dans des termes modérés, mais dans une mesure convenable, et les acquisitions nouvelles de l'une, et les efforts de l'autre; notre pensée n'a pas été comprise. Pour la forme et le fond, on a préféré la conclusion de la commission à la nôtre. Nos lecteurs les compareront et ils jugeront.

Nous avons dit en commençant qu'au fond des agitations et des obscurités du débat on pouvait lire le triomphe du progrès. De quoi s'agit-il, en effet? De faire entendre et parler les sourds-muets qu'il est possible de faire parler et entendre; de restreindre l'enseignement de la mimique dans les limites où elle est utile, pour faire place à la lecture sur les lèvres et à l'articulation jusqu'où elles sont applicables. Or jusqu'ici les trois conclusions votées donnent satisfaction à ce progrès. Elles le proclament avec hésitation, d'une manière confuse, et en certains points contradictoire; mais enfin, elles le proclament. Nous attendrons la fin des débats pour savoir jusqu'à quel point l'Académie voudra la réforme, et jusqu'où ses résolutions pratiques seront d'accord avec ses entraînements théoriques, les seuls que l'on connaisse jusqu'ici.

Jules Guérin.

CONSTITUTION MÉDICALE.

NOTE SUR L'INFLUENCE DU DÉBOISEMENT ET DES TORRENTS SUR LES CONSTITUTIONS MÉDICALES DANS LE DÉPARTEMENT DES HAUTES-ALPES; par M. le docteur Barudel, médecin de l'hôpital militaire de Lyon.

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur une carte du département des Hautes-Alpes, on voit une contrée d'un aspect géologique presque unique sur notre territoire, sillonnée par une infinité de cours d'eau qui sont dispersés sur la surface du sol avec une sorte de confusion. Cet aspect est dû à l'orographie de ce pays. La plus grande irrégularité règne dans la disposition des chaînes de montagnes. elles courent dans un grand nombre de directions, se croisent, se pénètrent et brisent à chaque instant l'alignement des vallées. Dans ce département tous les cours d'eau se rendent sans exception à ce grand bassin du Rhône. l'un des cinq de la France, par la triple voie de la Durance, du Buech et du Drac, qui ont recueilli dans leurs trois bassins distincts tous les courants du pays. Enfin chacun de ces trois bassins est traversé par une grande vallée qui s'élève insensiblement jusqu'à un col où elle prend naissance.

On rencontre une deuxième classe de cours d'eau qui forment les affluents principaux des rivières : leurs vallées sont moins longues, plus resserrées, leur volume d'eau est moins considérable, ils divaguent moins que les rivières, ils sont encaissés dans des berges plus solides. De ce genre sont le Guil, la Romanche, la Clarie, la Gironde: ce sont des rivières torrentielles. Enfin des cours d'eau toujours limpides, sans vitesse, coulant sur des pentes douces, constituent une autre classe dont le parcours se fait toujours dans un bassin resserré: ce sont les ruisseaux. Puis se présentent en dernier lieu des cours d'eau d'une nature singulière auxquels on donne dans le pays le nom de torrents; mais à ce terme sont attachés des propriétés caractéristiques qui ne se retrouvent pas dans les torrents des autres contrées. Leurs sources sont cachées dans les replis des montagnes; ils descendent de là vers les vallées qui sont très-courtes et se mêlent aux ruisseaux ou aux rivières qui les arrosent. Quand ils arrivent sur les parties basses, ils s'étalent sur un lit démesurément large et bombé. Ce dernier aspect est remarquable : il établit une distinction entre les torrents et les autres cours d'eau. Leur pente excède 6 centimètres par mètre, sur la plus grande longueur de leur cours. Si l'on remonte ce cours jusqu'à sa source la plus élevée. on arrive à distinguer trois régions qui caractérisent les propriétés spécifiques des torrents, par leur forme, leur position et les effets constants que les eaux exercent dans chacune d'elles.

Dans la première région, à la naissance des torrents, là où les eaux s'amassent et affouillent le terrain, est une sorte d'entonnoir béant vers le ciel, qui reçoit sur une vaste surface les eaux des pluies, des neiges et des orages, et les précipite rapidement dans les gorges.

Dans une dernière région formant un large lit situé dans les vallées, les eaux déposent ou précipitent les débris arrachés aux flancs des montagnes. C'est le lit de déjection. Il est un espace intermédiaire où les eaux s'écoulent sans dégrader leur canal et sans l'exhausser, c'est la partie la moins étendue; elle n'est affectée qu'à l'écoulement, et sa longueur est d'autant plus grande que la variation des pentes est plus douce. Dans le conduit où coulent les eaux entre des berges bien dessinées, le torrent est inoffensif. Les matières qui la parcourent, masse considérable d'alluvions fournies par les berges, tombent çà et là dans le lit du torrent, par blocs énormes, et sont portées au loin par les eaux et étalées et dispersées sur ce que les géologues nomment le lit de déjection.

Dans les Hautes-Alpes la multitude des torrents est incroyable. Lorsqu'on marche de Gap vers Embrun, en suivant la route, plus du quart du trajet se fait sur le lit même des torrents; on les aperçoit disséminés par tout le pays, inondant toutes les vallées, sillonnant tous les revers; de là cet air de désolation particulier à la contrée et qui frappe tous les étrangers quand ils parcourent pour la première fois ces montagnes. Le premier aspect de ces lits n'est pas sans analogie avec celui d'une vaste ruine; aussi plusieurs torrents ont-ils emprunté leurs noms à celle ressemblance (torrent de la

---

fois et le fait et l'idée, elle choisit celui en qui l'esprit a su imprimer un caractère de plus grande élévation et de plus grande utilité; et vraiment les faits ne sont en eux-mêmes qu'une semence qui, répandue dans le terrain fécond de l'esprit, doit y germer, y fleurir, y fructifier. Supposez que ce terrain ne soit pas bien préparé, qu'il ne soit pas fertile, qu'il ait trop ou trop peu de substance, les semences s'y corrompront, et ne produiront aucun fruit utile à la science. Ce qui explique le très-petit nombre des résultats qui ont été et sont aujourd'hui encore acquis à la science, en comparaison avec la quantité infinie des faits qui ont été et qui sont sous les yeux de tant d'observateurs, ce qui n'arriverait pas si la nature qui est tant prodigue de faits était aussi généreuse en bons esprits pour les comprendre la, science, avons-nous dit, s'alimente des fruits que l'intelligence recueille des faits; ces fruits sont tantôt âpres et sauvages, tantôt délicats et exquis, parce qu'ils ont été greffés par le génie des cultivateurs; de sorte qu'on ne voit figurer dans l'histoire que l'industrieux agriculteur de cette semence, tandis qu'elle ne s'occupe pas des simples glaneurs, et cela a lieu parce que son vrai but est de considérer les expressions générales des faits comme les savants ont eu l'intention de les réduire : et prenant les uns et les autres aux individus et aux temps, elle trouve la science relative à ces derniers : et arrivée à comprendre non pas la dernière généralité possible de la science, mais celle qu'il a été possible aux hommes de lui donner jusqu'à notre époque, elle en fixe les bornes, elle en explique les caractères, les connexions avec le passé, les espérances pour l'avenir et établit, en même temps le degré de distance qui la sépare encore de son perfectionnement; de sorte que l'histoire est l'expression dernière de tout ce que la science a acquis, acquisition qui n'est ni instantanée, ni accidentelle, ni destinée à périr comme cela arriverait à un système nouvellement imaginé, mais au contraire acquisition faite peu à peu et qui s'est accrue dans la succession des temps.

Ayant proposé ce but à notre histoire, elle se convertit naturellement en un *compendium philosophique* des histoires très-étendues et monumentales dont la science s'est enrichie en ces derniers temps, mais dans lesquelles on peut à peine déchiffrer, au milieu d'une immense érudition, la marche tantôt oubliée, tantôt perdue du principe qui a dirigé la science elle-même pendant tout le cours des temps historiques, ses phases et ses éclipses, et ses réapparitions toujours plus splendides et plus victorieuses. A chaque doctrine ou système qu'on expose, on commence et on termine une nouvelle histoire de la médecine, et celle-ci apparaît en débris au milieu desquels la vérité isolée ne suffit pas à cacher l'erreur. On trouve enfin tantôt épars pêle-mêle, tantôt disposés avec un certain ordre sur un vaste terrain, les nombreux rameaux du grand arbre de la science; mais on ne trouve pas le tronc principal pour les y adapter un à un et pour recomposer l'arbre, le relever et l'offrir dans l'unité de sa forme élevée et majestueuse à ceux qui étudient la nature.

§ II. — Des origines de la médecine.

Si nous nous représentons l'idée du bien absolu comme un point duquel divergent en triple rayon les trois éléments destinés à l'effectuer dans le monde, nous trouverons d'abord l'élément moral, au milieu l'élément civil, de l'autre côté l'élément sanitaire, et sous le premier élément comme moyen d'acquisition

Ruinasse au Monestier, torrent de la Roine au Lantaret), c'est un entassement de cailloux et de blocs jetés sur une grande étendue de terrain. Une plage aride dépouillée de culture, de végétation, dépouillée même du sol végétal et qui rappelle naturellement à l'esprit l'idée d'une grande destruction.

En présence de cet amas énorme de débris, on à peine à croire quelquefois qu'elle puisse être l'ouvrage du chétif filet d'eau qu'on voit suinter à travers les blocs. Ces amas qui paraissent jetés là avec tant de désordre sont disposés suivant des lois toutes mathématiques. Leur forme générale est des plus remarquable. Quand on examine de l'esplanade d'Embrun, le torrent des Vachères ou de Boscodon, on leur trouve l'apparence d'un monticule très-aplati, conique, placé à la sortie de la gorge et accolé à la montagne comme un contre-fort. Cette figure est semblable à celle que ferait un éventail déployé dont le faisceau serait relevé vers le milieu en forme de dos d'âne. Il occupe souvent plus de trois quarts de lieue de largeur.

Cette multiplicité de torrents est pour ce département le plus cruel des fléaux; attachés comme une lèpre au sol de ces montagnes, ils en rongent les flancs et dégorgent dans les plaines des monceaux de débris; c'est ainsi qu'ils ont créé par une longue suite d'entassement ces lits monstrueux qui menacent de tout envahir. Ils vouent à la stérilité tout le sol qu'ils tiennent enseveli sous leur dépôt, ils engloutissent chaque année une propriété nouvelle, ils interceptent les communications et empêchent d'établir un bon système de route.

Les Cévennes, les Pyrénées, les Vosges n'offrent pas des cours d'eau tels que ceux-ci, qui soient pour le pays où ils sont concentrés un sujet éternel d'alarmes et d'appréhension.

C'est dans la nature du sol que se rencontre une première cause de formation des torrents, c'est une cause géologique. Les autres sont celles qui résultent des undulations du terrain, c'est une cause topographique; ou de l'action des agents atmosphériques, c'est une cause météorologique. La cause première des torrents n'est pas le résultat, comme on peut le penser, de formes des montagnes spéciales aux Hautes-Alpes. Les formes de montagnes sont elles-mêmes le résultat de la constitution de leurs terrains, en même temps que de la puissance plus ou moins énergique des agents extérieurs auxquels ils sont soumis. Ce n'est pas non plus dans l'élévation absolue au-dessus du niveau de la mer qu'il faut placer la raison premiere de la formation des torrents. Bref, un certain genre de climat avec une certaine constitution géologique, voilà deux causes suffisantes, la cause topographique devient un corollaire obligé de ces deux premières.

Il est donc permis d'attribuer à cette étiologie et le désordre du régime des cours d'eau de ce département, et l'irrégularité des saisons, et les graves perturbations du climat, et les altérations des constitutions médicales saisonnières annuelles.

C'est une loi de pathogénie que les maladies annuelles ont un rapport intime avec les phénomènes météorologiques propres à chaque saison de l'année, et nous allons montrer que leur bouleversement, leurs vicissitudes, impriment aux affections temporaires plus de gravité dans leur marche, dans leur nature, et plus de difficultés dans leur traitement.

L'influence du sol se combine avec celle de l'air et des eaux pour modifier profondément les produits des deux règnes organiques, et l'espèce humaine la subit à son tour. La nature et la disposition des terrains indiquent les végétaux qui s'y plaisent, les animaux qui s'y établissent, et, comme les uns et les autres fournissent à l'homme sa nourriture, les conditions du sol concourent indirectement à la détermination de son type héréditaire. L'action puissante que le sol exerce sur l'économie à l'état de santé s'étend aussi, et cela d'une manière incontestable, à ses manifestations pathologiques. « Tout ce que la terre produit est conforme à la terre, » dit Hippocrate. Dans cette contrée que nous avons envisagée dans un aperçu général, et dont nous allons indiquer la structure géologique, il doit se rencontrer bien évidemment un ensemble de circonstances extérieures qui peuvent influencer pendant un certain temps toutes les localités du pays, au point de donner aux maladies, quand elles se déroulent sur une certaine échelle de fréquence et de gravité, quelque chose de commun, d'identique, bien qu'elles diffèrent par leurs caractères individuels. Ainsi les constitutions médicales établissent clairement l'intimité du sol avec la pathogénie.

Les Hautes-Alpes étant plus élevées que les autres montagnes de la France, elles pénètrent plus avant dans la région des longues neiges, les conservent plus longtemps, par cela même en amoncèlent davantage. Au retour du printemps, le soleil, à cause de la latitude du pays, prend de suite une grande chaleur. Ce changement est surtout brusque dans les régions élevées où la couche atmosphérique est moins dense, et par conséquent l'influence des rayons solaires est plus directe et moins modérée; il en résulte que la fonte au lieu de s'opérer peu à peu se font tout d'un coup. Dans deux jours toute la masse est écoulée, et souvent il arrive du sud des vents chauds qui hâtent encore ses effets; voilà une cause de dégradation du sol des plus énergiques. Les suivantes sont plus redoutables. Les pluies sont rares dans ces montagnes, mais toujours très-épaisses: les brouillards, les brumes, les pluies fines, longues et continues, qui sont, dans une grande partie de la France, l'état normal de l'atmosphère, sont inconnues ici. Rien n'égale la pureté de l'air et l'inaltérable sérénité du ciel de ces montagnes. Mais ce ciel si constamment sec, ce ciel si bleu et si limpide, l'unique charme de cet austère contrée, est pour elle le plus funeste des présents. Comme il rend les pluies plus rares, il les force par là même de tomber en flaques énormes. « C'est ainsi, dit un ancien préfet des Alpes, M. Dugied, que l'on passe dans les Alpes des mois, presque des années, sans recevoir de pluies, puis tout à coup les nuages arrivent de tous les points de l'horizon, s'entassent comme pressés par des vents opposés, il fondent en torrents qui entraînent tout dans leur cours. » Voilà qui suffit à rendre le climat plus dissolvant de la constitution du terrain qu'en toute autre contrée. Il est reconnu que la quantité d'eau qui tombe annuellement dans les pays de montagnes, toutes choses égales d'ailleurs, est plus grande que dans les pays de plaine. Il est reconnu aussi que cette quantité augmente à mesure qu'on approche des tropiques; par conséquent il doit tomber ici une quantité de pluie au moins égale à celle que tombe dans le même temps à Paris. Mais tandis que la chute à Paris se distribue dans un intervalle de six mois, elle se consomme ici en entier dans quelques averses d'orage. On lit, par exemple, dans un annuaire du département des Hautes-Alpes, qu'en 1807 il n'y eut que dix-sept jours de pluie ou de neige dans tout le courant de l'année.

Ce n'est pas seulement du sol, comme Daubuisson l'a démontré dans son traité de géognosie, que l'action des pluies violentes est destructive, c'est, comme je veux le démontrer dans ce mémoire, de la salubrité du climat, de la régularité des saisons, de la nature des constitutions médicales qui sont modifiées au point d'imprimer aux maladies, soit dans une série de symptômes, soit dans leur marche, soit dans leur terminaison, soit aussi

---

nous trouverons les religions, les législations, les philosophies; sous le second, les droits, les pouvoirs civils, les transactions commerciales, les industries; sous le troisième, toutes les sciences naturelles réunies sous le titre générique de médecine. Mais cette idée du bien absolu fut une émanation de la volonté divine, qui présuppose tout autant de missions obligatoires transmises à l'humanité qu'il y en avait d'indispensables à la conservation de l'ordre moral et physique du monde. Or si, pour conserver l'ordre moral et civil, il fallut une suprême et impérative mission, d'où tirèrent leur origine les devoirs, les droits sociaux et la première organisation sociale des peuples, on doit recourir aux mêmes moyens pour la préservation et l'organisation de leur santé, parce que l'homme plaça la santé comme un des premiers biens entre le ciel et la terre, et il l'associa à l'agriculture, aux lois, à la civilisation, à la religion.

Je sais trop bien que l'histoire a l'habitude de remonter à l'instinct de l'homme pour trouver les origines de la science. Mais l'instinct changé en sentiment, en amour du bien, ne peut dire autre chose dans l'homme malade que *secourez-moi*; de sorte qu'il ne peut être qu'une circonstance fournie à l'art existant en dehors de lui, de lui apporter son secours, et non pas l'origine de l'art lui même. La médecine ne naquit pas de l'homme malade ni de son instinct; mais elle naquit chez l'homme sain, de la conscience qu'il avait d'une mission supérieure pour secourir son prochain, et elle fut un ordre impératif confié au sentiment de charité, en rapport avec le principe de sociabilité qui existe dans les créatures humaines. D'où l'homme sain, éclairé par une tradition hygiénique, forma la médecine avec le devoir, et l'établit comme guide à son intelligence et comme stimulant à son activité; et en observant et en formant des analogies, en faisant et refaisant des essais, il constitua par degrés la science, en lui donnant un caractère opératif, charitable et éminemment social. Pour les animaux, une médecine instinctive suffit, parce qu'ils ne sont pas sociables, et ne s'entr'aident pas dans leurs infirmités; mais pour les hommes qui sont très-sociables, une science qui se trouve entre un droit et un devoir ne pouvait, en aucun cas, être instinctive, parce que se suffire à soi-même exclurait tout autant le devoir de secourir que le droit d'être secouru.

L'instinct *ascendant* confine avec l'amour du bien; mais pour le rendre producteur d'une science, il faudrait pouvoir le transformer en raison: et la raison placée entre Dieu et l'instinct n'hésite pas dans le choix. L'instinct *descendant* est la force active conservatrice de la nature organique, et confine avec les forces qui tendent à l'harmonie de toute la nature. Et c'est précisément là le problème que la science se propose de résoudre, mais ce n'est pas la science; comme la structure du corps humain est le problème que se propose l'anatomie, mais ce n'est pas la science anatomique. Les historiens cherchent une origine de la médecine dans les premiers remèdes préparés pour les maladies. Mais l'origine de la science de la santé remonte plus haut, et fut d'abord, si l'on veut, une tradition hygiénique, et ensuite tout un travail de raison et d'expérience sur les moyens de préserver des causes d'infirmités les premières tribus vivant ensemble. Cette médecine primitive ou hygiénique fut la racine principale du grand arbre de la science: dans le cours des temps historiques, elle établit la marche continuelle de la science de la santé parmi les hommes et les nations; par elle la médecine existe encore où et quand il n'y avait pas de médecins. Et ces premiers dogmes de la doctrine des maladies et des remèdes dérivèrent

dans leurs médications curatives, un caractère de gravité et des formes assez caractéristiques pour que les médecins doivent les considérer comme enchaînées aux influences climatériques.

La nature ne destinait pas les pluies, qu'à certaines époques de l'année elle prodigue sur nos montagnes, à porter la désolation dans la plaine; son but, au contraire, était de mettre en réserve, sur les hauteurs, de grands magasins d'eau pour la distribuer dans les vallées avec poids et mesure. Afin d'atteindre ce but, elle avait disposé, au sommet des Alpes, des Cévennes, des Pyrénées, de grandes forêts, et sur leurs flancs des prairies naturelles dont l'office devait être d'attirer l'humidité de l'atmosphère, de prévenir les orages, de faciliter la pluie, de retenir les eaux. Les forêts, les prairies étaient destinées à jouer, dans la constitution physique du globe, le même rôle que les vaisseaux capillaires jouent dans la circulation du sang. C'est par leur intermédiaire que la mer devait rendre à la terre, sous forme de pluie et de rosée, la même quantité d'eau que chaque jour nos fleuves lui portent. Mais l'homme! Créé pour mettre l'ordre et l'harmonie sur le globe, l'homme n'est-il pas souvent l'agent le plus actif du désordre et de la destruction? C'est lui qui, dans son imprévoyance et son insatiable cupidité, a rendu chauves et décharnées les montagnes des Alpes! C'est en mettant à nu la charpente osseuse de ces colosses des Cévennes, des Pyrénées et des hautes Alpes, qu'il a porté la perturbation dans les rivières qui s'échappent de leurs versants. Voilà, à n'en pas douter, de véritables causes de l'altération du climat, des tarissements des sources, des inondations, des calamités que les torrents amènent, et de l'appauvrissement de ce département.

Jetant un regard rétrospectif, sur l'état de ces contrées dans les siècles antérieurs, Tacite nous apprend que les forêts d'autrefois couvraient la surface de l'Europe (*in universum sylvis horrida aut paludibus fœda*). L'état des terres a toujours été en rapport avec celui des personnes; la féodalité le démontre assez. Mais combien est vraie cette assertion dans la contrée où nous sommes.

Il y a quelques siècles encore que les Alpes, les Cévennes, les Pyrénées et les Vosges offraient le plus imposant de tous les spectacles : leurs cimes étaient couronnées par des neiges éternelles; à côté des glaciers s'élevaient de magnifiques forêts de pins et de mélèzes; plus bas, des bois feuillés, tels que le chêne et le hêtre, formaient, par leur association, des massifs de verdure qui couronnaient les crêtes des montagnes, en tapissaient les pentes et se prolongeaient dans les vallées. Grande était l'influence des forêts : soit qu'elles exerçassent une influence sur les vents et sur la température, soit qu'elles fonctionnassent par leurs sommités comme de vastes appareils de condensation des vapeurs atmosphériques, et par leurs troncs comme modérateurs de l'écoulement des eaux torrentielles. Le règne végétal agissait profondément sur la composition, la température, l'humidité du milieu général. Les chaleurs excessives qui règnent aujourd'hui dans cette contrée, en été, étaient alors inconnues, car les terrains couverts d'herbages et de bruyères s'échauffent beaucoup moins que le sol nu et desséché. Les arbres réunis en forêts refroidissaient l'atmosphère : 1° en protégeant la terre contre l'irradiation solaire, 2° en entretenant, par la transpiration cutanée des feuilles, une forte évaporation des liquides aqueux, 3° en multipliant par l'expansion des feuilles les surfaces qui sont susceptibles de se refroidir par rayonnement.

La rareté ou l'absence des forêts a augmenté la chaleur et la sécheresse de l'atmosphère, la sécheresse a réduit l'étendue des nappes d'eau si nécessaires à la végétation du gazon, dont l'appauvrissement a réagi secondairement sur la température du climat.

Le tableau que j'ai présenté n'est plus que de l'histoire; la seule chose qui reste encore, ce sont les neiges éternelles. Les autres parties n'ont pu résister au génie malfaisant de l'homme. L'œuvre de destruction s'est exercée d'abord sur les forêts; les pins et les mélèzes ont été abattus, les chênes et les hêtres ont eu le même sort. Une fois les hauteurs mises à nu, la terre formée par les détritus des bois s'est trouvée sans défense contre l'action des pluies. Les eaux manquant de leurs réservoirs naturels, au lieu de s'arrêter sur les hauteurs, se sont précipitées vers la plaine, et ont creusé le lit des premiers torrents.

Dans l'Embrunais, ce n'est pas seulement la tradition à laquelle j'ai si souvent recours pour ce que j'ai à dire ici, mais aussi l'affirmation de quelques vieillards encore vivants, qui m'ont rapporté que dès que les forêts avaient disparu des flancs d'une montagne, quelques années après, sous leurs yeux, ils l'avaient vu devenir la proie immanquable des torrents. Le Finlit, en face d'Embrun, n'était, il y a trente ans, qu'un tout petit ravin; il est devenu aujourd'hui un grand et complet torrent.

La nature, si prévoyante en tout, aurait bien pu réparer ces pertes, si on l'avait laissé agir; mais l'œuvre a été complétée en soumettant les montagnes aux parcours des bestiaux. Les essences forestières, après avoir cherché vainement à se reproduire ont définitivement disparu des lieux que jadis elles protégeaient; les gazons mêmes, livrés à la dent meurtrière et au piétinement des troupeaux sont allés en disparaissant, et aujourd'hui, à la place des immenses pelouses qui tapissaient les flancs de ces montagnes, se sont formés une multitude de torrents furieux qui, en débouchant dans la plaine, ont envahi les cultures. Les lits des ruisseaux et des rivières recevant tout à coup une masse d'eau inusitée se sont trouvés trop étroits; les inondations ont donc commencé.

Mais deux causes ont exagéré l'œuvre du déboisement bien au delà des besoins réels de l'agriculture : ce sont la spéculation et l'incurie. Au neuvième siècle, quelques précautions furent prises par les capitulaires. Au treizième siècle, des règlements forestiers furent mis en vigueur, car les principes du mal faisaient des progrès. Sous Louis XIV, Colbert, frappé de l'état de dégradations des forêts par l'ignorance et l'incurie des propriétaires, institua une enquête par le moyen d'une commission chargée de parcourir la France et de proposer des remèdes à ce menaçant état de choses. Mais jusqu'en 1827, époque de la promulgation du code forestier, on a peu fait pour le repeuplement du sol, seule ressource qui puisse améliorer le régime des eaux, défendre les vallées contre les éboulements et les inondations. La hache du défrichement a continué à décimer les montagnes, et aujourd'hui l'emploi, dans la teinture des tissus, de la racine de l'épine vinette, dont les ramifications déliées et flexueuses soutiennent d'immenses couches de terrain, l'emploi, dis-je, de ces racines, arrachées aux flancs des montagnes, dans des communes déjà en danger, a ajouté au péril dont les torrents menacent les propriétés. Les forêts communales mal aménagées, devastées par la vaine pâture, au lieu de se régénérer se transforment en landes stériles; les Pyrénées et les Alpes sont dépouillées des bois séculaires qui faisaient leur ornement et leur richesse. Depuis qu'on a ravi aux montagnes leurs forêts tutélaires, que tant de causes réunies ont altéré la salubrité du climat, le sol a donc dû exercer une action puissante sur les ma-

---

d'elle et non d'une autre origine, par le fait de la raison et de l'expérience.

La mission obligatoire de se secourir mutuellement dans les maladies fut donc transmise par Dieu, dès le principe, aux créatures humaines, et fut recommandée au sentiment de leur charité. C'est pourquoi l'idée de la santé s'éleva à une importance religieuse par son origine, à une importance civile par la nécessité de procurer le bien-être physique à la *convivence* sociale. Les premiers législateurs et les prêtres s'emparèrent de cette idée, et recueillirent et conservèrent les chefs principaux des lois sanitaires, comme les lois morales et civiles, et sous forme d'hygiène publique, la firent servir à la prospérité des lieux et des individus qui leur étaient soumis. Et ce fut là la science rudimentaire trouvée par la raison de ces premiers savants, et autour de laquelle se groupèrent les premiers philosophes étudiant la nature de l'homme, et cherchant les fondements d'une physiologie primitive, tandis que la médecine naissait à peine des maladies spéciales des individus. Continuant toujours l'œuvre de la raison, elle dériva ensuite directement des règles établies sur la salubrité et l'insalubrité des choses naturelles; et avant que l'expérience eût trouvé les médicaments, la raison avait retiré de l'hygiène le régime diététique convenable aux maladies, car par la *diète* commença toujours la thérapeutique des médecins anciens.

§ III. — Des formes primitives prises par la médecine.

Avant que la médecine revêtit avec le temps son entière forme scientifique, elle en eût d'autres que nous pourrions nommer *antéscientifiques*, ou soit antérieurs à son état de science complète. Ces formes sont; la *mythique*, la *hiératique*, la *démotique*. Par le fait, dans les temples dirigés par l'intelligence des prêtres, et sous les tentes militaires des premières tribus guerrières, d'abord le prodige, le mythe et l'observation des premiers phénomènes de la nature, s'unirent ensemble. Par la raison que cette dernière fécondation, je dirai presque incubation, du germe de la science, naquit dans ces colléges sacerdotaux, et par cela que les plus anciens et les plus authentiques documents historiques que nous possédions, qui parlent médecine pratique et attentivement observée par les hommes, se rapportent à la médecine hiératique et à la chirurgie militaire, c'est à celles-ci que nous attribuerons le commencement de l'histoire de notre art.

Dès le principe la médecine parla à la foi des peuples; elle parla ensuite à leur intelligence. De là le prodige y apparut immédiatement associé au mythe; mais le prodige ne peut faire partie de l'histoire d'une science de phénomènes naturels. Considéré comme un fait, étant de sa nature supérieur à toute puissance humaine, il exclut l'intervention quelle qu'elle soit, de la nature ou de l'art; considéré comme croyance, c'est un événement moral, et il ne nous appartient pas d'en parler.

Le mythe, au contraire, peut, en quelque façon, s'introduire plausiblement dans l'histoire de la médecine, parce qu'il se rapporte à l'hygiène publique. On rencontre deux espèces de mythes médicaux: le mythe pathologique, comme la déesse *Angerona*, la deesse *Fièvre*, et autres semblables, qui ne furent que des déifications dictées par la peur, par la reconnaissance ou par l'étonnement. La mythe hygiénique fut, au contraire, la déification symbolique de la loi appliquée à la santé publique, pour lui donner autorité et suprême commande-

nifestations pathologiques de l'économie pendant les constitutions saisonnières d'une ou plusieurs années.

(La fin au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA CHUTE DE L'UTÉRUS PAR LE PINCEMENT DU VAGIN (présenté à la Société de biologie en 1852); par M. le docteur A. DESGRANGES.

(Suite et fin. — Voir les nos 5, 7, 9, 11, 19 et 20.)

§ IV. — REMARQUES.

1° LE PINCEMENT DU VAGIN GUÉRIT LA CHUTE DE L'UTÉRUS.

A moins de récuser les faits de ce mémoire, on ne peut le nier : six des observations le prouvent à des titres divers; il n'est pas jusqu'à la récidive de l'obs. VII qui ne plaide plus en faveur de la méthode qu'elle n'y semble opposée. Le dernier cas établit seulement qu'elle n'est point infaillible. Que je fasse à mon tour le procès des méthodes vantées jusqu'à présent, ne suis-je pas en droit de dire : laquelle s'appuie sur un nombre égal de faits? laquelle peut présenter autant de malades guéries depuis des mois, des années, en dépit des conditions les plus fâcheuses d'exercices violents, de travail pénible, de cohabitation, d'avortement ? D'une manière absolue, j'en conviens, les observations que je donne sont en nombre insuffisant pour édifier la méthode; mais il suffit, ce nombre, pour la fonder, pour concevoir de légitimes espérances, pour encourager à de nouveaux essais. Aujourd'hui je ne demande rien de plus; je ne veux qu'éveiller l'attention de mes honorables confrères; heureux si je puis les engager à faire comme moi. Je puis leur garantir la plus parfaite innocuité. Pour toute réaction générale, un peu de force et d'accélération du pouls, de chaleur à la peau, de soif et de malaise, sans que jamais ces troubles fonctionnels s'élèvent aux proportions d'une véritable fièvre traumatique et durent plus de deux ou trois jours. Encore faut-il pour qu'un pareil retentissement ait lieu qu'on ait mis en pratique le second procédé, ou fait, pour le premier, l'application d'un grand nombre de pinces vaginales. Localement, peu ou pas de douleurs. Les plaies dues à l'action des pinces marchent rapidement à la cicatrisation, et aussi vite se tarit l'écoulement purulent dont elles sont la source. Avec les précautions que j'ai indiquées, une perforation de la vessie et du rectum n'est pas à redouter. Une chose m'a toujours frappé, c'est la prodigieuse facilité qu'ont ces organes de se soustraire à l'action des pinces. Dans mes nombreux essais sur le cadavre, préalablement à toute opération, jamais je n'ai pu, quelque écartement que je donnasse aux branches, parvenir à les saisir. Veut-on en acquérir de certitude? qu'on applique, ainsi que je l'ai fait maintes fois, une pince vaginale sur la cloison recto-vaginale; on aura beau, à l'aide du doigt dans le rectum, pousser entre les mors très-écartés le plus de tissu qu'on pourra, on ne parviendra pas à saisir l'intestin; il glisse derrière le pli du vagin, s'en sépare, y demeure tout à fait étranger.

En résumé, point de mort, pas même un seul instant d'appréhension; absence complète de désordres locaux.

L'opération est plus facile, en même temps que d'un plus heureux effet, avec un col utérin peu ou pas engorgé. Rien d'étonnant à cela. La chute de l'utérus doit subir cette loi de pathologie générale, que plus une maladie est compliquée, plus elle résiste à la médication. Néanmoins le traitement tel que je le prescris, le second procédé surtout, n'a pas pour seul effet de rétablir la fixité de l'utérus; il diminue aussi l'engorgement, soit par la cautérisation préalable que l'on peut pousser sur le col jusqu'à détruire en profondeur, soit plutôt que par la suppuration qui suit l'action des instruments, il s'établisse une dérivation salutaire. Je puis donc éviter en tous points le reproche qui me fut adressé dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE (15 juillet 1851) de ne songer qu'au déplacement, sans rien faire contre l'engorgement. Je tiens compte de l'engorgement, suivant son ancienneté, son volume et la déformation qu'il fait subir au col. A le négliger quel qu'il soit, à se jeter étourdiment sur tous les cas, on chercherait des complications et des revers. Il faut combattre l'engorgement d'abord, s'il est considérable, tout comme on doit s'efforcer de faire disparaître les traces d'une ophthalmie chronique avant l'opération de la cataracte. N'est-il que médiocre? le traitement seul en amènera la résolution, et l'on peut commencer sans perdre de temps.

Mais qu'on n'aille pas croire, comme plusieurs chirurgiens le professent, que les déplacements ne soient qu'un épiphénomène de l'engorgement, que tout doive tendre contre celui-ci et rien contre celui-là. Qu'on ne s'en laisse point imposer par cette théorie qui rattache l'abaissement à l'augmentation de poids de l'utérus engorgé; l'antéversion, à l'engorgement de la paroi antérieure seule, avec augmentation de poids dans un seul sens; la rétroversion, à l'engorgement postérieur avec augmentation du poids en arrière.

Cette théorie mécanique, rigoureuse dans les plateaux d'une balance, est plus *jolie* que vraie, transportée à l'utérus, et les chirurgiens qui la donnent n'oublient pas avec raison de recommander, avant l'introduction du spéculum, de reconnaître avec le doigt la position du col, qui varie effectivement d'un jour à l'autre, contrairement à la théorie du poids, à moins d'un déplacement très-avancé. Ce n'est pas tout : avec cette manière de voir, que fera-t-on des cas où manifestement il n'y a pas d'engorgement, de ceux où la chute de l'utérus est survenue brusquement à la suite d'un effort ou de quelque autre cause?

En somme, je dirai, sans perdre plus de temps à une discussion étiologique, que l'absence de l'engorgement, le peu d'ancienneté du mal, la force et la santé du sujet sont des conditions favorables à la médication; qu'un médiocre engorgement ne contre-indique pas le traitement immédiat; qu'un engorgement considérable doit être préalablement combattu.

Mais voici bien une autre objection que je soulève contre moi. Vous mettez, dira-t-on, du caustique dans la pince du second procédé, vous faites une cautérisation préalable, vous employez la cautérisation contre l'engorgement, donc la méthode n'est pas neuve. — Je réponds : la cautérisation que j'emploie pour entamer la muqueuse et diminuer au besoin l'engorgement du col n'est qu'une opération accessoire. Pratiquée seule et faite une ou deux fois, peut-elle, oui ou non, guérir un prolapsus? — Assurément non, puisqu'elle est généralement abandonnée. — Or je fais plus : j'attaque le vagin dans toute son épaisseur par la destruction partielle de plusieurs plis formés artificiellement sur cet organe; — ceci n'a point encore été essayé; — donc il y a méthode et *méthode nouvelle;* — il y a de plus *méthode puissante, efficace;* car je guéris là où tout échouait.

---

ment. Dans les plus anciennes constitutions de tous les peuples, il existe un fait qui peut servir de clef à l'interprétation de ces mythes, qui comme hygiéniques sont liés à ces constitutions, et deviennent d'importantes traditions historiques. Le fait auquel je fais allusion est que tous les peuples anciens, comme déjà l'ont noté Platon et Aristote, et comme de nos jours l'a répété encore Hegel, en se constituant en société, favorisèrent l'État de préférence à l'individu. D'où il résulte que chez ces peuples si anciens, la médecine dut commencer plutôt comme médecine de l'État ou hygiène publique que comme médecine privée ou individuelle; et tandis que celle-ci s'élevait à peine, celle-là existait au dehors, faisait partie intégrante de la législation, et était la première gloire, la première manifestation de la sagesse du législateur. Maintenant cette considération sert de flambeau pour interpréter les mythes médicaux, et enseigne que l'histoire de la médecine peut trouver dans quelques-uns d'entre eux les documents d'une médecine hygiénique très-ancienne, première mère de la médecine curative des maladies elles mêmes.

Du reste, les mythes médicaux, recherchés dans leur pure origine orientale d'où les Grecs les tirèrent, ne sont qu'hygiéniques. Ceux-là seuls importeraient à l'histoire, tandis que les mythes pathologiques n'ont pour elle aucune signification importante. Nous rappellerons le seul mythe d'Asclépius, le premier entre tous dans notre art. L'origine de son caractère hygiénique est démontrée dans l'image symbolique du char de Triptolème. La déesse d'Éleusis était Cérès; on la priait de rendre la santé reine de la vie et la richesse. D'elle ou de Jasion dans l'île de Crète, dans le champ de la semence labouré trois fois, naissait Plutus, soit la richesse, et de ce champ sortait encore le semeur Triptolème. Le huitième jour des éleusinies était consacré à la santé, et le huitième Esculape Esmon, élevé par Hermès, était un sauveur par le moyen duquel Cérès devenait Isis salutaire, ou soit Hygia ou Hygiea. Asclepius était représenté par le serpent, qui, suivant Creutzer, était en même temps serpent de la santé ou *agathodémon*, et serpent de la terre, symbole de l'agriculture.

C'est ainsi qu'en observant des nombreuses déifications pathologiques qui ne signifient rien, la période mythique de l'histoire ancienne de la médecine, loin d'être confuse, présente une connexion avec la forme politique, commune à tous les peuples les plus antiques, quand on se prend à la contempler seulement dans son caractère hygiénique, et la médecine y apparaît ainsi compagne indivisible de la première organisation sociale.

Sous le nom de forme hiératique de la médecine, on entend celle que lui donnèrent les castes sacerdotales dans tout l'Orient, et qui fut professée par les lévites après la grande émigration de Moïse de l'Égypte, et qui fut également conservée et répandue par les prêtres grecs, étrusques et romains dans les temples consacrés à Sérapis et à Esculape, après les grandes émigrations de l'Orient des peuples italo-grecs. Ces prêtres furent les premiers qui, dans leurs enceintes sacrées, établirent la circonscription de la différence entre le prodige et les guérisons qui résultaient d'une force spontanée de la nature elle-même; ils observèrent et étudièrent en même temps les premières lois de cette force, les cas dans lesquels elle se montrait inefficace et la nécessité de recourir à l'art. Dans ces temples, les premières observations furent recueillies pour servir de guide ou d'instruction à la caste et aux initiés; ces observations, recueillies et écrites, formèrent des archives de faits pathologiques qui sont la première base de la science. Les temples

En quoi la pince du second procédé avec ses cuvettes chargées de caustique, pourrait-elle dénaturer la méthode? Je l'ai dit, je le répète encore, le caustique agissant dans le même sens que la pince, sur un pli qu'elle étreint, dans un point limité par elle et qu'elle mortifierait seule, n'est là que pour activer cette mortification et permettre d'enlever la pince après deux jours; tandis que mise sans cela elle resterait longtemps à se détacher.

La *position horizontale* que j'ai constamment recommandée à mes malades ne peut fournir un argument contre la méthode. Elle est conseillée comme adjuvant contre toutes les maladies de l'utérus, nulle part comme médication spécifique, exclusivement à toute autre. Combien de malades, par le fait de leur affection, restent clouées au lit des mois, des années, sans obtenir la guérison. La position horizontale se retrouve à chaque pas dans la thérapeutique chirurgicale: seule rarement, comme accessoire presque toujours. Enfin la position horizontale n'a point été négligée dans les autres méthodes, et nous savons si elles ont réussi. J'ajouterai que j'ai eu bien du mal à la faire garder à plusieurs de mes malades. La première se levait en dépit de tout ce que je disais, en dépit des pinces dans le vagin. La dernière à son tour ne tenait plus le lit dès que j'avais enlevé les élytrocaustiques, c'est-à-dire à partir du troisième jour après chaque application.

Même dans les cas opérables, on ne réussit pas toujours; là comme ailleurs il faut subir cette loi des revers qui pèse sur les travaux de l'homme et, trop souvent, fait des moyens les plus sûrs des agents infidèles; témoin le quinquina, le fer, le mercure, ces remèdes par excellence, qui comptent des échecs à côté des plus beaux résultats. Non, point de panacée, point de remèdes infaillibles!..... hors de la quatrième page des feuilles quotidiennes.

Je ne veux point faire de statistique, elle serait prématurée aujourd'hui; je dirai seulement que, dans ma conviction, en face de cas ordinaires, le nombre des succès dépassera de beaucoup celui des récidives; que, dans ma conviction intime, un chirurgien, si timoré qu'il soit, peut toujours employer une méthode sans danger pour la vie, sans danger pour l'organe malade; qu'il doit même y recourir quand elle s'appuie sur d'heureux résultats.

2° COMMENT ARRIVE LA GUÉRISON?

Bien que je n'attache pas d'importance aux théories, en présence des faits, je crois devoir aborder cette question. Je dis théorie à dessein, puisque l'analogie seule va me conduire en l'absence de l'anatomie pathologique, que je n'ai point eu, et je m'en félicite, l'occasion d'interroger.

Il me paraît infiniment probable que tout, dans la cure, ne se passe pas au vagin, que le rétrécissement de cet organe ne doit y figurer qu'à titre secondaire. La véritable raison du succès, je la vois dans un certain degré d'inflammation qui, du point mécaniquement irrité, se propage au delà du vagin, en provoquant autour de ce conduit un travail organoplastique assez faible pour ne point occasionner d'accidents, assez fort pour rendre la tonicité perdue aux ligaments utéro-sacrés et au tissu cellulaire extra-vaginal.

Les ligaments utéro-sacrés, on le sait depuis la description qu'en ont donnée Dugès et madame Boivin, concourent pour une bonne part à maintenir l'utérus à la hauteur normale. D'un côté, ils s'insèrent sur l'utérus, à l'origine du col; de l'autre, ils adhèrent à la face antérieure du sacrum; dirigés obliquement de bas en haut et d'avant en arrière. Peu visibles quand l'utérus est livré à son propre poids, ils deviennent très-apparents dès qu'on porte l'utérus en avant, en même temps qu'on le tiraille, soit en haut, soit en bas. Ils se dessinent alors sous forme de deux replis demi-circulaires, qui limitent, au fond du cul-de-sac recto-utérin, un infundibulum où plongent les anses intestinales. Le péritoine n'entre pas seul dans leur composition: les deux feuillets séreux sont séparés par du tissu cellulaire et renforcés de filaments fibreux. Par suite de leur peu de longueur, ces ligaments sont les premiers à souffrir de la gestation qui les distend outre-mesure et de l'abaissement qui les allonge graduellement.

Eh bien! je le demande, est-il déraisonnable de supposer, qu'en agissant près de ces ligaments, par l'application des pinces très-haut dans le vagin, on y provoque un certain degré de congestion, un dépôt plastique, dont finalement l'organisation les renforce et les fait rétracter.

Le même travail doit nécessairement se produire dans une partie trop négligée, suivant moi, par ceux qui font l'histoire des connexions de l'utérus: je veux dire le tissu cellulaire qui double le vagin.

Entre le releveur de l'anus, en bas, le péritoine, en haut, principalement à la base du ligament large, et les organes du petit bassin, existe une masse irrégulièrement prismatique de tissu cellulaire lâche, qui remplit les vides de cette région et au travers de laquelle passent les vaisseaux et les nerfs qui se rendent de l'artère hypogastrique et du plexus sacré au vagin et à l'utérus. Ce tissu, par ses rapports étendus avec les parois latérales du vagin et l'extrémité inférieure de l'utérus, doit inévitablement se trouver distendu par le reversement du vagin, de même que le tissu cellulaire sous-cutané est distendu par le déplacement de la peau.

Actuellement, supposons qu'au lieu d'un tissu cellulaire lâche, à larges cellules, nous ayons un tissu dense, serré, résistant, le vagin se trouvera retenu aussi bien que la peau, partout où une inflammation chronique a fait passer le tissu sous-cutané à l'état de tissu lardacé. Il faut, pour se faire une idée bien exacte de ce tissu lardacé, ainsi que de l'immobilisation de la peau qu'il entraîne, avoir été dans la nécessité d'amputer une jambe au voisinage de quelque vieil ulcère calleux. La dissection de la peau est lente, laborieuse, en proportion directe de l'ancienneté de l'inflammation chronique et des recrudescences. Que l'inflammation apparaisse pour la première fois, elle ne laisse après elle qu'un peu d'engorgement; qu'elle survienne une deuxième, une troisième fois, l'engorgement croît en épaisseur, en étendue.

Les lois de la pathologie générale ne peuvent pas changer du tissu cellulaire sous-cutané à celui du petit bassin. Donc, nous sommes en droit de conclure que, sous l'influence d'un agent mécanique qui attaque dans un point limité toute l'épaisseur du vagin, il s'éveille une inflammation légère, dont l'action se propage sous l'influence des applications successives, et dont le résultat est la densification de ce tissu cellulaire. On ne saurait prétendre que mon assertion est une pure hypothèse, si l'on veut bien se rappeler quelles modifications surviennent dans le petit bassin, sous l'influence d'une affection organique des voies génitales. Dernièrement encore j'en rencontrai un exemple qui peut servir de type. C'était chez une vieille femme qui avait succombé à un cancer ulcéré du col, se propageant aux cloisons vésico-vaginale et recto-vaginale. Tout le tissu cellulaire qui double le plancher inférieur du bassin avait les caractères du *tissu lardacé* d'inflammation chronique. Il était grisâtre, peu vasculaire, très-dense, et

---

ayant été convertis plus tard en gymnases de pédagogie sanitaire, morale et civile, les philosophes, à l'instigation de Pythagore, s'y introduisirent pour enseigner, comme cela eut lieu à Athènes; les temples asclépiadiens prirent même le nom d'écoles, et celle de Cos sortait le grand Hippocrate, qui, prenant à la forme hiératique et à la démotique le vrai et le bon et dépouillant l'une et l'autre du prodige, du fabuleux et du faux, constitua la médecine dans sa véritable forme scientifique.

Tandis que la caste sacerdotale réunissait en elle ce qu'il y avait de sacré et de législation hygiénique dans la médecine, et s'était occupée des phénomènes de la force spontanée ou active de certaines affections, quelques maladies endémiques de la peau l'avaient obligée à établir un point de passage entre la médecine interne de leur sanctuaire et de l'État et la médecine externe, populaire et de l'individu; tandis que tout cela se passait entre la foi, le raisonnement et l'observation, à côté de cette science préliminaire naissait la forme démotique ou populaire externe de la médecine; elle surgissait dans les camps des tribus guerrières où la chirurgie faisait ses premières preuves, et dans les villes où on avait l'habitude d'exposer les malades sur la voie publique, afin qu'en passant les hommes sains les observassent et leur vinssent en aide, en indiquant quelque remède. Cette médecine entièrement empirique, s'associant à la chirurgie, se maintint et se développa au milieu des populations, quoique la forme hiératique, soigneusement conservée dans les cloîtres des prêtres, subsistât encore; mais elle fut tolérée en Orient comme médecine individuelle et non plus de l'État, sans jouir de la dignité des autres. Toutefois, considérant que la guerre où l'individu est prédominé par l'État est un des premiers éléments de conservation de celui-ci, et que panser et guérir les blessures des courageux capitaines d'armée est satisfaire plutôt au besoin général de l'État qu'à celui d'un individu, la sage Grèce comprit qu'il fallait également accorder une origine sacrée à la chirurgie, et elle inventa le mythe de Chiron, qu'elle voulut même précepteur d'Esculape. La chirurgie fut donc le palladium sous lequel s'abrita la forme démotique de la médecine, et ce fut elle qui prépara au raisonnement et à l'observation de la médecine des temples, l'appui de l'expérience et de l'art. Celle-ci avança de la cure individuelle et externe vers la médecine hiératique ou de l'État, qui représentait la partie rationnelle d'une science future, pendant que la forme hiératique, par le moyen du raisonnement, passait des dogmes hygiéniques à établir le régime alimentaire et la diète des maladies individuelles, et présentait à la chirurgie le fait observé dans la nature relatif aux procédés spontanés de guérison, afin qu'elle aussi le convertît en principe rationnel et scientifique du mécanisme de l'art.

La chirurgie eut donc une connexion avec la forme hiératique dans les tentes militaires, parce que les premiers condottieri des peuples furent ou prêtres ou guerriers, ou l'un et l'autre en même temps; elle l'eut pour la conservation hygiénique des armées, qui n'étaient autre chose que la tribu elle-même transportée de la ville dans les camps; elle l'eut pour l'obstétrique, qui, elle aussi, est d'origine externe très-ancienne, les législateurs ayant toujours eu pour premier soin de pourvoir à la naissance et à la santé des enfants. Néanmoins la médecine que les historiens appellent *exotique*, de la cure des malades dans leurs habitations, qu'ils font commencer à la dispersion des pythagoriciens et par conséquent bien postérieurement aux institutions hiératiques, fut dans tout l'Orient, et dans

criait sous le bistouri. Les ligaments, larges eux-mêmes, avaient subi de profondes modifications : ils étaient courts et dirigés horizontalement, tendus au lieu d'être lâches et flottants, très-épais, très-durs, non plus minces et formés de deux feuillets glissant aisément l'un sur l'autre. La consistance et la tension étaient au point que l'on aurait dit d'un gros faisceau fibreux, inséré d'une part aux parois latérales du bassin, de l'autre aux bords de l'utérus et sur les côtés du vagin.

A vrai dire, il s'en faut que toujours on rencontre aussi loin les traces d'une inflammation, qui émane des organes génitaux ; il y a, sous ce rapport, des variétés infinies, correspondant aux diverses nuances du mal. En règle générale, la base seule des ligaments participe à l'état du tissu cellulaire ; la partie supérieure de ces mêmes ligaments conserve ses caractères ; *a Fortiori*, les trompes, les ovaires ne sont-ils pas atteints par contiguité.

En résumé donc, ce qui se passe dans le tissu cellulaire sous l'influence d'une cause irritante, ce qu'on observe dans le petit bassin consécutivement aux affections du col, en d'autres termes, l'analogie et l'anatomie pathologique nous démontrent, qu'après le traitement, le *tissu cellulaire péri-vaginal*, les *ligaments utéro-sacrés* doivent se rapprocher du *tissu lardacé*, plus ou moins pour la consistance, et dans une étendue qui varie suivant la durée et l'intensité de l'irritation mécanique. En second lieu, eu égard à l'ancienneté et à la profondeur du mal, quand il propage ses effets jusqu'aux ligaments larges et les altère en totalité, nous sommes raisonnablement en droit de conclure, que, par un traitement de trois mois environ, la base seule de ces ligaments éprouve quelques modifications, que la partie supérieure de ces replis n'en ressent pas d'atteintes, que la trompe et l'ovaire ne sont point affectés.

Au reste, que cette explication soit bonne ou attaquable, je m'en inquiète peu ; elle ne saurait ni infirmer ni corroborer les faits que je publie. Qu'on m'en présente une meilleure, j'abandonne la mienne ; tout comme j'aurais abandonné la méthode si elle était mauvaise.

3° LE TRAITEMENT FAIT N'EMPÊCHE NI LA COHABITATION NI LA FÉCONDATION.

Aussitôt après le traitement, le vagin est dur, bosselé, un peu sensible. On conçoit qu'en tel état de choses des rapports fussent douloureux, difficiles, impossibles peut-être ; mais patience... les callosités se ramollissent, les nodosités se fondent, le vagin reparaît avec sa consistance ordinaire. L'étroitesse ne résiste point à ces attaques répétées, une fois revenue la flaccidité des parties. Le peu de profondeur du conduit vulvo-utérin ne constitue pas une particularité nouvelle dont il faille beaucoup se préoccuper. Bien des femmes ont le vagin très-court, et néanmoins sont aptes au coït ; il n'y a rien sous ce rapport de particulier à la méthode, rien qui ne se trouve avec l'abaissement non contenu, avec le prolapsus pallié au moyen d'un pessaire.

Le rétrécissement du vagin, loin de nuire à la copulation, la favorise. Du moins, suis-je autorisé à le dire, si j'en crois les confidences singulières et très-récréatives de l'une de mes malades (obs. III). Le rétrécissement lui valut des étreintes plus vives, plus empressées ; au sein du rétrécissement *on* venait raviver les souvenirs d'autrefois, se bercer dans des illusions sans cela impossibles... Mais, chut ! .. Trêve d'indiscrétion !

Vous guérissez, me disait un honorable confrère, vous guérissez, soit ; mais c'est au prix de la *fécondité*. L'inflammation gagne les ligaments larges, arrive sur les ovaires dont elle dénature les ovules, sur les trompes qu'elle oblitère ; tout bien considéré, mieux est de s'abstenir.

Et d'abord, comment prétendre avec raison que les ligaments larges seront envahis par l'inflammation, indurés dans toute leur étendue après un traitement de trois mois, quand nous ne trouvons les changements que j'ai rappelés plus haut (dussent-ils servir d'argument contre moi) qu'avec des lésions très-anciennes et très-graves. Y a-t-il donc la moindre parité entre les effets d'une lésion envahissante qui dure des années et ceux qui se rattachent à une irritation mécanique qui ne se prolonge pas au delà de trois mois.

Comment enfin supposer une altération des ovaires et des trompes après le traitement, quand ces organes conservent leurs caractères, jouissent de leurs propriétés, au voisinage d'altérations organiques très-avancées ! Qui ne sait qu'une femme tourmentée d'un cancer utérin peut devenir enceinte, que c'est là une cause d'avortement et de dystocie ; j'en pourrais citer des exemples. Chez ces malheureuses mères, les ovules existaient donc envers et contre le travail morbide, qui, partant de la dégénérescence, devait se faire sentir mieux que l'action des pinces jusque près des ovaires ; ils ont donc trouvé, ces ovules, une voie libre au travers des trompes, jusque dans l'utérus.

Un autre argument en faveur de ma cause, un meilleur, je le dois à ma troisième observation, déjà si riche en enseignement de plus d'un genre. Cette femme devint enceinte quatre mois après sa sortie de l'hôpital. Mais, hélas ! arrivée au troisième mois de sa grossesse elle avorta... De par le traitement ? Jugez-en. Avant toute médication, elle avait eu déjà trois couches très-laborieuses et *un avortement*.

Après tout, je suppose un instant que la fécondité eût à souffrir de l'usage de pinces ; mais le prolapsus avec issue au dehors de la matrice est-il donc si favorable à l'imprégnation qu'on doive le respecter très-religieusement ? Il faut bien que la conception ne paraisse pas chose trop facile, dans ces cas, pour que tous les auteurs se croient obligés de rappeler qu'elle est possible. Le villageois dont Choppart nous a transmis l'histoire s'épuisa en d'inutiles efforts, trois ans durant, sans parvenir à mettre enceinte sa femme jeune et forte atteinte d'une chute complète de l'utérus. Je soutiens que bien des malades, au prix de la fécondité, accepteraient avec joie la fin de leur sujétion et de leur souffrance. Au lieu de vivre retirées, maladives, elles seraient heureuses de recouvrer leurs attributs de femme. Combien de femmes atteintes de prolapsus inspirent du dégoût à leur mari, voient leur vie d'intimité rompue, et se trouvent condamnées à la stérilité avant le temps ! Combien d'autres recherchent l'éloignement pour s'épargner la douleur des approches ! Non, il est impossible de le nier, le prolapsus nuit énormément à la fécondation par les troubles qu'il jette au sein de la famille, par la congestion qu'il entretient sur l'utérus, et qui certes n'est point favorable aux fonctions de l'organe, outre qu'il rend la gestation pénible et qu'il expose à l'avortement

En définitive je puis dire, citant à preuve un fait (obs. III), que le traitement n'abolit pas la fécondité. J'ajoute que plutôt il y est favorable en rendant aux organes génitaux la forme régulière ; que de plus, comme condition avantageuse, l'utérus est peu élevé et le col fixé dans l'axe du vagin.

A celui qui m'objecterait que la fécondité chez une femme traitée serait peut-être moindre que chez une femme saine, toutes choses égales d'ailleurs, je ne répondrais rien. En toute justice, on ne doit juger du résultat d'une opération que par rapport au mal qu'elle est appelée à combattre ; il

---

la Grèce, et dans l'antique Rome, toujours *contemporaine* de la médecine *intérieure* des castes sacerdotales, et embrassa, dans sa forme *démotique* ou *encuriale*, tous les médecins populaires, les chirurgiens, les accoucheurs, les rhizotomes, les pharmacopoles, les périodentes, comme inventeurs, fabricateurs et vendeurs de remèdes, ou médecins renommés pour des maladies spéciales et des opérations chirurgicales.

(*La suite au prochain numéro.*)

AU RÉDACTEUR.

Paris, 15 juin 1853.

Monsieur,

Il me revient de divers côtés qu'on m'attribue généralement la reprise des CHRONIQUES dans la GAZETTE MÉDICALE. Bien qu'un tel bruit n'ait en soi rien d'important, il ne saurait pourtant me convenir d'endosser indûment la responsabilité d'articles qui, par leur nature, peuvent aisément éveiller les susceptibilités personnelles. Vous me permettrez sans doute de faire savoir, par la voie de votre journal, que je suis entièrement étranger à la rédaction de ces articles. Je vous serai très-obligé, monsieur le rédacteur, si vous voulez bien insérer cette lettre dans votre prochain numéro.

Agréez l'assurance de ma considération.

A. DECHAMBRE.

— CAS DE LYCANTHROPIE. — Nous empruntons les détails suivants à la GAZETTE MÉDICALE de Madrid :

« Un individu natif de la Galicie, d'une réputation irréprochable, de mœurs douces et pieuses, n'ayant jamais donné le plus léger indice d'aliénation mentale ou d'instincts dépravés, vient d'être convaincu de plusieurs meurtres perpétrés de la manière suivante.

» Ce monstre, jouissant de l'estime et de la confiance de ses voisins, leur proposait de les conduire dans telle ou telle ville voisine, où ils seraient mieux, trouveraient plus de bien-être ou pourraient nouer quelques relations avantageuses. Mais lorsqu'il avait amené ses victimes dans un lieu écarté de la montagne, il se jetait furieux sur elles, les déchirait et en laissait les membres épars. Ce n'est qu'après la disparition de plusieurs de ses voisins qu'on a songé à surveiller ses démarches. Surpris sur le fait, en présence des restes de ses victimes, il a avoué qu'à la vue de la montagne il se sentait changé en loup et qu'il en avait tous les instincts. Un médecin, amené sur les lieux avec le criminel, a constaté que son pouls était régulier et calme pendant ces terribles accès. »

n'est permis de comparer l'état consécutif qu'à l'état antérieur. J'aimerais autant voir repousser avec blâme l'opération de la cataracte, parce qu'en dépit d'un résultat parfait, le malade n'y verra pas comme avant les débris de l'opacité du cristallin.

4° LE TRAITEMENT NE PEUT DEVENIR UNE CAUSE DE DYSTOCIE.

A coup sûr, une méthode qui, sans nuire à la fécondation, exposerait les femmes aux souffrances d'un accouchement laborieux, aux dangers d'une opération grave, devrait être déclarée mauvaise et rejetée. Mais qu'on veuille bien réfléchir un instant à l'état des parties et se remémorer les cas nombreux où la nature, par ses seuls efforts, a surmonté une étroitesse extrême du vagin, et l'on verra que dans l'espèce une semblable crainte est sans motifs.

Une femme mariée à 16 ans avait le vagin si étroit qu'il ne pouvait admettre un tuyau de plume. Le coït était impossible, l'écoulement menstruel encombré de difficultés. Devenue grosse après onze ans de mariage, le vagin, vers le cinquième mois, se dilata, et finalement elle eut un accouchement naturel. (MÉM. DE L'ACAD. DES SCIENCES, 1711.)

Dans le même recueil (1748) on lit également qu'une dame de Brest, dont le vagin n'admettait pas un tuyau de plume, devint enceinte malgré cette conformation vicieuse, et fut assez heureuse pour que la dilatation de l'organe se fit au moment des grosses douleurs, et qu'en trois heures elle accouchât d'un enfant gros et fort.

Plenck raconte qu'il fut appelé auprès d'une femme en travail qui avait le vagin si étroit que le doigt le plus petit ne pouvait y entrer. Mariée depuis trois ans, elle avait conçu sans que le coït eût été consommé, et pourtant, au bout de dix-huit heures, la dilatation du vagin fut suffisante pour que l'expulsion du fœtus s'opérât sans déchirure d'aucune partie. (Cazeaux, TRAITÉ D'ACCOUCHEM., p. 631).

Le cas de Merriman, quoique moins heureux dans ses suites, prouve de même que l'accouchement est possible par les seuls efforts de la nature, alors que le vagin rétréci admet à peine un doigt peu volumineux. Le travail ne dura que trente-six heures. (*Loc. cit.*)

M. Moreau a vu chez une femme enceinte le vagin si étroit qu'il avait peine à recevoir le tuyau d'une plume à écrire. Cependant, malgré les plus vives appréhensions, les progrès de la grossesse firent céder l'obstacle. (*Ibid.*)

D'après la REVUE MÉDICALE DU BRÉSIL (14 août 1832), une mulâtresse serait devenue enceinte par violence, quoique le calibre du vagin fût égal tout au plus à celui d'une plume. Elle accoucha heureusement. (Colombat, TRAITÉ DES MAL. DES FEMMES, t. I, p. 169).

A côté des faits où le rétrécissement a cédé sous les efforts du travail, nous pouvons en indiquer où la dilatation artificielle a été suivie des plus heureux effets.

Bénévoli, cité par Boyer, vit une femme dont le vagin dur, calleux, de consistance fibreuse et de très-petit calibre, prit, par l'action prolongée de la moelle de blé de Turquie et des éponges préparées, des proportions qui permirent la cohabitation.

M. Carron-Duvillard fit usage de sondes, d'éponge préparée pour dilater le vagin à une femme de 28 ans qui, après dix ans de mariage, n'avait point eu des rapports complets. Le traitement rétablit les fonctions de l'organe, la grossesse ne se fit point attendre, et l'accouchement fut heureux. Le même chirurgien, sur une femme de 34 ans, eut recours aux mêmes moyens; il parvint à rendre le coït possible, inutilement il est vrai, l'imprégnation fit défaut.

De tous ces faits ne ressort-il pas, mieux que des plus belles théories, que la dilatation d'un rétrécissement extrême du conduit vulvo-utérin est possible, quasi ordinaire, par le travail de l'accouchement; qu'elle s'obtient au besoin par les moyens mécaniques?

On ne saurait donc arguer contre la méthode de l'étroitesse du vagin, puisque au bout d'un temps plus ou moins long, sans qu'il y ait récidive, les lobules inflammatoires diminuent peu à peu, et que le vagin reprend sa consistance normale; puisqu'il se prête au coït et qu'à plus forte raison il se dilatera au moment du travail; puisqu'enfin la science possède des faits où un rétrécissement extrême n'a point entravé l'accouchement, et qu'en définitive la chirurgie a des moyens de vaincre cet obstacle.

CONCLUSIONS

I. — La chute de l'utérus, difficile à guérir, n'est point une affection incurable.

II. — Elle cède à un ensemble de moyens qui constituent une *méthode nouvelle*, attendu qu'on ne voit rien de semblable dans les travaux antérieurs.

III. — Le traitement du prolapsus est susceptible aussi de modifier avec avantage les autres déplacements et les inflexions de la matrice.

IV. — La méthode a pour base la constriction et la destruction partielle de plis formés sur le vagin, en se servant de pinces.

V. — Le *pincement du vagin* comprend deux procédés qui s'exécutent, le *premier*, avec les *pinces vaginales*; le *second*, avec les *pinces élytrocaustiques*.

A. — *Premier procédé.* 1° On doit, à chaque application, introduire le plus de pinces que l'on peut, et généralement aux premières opérations, on peut aller jusqu'à huit ou neuf.

2° Les pinces tombent d'elles-mêmes du cinquième au huitième jour.

3° Le nombre total des applications varie de huit à dix. Mieux vaut en faire plus que moins.

4° La durée du traitement complet est environ de trois mois.

5° Point de mort. Désordres locaux nuls. Absence de troubles généraux de quelque gravité.

B. — *Second procédé.* 1° On place de chaque côté une élytrocaustique.

2° On les enlève au bout de quarante-huit heures.

3° Le nombre des applications, la durée du traitement, ne peuvent se déterminer que par des faits ultérieurs.

4° Point de mort. Réaction générale faible, de courte durée. Nul accident local.

5° Le caustique dans les cuvettes ne change rien à la méthode, puisque son action est limitée par la pince, et que surtout la pince seule, au temps près, donnerait le même résultat.

VI. — Les chances de succès grandissent avec un prolapsus exempt de complications, chez une femme jeune et forte.

VII. — Un engorgement considérable du col exige un traitement approprié; un médiocre engorgement n'entrave point la méthode.

VIII. — La guérison est due probablement moins au rétrécissement du vagin, qu'à un travail organoplastique qui, en se propageant au delà de l'organe, rend la tonicité perdue aux ligaments utéro-sacrés et au tissu cellulaire du petit bassin.

IX. — Le traitement fait n'empêche ni la cohabitation ni la fécondation; il ne saurait devenir une cause de dystocie.

X. — Enfin, si les observations ne sont point encore en nombre pour édifier la méthode, celles qui sont publiées suffisent largement pour en établir la parfaite innocuité et pour autoriser de légitimes espérances.

CLINIQUE MÉDICALE.

COMPTE RENDU SOMMAIRE DU SERVICE DES FIÉVREUX A L'HÔTEL-DIEU D'ORLÉANS, PENDANT L'ANNÉE 1852; par M. le docteur EUG. CORBIN.

Dans le service des fiévreux de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, il n'y a eu, en 1852, ni une grande affluence de malades, ni beaucoup de cas remarquables. J'ai cependant noté les faits suivants.

Il n'y a pas eu d'épidémie proprement dite; plusieurs affections se sont montrées à l'état de maladie régnante, savoir : la pleurésie et la pneumonie, l'érysipèle, le rhumatisme articulaire, la fièvre typhoïde.

La pleurésie simple a été beaucoup moins commune que la pneumonie et la pleuro-pneumonie. Ces deux affections ont commencé à régner dès les premiers jours de janvier; elles ont eu leur maximum de fréquence en février et n'ont disparu qu'à la fin de mars. La plupart des cas ont été moyennement graves et le plus grand nombre, même des cas plus graves, a guéri par l'usage de la saignée modérée et du vésicatoire *loco dolenti*. Les guérisons ont même été promptes, excepté, bien entendu, pour les pleurésies avec épanchement abondant.

Dans le petit nombre de cas qui ont été mortels, les lésions, du moins à cette époque, n'ont rien offert de remarquable.

Les érysipèles ne se sont multipliés qu'en mai, et ils ont continué en juin. La plupart étaient des érysipèles de la face. Plusieurs ont été très-tenaces, disparaissant pour reparaître, sur place ou tout au proche. L'un de ces érysipèles si tenaces a été serpigineux, au point d'atteindre de proche en proche, en partant de la tête, tout le tronc et l'une des extrémités inférieures en très-grande partie : le malade a guéri après un mois environ. Chez un homme en particulier et chez tous les autres, à un moindre degré, l'érysipèle s'accompagnait d'embarras gastrique. Aussi, sans négliger les évacuations sanguines, on a purgé de préférence, modérément et à plusieurs reprises, presque toujours avec des purgatifs salins. Cette pratique a été très-heureuse. Nous n'avons perdu qu'un malade sur 25 ou 30, un vieillard provenant de l'infirmerie de l'hôpital, chez qui la peau des paupières supérieures s'est promptement gangrenée.

Le rhumatisme a régné concurremment avec l'érysipèle, en mai et en juin. C'était presque toujours le rhumatisme articulaire. Le rhumatisme ne s'étant compliqué d'aucune affection grave, on comprend bien que nous n'avons eu aucun revers; mais je ne puis pas dire que le traitement ait été heureux. La plupart des cas ont été rebelles on peu s'en faut à la saignée ou aux sangsues, aux révulsifs, y compris les vésicatoires répétés, aux bains simples et aux bains de vapeur, et même au nitrate de potasse à haute dose, moyen que je reprends de temps en temps et qui m'avait réussi l'année précédente. Je dois dire toutefois que chez un grand nombre de nos malades, les deux tiers peut-être, il y avait complication de gonorrhée, et l'on comprend de reste que ceux-là n'ont pas été traités par le nitre à haute dose. La plupart ne sont sortis plus ou moins complétement guéris qu'après trois semaines, un mois, ou même six semaines.

La fièvre typhoïde a commencé à régner en août; elle a atteint son maximum de fréquence dans les derniers jours de ce mois et dans les premiers de septembre. Le nombre des malades a ensuite diminué, et pourtant il y en a eu jusqu'à 8 ou 9 à telle date d'octobre et toujours 4 ou 5, en moyenne, jusqu'à la fin de ce mois; puis la maladie a cessé de régner, au lieu de passer définitivement, après une courte trêve, à l'état épidémique, comme elle a fait à Paris dans les premiers mois de 1853. A l'heure qu'il est, tandis qu'on compte dans les hôpitaux civils de la capitale de 12 à 1,300 malades, il n'y a à Orléans, dans le service des fiévreux qui dépasse soixante lits, qu'une seule fièvre typhoïde, presque bénigne. Il n'y a pas une plus grande proportion de malades à la ville ni dans les campagnes; et dans une localité voisine qui s'est crue envahie, M. le docteur Jallon, médecin des épidémies, a trouvé à grand'peine quelques symptômes de fièvre typhoïde chez un jeune homme de 16 ans, l'unique malade de la commune.

A l'Hôtel-Dieu, parmi nos malades de l'été de 1852, il y a en 2 enfants, l'un de 6 à 7 ans, l'autre de 7 à 8; ils ont guéri, comme au reste la plupart des malades de la même époque: je parle du commencement de la maladie régnante. En août, nous n'avons eu qu'un mort. La gravité de la maladie a augmenté ensuite avec la fréquence, comme il arrive presque toujours; et c'est à peine si en septembre nous avons guéri 2 malades sur 3. Les derniers malades, ceux d'octobre, ont presque tous guéri.

La saignée, sous quelque forme que ce soit, n'a été employée, avec ces malades, que comme moyen exceptionnel, quand les symptômes cérébraux ont dépassé la proportion habituelle, et même alors on y est rarement revenu pour le même malade. 25 ou 30 grammes de sel de Sedlitz ou de citrate de magnésie, donnés tous les deux jours, quelquefois tous les jours, ont formé la base du traitement. On y a joint les vésicatoires aux jambes ou sur un point du thorax chez certains malades; le musc, la glace sur la tête et d'autres moyens accessoires, chez quelques autres. On s'est hâté, au déclin de la maladie, de relever les forces par de légers toniques et de les soutenir par une alimentation progressive.

Les autopsies n'ont rien offert de remarquable, si ce n'est une, du 20 octobre, où les glandes de Brunner se sont trouvées seules malades chez un adulte, mort au quinzième ou seizième jour de la maladie, au n° 12 de la salle Saint-Nicolas; j'avais déjà remarqué quelque chose d'analogue, en juin, chez un homme d'une quarantaine d'années, mort vers le dixième jour de la maladie, au n° 17 de la salle Saint-Laurent. Chez le malade d'octobre, il n'y avait pas la moindre apparence de plaque; sauf cela les follicules de Brunner se présentaient, comme de coutume, sous forme de gros grains. Chez le malade de juin, la face supérieure de la valvule iléo-cæcale offrait une plaque en relief, unique d'ailleurs, irrégulièrement circulaire, d'un développement de 3 centim. dans sa plus grande longueur, de couleur lie de vin. Les follicules de Brunner hypertrophiés étaient nombreux, très-petits; c'était la psorentérie du choléra. Le malade avait succombé par suite d'hémorrhagies intestinales répétées, et naturellement on s'était abstenu du traitement purgatif. Il y avait beaucoup d'arborisations vasculaires et d'injections dans l'intestin grêle, et les ganglions mésentériques, un peu grossis, offraient, chose singulière, la teinte ardoisée.

Dans ce court exposé des maladies régnantes, je n'ai pas donné les chiffres exacts du nombre des malades, de la proportion des guérisons aux décès; ces chiffres, je ne les possède pas, et, par des raisons connues de tout médecin d'hôpital, je suis dans l'impossibilité de les recueillir. En revanche, je réponds, d'après mes notes, de l'exactitude approximative de mes chiffres et de l'entière exactitude de telle particularité que je signale.

Voici maintenant quelques observations particulières, qui m'ont paru dignes d'être notées.

Un homme d'une quarantaine d'années meurt au n° 18 de la salle Saint-Laurent, après trois jours d'un état apoplectique, c'est-à-dire de coma et de résolution, sans paralysie, en aucun point, de la sensibilité ni de la motilité; il retirait ses membres quand on piquait ou qu'on pinçait fort.

A l'autopsie, on trouve dans l'hémisphère droit, en dehors de la couche optique et du corps strié, un caillot ovoïde plus gros qu'un œuf, qui, en avant et en haut, perfore les circonvolutions et touche à la dure-mère, dans un rayon de 2 centimètres; en arrière, communique avec le ventricule latéral par une perforation analogue, mais beaucoup plus étroite, de la substance cérébrale.

Le fait précédent est du mois de février. D'autre part, en décembre, un vieillard, officier en retraite, succombe, au n° 18 de la salle Saint-Nicolas, après six semaines ou deux mois d'une hémiplégie gauche incomplète, pourtant très-appréciable pour lui et même pour nous, surtout en ce qui concerne la motilité.

A l'autopsie, aucune lésion dans le cerveau, ni caillot ni cicatrice, pas plus dans un hémisphère que dans l'autre; rien non plus dans la moelle allongée. Malheureusement l'heure avancée et les dispositions prises pour l'inhumation de ce sujet n'ont pas permis de pousser plus loin les recherches nécroscopiques, sans quoi ce fait pourrait être allégué comme un exemple de la paralysie nerveuse des anciens, à laquelle on ne croit plus guère. Tel qu'il est, il a sa valeur, surtout quand on le rapproche du fait précédent.

Nous examinons tout, cerveau et moelle, sans parler des autres organes, chez un homme d'une cinquantaine d'années qu'on nous avait apporté sans connaissance, au n° 30 de la salle Saint-Laurent, et qui avait vécu environ vingt jours dans un état de coma, avec accès de convulsions épileptiformes et quelques intervalles de demi-connaissance. Il n'avait pu, dans ces moments, donner sur sa maladie que des explications vagues et à peu près nulles; d'autre part, nous n'en avions recueilli aucune autre. Son état rappelait soit les cas les plus graves de *delirium tremens*, soit les méningites avec épanchement séro-purulent très-abondant, et par conséquent avec compression; on l'avait traité en conséquence par les antiphlogistiques et les révulsifs, et c'est ce traitement qui avait donné parfois quelques lueurs d'amélioration.

Sur le cadavre, on ne trouva pas d'autre lésion que cinq petites tumeurs érectiles, du volume d'un petit pois vert en moyenne, de forme conique, implantées le long de la grande scissure du cerveau, parmi les glandes de Pacchioni. Ces tumeurs avaient soulevé la dure-mère, devenue elle-même plus vasculaire et plus mince au point de contact; elles avaient donné lieu, sur la face interne du crâne, à des empreintes ou plutôt à des enfoncements profonds, à fond lisse, où elles s'étaient logées.

Était-ce la cause unique ou même une des causes positives de la maladie? Nous avons rencontré souvent de ces tumeurs ou des fongus de la dure-mère, dont l'effet doit être le même, sans les mêmes accidents et même sans aucun symptôme cérébral. Le vivant n'avait pas dit son secret, et le mort n'en dit pas davantage.

Nous n'avons vu qu'une méningite tuberculeuse, chez un enfant de 14 à 15 ans, qui succomba le quinzième jour après son entrée, au n° 16 de la salle Saint-Laurent.

La plupart des tubercules étaient miliaires, semés dans le tissu de larges fausses membranes, principalement le long de la grande scissure ou sur ses bords, à la convexité du cerveau, et à la base, au devant et sur la face antérieure de la protubérance. Un seul tubercule fut rencontré dans la substance cérébrale, dans le lobe droit du cervelet, tout près du centre médullaire; il avait le volume d'un tout petit pois vert, 4 millimètres environ dans son plus grand diamètre et à peu près la même forme.

Il y avait des tubercules dans presque tous les autres viscères, poumons, foie, rate et reins. Ceux du poumon étaient miliaires; les autres plus volumineux en général et beaucoup plus clairsemés qu'au poumon.

Les symptômes n'avaient rien offert de bien remarquable: c'était la forme comateuse, notamment dans les dernières quarante-huit heures, où le sujet n'était pas sorti du coma. C'est à dessein que j'ai réservé, pour le rapprocher de ce symptôme, un dernier détail anatomique, un épanchement de sérosité très-abondant à la surface du cerveau et dans les ventricules.

A propos de ce fait, j'ai regretté, comme il m'arrive souvent, l'ancienne dénomination d'hydrocéphale aiguë, un épanchement séreux accompagnant toujours les tubercules extracérébraux, et cet épanchement étant bien plus en rapport avec les symptômes que ces tubercules souvent très clair-semés, microscopiques ou peu s'en faut, et quelquefois introuvables. Les noms ont leur temps comme les familles, a dit Horace.

Nous avons eu, comme toujours, bien des phthisies tuberculeuses, et l'auteur de ce compte rendu, qui a vécu bien des années dans les hôpitaux de Paris, et qui connaît, d'autre part, la population et les habitudes de sa ville natale, constate toujours avec un nouvel étonnement que la phthisie pulmonaire est pour le moins aussi fréquente ou plus fréquente à Orléans qu'à Paris.

Dans le nombre, il y a eu 2 cas de la phthisie gangréneuse de Bayle, ou, si l'on aime mieux, de gangrène chronique du poumon; l'un de ces cas est de janvier, l'autre d'avril. Les deux sujets succombèrent par suite d'hémoptysie. L'un des deux avait avalé une notable quantité de sang et ne

l'avait pas digéré, bien que sa mort n'ait pas été subite. Dans son estomac, qui était sain, il y avait un gros caillot, compacte, fusiforme ou à peu près, de 18 à 20 centim. de long. On retrouva du sang brunâtre sur les parois d'une vaste caverne du poumon droit, et une petite traînée du même liquide dans la trachée et dans le larynx.

Nous avions observé tous les symptômes d'une phthisie laryngée et surtout l'aphonie chez un vieillard de 66 à 68 ans, qui mourut le 6 avril au n° 13 de la salle Saint-Laurent. Nous avions peine à croire à la nature tuberculeuse du mal, à cause de l'absence de tubercules dans le poumon. A droite du larynx, nous avions remarqué une tumeur obronde, glanduleuse ou strumeuse à l'apparence. Nous avouons que nous ne croyions pas trouver dans cette tumeur l'éclaircissement du cas.

C'était un cancer, comme nous le vîmes à l'autopsie, ou plutôt il y en avait deux. Une première tumeur du volume d'un œuf de pigeon, de nature encéphaloïde, demi-crue et déjà mollette, était logée entre la face antérieure de l'épiglotte et le cartilage thyroïde, très-profondément, comme on voit; celle-là nous avait échappé.

Du même côté, toujours à droite, vers le bas de la face antérieure et latérale du cartilage thyroïde, existait la tumeur, un peu plus volumineuse et plus aplatie que nous avions remarquée. Elle était de même nature, ramollie, presque diffluente, mélangée de pus, surtout au point de contact avec le cartilage, lequel était en dehors corrodé et rugueux. De plus, le cartilage était perforé, et à l'intérieur du larynx, dans une étendue équivalente à une pièce d'un franc, il y avait un champignon plat, moins régulièrement circulaire, bien entendu, que n'est la pièce; ulcéré à la surface, à bords plus rouges, saillants et renversés, en un mot une fongosité cancéreuse. De là tous les symptômes de phthisie laryngée, et une certaine teinte jaune paille de la peau qui ne nous avait pas échappé.

Le reste de l'autopsie offrit peu d'intérêt. Presque tous les tissus étaient exsangues, comme on pouvait le prévoir.

Nous avons eu 2 cas d'hydro-pneumo-thorax, l'un en avril et l'autre en novembre.

Le malade du mois de novembre provenait d'une salle de chirurgie et n'a vécu que huit jours à Saint-Nicolas. Nous avions trouvé, dès son arrivée, un hydro-pneumo-thorax à gauche, et pronostiqué une mort prompte et inévitable. A l'autopsie, nous trouvâmes la cavité du thorax à demi remplie d'une sérosité trouble et au bas de la face externe du poumon un enfoncement ou *infundibulum*, au fond duquel il y avait du pus concret ou de la matière couenneuse. Nul doute que cet entonnoir ne fût la trace et la cicatrice imparfaite d'une ancienne perforation du poumon qui avait donné lieu à la pleurésie et au pneumo-thorax. On parvint, en insufflant les bronches, à rétablir la communication du tissu pulmonaire avec la cavité de la plèvre.

Il est probable qu'il y avait eu là une vomique, les poumons, non plus que les autres organes, ne contenant aucun tubercule. Toutefois nous n'affirmons rien, la maladie ayant commencé en chirurgie.

Ce fut à la suite d'une pleuro-pneumonie que se développa sous nos yeux l'hydro-pneumo-thorax du malade du mois d'avril, au n° 14 de la salle Saint-Laurent. Le poumon avait été refoulé par l'épanchement liquide et aérien, de manière à n'occuper qu'un tiers environ de la cavité. Au moment de l'autopsie, l'épanchement pleurétique avait été résorbé en grande partie et n'avait presque laissé, comme traces, qu'un peu de pus vers le bas des fausses membranes et des brides. Si le poumon avait pu soulever la couche épaisse qui le comprimait et se développer, il est probable que le gaz se serait résorbé et que l'homme aurait guéri.

Nous parlons du gaz. Cette fois-là nous avons pu le recueillir dans deux éprouvettes avant de mettre le poumon à découvert. C'était de l'acide carbonique : il éteignait les corps en ignition, donnait un précipité blanc par l'eau de chaux, et il était plus pesant que l'air atmosphérique.

La cause probable de la pleurésie ou du moins de son aggravation (puisqu'il y avait eu à l'origine une pleuro-pneumonie) et du pneumo-thorax fut un abcès qui commençait en haut entre l'œsophage et le larynx et se prolongeait en bas jusqu'à la hauteur de la bifurcation des bronches. A ce point, il communiquait par un petit pertuis avec la cavité de la plèvre, où il paraissait s'être en partie vidé, les parois du foyer étant affaissées.

Je n'ai pas constaté personnellement l'existence de ce foyer ni la communication avec la cavité de la plèvre, ce qui suppose que le pus, en suivant la grosse bronche, aurait traversé le médiastin. Je dois ces détails à M. Lenormand, élève interne, qui, sur mon désir, a poursuivi avec sagacité les recherches anatomiques sur ce sujet.

Il s'en faut d'ailleurs, comme on le voit, que toutes les perforations de la plèvre donnent lieu à des pneumo-thorax. Pour la cinquantième fois peut-être, nous avons vu l'inverse, un épanchement semi-gélatineux et une adhérence circonscrite s'étant formés autour du point perforé, et cela chez le malade mort de gangrène pulmonaire dans le mois de janvier, dont nous avons parlé. Une plaque gangréneuse avait atteint la surface du poumon, et cette dégénérescence si fâcheuse n'avait pas empêché la plèvre environnante d'organiser autour de la perforation l'appareil de guérison provisoire que je viens de décrire.

Nous avons perdu un malade le 1er décembre, à la suite d'une pneumonie insidieuse et vraiment ataxique; après dix jours passés à Saint-Nicolas.

A l'entrée, quelque peu de crachats rouillés de bonne apparence nous avaient peu alarmés, d'autant plus qu'alors la percussion et l'auscultation n'avaient point fait reconnaître de lésion grave ni étendue. Il y avait peu de fièvre.

Immédiatement le malade tomba dans un état de subdelirium et d'ataxie qui nous fit abandonner la pneumonie et employer surtout le musc, sans négliger les boissons chaudes et pectorales. Le malade succomba.

A l'autopsie, nous ne trouvâmes rien qui expliquât l'ataxie, ni dans l'intestin ni surtout au cerveau, si ce n'est toutefois la pie-mère un peu plus injectée que de coutume.

Mais il y avait à droite une hépatisation déjà grise du lobe supérieur et quelque peu du lobe moyen ; en un mot, une de ces pneumonies du sommet souvent si graves, malgré leur peu d'étendue.

Aurions-nous guéri un cancer de l'estomac? Nous en doutons fort, ou plutôt nous n'en croyons rien, bien que l'apparence du fait ait été pour nous. Il s'agit d'un sujet qui a séjourné pendant tout l'hiver et une partie du printemps à la salle Saint-Laurent; son nom était Diot, et tout le monde a constaté chez lui des vomissements opiniâtres, et à plusieurs reprises des vomissements couleur marc de café et plus tard couleur de suie. Les autres symptômes du cancer de l'estomac existaient aussi, du moins pour la plupart. Le palper ne donnait que des résultats douteux.

Ce sujet est sorti dans un état d'amélioration qui lui permettait de digérer en quantité suffisante du potage et d'autres aliments légers.

A l'automne, il est revenu pour un autre motif, et l'amélioration ne s'était pas démentie.

Je suis convaincu néanmoins que je n'ai pas eu affaire, dans ce cas, à un cancer, bien que j'aie vu d'autres fois des cancers de l'estomac avérés, constatés ultérieurement par des nécropsies, suspendre pour un temps leurs progrès et laisser les sujets digérer passablement pendant des mois ou plus.

J'ai cité ce jeune homme (il avait 18 ans, ce qui est rarement l'âge des cancers) pour établir qu'il n'y a pas à se fier d'une manière absolue au vomissement noir, comme signe pathognomonique du cancer de l'estomac; de quoi nous avons eu une seconde preuve, dans l'année même, chez le nommé Durand, homme de 40 à 50 ans, que nous avons eu des mois à Saint-Laurent, après bien d'autres mois employés en chirurgie à un traitement antisyphilitique par le mercure. Cet homme avait beaucoup des symptômes du cancer de l'estomac, entre autres des vomissements chocolatés, sinon noirs, très-répétés. Ajoutez qu'en chirurgie il s'était cassé, dans son lit, deux os longs. Qui n'aurait cru à un cancer? A l'autopsie, il ne s'en est trouvé ni à l'estomac ni ailleurs. Et par occasion, je fais observer que chez lui la friabilité des os, en l'absence du cancer, ne peut être imputée qu'au mercure.

Parlerai-je d'un étranglement interne du cœcum chez un jeune garçon qui mourut après trente-six heures de séjour, au n° 21 de la salle Saint-Nicolas? La cause de l'étranglement, que nous avions reconnu et combattu inutilement par des purgatifs, était une bride du mésentère longue et mince comme une ficelle, laquelle adhérait fortement au voisinage de la colonne vertébrale. Je ne puis indiquer l'autre point d'implantation de la bride, qui fut tranchée par un scalpel un peu trop hâtif. Ce garçon avait depuis sept ou huit mois des coliques fréquentes, avec envies de vomir. Il est probable que dès lors la bride comprimait le cœcum.

Il faut citer aussi un empoisonnement par 20 grammes d'acide arsénieux, dont une partie fut revomie et dont un pharmacien, le premier appelé, essaya de neutraliser le reste par le peroxyde de fer. Ce secours était déjà tardif, le sujet étant resté plus d'une heure au même plus après l'ingestion du poison. A l'Hôtel-Dieu, nous ne parvînmes qu'à grand'peine à apaiser un peu les vomissements, à rétablir quelque peu la chaleur et à ranimer la circulation. Le malade succomba en moins de trente-six heures.

Il y avait dans l'estomac, le long de la grande courbure, un peu au-dessus du pylore, une tache noire, saillante, de la grandeur et presque de la forme d'une pièce de 5 francs, une véritable escarre de la muqueuse, avec gonflement du tissu cellulaire sous-jacent. Le reste de l'estomac était à peu près sain, comme aussi le commencement de l'intestin. La fin de l'iléon, le cœcum et le colon ascendant étaient généralement injectés en rouge ou en violet.

Nous terminons cette série d'observations par deux cas de néphrite suppurée, avec symptômes typhoïdes.

Le premier sujet était un garçon de 15 ans, qui succomba, le 22 mars, au seizième ou dix-huitième jour de séjour à l'Hôtel-Dieu. Les deux reins

étaient hypertrophiés, avec développement des corps jaunes de Brigbt dans la corticale, rougeur brune de la tubuleuse. On avait négligé de rechercher l'albumine dans les urines, le sujet n'étant point hydropique. Autour du rein droit, il y avait une quinzaine de foyers purulents de dimension variée, un entre autres très-volumineux autour de la capsule surrénale. Ces foyers, situés entre le rein et son enveloppe, refoulaient la substance corticale, très-injectée dans le voisinage, ce qui ressortait sur la teinte jaune du tissu environnant.

Chez l'autre sujet, qui était adulte et qui mourut le mois suivant, après six semaines de séjour, il y avait un énorme abcès sous l'omoplate droite. Dans les deux reins, il y avait de petits foyers purulents nombreux, sans engorgement inflammatoire à la périphérie; seulement, autour de quelques-uns, il y avait une petite zone linéaire noirâtre. Il y avait aussi un peu de pneumonie avec œdème, ou plutôt de congestion hypostatique, à la partie postérieure des poumons.

Les abcès du rein, dans ce dernier cas, m'ont paru métastatiques, par des raisons que devinera tout médecin anatomo-pathologiste.

A vrai dire, ce n'est pas expressément pour les lésions que j'ai cité ces faits.

Ces deux cas, dans lesquels il n'y avait aucune lésion de l'iléon, ont ressemblé pendant la vie, à s'y méprendre, à des fièvres typhoïdes : le premier à la forme gastrique et adynamique tout ensemble; le second à la forme ataxique. Il faut les placer à côté des phlébites qui se prolongent, des résorptions purulentes, à la suite de certaines opérations chirurgicales, de quelques fièvres puerpérales, de certaines varioles et scarlatines, et de quelques autres affections où l'état typhoïde se montre accidentellement et assez fréquemment. Il s'en faut bien que l'état typhoïde, qu'on regarde généralement comme quelque chose de très-spécial, appartienne en propre et surtout exclusivement à la dothinentérie, autrement dit à la fièvre typhoïde.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DES 13 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DES CALCULS URINAIRES A L'AIDE DU TOUCHER COMBINÉ AVEC L'ACTION DES INSTRUMENTS; LITHOTHLIBIE.

M. Denamiel (de Rivesaltes) lit un extrait d'un mémoire en deux parties, dont la première est consacrée au diagnostic des calculs urinaires par le toucher seul ou combiné avec l'action instrumentale, et la seconde a pour titre: *Sur le toucher combiné avec l'action des instruments pour le traitement des calculs urinaires et de la lithothlibie.*

Pour arriver au diagnostic des calculs par le toucher seul, dit l'auteur, il faut distinguer quatre modes dans la manière de le pratiquer, ou bien on promène un ou deux doigts dans le rectum, dans l'urètre et le bas-fond de la vessie, ou bien les deux doigts soulèvent alternativement ce bas-fond, ou bien ils lui impriment une petite impulsion brusque de bas en haut, ou bien enfin la main droite appuyée sur l'hypogastre, on pousse en haut le bas-fond de la vessie en opposant une main à l'autre.

Si avec l'indicateur de la main gauche (la main droite devant être réservée pour la manœuvre des instruments) seul ou accompagné du médius, introduit dans le rectum chez l'homme et chez la fille, ou dans le vagin chez la femme, on explore le canal de l'urètre et le bas-fond de la vessie, en promenant ces doigts sur ces parties, on découvre à leur proéminence et à leur résistance les calculs arrêtés dans l'urètre et dans la partie inférieure des uretères, et ceux qui siégent dans le bas-fond de la vessie, surtout lorsqu'ils sont pesants. Après avoir ainsi parcouru toutes les parties qu'on peut atteindre, et, cette première exploration faite, on déprime avec la face dorsale des doigts le rectum jusque sur la concavité du sacrum, la pulpe des doigts disposée au delà de la prostate pour recevoir la partie la plus déclive du bas-fond de la vessie. Les deux doigts, tantôt éloignés, tantôt rapprochés, on soulève le bas-fond alternativement avec l'un et avec l'autre. S'il existe dans la vessie un calcul libre, on le sent échapper au doigt qui soulève pour aller rouler sur le doigt qui occupe la partie déclive; si les calculs sont libres et multiples, on sentira le frottement des uns sur les autres amené par le déplacement que les doigts leur impriment; si le calcul est fixe sur quelque point du bas-fond, on continuera à le sentir à la même place, au bout du doigt, quoique la partie qu'il occupe soit soulevée de manière à l'obliger à se déplacer s'il était libre; et dans les cas de calculs un peu volumineux, les deux doigts écartés comme un compas sur les côtés du bas-fond de la vessie embrasseront le calcul et permettront d'apprécier la dimension.

Le troisième moyen d'investigation consiste dans le ballottement du calcul dans la vessie, comme celui de l'enfant dans la matrice. Si la vessie étant suffisamment remplie d'urine ou de tout autre liquide injecté, on imprime avec les doigts une petite secousse brusque, de bas en haut, à son bas-fond et qu'on les maintienne appliqués sous cette partie, de manière à ce qu'elle reste le point le plus déclive, on ne tarde pas à sentir le choc du calcul ou des calculs libres qui existent dans la vessie, lorsque, après avoir été chassés par les doigts et avoir fait leur ascension dans le liquide, ils retombent sur le bas-fond. A l'étendue sur laquelle on perçoit le choc de cette chute, à son degré de force, on peut juger approximativement du volume et de la pesanteur du calcul; au nombre unique ou multiple des chocs, on juge si le calcul est seul ou multiple; cette exploration faite d'abord avec la vessie remplie, on laisse écouler une partie du liquide afin de reconnaître plus sûrement le calcul s'il était d'un fort petit volume.

Le quatrième temps dans l'exploration par le toucher seul consiste à soulever le bas-fond de la vessie avec les doigts placés dans le rectum, pendant que l'autre main appuyée sur l'hypogastre offre un point d'appui sur lequel on peut pousser le calcul. Il sera aisément découvert par ce moyen s'il est fixe sous la paroi supérieure de la vessie dans les points où il avait été inaccessible aux précédentes investigations par le toucher, s'il siége dans le bas-fond de la vessie, et s'il est un peu volumineux, cette investigation viendra corroborer les données acquises par les trois autres applications du toucher.

Ainsi, à l'aide du toucher seul, pratiqué de la sorte, on peut arriver à constater l'existence des calculs urinaires dès qu'ils ne sont plus assez petits pour ne pas incommoder le malade ou pour ne pas pouvoir être expulsés de la vessie par l'urètre avec l'émission de l'urine, à reconnaître leur multiplicité, leur état de liberté, et approximativement leur volume, leur poids et leur consistance. Par ce procédé de diagnostic seront découvertes presque toutes les pierres enkystées et enchatonnées, puisqu'on a remarqué, suivant Bertrandi, que les follicules, les sacs et adhérences qui les contiennent se trouvent plus souvent dans le fond de la vessie vers les uretères, et que, suivant Boyer, c'est toujours au voisinage de l'insertion des uretères que l'on a rencontré les pierres enkystées. Le toucher est encore un moyen plus sûr et moins équivoque que le cathétérisme pour reconnaître les calculs libres et peu volumineux, et surtout les calculs mous ou recouverts de mucosités.

Lorsque par le toucher seul on est déjà parvenu à reconnaître qu'un calcul existe dans l'urètre, dans la prostate, dans la vessie ou dans les uretères, qu'il est seul ou multiple, qu'il est libre ou adhérent dans le bas-fond et approximativement, quels sont sa dureté et son volume, quels sont l'état et les dimensions de la prostate, il reste à contrôler ces données et à déterminer quels sont l'état et les dimensions des parois de la vessie, la conformation et la capacité de ce réservoir, la situation et la manière d'être des calculs qui ont été inaccessibles au doigt, et à préciser plus exactement le volume, la figure, la surface, la dureté et le nombre des calculs; c'est ce que l'on fait au moyen du toucher combiné avec la manœuvre des instruments et particulièrement du cathéter.

En résumé donc, le diagnostic par le toucher, seul ou combiné avec l'action de la sonde, sera d'une certitude supérieure à celle que procurent les autres moyens employés soit pour faire reconnaître les calculs, toutes les fois qu'ils existent, et pour indiquer leurs diverses particularités, soit pour empêcher de croire à la fausse existence d'un calcul et en faisant éviter de le confondre avec divers états pathologiques de la vessie ou des parties environnantes.

De la lithothlibie. — L'écrasement du calcul par la pression entre les doigts et l'instrument que j'appelle lithothlibie (de λίθος, pierre, et θλίβω, j'écrase), repose sur ces trois données de la science : 1° qu'il y a des calculs tellement friables qu'ils s'écrasent sous la moindre pression; 2° que l'action des eaux alcalines sur le mucus qui forme le ciment commun des éléments des calculs amène la disgrégation de la moelle, quelle que soit la nature chimique des couches qui la composent, ramollit les calculs et les rend friables; 3° que le bas-fond de la vessie où sont se placer les calculs libres, où se trouvent ordinairement les calculs enkystés et enchatonnés, est accessible aux doigts introduits dans le rectum, et que la sonde, placée dans la vessie, peut trouver sur eux un point d'appui.

Manuel opératoire. — Sur l'état anatomique des parties, à l'égard de l'opération, il suffira de rappeler que la distance de la peau du col de la vessie est communément de 2 pouces et un quart, et qu'elle varie entre 1 pouce quelques lignes et 4 pouces; que la prostate et le bas-fond de la vessie ne sont séparés du rectum que par une couche mince de tissu cellulaire lamelleux, dans lequel il ne se développe jamais de graisse; qu'ainsi on peut arriver facilement jusqu'au bas-fond et sentir, sans autre intermédiaire que l'épaisseur des membranes de la vessie et du rectum, les corps placés dans la vessie.

Le malade ayant dans la vessie assez d'urine ou de liquide injecté pour permettre le passage de la sonde entre ses parois et le calcul, est placé le siége sur le bord d'un lit, le corps couché horizontalement ou plus ou moins relevé, par des coussins, vers la position verticale, suivant que les doigts de l'opérateur, introduits dans le rectum, atteignent avec facilité ou non la partie du bas-fond où est le calcul. Les cuisses sont écartées et relevées, les pieds soutenus par des chaises.

Un cathéter dont la courbure se prolonge, également large, jusqu'au renflement terminal, ou une sonde à courbure ordinaire, mais cannelée sur sa convexité jusqu'à son extrémité vésicale, composent tout l'appareil instrumental. L'opérateur, après avoir exécuté le cathétérisme et s'être placé, assis ou debout, entre les cuisses du malade, introduit successivement dans le rectum les doigts indicateur et médius de la main gauche, huilés ou graissés, pendant qu'il tient la sonde de la main droite. Lorsqu'il les a poussés jusque sous le bas-fond de la vessie, combinant le mouvement des deux mains, il place le calcul entre la sonde et les deux doigts plus ou moins écartés l'un de l'autre, suivant le volume du calcul, pour qu'il soit logé et maintenu dans leur écartement, et il presse la sonde sur le calcul, les doigts servant de point d'appui. Un aide injecterait par la sonde la quantité de liquide jugée nécessaire par l'opérateur, dans les cas où il trouverait que la vessie n'en contient pas assez.

Si le calcul est friable au premier degré, la moindre pression suffira pour dis-

joindre les parties qui le composent, et après l'avoir senti céder sur les doigts de la main gauche, et la sonde descendre jusque sur la paroi vésicale à travers les débris du calcul, l'opérateur la relèvera, la déviera à droite ou à gauche pour exercer successivement sur chacun de ces côtés de nouvelles pressions, afin de bien écraser toutes les parties de la pierre. Une seule séance doit suffire pour ces sortes de calculs, même lorsqu'ils sont volumineux. Avant de retirer la sonde, une injection abondante est faite dans la vessie, afin que le détritus soit entraîné dans l'expulsion du liquide.

La pression ne devant jamais être poussée au point de contondre la muqueuse vésicale, on s'arrête dans les tentatives dès qu'on s'est assuré que le calcul n'est pas assez friable pour être écrasé sans l'action préalable des lithontriptiques, et on commence l'usage des eaux alcalines naturelles ou artificielles. Contre les calculs durs, les séances sont renouvelées par intervalles; on détache successivement les couches superficielles ramollies, dont les débris écrasés sont expulsés et les couches sous-jacentes se trouvent mises plus immédiatement en rapport avec les agents dissolvants.

Lorsque le calcul, au lieu d'être libre, se trouvera engagé dans le col de la vessie, dans une vacuole, dans un chaton, dans l'extrémité de l'urètre, l'opération n'en recevra pas de complication gênante; seulement, dans certains de ces cas, il restera à favoriser la sortie des débris de leur loge à l'aide des injections et des doigts agissant seuls pour soulever la poche ou de concert avec la sonde.

L'auteur rapporte à l'appui quelques observations de sujets opérés avec succès par ce procédé.

(Commissaires : MM. Velpeau, Lallemand et Civiale.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 14 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'intérieur et du commerce transmet un rapport de M. le docteur François, médecin des épidémies, pour l'arrondissement d'Abbeville, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Mouflers (Somme), depuis le 1er août jusqu'au 7 septembre 1852.

Le même ministre transmet une instruction relative aux rapports annuels sur les eaux minérales, et particulièrement en ce qui concerne l'époque à laquelle les rapports doivent être rédigés et transmis à l'administration.

— M. Jacquemier adresse de nouvelles observations à l'appui du mémoire intitulé : Des épaules du foetus, considérées comme cause de dystocie dans les présentations de l'extrémité céphalique, et lu à l'Académie dans sa séance du 2 décembre 1851. (Commission nommée.)

— M. Delaporte (de Vimontiers) adresse une note intitulée : Nouvelles remarques sur les fièvres typhoïdes.

— M. Tavignot communique une note relative au diabète, dont il place le point de départ dans le poumon lésé physiologiquement; il serait le résultat d'une combustion insuffisante du sucre dans l'organe de l'hématose. La conséquence pratique que M. Tavignot a tirée de ce fait, c'est que l'on peut enrayer à volonté la marche de la maladie, soit en augmentant les propriétés combustibles de l'air inspiré, soit en accélérant les mouvements respiratoires pendant les premières heures qui suivent chaque repas.

— M. le docteur Petron (de Disieux) adresse un modèle de prospectus d'un Traité d'hygiène pour le concours Nadaud. (Commission du prix.)

— M. le docteur Cuny envoie une note sur la cataracte et sur les opérations dont elle est l'objet en Orient. (Commissaire, M. Roux.)

— M. Ferdinand Berthier met sous les yeux de l'Académie un mémoire où il a cru devoir, dans l'intérêt des écoles de sourds-muets, se livrer à quelques développements sur les avantages de la mimique et l'utilité tout à fait secondaire de l'articulation.

M. Piroux, directeur de l'Institution des sourds-muets de Nancy, adresse des ouvrages relatifs à la question de la surdi-mutité. (Commission de la surdi-mutité.)

— M. Bouvier communique une lettre de M. Hill, directeur de l'Institution royale de Weisserfels, qui proteste contre les assertions relatives au prétendu abandon de l'enseignement de l'articulation dans les écoles d'Allemagne.

— M. le Président informe l'Académie qu'elle vient de perdre un de ses correspondants, M. Grenet (de Joigny.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la surdi-mutité.

SURDI-MUTITÉ.

M. le Président résume en quelques mots la discussion et donne la parole à M. le rapporteur pour la lecture des nouvelles conclusions rédigées par la commission.

Voici le texte de ces conclusions, à l'exception de la première, qui a été votée dans la précédente séance.

2° Les mouvements vibratoires des corps qui constituent la condition physique de la notion du son, chez les sujets possédant le sens de l'ouïe, ne peuvent jamais donner une telle notion aux sujets privés de ce sens,

Mais, ainsi qu'il est généralement connu en physiologie et en pathologie, ces mouvements vibratoires produisent sur les organes de la sensibilité tactile une impression et une notion spéciales, que les sourds-muets peuvent mettre à profit dans un certain nombre de circonstances.

Ce moyen d'instruction a été proposé et mis en pratique antérieurement aux recherches de M. Blanchet sur ce sujet.

3° La possibilité de lire la parole sur les lèvres est une faculté commune à tous les sourds-muets et sert de fondement à l'instruction de ces infortunés dans les écoles allemandes, et à Paris dans l'Institution de M. Dubois.

4° Les élèves de la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui peuvent encore entendre, doivent être séparés des autres sourds-muets, et il y aurait un inconvénient réel à les réunir dans des classes communes et dans un même établissement. Il en est surtout ainsi de ceux qui, ayant entendu et parlé dans leur enfance, auraient ensuite été frappés de surdi-mutité.

Quant à ceux qui n'entendent en aucune façon et ne peuvent que lire la parole sur les lèvres, l'expérience n'a pas encore décidé suffisamment entre la méthode française, ou l'éducation par la mimique et la méthode allemande, ou l'éducation par la parole.

5° Quant au succès à espérer du traitement par l'instruction au moyen du développement gradué et successif de l'ouïe et de la parole, des exercices d'acoustique et de langage articulé pour les élèves de la première catégorie, l'Académie s'en refère à ce qui a été dit plus haut (conclusion n° 1). Pour ce qui a trait aux autres catégories, elle redit encore que l'expérience n'a pas suffisamment décidé à cet égard.

6° M. le ministre remarquera que dans ses réponses l'Académie n'a pas parlé du traitement chirurgical ni des méthodes de M. Blanchet Ce médecin n'a fait que mettre en usage des méthodes thérapeutiques connues avant lui, à part cependant l'application de divers instruments, tels que les acoumètres et l'orgue, qui sont plus précis que les autres pour mesurer le degré de l'audition et les progrès qu'elle peut faire sous l'influence du traitement.

La délibération est ouverte sur la deuxième conclusion.

M. Bouvier réclame la parole sur cette conclusion.

J'accepte volontiers le premier paragraphe de cette conclusion qui exprime un axiome de physiologie. M. le président a dit avec raison que personne ici ne pourrait s'élever contre une semblable proposition. Aussi n'est-ce pas contre elle que je m'élève; mais j'aurai quelques observations à faire au sujet de l'allocution de M. Bérard. (M. Bégin interrompt M. Bouvier pour une motion d'ordre. Je ne comprends pas, dit-il, le discours de M. Bouvier du moment où il déclare adopter la conclusion de la commission. — M. Bouvier vivement : Je ne l'adopte pas, je la combats. — M. Bégin : En ce cas, c'est différent.) M. Bérard a dit qu'on pourrait exploiter la déclaration de l'Académie, et il fonde ses craintes sur l'expression « quelques *notions* du son » dont on s'est servi dans le rapport. Cette interprétation prouve jusqu'à quel point peut-être portée la distraction dans les esprits les plus éminents. Qu'est-ce que le son? Quand j'étudiais la physique, je le définissais : vibration des corps. C'est la définition la plus généralement adoptée. L'auteur le plus chéri de M. Bérard, Haller ne le définit pas autrement; cependant M. Bérard s'étonne qu'on emploie indistinctement les mots *son* et *vibration*; mais que dit M. Bérard lui-même? Ne parle-t-il pas de sons réfléchis, de sons propagés, etc.? Il confond donc lui aussi le son et la vibration. M. Blanchet doit donc être relevé de l'accusation dirigée contre lui. Il restera de cela, quoi? une allocution qui a fait les délices de l'Académie.

Arrivant au second point, au dernier paragraphe de la conclusion de la commission, M. Bouvier voit dans cette rédaction une intention d'amoindrir le nom de M. Blanchet. Cette intention n'est pas dissimulée. Est-elle juste? Il faut qu'elle ait des bornes. Il y a ici, il faut le dire, une question de personne. Il y a un homme qui depuis douze ans s'est consacré avec zèle à l'étude de la question de la surdi-mutité, qui est parvenu à faire mieux qu'on n'avait fait jusqu'à lui, à réaliser un progrès utile, et aujourd'hui on fait ce que l'on peut pour l'écarter, on conteste ses résultats; tandis qu'il y a plus d'un siècle un homme venu de Portugal, un juif, Pereire, venu en France pour vendre un prétendu secret qu'il avait pour faire parler les sourds-muets, a reçu, dans un rapport de l'Académie des sciences signé de noms tels que ceux de Buffon, de Mairau, de Ferrein, des éloges extraordinaires.

Examinant si le paragraphe de la commission rend justice à M. Blanchet, M. Bouvier compare l'état de la science à l'époque où ce médecin a commencé ses recherches, en 1840, avec son état actuel, et de ce parallèle, appuyé de textes empruntés à divers auteurs, il conclut que M. Blanchet a réellement apporté dans le traitement de la surdi-mutité des améliorations considérables, qu'il a réalisé un progrès utile. Il propose, en conséquence, de supprimer de la conclution le dernier paragraphe.

M. J. Guérin : La conclusion de la commission me paraît entachée d'une fâcheuse préoccupation. Elle est insuffisante et ne satisfait ni la science ni le savant. Il est évident qu'on n'avait pas tiré jusqu'ici tout le parti possible, pour l'éducation des sourds-muets, des informations acquises au moyen du toucher. C'est là une des questions qu'a le mieux étudiées M. Blanchet. Il serait utile de chercher à définir clairement, dans la réponse à la question du ministre, ce qui procède de la perception directe du son, de ce qui peut être acquis accessoirement et supplémentairement par l'impression tactile et générale des vibrations. Ce serait à la fois le moyen de faire profiter la science d'un fait nouveau et rendre justice au savant qui l'a produit. Je propose, dit-il, en conséquence de substituer à la rédaction de la commission la rédaction suivante :

« Les sourds-muets sentent les mouvements vibratoires des corps par les nerfs de la sensibilité générale. Ils peuvent par cette voie suppléer jusqu'à un certain point à la notion directe du son, qui est le privilége exclusif de l'ouïe,

» Cette source de notions supplémentaires étudiée particulièrement par M. Blanchet est susceptible de rendre de véritables services aux sourds-muets. » (Appuyé.)

M. Bérard, cédant le fauteuil à M. Nacquart, descend à la tribune et s'exprime à peu près en ces termes :

M. Bouvier signalait à l'attention de l'Académie cette circonstance remarquable qu'il allait se trouver une fois d'accord avec M. Guérin. Nous étions destinés à voir cet accord une seconde fois, et cela pour mieux m'accabler, moi humble académicien, à qui l'on veut bien accorder quelques qualités du professeur, mais jugé peu propre aux débats académiques.

J'ai entendu dire à M. Guérin que la question du ministre était bien posée. Question singulièrement posée, en effet, que celle qui confond la production du son avec sa perception ! Nous voilà donc réduits à des discussions grammaticales qui feraient peu d'honneur à l'Académie ; heureusement, je l'espère du moins, elles ne dureront pas longtemps.

M. Bérard, après avoir donné lecture de la question du ministre, continue en ces termes :

Que veut dire le mot *son*? Son en physique veut dire : vibration des corps. Pour les physiologistes le mot son veut dire autre chose ; c'est un état spécial du nerf acoustique, état provoqué par la production des ondes sonores, mais qui peut cependant en être indépendant ; car dans certaines conditions on entend sans qu'il y ait de vibrations produites. Il y a donc deux sens au mot son. Dans quel sens est-il entendu dans la question du ministre? Je maintiens qu'il ne peut avoir été entendu que dans le sens physiologique. Eh bien ! ainsi posée, permettez-moi de le dire, cette question est niaise. Et l'Académie ne peut pas s'y tromper, elle sait bien par qui cette question a été rédigée, elle sait bien que c'est par M. Blanchet lui-même.

Mais, nous dira-t-on, les sensations tactiles sont susceptibles d'une délicatesse extrême ; on est parvenu avec leur secours à distinguer quelque chose d'intermédiaire à la vibration et au son, une sorte de nuance de la notion du son. On a paru s'étonner que deux sons excités différemment produisent des sensations tactiles différentes ; il y aurait bien plus sujet de s'étonner qu'il n'en fût pas ainsi. Mais de ces perceptions différentes des vibrations à la notion physiologique du son, qui ne voit la distance ?

Mais, a-t-on ajouté, c'est précisément sur ces catégories particulières de faits que le ministre vous consulte. Cela n'est pas exact. La question du ministre est rédigée dans les termes les plus généraux. Le ministre ne pouvait dire, en effet, ce qu'on ne savait pas encore.

M. Bérard, examinant ensuite les travaux de M. Blanchet, trouve qu'ils n'ont rien produit, si ce n'est des expériences de physique amusante ; il a donné des espérances, de sorte qu'on pourrait lui appliquer ce mot de Talleyrand disant de certains personnages qu'ils seraient toujours des enfants de grande espérance.

M. Bouvier est allé au devant des accusations dirigées contre M. Blanchet ; mais il ne l'a pas assez couvert. Ici M. Bérard lit quelques passages du livre de M. Blanchet desquels il résulte que M. Blanchet admet deux sortes d'auditions, théorie à laquelle il paraît avoir renoncé d'ailleurs depuis ; et il conclut de tout ce qu'il vient de dire que la question du ministre est parfaitement claire, qu'elle ne peut nullement prêter à équivoque et qu'il importe pour l'honneur de l'Académie que l'hérésie physiologique qu'elle renferme soit signalée. (Aux voix.)

M. J. Guérin demande à résumer en deux mots sa proposition. (Cris aux voix ; bruit au milieu duquel M. J. Guérin parvient difficilement à se faire entendre.) M. Bérard se préoccupe excessivement et à grand tort de l'usage qu'on pourra faire des déclarations de l'Académie. L'Académie doit se préoccuper de la science et non de tout ce qui peut se dire ou se faire en dehors. Il est à regretter qu'on se soit laissé influencer par des insinuations empruntées à des citations plus ou moins afférentes au sujet. Ce qu'il y a à désirer surtout, c'est que l'Académie ne se laisse pas distraire de la question scientifique qui fait l'objet de ce débat.

M. J. Guerin donne ici quelques éclaircissements sur la distinction qu'il importe d'établir entre la notion directe du son, la notion musicale, et la notion indirecte, c'est-à-dire celle qui, ne pouvant donner l'ensemble des caractères du son propres à le connaître intégralement, donne certains de ses caractères qui permettent de le reconnaître. Il termine en insistant sur le mérite qu'a la rédaction qu'il propose, de consacrer cette distinction capitale dans la question.

M. Bégin : La rédaction de M. Guérin ne diffère pas au fond, de celle de la commission, si ce n'est qu'elle met à la tête ce qui est à la queue, et à la queue ce qui est à la tête. Il ne voit pas la nécessité de cette substitution.

M. Piorry voit presque tout le monde d'accord. (On rit.) On propose à peu près la même chose. Le différend ne porte que sur des mots.

M. Bouillaud fait remarquer que la proposition qu'on attaque comme venant de M. Bérard a été formulée dès le début de la discussion par lui-même ; il est étonné que l'on considère cette proposition comme défavorable à M. Blanchet. M. Blanchet lui-même, avec qui il a eu occasion d'en conférer, ne voit là rien qui l'atteigne. (Aux voix, aux voix.)

L'Académie est appelée à voter.

La proposition de M. Guérin n'étant pas appuyée à une seconde lecture, n'est pas mise aux voix.

La proposition de M. Bouvier est mise aux voix et rejetée.

La rédaction de la commission est adoptée.

On passe à la délibération sur la troisième conclusion. Nous reproduisons les termes de cette conclusion :

« La possibilité de lire la parole sur les lèvres est une faculté commune à tous les sourds-muets, et sert de fondement à l'instruction de ces infortunés dans les écoles allemandes, et à Paris dans l'Institution de M. Dubois. »

M. Londe demande qu'on retranche tout nom propre et qu'on se borne à dire : « dans les écoles allemandes et dans diverses institutions. »

M. Guérin attaque cette proposition, comme exprimant un fait qui n'est pas exact. Il est inexact de dire que l'articulation sur les lèvres constitue la méthode allemande.

M. Bégin pense qu'on devrait dire *presque tous*, et non pas *tous* les sourds-muets.

M. Londe appuie cet amendement, se fondant sur ce qu'il a vu des sourds-muets qui n'ont jamais pu parvenir à lire sur les lèvres.

La substitution des mots *presque tous* au mot *tous* est mise aux voix et rejetée.

La proposition de la commission est mise aux voix et adoptée, avec la modification proposée par M. Londe, c'est-à-dire la substitution, aux derniers mots de la conclusion, de ceux-ci : « et à Paris dans divers établissements. »

La séance est levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

MEMORIA RIGUARDANTE GLI STRINGIMENTI URETRALI CURATI CON PARTICOLARE METODO ED AGGIUNTOVI ALCUNI BREVI CENNI SULLA PARALISI VESSICALE ET SULLA LITOTRIZIA ; del Dre Giuseppe Capponata (MÉMOIRE RELATIF AU TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE PAR UNE MÉTHODE PARTICULIÈRE, SUIVI DE QUELQUES COURTES ADDITIONS SUR LA PARALYSIE DE LA VESSIE ET SUR LA LITHOTRITIE).—Brochure in-8° de 61 pages.—Messine, 1852.

Ce travail, ainsi que l'indique son titre, se divise en trois parties.

Dans la première, qui est de beaucoup la plus étendue, l'auteur partant de ces points qu'il regarde comme démontrés, que dans la plupart des cas les bougies de gomme élastique, se ramollissant par les fluides et par la chaleur des parties avec lesquelles elles sont en contact, ne peuvent vaincre l'obstacle présenté par les rétrécissements urétraux ; que la cure qu'on opère avec elles est toujours longue, dispendieuse, affligeante, et, qui pis est, inefficace le plus souvent ; trouvant d'ailleurs la méthode de Mayor (de Lausanne) incomplète, il est revenu comme ce dernier aux cathéters métalliques ; mais il en a fait faire en argent, et surtout en plomb (qu'il préfère à cause de son poids) de toutes les formes et grosseurs qu'on donne aux bougies de gomme élastique, de manière à en avoir pour tous les cas. Il dit que ce procédé lui a réussi au delà de ses espérances, qu'il ne pallie pas seulement, mais qu'il guérit radicalement les perturbations des organes génito-urinaires ; que les catarrhes vésicaux et les accidents fébriles qui sont les effets ordinaires des bougies n'arrivent pas avec sa méthode ; que tout l'art consiste à agir comme avec les bougies, en commençant par les faibles numéros et en augmentant graduellement jusqu'à ce qu'on soit arrivé au calibre normal de l'urètre ; il avertit qu'il faut de la patience chez le malade, de la prudence et de la délicatesse chez l'opérateur, et qu'il lui est arrivé de rester trois ou quatre heures sur un individu ; il conseille de ne jamais laisser ces instruments à demeure et de faire usage pendant le traitement de petites doses d'opium à l'intérieur et de demi-bains extérieurement ; enfin il ajoute qu'il faut entretenir la dilatation par l'introduction momentanée et à intervalles réglés de cathéters aussi gros que le canal le permet.

Ces diverses recommandations, plus que les instruments que M. Capponata préfère, nous donnent la clef des succès qu'il a obtenus ; car, en vérité, dire que les bougies (et ce n'est pas de celles de cire ou de boyau qu'il s'agit) se ramollissent si facilement, c'est presque dire qu'on ne les a pas expérimentées, et tous les reproches que l'auteur leur adresse nous paraissent aussi peu fondés. Il ne serait même pas difficile de prendre le contre-pied de ce qu'il avance, et de soutenir que, par cela même que les cathéters métalliques sont plus roides que les bougies en gomme élastique, ils sont plus douloureux, plus dangereux et exposent davantage aux fausses routes, aux infiltrations urineuses, aux abcès. Il y a longtemps déjà que nous avons traité de cette question dans la Gazette Médicale (année 1845), et les faits variés, nombreux, que nous avons observés depuis, n'ont fait que nous affermir de plus en plus dans nos convictions ; nous ne pouvons donc que renvoyer à ce que nous avons déjà dit.

Que penser de cette assertion que la bougie flexible fatigue plus le malade que le cathéter métallique, parce que la première, en raison de sa flexibilité, exige beaucoup de force pour franchir l'obstacle, tandis que le cathéter métallique n'a besoin que de son propre poids pour le traverser

sans résistance? Est-ce que, dans les deux cas, l'obstacle n'est pas le même? Est-ce que, pour le vaincre, il ne faut pas la même somme de force, que cette force soit communiquée à l'instrument, ou qu'elle lui soit intrinsèque?

L'auteur cite encore comme un bel effet de sa méthode la guérison du spasme lorsqu'il complique les rétrécissements, de l'incontinence d'urine, des fistules urinaires. Dans ce dernier cas, comme toujours, il condamne les sondes mises en permanence, ce en quoi nous sommes de son avis; nous ne croyons même pas comme lui qu'il soit nécessaire d'en passer chaque fois que se fait sentir le besoin d'uriner (JOURN. DES CONN. MÉD. CHIR., avril 1840).

L'introduction d'un cathéter de volume modéré a encore réussi à l'auteur dans les engorgements de la prostate, même de ceux qui avaient résisté à tout autre moyen, et notamment à la boutonnière pratiquée par des chirurgiens très-expérimentés. En effet, quelquefois alors le cours de l'urine s'améliore, mais ce ne sont pas les cas les plus nombreux, et malheureusement on ne voit que trop de malades qui depuis plusieurs années sont condamnés à faire usage de la sonde toutes les fois que le besoin d'uriner l'exige sans que pour cela la fonction se rétablisse; mais nous reviendrons un peu plus loin sur ce sujet.

Enfin les observations de 14 malades et les noms de beaucoup d'autres terminent cette première partie. Tous ces faits, bien entendu, militent en faveur des cathéters de M. Capponata, et beaucoup contre les bougies de gomme élastique. A coup sûr d'autres chirurgiens ne manqueraient pas de faits pour arriver à une démonstration précisément contraire, ce qui prouve que l'expérience qu'on entend si souvent préconiser, et d'une manière si absolue, n'a pas, même en matière de thérapeutique, l'infaillibilité qu'on lui suppose. L'habileté de l'opérateur, l'habitude qu'il a de son procédé, son désir de le voir réussir, les précautions dont il l'entoure, corrigent bien des défauts que des dispositions contraires ne tarderaient pas à mettre en évidence. L'expérience est bonne, mais à la condition d'être éclairée, sanctionnée par la raison.

Or la raison dit que de fines bougies en gomme élastique exposent à moins d'accidents que de fines bougies métalliques; c'est donc par elles qu'il faut commencer quand le rétrécissement est très-étroit. La raison dit encore qu'aussitôt qu'on a obtenu un certain degré de dilatation, il faut les prendre à extrémité mousse ou mieux encore boutonnée (1); elle dit enfin qu'arrivé à un diamètre de 5 à 6 millim., on peut indifféremment se servir de bougies élastiques ou de bougies métalliques, et même que souvent celles-ci doivent être préférées, parce qu'à cause de leur volume elles exposent peu aux fausses routes et qu'elles pénètrent mieux à cause de leur poli (2). En général, du moment qu'on arrive à un numéro un peu élevé, les bougies courbes pénètrent mieux que les droites.

Inutile de dire que nous pourrions aussi apporter de nombreuses observations à l'appui de notre manière de faire.

---

(1) Sans rechercher à quelle date précise remonte l'invention des bougies boutonnées qu'on a dernièrement voulu donner comme nouvelles, nous ferons remarquer qu'en 1809 Ch. Bell s'en servait pour explorer les rétrécissements, et qu'avant lui Lioult les vantait comme moyen d'éviter de blesser l'urètre dans les diverses maladies de ce canal.

(2) Les bougies métalliques qu'on trouve chez les fabricants ont le grave inconvénient d'être cylindriques dans toute leur étendue, de sorte qu'il faut qu'elles dilatent le rétrécissement avant de le traverser. Nous en avons fait faire qui réunissent les avantages des bougies coniques et des cylindriques. Voici les bases de leur fabrication.

Nous devons dire d'abord que nous nous servons de la filière Charrière, dans laquelle le centimètre est divisé en 30 numéros, d'abord parce qu'elle suffit à tous les besoins, et ensuite parce qu'elle a un avantage auquel on ne paraît pas avoir songé. La graduation se faisant par tiers de millimètre, il s'ensuit que le numéro indique de combien de millimètres est la circonférence, et que si l'on divise ce nombre par 3, on a le diamètre. Ainsi, est-on arrivé au n° 24, cela indique que le point dilaté a 24 millim. de circonférence, et si l'on divise 24 par 3, on a le diamètre du corps dilatant, c'est-à-dire 8 millim.

Quant à nos bougies métalliques, elles correspondent aux 15 derniers numéros de cette filière. Le premier, n° 16, a à peu près le volume des sondes ordinaires de trousse; il est complètement cylindrique. Le n° 17 correspond au n° 16 à son extrémité, et ce n'est qu'à 1 centim. de cette extrémité qu'il atteint le n° 17. Le n° 18 correspond au n° 16 à son extrémité, au n° 17 à 1 centim. de cette extrémité et n'atteint le n° 18 qu'après 2 centim. Le n° 19 correspond au n° 16 à son extrémité, au n° 17 à 1 centim., au n° 18 à 2 centim., et atteint le n° 19 après 3 centim. Le n° 20 correspond au n° 17 à son extrémité, au n° 18 à 1 centim., au n° 19 à 2 centim.; il atteint le n° 20 à 3 centim., et ainsi de suite, de sorte que le n° 30 porte 27 à son extrémité, 28 à 1 centim., 29 à 2 centim. et 30 à 3 centim.

On voit: 1° que ces bougies ont une extrémité arrondie qui augmente avec les numéros, 2° qu'à 3 centim. de cette extrémité elles sont cylindriques; 3° qu'elles s'emboîtent pour ainsi dire les unes dans les autres, qu'elles ne dilatent que graduellement et lorsque leur bec a déjà franchi le rétrécissement.

Dans sa deuxième partie, M. Capponata s'occupe de la cure de la paralysie de la vessie qu'il dit obtenir à l'aide du cathéter convenablement employé, et il s'élève avec force contre ceux qui mettent en pareils cas des sondes à demeure sans s'inquiéter de leurs fâcheuses conséquences. Quand il s'agit d'une paralysie dépendant d'une faiblesse absolue, il joint à son traitement l'emploi d'un régime corroboratif modéré, ainsi que des demi-bains d'eau salée froide qu'il trouve extrêmement utiles; quand cette paralysie est l'effet d'une irritation, il emploie, outre la sonde, une méthode antiphlogistique, ce qui lui a procuré des guérisons complètes.

Le lecteur se fera facilement une idée de ce que M. Capponata entend par faiblesse absolue; mais s'expliquera-t-il aussi facilement ce qu'il appelle paralysie par irritation? Nous en doutons. Or voici la seule observation de ce genre qu'il rapporte; nous la traduisons textuellement:

« Un homme de 34 ans, par suite d'une blennorrhagie très-aiguë, fut pris d'une paralysie vésicale, et, dans le plus haut degré d'irritation, je fus obligé de lui introduire le cathéter d'argent cinq ou six fois par jour, quand le besoin d'uriner l'exigeait, effet qu'on ne pouvait obtenir avec la sonde élastique par rapport à des rétrécissements causés antérieurement par d'autres blennorrhagies; et cette conduite, accompagnée du régime antiphlogistique le plus sévère, fut suivie d'une guérison parfaite au bout de cinquante jours. » (P. 51.)

Nous ne chicanerons pas M. Capponata au sujet de son premier genre de paralysies vésicales, quoique nous ne soyons pas entièrement d'accord avec lui. A notre avis, les rétentions d'urine qu'il leur attribue sont presque toujours causées par une hypertrophie de la prostate, et si la vessie présente alors des signes de faiblesse, d'inertie, ce n'est que consécutivement, et par suite de la distension à laquelle ses parois sont soumises depuis qu'elle a commencé à ne plus se vider entièrement. La sonde, en effet, peut être très-utile en ce cas, parce qu'en permettant à la vessie de se vider, elle lui permet de reprendre de sa contractilité. Mais que penser des paralysies par irritation? Il nous paraît bien évident qu'il ne s'agit pas ici d'une paralysie de la vessie, mais d'un spasme de son col; ce n'est pas la vessie qui ne chasse pas l'urine, mais son col qui l'empêche de sortir, et s'il arrive qu'au bout d'un temps variable ses parois perdent réellement de leur énergie, ce n'est encore que consécutivement à la rétention, comme dans le cas précédent.

Dans sa troisième partie, l'auteur se déclare partisan de la lithotritie, mais il n'expose aucune idée particulière.

AUG. MERCIER.

VARIÉTÉS.

—La séance d'ouverture du concours d'agrégation pour les sciences accessoires (anatomie et chimie) a eu lieu mercredi 8 juin. Le jury se trouve définitivement constitué ainsi qu'il suit:

PRÉSIDENT: M. Berard;

JUGES TITULAIRES: MM. Denonvilliers, Malgaigne, Wurtz, Gavarret, Bouchardat, professeurs; MM. Favre et Béclard, agrégés;

JUGES SUPPLÉANTS: MM. Moquin-Tandon et Requin, professeurs; M. Duméril, agregé.

Les concurrents inscrits qui ont répondu à l'appel sont: pour l'anatomie, MM. Fano, Dupré, Legond et Verneuil; pour MM. Figuier, Leconte, Orfila et Brame.

Les séances du concours auront lieu les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

La question écrite a été traitée jeudi par les candidats; elle était ainsi conçue:

L'os. — Anatomie de texture. — Physiologie. — Chimie. — Le rachitisme.

On a entendu, dans la séance de vendredi, la lecture des compositions de MM. Dupré, Fano et Segond, et lundi dernier MM. Leconte, Orfila et Verneuil; mercredi, M. Figuier.

L'un des compétiteurs inscrits pour la chimie, M. Brame, s'est retiré du concours.

—Un concours pour l'admission à 40 emplois de médecin aide-major et 15 emplois de pharmacien aide-major à l'École spéciale de médecine et de pharmacie militaires à Paris, aura lieu.

L'ouverture des épreuves est fixée: à Strasbourg, le 10 décembre prochain; à Montpellier, le 25 septembre; à Paris, le 10 octobre.

— Le JOURNAL DU LOIRET raconte que M. le docteur Bretonneau (de Tours) ayant exposé une *sensitive* à l'action du chloroforme, a reconnu que les feuilles de cette plante devenaient insensibles sous l'influence de cet agent. Ce journal ajoute que la même expérience a été répétée à Orléans et qu'on a pu voir que, tandis qu'une fleur exposée aux vapeurs du chloroforme restait complétement immobile, une autre fleur de la même branche se fermait au moment où l'on approchait d'elle la main ou un objet quelconque,

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SURDI-MUTITÉ. — FIN DE LA DISCUSSION.

Faut-il gémir, faut-il chanter?
(Le Poëte.)

Le vote des trois premières conclusions du rapport sur la surdi-mutité laissait encore espérer que l'Académie se prononcerait pour le progrès. Nous en avions jugé ainsi. On se rappelle en effet que, par la première conclusion, elle semblait admettre la possibilité d'améliorations, sinon de guérisons, de certains cas de surdi-mutité. Par la seconde, elle reconnaissait à *tous* les sourds-muets la faculté de lire sur les lèvres. Par la troisième, enfin, elle sanctionnait, en termes vagues il est vrai, la possibilité d'acquérir, par la sensibilité tactile, certaines notions accessoires ou indirectes du son. Le tout était amoindri à un tel point, qu'il n'y avait pas grand fond à faire sur cette manifestation douteuse d'une opinion plus douteuse encore. On attendait donc le vote des trois dernières conclusions pour se faire une juste idée du parti que l'Académie prendrait. Ce vote est consommé; et, suivant nous, avec ce vote, le voile est complétement déchiré. Au dire de certaines personnes, qui prennent leur désir pour une réalité, l'Académie aurait planté les premiers jalons de la réforme, elle aurait donné une première satisfaction au progrès, et aurait laissé au temps de compléter l'œuvre. Nous voudrions bien qu'il en fût ainsi; mais, avec la meilleure volonté du monde, nous ne saurions voir dans le résultat du vote final de l'Académie autre chose qu'une bataille complétement perdue. On pourrait bien tirer, des termes vagues, ambigus, en plusieurs points contradictoires des conclusions, certaines possibilités favorables au progrès; mais ce ne serait que par surprise et à l'insu de ceux qui les ont formulées. Le caractère intentionnel des conclusions votées est bien l'opposition au système allemand, à l'enseignement de la parole. Car dire qu'il est possible d'améliorer certaines surdi-mutités, reconnaître que la possibilité de lire la parole sur les lèvres est une faculté *commune à tous* les sourds-muets, pour voter ensuite la continuation du système français, c'est-à-dire l'absence de l'enseignement de la méthode que l'on reconnaît accessible, dans son principal élément, à tous les sourds-muets, c'est tout simplement voter une inconséquence. Mais il n'y a pas lieu d'être difficile à cet égard : on a si bien fait, que toutes les conclusions votées par l'Académie sont à peu près dans le même cas.

Pour que nos lecteurs se fassent une idée nette de ce qui a été voté, et de ce qu'on n'a pas voulu voter, nous allons présenter sur une même ligne : 1° d'abord les questions posées par le ministre; 2° le premier projet de réponse de la commission; 3° les réponses adoptées; 4° et enfin, les amendements que nous avons successivement proposés. C'est de cette manière seulement que l'on pourra juger l'œuvre de la commission, celle de l'Académie et la nôtre.

QUESTIONS DU MINISTRE.	PREMIÈRES RÉPONSES DE LA COMMISSION.	CONCLUSIONS VOTÉES.	CONCLUSIONS AMENDÉES PAR NOUS.
1° Après avoir constaté l'état des élèves de l'institution nationale des sourds-muets traités par le docteur Blanchet: Examiner si parmi les élèves qui entrent chaque année dans l'établissement, il ne s'en trouve pas un certain nombre, ainsi que le signale ce chirurgien, qui, par suite du traitement *qu'il a imaginé*, seraient susceptibles de guérison ou d'amélioration et pourraient arriver à saisir la parole directement par l'oreille, ou par l'intermédiaire d'instruments acoustiques, ou par d'autres moyens.	1° Que d'après l'examen des élèves auquel la commission a procédé, il s'en est trouvé constamment dans chaque série, un certain nombre (1 sur 3, 4 ou 5), dont l'affection s'est montrée susceptible d'être guérie ou améliorée, et qui soumis à une éducation et à un traitement convenables pourraient arriver à saisir directement la parole par l'oreille ou par l'intermédiaire d'instruments acoustiques; Que l'appréciation des altérations de l'ouie, de l'appareil vocal et des résultats du traitement, faite à l'aide des acoumètres et du nombre de vibrations perçues a paru à la commission un moyen d'une grande exactitude et non moins utile que l'emploi de l'orgue appliquée aux exercices de gymnastique vocale et auditive.	1° Parmi les élèves entrant chaque année à l'établissement, il s'en trouve généralement un certain nombre qui paraissent susceptibles d'amélioration et qu'il importe de soumettre à un traitement special; mais l'expérience n'a pas encore appris s'ils sont susceptibles de guerison complète.	1° M. Guérin propose de dédoubler la réponse au ministre, en vue de deux catégories distinctes de surdi-mutités : la maladie, qui peut être traitée par tels ou tels moyens médicaux ou chirurgicaux, et qui est quelquefois susceptible de guérison; l'infirmité, qui n'est accessible qu'aux moyens gymnastiques et pédagogiques, et qui n'est susceptible que d'amélioration. En conséquence il propose l'amendement qui suit : « Parmi les élèves entrant chaque » année à l'établissement, il peut s'en » trouver un certain nombre dont la » surdi-mutité est l'effet d'une maladie » accidentelle, et d'autres dont la surdi-» mutité est une infirmité constituée. » Les premiers, soumis à un traite-» ment approprié, mais connu dans la » science, sont quelquefois susceptibles » de guérison; les seconds n'ont paru » jusqu'ici susceptibles que d'améliora-» tion. Mais un certain nombre peut ar-» river à saisir la parole par l'oreille » ou par l'intermédiaire d'instruments » acoustiques. »

Feuilleton.

INTRODUCTION A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE; par FRANÇOIS PUCCINOTTI (d'Urbin), professeur d'histoire de la médecine à l'Université de Pise (1).

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ IV. — DES TYPES HISTORIQUES PRINCIPAUX.

L'histoire exige l'exposition représentative des faits et du mouvement des idées qui s'opère en eux. C'est là la tradition historique des siecles : l'histoire l'explique, la dispose méthodiquement; mais elle ne peut ni la modifier ni la transformer. Toutefois, dans ces accidents extérieurs de ce qui naît et de ce qui meurt dans le cours du temps, il y a une série de faits éminents et de conceptions qui leur sont associées, que l'historien doit savoir, connaître et désigner comme autant de périodes du développement de la pensée scientifique en rapport avec le but suprême de la science elle-même. L'histoire est essentiellement synthétique et compendieuse, et dans les faits qui constituent sa base empirique, elle ne contemple en général que la nature soit interne de l'homme, soit externe du monde. Or, dans cette nature à laquelle le Créateur a imprimé une tendance à l'ordre, à l'harmonie, si les forces dévient de leur mutuelle relation et que le désordre en résulte, l'esprit humain cherche à rétablir cette tendance par les moyens qu'il invente et qui sont en son pouvoir. Mais ces moyens ne remplacent ni entièrement ni immédiatement cette tendance, parce qu'elle ne cesse jamais, et si elle cessait une fois, l'homme ne saurait la rétablir; de sorte que cette tendance à maintenir et recouvrer l'ordre perdu est une force permanente et essentielle à toute la nature. Cette force fut l'objet des premières études, et par elles la science s'initia aux connaissances et aux moyens de l'art, bien que, dans ces premiers commencements, subordonnée par nécessité à la puissance de la nature. Mais l'art et la science s'étant enrichis de moyens plus nombreux et de plus d'expérience et d'essais heureux, la sphère de leur intervention s'accrut au point de dominer, comme il arrive dans les inventions humaines, et de substituer la propre raison et la volonté à cette force de nature, jusqu'à ce que la science, désabusée du prétendu pouvoir absolu de l'art et contrainte de reconnaître de nouveau une force naturelle coopératrice, trouvât elle-même son équilibre dans une réconciliation entre la nature et l'art.

La raison tenant le milieu entre la nature et l'art, le mouvement des idées constitutives de la science a suivi le même cours, parce que, dans la première

(1) Traduite par le docteur Aubin; revue par S. Pirondi.

QUESTIONS DU MINISTRE.	PREMIÈRES RÉPONSES DE LA COMMISSION.	CONCLUSIONS VOTÉES.	CONCLUSIONS AMENDÉES PAR NOUS.
2° Si d'autres élèves n'ont pas conservé l'usage de la parole et ne seraient pas susceptibles d'acquérir la faculté de la lire sur les lèvres, quoiqu'ils soient atteints d'une surdité incurable.	2° Que relativement à d'autres sourds-muets *atteints de la perte de l'ouïe à un âge avancé*, mais possédant à un degré plus ou moins parfait *l'usage du langage articulé, ils peuvent, quoique affectés d'une surdité à peu près incurable*, non-seulement *converser, mais encore développer la faculté de parler et acquérir celle de lire la parole sur les lèvres ;*	2° La possibilité de lire la parole sur les lèvres est une faculté commune à tous les sourds-muets, et sert de fondement à l'instruction de ces infortunés dans les écoles allemandes, et à Paris dans divers établissements.	2° M. Guérin fait remarquer qu'il est inexact de dire que la lecture de la parole sur les lèvres constitue la méthode allemande ; ce n'est là qu'un élément de la méthode. Il propose l'amendement suivant : « Parmi les élèves affectés d'une surdité incurable, il peut se rencontrer » des sujets qui ont conservé l'usage de » la parole. Ces sujets, lorsqu'ils sont » doués d'une intelligence suffisante, » peuvent non seulement conserver, » mais développer la faculté de parler, » et acquérir celle de lire la parole sur » les lèvres. »
3° Examiner si les élèves de cette dernière catégorie *ne pourraient pas recevoir quelque* NOTION DU SON par les nerfs de sensibilité générale, comme l'indique M. Blanchet.	3° Que les sourds-muets de cette dernière catégorie, ainsi que le constatent les expériences nombreuses que les membres de la commission ont répétées eux-mêmes, peuvent *percevoir par les nerfs de sensibilité générale, un certain nombre de vibrations*, depuis 80 90, 100, jusqu'à 1,000 et même 1,200, et *recevoir ainsi certaines notions du son*, et que la culture et le développement de cette faculté devront nécessairement leur faciliter la vie de relation et alléger leur infirmité ;	3° Les mouvements vibratoires des corps qui constituent la condition physique de la notion du son, chez les sujets possédant le sens de l'ouïe, ne peuvent jamais donner une telle notion aux sujets privés de ce sens. Mais, ainsi qu'il est généralement connu en physiologie et en pathologie, ces mouvements vibratoires produisent sur les organes de la sensibilité tactile une impression et une notion spéciales que les sourds-muets peuvent mettre à profit dans un certain nombre de circonstances. Ce moyen d'instruction a été proposé et mis en pratique antérieurement aux recherches de M. Blanchet sur ce sujet.	3° Cette conclusion est entachée d'une préoccupation regrettable ; elle ne donne satifaction ni à la science, ni au savant. En conséquence M. Guérin propose l'amendement suivant : « Les sourds-muets sentent les mouvements vibratoires des corps par les » nerfs de la sensibilité générale. Ils » peuvent par cette voie suppléer jusqu'à » un certain point à la notion directe du » son, qui est le privilége exclusif de » l'ouïe. » Cette source de notions supplémentaires, étudiée particulièrement par » M. Blanchet, est susceptible de rendre de véritables services aux sourds-muets. »
4° La commission voudra bien faire connaître également si, dans SA PENSÉE, il y aurait AVANTAGE à ce que, suivant le vœu exprimé par ce chirurgien, les élèves composant les deux catégories ci-dessus désignées, les uns pour retirer plus de bienfait du traitement, les autres pour développer leur faculté d'articuler et de lire la parole sur les lèvres, fussent APPELÉS A RECEVOIR UNE ÉDUCATION SPÉCIALE donnée exclusivement par des professeurs *parlants*, qui les exerceraient plusieurs heures par jour à l'étude de la parole.	4° Qu'il est indispensable que les *élèves des deux catégories que nous venons de signaler, les uns pour retirer plus de bénéfice du traitement*, les autres pour conserver ou développer leur faculté de parler et d'entendre, d'autres enfin pour acquérir celle de lire la parole sur les lèvres et ne pas perdre l'usage du langage articulé, reçoivent une éducation spéciale donnée exclusivement par des professeurs parlants chargés de les exercer suffisamment à l'articulation ; Qu'il est encore nécessaire pour assurer et hâter le progrès de la parole et le développement de l'audition, de les placer *dans une division spéciale, de les isoler dans tous les instants de la journée* des autres enfants qui n'of-	4° Les élèves de la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui peuvent encore entendre, doivent être séparés des autres sourds-muets, et il y aurait un inconvénient réel à les réunir dans des classes communes. Il en est surtout ainsi de ceux qui, ayant entendu et parlé dans leur enfance, auraient ensuite été frappés de surdi-mutité. Quant à ceux qui n'entendent en aucune façon et ne peuvent que lire la parole sur les lèvres, l'expérience n'a pas encore décidé suffisamment entre la méthode française, ou l'éducation par la mimique, et la méthode allemande, ou l'éducation par la parole.	4° L'Académie pense qu'il y aurait avantage à ce que les élèves des deux catégories qui précèdent, ceux qui sont susceptibles de recouvrer l'ouïe, et ceux qui, quoique affectés d'une surdi-mutité incurable, ont conservé l'usage de la parole, ou sont aptes à la recouvrer, soient placés dans une division spéciale de l'établissement et soumis à une éducation donnée exclusivement par des professeurs parlants. Mais il serait utile qu'un conseil supérieur de perfectionnement, institué en permanence auprès de l'établissement, fût chargé de régler et de surveiller l'application de ces réformes.

période, la raison s'est soumise trop servilement à l'autocratie de la nature ; dans la seconde, la raison s'est émancipée, et n'ayant ni limite ni règle, elle est allée vaguant entre la vérité et l'erreur, sans distinguer ni l'une ni l'autre ; dans la troisième, elle a reconnu ses bornes et s'est placée entre le domaine de la nature et celui de l'art, en les conciliant tous deux ensemble et en se ralliant elle-même aux traditions antiques. Or le retour continuel de ce flux et de ce reflux dans l'histoire de la médecine semblerait devoir la soumettre à un fatalisme, au delà duquel il lui serait interdit d'avancer par une inflexible nécessité. Mais celui qui considère bien les diverses réconciliations qui se sont opérées dans la science entre la nature et l'art, trouvera que ces réconciliations marquent toujours un développement dans les études de la nature comme dans les puissances de l'art, et que la réconciliation est toujours plus philosophique et plus proche de la fin dernière de la science elle-même. En vingt-trois siècles de ces grandes et solennelles périodes de réconciliation, on en compte à peine quatre ou guère plus sans la période qui dure encore, et qui tend évidemment, elle aussi, à la même réconciliation en se rattachant à tout le passé. Celle-ci sera-t-elle la dernière, et combien d'autres encore devront-elles la suivre, précédées et provoquées par des systèmes nouveaux et toujours plus forts, qui entraîneront avec eux la grande masse de la science ? Certainement celle-ci ne s'arrêtera que quand elle aura atteint sa fin dernière, qui est d'élever l'art à la plus grande puissance possible, afin que l'équipollence et l'harmonie soient établies entre eux et ne périssent plus, et les médecins m'accorderont qu'avec l'art on ne peut jamais entièrement suppléer à la nature ; qu'il faut toujours transiger avec elle et qu'elle vent toujours son domaine intact, même quand elle demande à l'art le secours le plus prompt et le plus efficace : d'où il suit que le dernier rapport prédéterminé des moyens avec la fin de notre science ne prendra dans l'avenir d'autre forme que celle d'une parfaite et stable réconciliation entre la nature et l'art, et avec elle sera accomplie la mission de la médecine.

L'histoire, considérée dans son mouvement complexe extérieur, ou soit en présence et au milieu de la série naturelle des faits qu'elle nous présente, nous conduit en même temps à une division typique d'elle-même, à partir de l'époque à laquelle la science s'est constituée jusqu'à nos jours. Les divisions chronologiques usitées pour toutes les histoires, bien qu'inévitables, n'ont et ne peuvent avoir aucune signification unitive ou scientifique. Les divisions théoriques en ont une quelconque ; mais elles ont le défaut de n'être jamais des divisions qui reproduisent le tout, parce qu'elles sont toujours obligées de recommencer de nouveau et de détruire le passé et l'avenir. Au contraire, la division la plus utile est celle par époques qui présentent un type scientifique, tel que chaque *époque typique* contienne en soi une liaison avec l'époque antérieure et la postérieure, de façon à ne représenter qu'un relief de tout un mouvement qui avance vers son but : d'où il résulte que l'histoire de la médecine, considérée comme science, peut se diviser en trois époques principales ou types :

1° Époque de la domination illimitée de la nature sur l'art ;

2° Époque de la domination illimitée de l'art sur la nature ;

3° Époque de la réconciliation entre les lois de la nature et les puissances de l'art.

QUESTIONS DU MINISTRE.	PREMIÈRES RÉPONSES DE LA COMMISSION.	CONCLUSIONS VOTÉES.	CONCLUSIONS AMENDÉES PAR NOUS.
	frent pas les mêmes dispositinns à acquérir le langage articulé ou à recouvrer l'ouïe; Qne pour pouvoir établir cette divisinn et empêcher que d'après le *système de rotation* en usage à l'école de Paris, *les sourds parlants, les demi-sourds-muets, les sujets susceptibles de recouvrer l'ouïe et la parole ne restent entièrement confondus avec ceux qui sont tout à fait sourds-muets, qu'ils ne soient indistinctement instruits comme eux pendant toute la durée de leurs études, presque exclusivement à l'aide des signes par des professeurs sourds-muets ou parlants, qu'ils ne perdent par conséquent l'usage de la parole*, et ne sortent des écoles avec nne aggravatinn de lenr infirmité; *il faut classer tous ces enfants dès leur entrée dans l'institution.*		
5° Enfin elle exprimera un avis snr l'opininn de M. Blanchet qui assure qne les élèves soumis à ce mode particulier d'instruction et à nn traitement approprié pourraient rentrer à la fin de leurs conrs d'étnde dans la société avec la faculté de communiquer à l'aide du langage articnlé.	5° Qu'enfin en observant ces règles, il y a tout lieu d'espérer que la plupart des élèves des denx catégories mentionnées pourront rentrer à la fin de leurs cours d'étude dans leurs familles et dans la société avec la facilité de communiqner et de converser plus ou moins complétement à l'aide du langage articulé.	5° Quant au succès à esperer dn traitement par l'instruction au moyen dn développement gradué et successif de l'ouïe et de la parole, des exercices d'acoustique et de langage articulé pour les élèves de la première catégorie, l'Académie s'en réfère à ce qui a été dit plus haut (conclusion première). Pour ce qui a trait aux autres catégories, elle redit encore que l'expérience n'a pas suffisamment décidé à cet égard (1).	5° Qu'enfin, à la faveur de ces améliorations, il est permis d'espérer qu'un certain nombre de sujets appartenant aux deux catégories ci-dessus indiqnées pourront, à la fin de lenrs études, rentrer dans la société et être en état d'y communiqner à l'aide du langage ordinaire.

Il n'est personne, au premier abord, qui ne soit frappé de l'analogie ou de la ressemblance que présentent les premières conclusions de la commission et les nôtres. Mais aussi personne ne pourra méconnaître l'opposition presque radicale qui existe entre ces conclusions et celles qui ont été votées par l'Académie. On est obligé de se demander à quoi tient cette révolution dans les idées de la commission.

Si on a bonne mémoire, nous avions reproché aux conclusions de la commission de n'être pas suffisamment motivées, de ne pas avoir été tirées de l'ensemble des faits constatés en dehors de son cercle d'expérimentation, en France, à l'étranger, et dans tous les pays où l'on s'occupe de l'éducation des sonrds-muets. Une observation plus étendue, une information plus complète, devaient avoir pour résultat de donner plus d'autorité à la méthode qui repose sur l'éducation de l'ouïe, la lecture sur les lèvres et l'enseignement de la parole; et c'est dans ce sens que nous avons conclu. La discussion n'a certes rien enlevé à la certitude et à l'autorité des docnments que nous avons introduits dans le débat; d'autres documents du même genre sont venus au contraire confirmer les nôtres, mais n'ont fait que les confirmer. Comment se fait-il qu'en présence de tous ces faits, qu'avec tous ces motifs de conclure favorablement à la cause patronée d'abord par la commission, l'Académie et la commission elle-même aient conclu

(1) L'Académie a voté en outre deux autres conclusions, qui ne répondent à aucune question du ministre, et que nos amendements rendaient inutiles. Voici ces conclusions :

6o M. le ministre remarquera que, dans ses réponses, l'Académie n'a pas parlé du traitement chirurgical ni des méthodes de M. Blanchet. Ce médecin n'a fait que mettre en usage des méthodes thérapeutiques connues avant lui, à part cependant l'application de divers instruments (tels que les aconmètres et l'orgue) qui sont plus précis que les antres ponr mesurer le degré de l'audition et les progrès qu'elle peut faire sous l'influence du traitement.

7o L'Academie est d'avis qu'il serait utile, pour résoudre les questions pendantes entre les diverses méthodes de traitement de la surdi-mutité, et pour imprimer, au besoin, une direction nouvelle à l'education des sourds-muets, de créer près de l'Institution impériale un conseil de perfectionnement analogue à celui qui a eté attaché à l'École polytechnique.

Cependant cette division ne partage pas immobilement l'histoire en trois époques, ni ne se lie immobilement à une période de temps. Nons nons en servons comme d'une *tricotomie* mobile et progressive, qui va se renouvelant elle-même dans le développement de la science, se présentant tonjours sous nne plus large sphère et renfermant par conséquent, dans son avancement, la promesse de l'avenir, c'est-à-dire de cette réconciliation qui sera système complet par elle-même et qui exclura la possibilité et la nécessité de tout autre système successif, parce qu'elle exprimera la parfaite relation des moyens avec la fin, en rapport avec les lois de nature et la puissance dernière de l'art humain. Notre division est une conséquence, une déduction des faits restés à leur place et contemplé dans leur marche historique, naturelle et collective; et quand ils ne l'offriront pas claire et démontrable, nous ne l'accepterons pas; alors nous nous adresserons aux époques *intermédiaires*, dans lesqnelles le mouvement de la science, bien qu'homotone et transitoire, néanmoins est souvent grand et fécond, parce que, dans ces époques intermédiaires, les efforts d'un grand nombre tendent à faire sortir la raison et l'art des barrières du système, et à développer librement leurs étndes collatérales; et de cette façon la forme synthétique donnée prématurément à la science disparaît et se trouve remplacée par la forme analytique, au moyen de laquelle les faits particuliers prennent les devants et agrandissent le champ et préparent une nouvelle restauration. Il est infiniment important de prendre en considération le triple caractère de ces époques intermédiaires, ombres légères de la tricotomie primitive, puisque quelqnes-unes restent en grande partie nnies à l'époque typique qui a précédé, d'autres se plaisent à rester isolées et sans connexion, d'autres enfin préparent ou donnent l'idée de l'époque typique à venir par quelques conceptions et expériences heureuses. Il est vrai que, quand cette nouvelle conversion de la science sur elle-même a lieu, et qu'un esprit privilégié et fort en prend la direction, tous les travaux de l'époque intermédiaire convergent ensemble vers le nouveau centre d'attraction, et les faits particuliers et les analyses servent de gradin au nouveau trône de la synthèse. Mais l'histoire, spectatrice du mouvement des idées et des faits qui l'ont accompagnée, et attentive à représenter le cours entier de la vie de la science, n'éloignera jamais son regard des époques intermédiaires, toujours plus ou moins fécond s en germes, qui eurent ensuite leur complet développement dans les époques typiques successives.

De plns, l'historien, dans les époques intermédiaires, tronve un repos à la longue et pénible rampe qu'il doit gravir. Ce repos momentané lui sert pour observer l'état de la marche des sciences auxiliaires, et il interprète et comprend facilement les imperfections et les lacunes de l'époque passée, lors même qu'elle en eût été une de réconciliation. C'est aussi un avantage des époqnes qui s'interposent entre les systèmes coercitifs, de pouvoir considérer les études d'observation et d'expérience en autant de cycles qui directement ou indirectement, c'est-à-dire pris à la nature humaine et à la nature extérieure, se rapportent au caractère prédominant que la science a pris dans cet espace de temps. L'unité est posée comme problème insoluble par les empiriques et par les sceptiques, et sonvent on voit que le principe fondamental de la force active, ou l'autre principe stratégique de la force passive ou de la matière cause de force, reparaissent par l'effet de tout autres études que celles de la pure

en sens inverse? C'est que, il faut le reconnaître, à mesure que l'importance de la question a été mieux appréciée, à mesure qu'on a mieux compris la gravité, mieux senti l'utilité des réformes qui devaient en résulter, l'opposition s'est formée, le parti stationnaire s'est organisé, et comme cela arrive toujours, ce parti, qu'on effraye aisément par les grands mots d'expérience insuffisante, de bouleversements aventureux, s'est mis en travers de tout progrès.

Mais ce n'est là qu'une explication générale. Comment et pourquoi la commission, que les lumières de la discussion n'auraient dû que mieux éclairer et affermir dans ses premières résolutions, comment a-t-elle abandonné ses réponses catégoriques, résolues, claires et positives, pour des réponses ambiguës, aussi peu dignes de l'Académie pour le fond que pour la forme? Nous sommes vraiment encore à nous le demander. L'étonnement du public a dû être d'autant plus grand, que durant la discussion des articles, M. le rapporteur n'a pas cessé de se rallier aux amendements qui faisaient revivre ses premières conclusions abandonnées. C'est donc une espèce d'influence occulte, de vertige qui s'est emparé de l'esprit de la commission et qui l'a fait se livrer inconsidérément aux entraînements de la majorité.

Mais Dieu merci! les Académies ne sont point des conciles, et leur autorité, si puissante qu'elle soit, ne saurait retarder d'un jour le triomphe des idées : ce qu'elles peuvent, c'est d'empêcher leur succès matériel, leur mise en pratique dans les Institutions. Voilà, en deux mots, à quoi aboutira l'intervention de l'Académie dans la question de la surdi-mutité. Impuissante à dissimuler l'évidence des faits et à comprimer l'élan du progrès, elle ne fera que retarder les réformes pratiques que ce progrès rendait indispensables. Cela est bien regrettable, sans doute, mais enfin ce n'est encore là qu'une partie du mal à redouter de la part des assemblées, c'est-à-dire des majorités. Dans le cas qui nous occupe, les débats de l'Académie, loin de nuire absolument au triomphe des idées, auront plutôt contribué à leur divulgation, et cette divulgation portera tôt ou tard ses fruits. Du reste, un court inventaire de l'état de la question, avant et après le débat, ne laissera aucun doute à cet égard.

Au début de la discussion, un très-petit nombre de personnes savaient à peine de quoi il s'agissait. Aujourd'hui, il n'est personne qui ne connaisse au moins les termes de la question et les principaux arguments qui divisent les esprits. Tout le monde sait aujourd'hui qu'il y a différentes espèces de sourds-muets, les uns plus ou moins curables, les autres plus ou moins incurables. Jusqu'alors on les avait presque toujours confondus dans une seule et même catégorie : les sourds-muets incurables.

Partant de cette conviction fatale, l'éducation des sourds-muets s'était renfermée dans la mimique, dans un genre de langage et d'instruction approprié à une infirmité immuable. Aujourd'hui l'on sait que bon nombre de sourds-muets sont aptes à recevoir une éducation qui les rapproche de celle des autres hommes : non-seulement beaucoup apprennent à entendre, mais tous ceux qui ont parlé dans leur enfance sont aptes à réapprendre à parler et surtout à lire la parole sur les lèvres. Cela est certain, les faits qui l'établissent ne sauraient plus être contestés. Certes, avant la discussion, on était loin de le savoir comme on le sait aujourd'hui. Mais ce qu'on sait surtout aujourd'hui, c'est que les dénégations, les prétextes invoqués pour infirmer les résultats de l'expérience ont fini par céder à l'évidence des faits. A l'heure qu'il est, il n'est plus personne qui puisse nier que, dans un certain nombre de cas, il est possible d'apprendre aux sourds-muets à parler, à lire la parole sur les lèvres; l'opposition et le doute en sont venus à se retrancher sur le petit nombre et sur l'imperfection des résultats. Or, en bonne logique, il ne devrait plus être question du nombre de sourds-muets éducables par la méthode allemande, mais des conditions précises où cette méthode est susceptible d'être appliquée avec succès. Eh bien! ces conditions sont connues, et ce n'est pas un des moindres bienfaits du débat, que de les avoir mises comme d'elles-mêmes en évidence. Ce n'est pas un quart, un sixième ou un dixième des sourds-muets qui peuvent être éduqués par la méthode allemande, mais tous les sourds-muets intelligents, qui ont parlé ou qui parlent encore, ceux enfin dont la surdi-mutité n'est pas l'effet d'une altération profonde et connexe des appareils auditifs et vocaux, mais simplement d'une altération accidentelle de l'ouïe, avec intégrité des organes de la phonation. Voilà la règle, et nous défions qu'aucun fait puisse lui être opposé.

Relativement aux objections qui ont obscurci l'évidence de ces vérités et empêché leur mise en pratique dans nos institutions, quelles sont celles qui supportent seulement l'examen?

Continue-t-on à alléguer que les résultats ne sont pas parfaits? Mais qui a jamais songé à faire avec des sourds-muets des Démosthènes et des Cicérons? On a constamment méconnu le caractère des ressources que pouvaient leur procurer la parole et la lecture sur les lèvres au degré où elles sont possibles. On a feint de croire qu'il s'agissait d'une *faculté* complète à créer ou à rendre, au lieu d'une *ressource* à préférer à une autre ressource. Certes nous l'avons toujours reconnu, et nous le proclamons bien haut, jamais un sourd-muet, quelque intelligent qu'il soit, ne parviendra à comprendre et à se faire comprendre dans la conversation courante. Ce qu'ils peuvent acquérir seulement, c'est la faculté de comprendre et de se faire comprendre lorsqu'il leur est possible d'appliquer et d'obtenir un degré d'attention suffisant. Nous avons tous plus ou moins appris les langues étrangères; quel est celui d'entre nous qui, à moins d'une pratique usuelle avec les naturels du pays, pourrait assister à une conversation courante et la suivre? Quel est celui, au contraire, qui ne regarde comme une ressource précieuse de pouvoir, en pays étranger, entendre et se faire entendre avec les conditions requises pour cela? Eh bien! tel est le caractère et telle est la limite d'utilité du langage qu'on croit possible de rendre aux sourds-muets; nous le répétons, qu'on n'espère jamais en faire des partners de conversation usuelle et générale, mais des interlocuteurs particuliers quand besoin sera de les entendre et de leur parler. C'est faute d'avoir fait cette distinction que les exigences des adversaires de la parole ont eu un certain succès.

L'argument le plus puissant, l'argument qui a probablement décidé le vote de la majorité, est que l'expérience n'a pas encore suffisamment prouvé la possibilité et la perpétuité des résultats allégués. Ceci est la fin de non-recevoir qu'on oppose à tout progrès; mais examiné de près, qu'est-ce autre chose qu'un prétexte ou un non-sens? Un prétexte : assurément les faits ont été produits en nombre et en quantité suffisants pour établir la certitude et la solidité des résultats de la méthode allemande. Mais à supposer qu'ils ne fussent pas tout à fait probants, n'est-il pas merveilleux que, pour en favoriser la démonstration plus complète, on interdise précisément les réformes et les expériences capables de les produire? Par cela même que l'on dit que l'expérience n'a pas suffisamment prononcé, on reconnaît qu'elle a produit un commencement de preuve. Eh bien! nous

---

médecine. Dans la décomposition de l'unité systématique, les études collatérales exercent plus librement leur influence sur les études médicales, et les études spéciales elles-mêmes de l'organisation humaine, ou de ses harmonies physiologiques, ou des désordres morbides, ou des phénomènes réparateurs, tolérées et favorisées parce qu'elles sont séparées de l'unité systématique, préparent de nouveaux éléments à une systématisation scientifique à venir, à l'insu de l'empirique et du sceptique, et presque en dépit des obstacles qu'ils opposent.

§ V. — LA THÉORIE DES TYPES HISTORIQUES CONTIENT LA PHILOSOPHIE DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

Après que l'histoire, dans son cours naturel et extérieur de faits et d'idées, a désigné les types historiques primitifs, à peu près comme on marque les empires sur une mappemonde; ce qui renferme synthétiquement sa représentation matérielle extérieure; pour être philosophique, ou mieux, pour s'initier à quelque philosophie de soi-même, elle doit examiner dans son intérieur la réflexion objective de ces types et en déduire la raison ou le caractère dernier en rapport avec la réalité de la science. Ayant pris de cette façon la conception philosophique de soi-même, elle retourne à l'extérieur avec une forme unitive, au moyen de laquelle elle s'insinue et se combine avec les expressions finales de toutes les autres sciences préparatoires de cette suprême participation au bien absolu, pour lequel l'univers a été disposé.

L'ondulation complexe et continue des types historiques dont nous avons parlé forme le champ de la philosophie de l'histoire; attendu que sur ce fondement mixte de faits et de pensées qui se meut dans son cours de trois côtés, elle s'élève : 1° à l'idée de la nature, ou soit au caractère de la causalité; 2° à l'idée de l'art, ou soit au caractère donné aux puissances qui s'emploient pour maintenir et rendre la santé; 3° à la méthode, ou soit à la connaissance et à l'ordre d'alliance entre les causes et les effets. Ces trois primautés, qui forment abstraitement la science, en servant de guide aux examens et aux rapprochements historiques, ne sont autre chose en substance que la philosophie de l'histoire de la médecine.

Dans l'étude de la nature organique, la causalité dernière à laquelle s'élève la raison pour déterminer une théorie de la vie, et d'où elle descend pour en informer la science, c'est la vie elle-même, ou soit cette force, ce principe d'où les phénomènes tirent leur origine et leur qualité. La théorie de la vie est donc dans l'histoire l'indication philosophique de la théorie donnée à la médecine. La philosophie de l'histoire ne doit pas seulement la désigner, mais l'entourer de toute l'austérité de la critique, afin de démontrer quelle est, des nombreuses manières dont se servent les savants pour en déterminer l'idée en rapport avec les temps, les esprits et leurs passions, celle qui conduise plus facilement à la fin dernière de la science.

L'idée de l'art réside dans le caractère donné à la puissance employée pour corriger ou vaincre l'altération morbide. Du mode de concevoir la vie dépend le plus souvent l'idée des propriétés caractéristiques des puissances médicamenteuses. Ces propriétés doivent se combiner tout à la fois avec l'expérience des effets de telles puissances sur l'homme sain et sur l'homme malade, et avec le principe actif de la vie. Sans cette triple relation, la propriété n'est pas scientifique-

vondrions donc, pour être conséquent, que l'on demandât la continuation de la preuve ou qu'on la favorisât.

L'Académie, c'est-à-dire ceux qui l'ont entraînée dans un vote contraire au progrès, seraient donc bien embarrassés de justifier leur opposition. Ils n'ont pour eux ni les faits ni les expériences; ils n'ont que le doute et une connaissance insuffisante des faits et des expériences qui établissent la réalité du progrès là où ils le contestent. Mais, ainsi que nous l'avons dit précédemment, le véritable bienfait de la discussion ne consiste ni dans l'opposition à la vérité ni dans les conclusions votées, mais dans la lumière répandue à profusion sur les faits, les idées et les méthodes, sur les résultats de l'expérience générale, enfin sur les vérités établies par la contradiction. Ceux qui seront appelés à les juger, à les féconder, les trouveront bien où elles seront; et si elles restent un instant obscurcies par les clameurs ou les sophismes, tôt ou tard elles se feront jour et dédommageront ceux qui auront travaillé à leur émancipation.

J. Guérin.

CONSTITUTION MÉDICALE.

Note sur l'influence du déboisement et des torrents sur les constitutions médicales dans le département des Hautes-Alpes; par M. le docteur Barudel, médecin de l'hôpital militaire de Lyon.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Chaque population porte l'empreinte des lieux qu'elle habite; elle est ce que la fait sa race et le milieu auquel elle s'est adaptée. Les hauteurs et les montagnes exercent sur l'homme une influence physiologique et une influence pathologique.

La première se révèle dans les différences d'organes et de fonctionalité; la deuxième s'exprime soit par la forme que revêtent les maladies dans différents lieux, soit par l'existence des endémies, c'est-à-dire de maladies propres à certains pays, qui dépendent de causes souvent inconnues, mais ordinairement locales et permanentes. Quoiqu'il soit difficile de décomposer l'influence complexe des localités et de faire à chacun des matériaux de l'hygiène une juste part, recherchons pourtant, sous le point de vue de la pathogénie et de l'hygiène individuelle et publique, quelle est l'action des modificateurs géologiques.

La température, la structure du sol, d'après ce que je viens de dire de la configuration et de l'état de sa surface, peuvent nous fournir quelques notions utiles. M. Villermé a démontré la coïncidence des maladies marécageuses avec la présence de l'argile dans le sol.

Il y a dans le terrain des Hautes-Alpes une constitution particulière et distincte de celle des autres montagnes de la France. M. Gueymard a indiqué dans la statistique minéralogique du département des Hautes-Alpes ce qui formait la masse générale, la véritable substance de ces montagnes: c'est la triple formation du lias, du grès vert et de la mollasse.

Les terrains d'une formation récente, relevés sur des inclinaisons très-fortes, doivent former des masses peu solides et facilement altérables sous l'action combinée des eaux, de la pesanteur et des agents atmosphériques. Telle est la friabilité de plusieurs de ces roches qu'elles se délitent par le seul fait de leur exposition au soleil, sans le concours de l'humidité ni de la gelée. Tout cet ensemble de terrain vraiment remarquable par leur incohésion ne se retrouve pas dans les montagnes des autres départements, et si on le rencontre ailleurs, ce n'est plus du moins avec les mêmes caractères. La pierre se délite et se tapisse d'efflorescences blanches salines qui paraissaient être de l'alun et qui sont le produit d'une décomposition intérieure; elle se dépouille ainsi d'une partie de ses éléments et perd tout à la fois sa cohésion physique et sa constitution chimique. Dans l'enceinte du département, on peut à tous les pas s'assurer de l'influence qu'exerce la nature du sol sur l'apparition des torrents. Les torrents abondent dans les chaînes formées par les terrains les plus tendres; ils deviennent plus rares et moins redoutables lorsqu'on avance vers les roches plus compactes. Enfin, dans les terrains primitifs, ils manquent tout à fait. Les torrents ne sont nulle part ni plus furieux ni plus multipliés que dans la vallée d'Embrun, embrassant toute la ligne comprise depuis Gap et Tallard jusqu'au village de Saint-Crépin. Dans toute l'étendue de ce bassin, la base des montagnes est formée d'un calcaire ardoisé, à texture feuilletée, de couleur sombre et caractérisée par des empreintes de belemnites. Cette roche présente au plus haut degré tous les caractères d'incohésion que j'ai signalés plus haut. C'est dans ce terrain que se creusent dans tous les sens d'innombrables ravins aux berges arides et bleuâtres qui donnent aux montagnes d'Embrun une physionomie si caractéristique. Ces berges sont souvent délitées à un tel point qu'en essayant de les gravir, on enfonce dans les détritus jusqu'aux genoux. Après la chute des pluies, en se délayant dans leurs eaux, ce terrain forme une boue tenace et noirâtre qui rend ses ravages si particulièrement incurables dans les lieux où elle s'étend.

Il y a, en outre, beaucoup de bassins de réception qui sont creusés dans les gîtes de gypses, genre de terrain qui se décompose surtout avec une extrême facilité sous l'influence de l'eau.

Tout nous fortifie donc dans cette conclusion: que la nature géologique des Hautes-Alpes est une cause principale des torrents. Mais la nature, en appelant les forêts sur les montagnes, plaçait le remède à côté du mal; car il faut remarquer que le peu de consistance des calcaires, qui s'oppose à la fixation des terres et les rend si mobiles et y attire les torrents, est précisément le motif qui les rend propices à la végétation. Aux envahissements des torrents, elle opposait les conquêtes progressives de la végétation. La même cause qui multipliait les torrents devait donc aussi multiplier les robustes forêts et faire succéder à la longue la fécondité aux ruines et la stabilité au désordre.

En visitant certaines forêts de ces montagnes, on voit la végétation redoublant de luxe et d'énergie dans des terrains déchirés par des ravins et croulant de toute part, comme si elle rassemblait ses derniers efforts pour retenir un sol qui lui échappe.

C'est qu'en effet les terres les plus perméables sont en même temps les plus fertiles. Les montagnes, si elles étaient abandonnées toutes nues aux actions extérieures, seraient bientôt nivelées ou morcelées, et elles n'offriraient plus à l'homme qu'un entassement de roches crevassées, incultes et inhabitables. C'est la végétation qui prévient cette ruine, et comme il n'y a pas de végétation sans eaux, c'est dans les montagnes que la nature a répandu les eaux avec le plus de profusion. Nous avons déjà dit qu'il tom-

---

ment assignée, parce que, dans le critérium de l'*indication*, la valeur assignée à la puissance et en excès ou en défaut, quand l'idée de la vie pèche également par les deux extrêmes, c'est-à-dire quand elle admet l'activité interne curative illimitée, ou quand elle la nie tout à fait. Dans un système conciliateur entre la nature et l'art, la thérapeutique a libre devant soi la voie de comparaison entre l'expérience sur l'action des puissances et les actions de la force active de la vie qui opèrent d'elles-mêmes ou qui doivent coopérer ensemble, expérience qui est déjà ou établie, acceptée et consacrée par la pratique, ou qui doit s'expérimenter de nouveau, ou qui est nouvelle. Ces deux catégories d'effets recherchés et connus impriment le caractère scientifique à l'indication; et la philosophie de l'histoire, contemplant l'imperfection de ces doctrines qui ne sont pas placées entre ces deux guides, contemple en même temps et détermine qu'il ne peut pas y avoir d'autre manière pour faire avancer la science en connexion avec les lois de la nature et pour conduire l'art à des découvertes nouvelles et fécondes.

Le principe de causalité, celui de la loi intellectuelle de l'alliance entre les causes et les effets, admis ou contesté, remplacé par le jugement sceptique des successions, ou finalement un axiome *medium* qui concorde avec les données subjectives de la raison, les essais et les résultats de l'expérience, constituent la méthode. D'accord avec l'idée déterminée de la vie ou plus souvent dépendant de cette idée, ces trois méthodes impriment également des caractères divers à la science, dans laquelle la doctrine des causes, encore trop détachée de celle des effets, maintient toutes les pathologies en un état précoce et incertain, parce que l'appréciation diverse ou plus ou moins grande de ces causes, leur relation plus ou moins certaine avec les effets, la situation plus ou moins juste prise par l'esprit pour la trouver et la déterminer, donnent, diminuent ou enlèvent entièrement à la science ces attributs d'universalité et de progrès qui doivent la rapprocher davantage de la perfection. La philosophie de l'histoire, en s'occupant de la méthode et découvrant les vices de situation pris et repris par les esprits dans les recherches, voit la distance qui sépare encore la science d'un système complet et universel de connexion entre les causes et les effets; pourtant elle demande que la méthode soit formée entre les connexions réelles des phénomènes et les modèles ou types d'alliance qui existent dans la raison, parce que le lien nécessaire des faits de la nature et la détermination d'une loi n'expriment pas autre chose que l'éclaircissement donné à ces modèles intellectuels au moyen de suffisantes observations et d'expériences, et leur parfaite union avec le travail et le résultat expérimental; elle demande que la méthode s'étende à tous les éléments des causes, des altérations externes aux internes, soit des parties, soit des humeurs, et elle fait considérer comment les recherches relatives aux semences morbides contenues dans l'atmosphère, dans les aliments, les boissons et dans le monde extérieur, sont à peine commencées; semences dont on ignore jusqu'à présent la quantité et la qualité, le mode et la voie d'introduction dans l'organisme, les altérations les plus constantes qu'elles y déterminent, si elles y demeurent sans changement, ou si elles se combinent et se modifient, si elles sont expulsées altérées ou non, et par quelles voies et dans quels cas elles peuvent être distinguées dans les excrétions critiques comme les facteurs originaires de l'état morbide; elle demande que l'application des moyens physico-chimiques et microscopiques dont la science est si riche aujourd'hui, et dont on se sert si fastueusement dans l'examen des altérations internes des viscères et des humeurs,

bait plus de pluies dans les montagnes que dans les plaines. Les montagnes attirent et retiennent les nuées quand elles viennent à se rassembler par l'effet des vents opposés. Quand les arbres se fixent sur un sol, leurs racines le consolident en le serrant de mille fibres, leurs rameaux le protégent comme un bouclier contre le choc des ondées; leurs troncs et en même temps les broussailles et cette multitude d'arbrisseaux de toute espèce qui croissent à leur pied opposent des obstacles accidentés aux courants qui tendraient à l'entraîner. L'effet de toute cette végétation est donc de recouvrir le sol d'une enveloppe plus solide. En outre, elle divise les courants et les disperse sur toute la superficie du terrain; ce qui les empêche de se porter en masse dans un seul lieu et de s'y concentrer, ainsi que cela arriverait si elles couraient librement sur les surfaces lisses d'un terrain dénudé.

Une forêt, en s'établissant sur une montagne, modifie réellement la superficie du terrain; car si la végétation peut, dans les climats chauds, contre-balancer le pouvoir de décomposition et de transport que possèdent les agents atmosphériques, Embrun, sous le ciel de la provence, ainsi que Gap, avec leurs chaleurs excessives de l'été, sont dans de bonnes conditions pour invoquer cette loi prévoyante de la nature qui seule peut éloigner dans l'avenir la ruine de l'agriculture de leurs campagnes.

C'est déjà un fait incontesté que plus un climat est chaud plus la dégradation des montagnes est considérable. Pourquoi? C'est que la quantité de pluie et la végétation sont proportionnées l'une à l'autre. Mais la dégradation du sol croît avec la quantité de pluie et la force de plusieurs agents météoriques; de sorte que, toutes choses égales d'ailleurs, plus il tombe de pluie plus est grande la destruction du sol; mais l'exubérance de la végétation arrête ces dégâts.

Il est donc avéré que la destruction des bois et les défrichements sur les montagnes ont amené des dévastations sans nombre dans les Hautes-Alpes. S'il est quelque chose de certain pour le médecin, c'est que de l'ensemble de tous ces effets doivent naître de vives et profondes modifications dans les maladies saisonnières et dans les constitutions médicales de cette contrée.

La première des circonstances météorologiques, celle qui sert de base à la division des climats, la température est soumise aux plus profondes vicissitudes, dépendantes d'un sol bouleversé dans sa conformation et ses qualités physiques. Ensuite l'exhaussement de la surface de ce département en montagnes et en plateaux doit imprimer et imprime en effet aux lignes isothermes leurs plus fortes déviations.

Le passage fréquent et rapide de la sécheresse à l'humidité et du chaud au froid est plus ordinaire qu'il y a cinquante ans. Il y a quelquefois 6 ou 8 degrés de différence entre les températures de deux jours consécutifs. Du reste, la température du climat est plus froide de nos jours qu'il y a un quart de siècle, et je n'en veux citer d'autres preuves que le fait de la disparition complète dans le Briançonnais et l'Embrunnais des hirondelles qui étaient très-nombreuses au retour du printemps de chaque année. Le docteur Grange a du reste démontré, par une série d'observations météorologiques, que toute modification géologique qui a pour résultat de changer les rapports des terres et des eaux entraîne en même temps des modifications dans les climats et surtout dans les températures extrêmes, d'où résultent nécessairement l'augmentation ou la diminution des maladies qui coïncident avec les variations thermométriques. A Briançon, à Embrun, à Gap, les pleurésies, les pneumonies, les ophthalmies, les angines, les rhumatismes articulaires se développent avec l'appareil des constitutions inflammatoires le plus intense, le plus tranché, en été, en automne, saisons pourtant où les maladies, dans les contrées voisines, sont le plus souvent ou bilieuses ou catarrhales. Ce pays est donc plus accessible que jadis aux vents du nord et du nord-ouest; ils se déchaînent avec violence et amènent de la neige et de la pluie sur les crêtes des montagnes; leur influence humide et glaciale arrivant dans la vallée y ramène l'hiver au milieu du printemps et en été toutes les intempéries de l'automne. L'échelle des variations thermométriques s'est agrandie, les montagnes dépouillées donnent lieu à des courants plus vifs et plus frais; car au sommet de deux montagnes dont l'une est boisée et l'autre dégarnie, la température diffère souvent de 8 à 10 degrés. Les neiges qui tombent pendant l'hiver s'amassent plus facilement et séjournent plus longtemps sur les cimes dénudées. Celles-ci communiquent leur froideur aux couches d'air qui roulent sur elles, tandis que les crêtes couronnées de forêts amortissent le vent et en brisent le cours.

Sans l'attraction des forêts, celle des sommets ne suffit pas à retenir des nuages que le vent porte ailleurs jusqu'à ce qu'ils rencontrent des obstacles propres à les arrêter et à les résoudre en pluie qui forment les réservoirs intérieurs qui alimentent les sources et entretiennent les rivières à un niveau constant.

Comment les constitutions médicales, comment les maladies annuelles qui ont un rapport si intime avec les phénomènes météorologiques propres à chaque saison de l'année, après tant de tiraillements imprimés à ce sol, surtout depuis un demi-siècle, comment, dis-je, ces constitutions pourraient-elles rester insensibles à tant d'influences variées, immobiles au milieu de tant de changements?

Il n'y a donc pas, et c'est là une des conclusions auxquelles je suis amené par ce travail, de constitution temporaire annuelle dans la pathologie locale de cette contrée.

Quand tout change et se renouvelle à la surface du globe, hors de nous comme au dedans de nous, pourquoi le climat de ce pays, dont j'ai décrit les désastreux fléaux, aurait-il le privilége exceptionnel de rester éternellement le même? Il a changé, il change encore sous nos yeux et changera incessamment, entraîné par le mouvement cosmique des choses qui est la vie de l'univers.

Les transformations climatériques ne sont, en définitive, que les variations successives de la terre à la surface, variations résultant infailliblement du jeu des phénomènes météorologiques que personne ne nie, des ébranlements de cette mobile atmosphère qui mord incessamment sur le sol, de l'action simultanée des sociétés humaines; car la main de l'homme, comme je l'ai dit plus haut, vient ajouter ici son faible effort aux puissances destructives qui menaçaient ce département.

Quelques faits prouvent ici et dans d'autres départements de la France la vérité de ce que j'avance.

Le département de l'Ardèche, où il n'y a plus un seul bois considérable, a éprouvé depuis trente ans une perturbation dont les gelées tardives autrefois inconnues dans ce pays sont un des effets les plus funestes. Charles Boerrch (de Strasbourg) a parfaitement démontré que le déboisement considérable de l'Alsace a eu pour résultat d'imprimer aux saisons de fréquentes irrégularités, de rendre la vallée du Rhin plus accessible au vent du nord qui y est glacial. Dans quelques localités protégées autrefois contre l'effet frigorifique de certains vents, la destruction de ces abris naturels a

---

aille de concert avec les recherches physiques, chimiques et microscopiques sur l'atmosphère, les aliments, les boissons et les autres agents physiques du monde extérieur avec lesquels la vie humaine est continuellement en contact et en combinaison; elle demande encore qu'on mette à part les premières recherches, parce qu'elles ont encore besoin d'épreuves comparatives avec les secondes, et au lieu d'édifier sur elles des nosologies et des pyrétologies précoces qui, bien que poussées jusqu'au fanatisme du *nucléole*, ne conduiraient jamais à quelque loi de commun accord; *qu'on attende* jusqu'à ce que cette chaîne et cette alliance entre causes extérieures et effets intérieurs, qui sont indispensables pour établir la connaissance parfaite d'une maladie, se montrent invariables et complètes au milieu de toutes les recherches. Dans les époques conciliatrices, la méthode qui conduit entre les causes extérieures et les effets internes s'est manifestée d'abord comme un squelette; mais revêtu de toutes ses formes ce squelette s'est peu à peu recouvert de chairs proportionnellement aux moyens anatomiques, physiques et chimiques dont la science s'est enrichie; il appartient aux contemporains de rendre son incarnation parfaite, eux qui sont pourvus de plus de travaux et de moyens.

Si donc une philosophie de l'histoire de la médecine est possible, elle n'est pas autre chose que la théorie des archétypes, qui se présentent comme les plus éminentes généralités dans le progrès naturel de la science elle-même.

(*La fin à un prochain numéro.*)

— Le général commandant la garde nationale de la Seine vient de publier un ordre du jour en vertu duquel sont dispensés du service les médecins attachés aux bureaux de bienfaisance.

— M. le docteur Emile Wouters, ancien élève de l'Université de Bruxelles, ex-interne aux hôpitaux civils de la même ville, âgé de 27 ans seulement, a succombé, le 5 juin dernier, à une pleurésie chronique avec épanchement.

— M. le docteur Dewilde (de Liége) vient de succomber après une longue et pénible maladie.

— S. M. la reine d'Angleterre vient de conférer à M. le docteur Olliffe, médecin de l'ambassade anglaise, à Paris, le titre de chevalier (knight) du Royaume-Uni de la Grande Bretagne et d'Irlande.

— Le cinquième prix triennal fondé par Astley Cooper sera décerné le 1er janvier 1856, à l'hôpital de Guy à Londres.

Sujet du prix : *De la cause de la coagulation du sang.*

Le prix est de 7,200 fr.

Les mémoires devront être originaux et accompagnés de préparations et de planches qui demeureront la propriété de l'hôpital. Ils seront écrits en anglais ou accompagnés d'une bonne traduction. Seront exclus du concours les membres de l'hôpital de Guy et de l'hôpital Saint-Thomas, ainsi que les personnes liées à eux par quelque degré de parenté.

On adressera les mémoires et autres préparations aux médecins et chirurgiens de l'hôpital de Guy à Londres.

compromis des cultures avantageuses. Plusieurs départements de la France ont dû renoncer à la culture de l'olivier, du maïs et de la vigne. Avant la révolution, le figuier réussissait dans le vignoble d'Argenteuil aux environs de Paris; il n'en est plus ainsi depuis la destruction d'un petit bois à l'extrémité de la montagne de Sanois qu'alimentaient plusieurs sources aujourd'hui taries.

Le déboisement a privé et frustré Bourbon-Vendée des sources qui y arrivaient auparavant.

Sagement dirigée, l'exploitation des forêts amène des résultats bien différents. La Pensylvanie doit l'amélioration de sa température au défrichement et à l'encaissement de ses rivières. Pline le jeune ne pouvait élever des oliviers où ils croissent aujourd'hui en pleine terre. Du temps d'Ovide, l'Euxin restait quelquefois gelé pendant deux ans. Mais avant de s'étendre au climat tout entier d'une vaste région, c'est d'abord sur les localités que la puissance du déboisement ou de la culture s'étend, sous le point de vue pathogénique, c'est d'abord par les maladies endémiques, puis sur les constitutions médicales, que les agents atmosphériques manifestent leur puissance.

Les maladies endémiques sont l'expresssion pathologique des localités; elles dépendent de causes souvent inconnues, mais ordinairement locales et permanentes; car elles ne sont pas le produit seulement de l'air et des eaux du sol, mais bien aussi des aliments, des boissons qui composent le régime des différents groupes de population, ainsi que de leurs coutumes et de leurs mœurs.

Ces maladies endémiques ont donc la même influence sur le mouvement des populations locales que celle qui est dévolue en détail aux maladies sporadiques ou en gros aux constitutions médicales; c'est un des grands faits qui résultent de l'étude de la pathologie générale que celui-là qui nous apprend que les maladies sont diversement distribuées sur le globe, comme les causes qui leur donnent naissance. Mais y sont-elles groupées comme des espèces animales et végétales? Ceci est exagéré; mais il est certain que plusieurs d'entre elles semblent confinées dans la sphère où elles prennent naissance.

Le crétinisme, le goître, voilà des maladies endémiques propres aux Hautes-Alpes.

D'autres maladies, quoique ayant plus d'expansion, ne franchissent point une certaine limite dans leur propagation suivant leur latitude ni dans leur marche ascendante. Il en est qui se transforment dans leur type et qui se déroulent du nord au midi comme sur une échelle progressive de fréquence et de gravité dans cette contrée, dont nous avons indiqué quel était l'état du sol, de l'air, des eaux, dans ces localités dont nous avons recherché l'exposition, les circonstances météorologiques, les ondulations du sol, les influences si incontestables du déboisement, des torrents. Quelles empreintes, quelles modifications reçoit la pathologie locale?

Ici les maladies sporadiques sont plus graves, plus nombreuses, revêtant toujours le caractère inflammatoire; les maladies endémiques le sont donc aussi, et leur caractère le plus distinctif est d'éclater avec des formes et dans des circonstances météorologiques toujours insolites, en un mot sous l'empire de constitutions médicales inattendues, imprévues. Voilà le premier résultat de l'irrégularité des saisons.

La constitution d'une saison se compose des constitutions de chaque jour, et c'est par la constitution des saisons que l'observateur règle la constitution de l'année entière. On prend habituellement pour base de la météorologie des saisons les quatre conditions atmosphériques suivantes :

1° Saison froide et sèche;
2° Froide et humide;
3° Chaude et humide;
4° Chaude et sèche.

On admet également qu'il se forme, sous l'empire de ces divers états climatériques, des constitutions à peu près invariables, savoir :

Une constitution catarrhale en hiver;
Une constitution inflammatoire au printemps;
Une constitution bilieuse en été;
Et une constitution catarrhale muqueuse en automne.

Dans le département des Hautes-Alpes, la constitution propre à une saison n'est jamais tranchée, nettement définie, presque toujours elle se continue dans la saison qui la suit immédiatement, la constitution inflammatoire, par exemple, propre au printemps, envahit les trois quarts de la pathologie des affections de l'été, et la constitution médicale propre à l'automne est absorbée presque en entier par les maladies de l'été et de l'hiver.

Il n'y a donc que des constitutions mixtes, et cela depuis un grand nombre d'années. Les éruptions exanthématiques, la rougeole, la scarlatine, la variole, les fièvres d'accès, qui prédominent ordinairement sous l'influence d'une constitution humide et chaude, par un retour subit du froid sont entravées par la coïncidence des maladies catarrhales ou parenchymateuses; car dans les contrées humides et froides, prédomine la forme catarrhale, et dans les lieux élevés et secs activement ventilés prédomine la forme inflammatoire. Les hivers, dans les Hautes-Alpes surtout, présentent et résument toutes les maladies susceptibles d'apparaître sous de telles influences : ce sont les inflammations des systèmes cutanés, muqueux et fibro-cartilagineux.

Mais ici, telle est souvent la rigueur de l'hiver, tant sont voisines et rapprochées de nous ces causes sans nombre qui nous ramènent avec les vents les pluies, les orages et les torrents, les vicissitudes du froid et du chaud, que les maladies se ressentent presque l'année entière de l'irrégularité des saisons, dont les conditions hygrométriques, géologiques et météorologiques sont si tyrannisées par l'influence du sol.

Il n'y a donc pas de constitution dans ce département que l'on puisse nommer stationnaire ou temporaire : il n'y a que l'ensemble de ces trois sortes de constitutions, ce qui forme la constitution médicale mixte (j'ai dit plus haut ce qu'il fallait entendre par constitution médicale mixte). Voilà du reste comment il est permis d'expliquer physiologiquement le mode de formation de ces prédominances imprimées par les saisons à la pathogénie.

A l'hiver correspond une constitution inflammatoire et catarrhale, parce que la respiration est plus parfaite, le sang est plus oxygéné, surtout dans ces montagnes, plus coagulable, le pouls est fort, la digestion plus active; dès lors, quoi de plus ordinaire que de voir les maladies qui se développent dans de telles conditions offrir cela de commun que les parenchymes riches en vaisseaux soient plus spécialement affectés.

Au printemps régnent les maladies catarrhales qui forment le passage à celles qui régnent au mois de juin. Le canal intestinal, ainsi que l'organe cutané, participent également aux maladies de cette saison. Quand les torrents débordés il y a peu d'années encore laissaient sur de vastes surfaces, aux environs des villages qu'ils menacent, ceux par exemple situés dans les communes de Chorges, des Rohiers, déposaient, dis-je, un limon organique sur lequel l'irradiation solaire agissait, les maladies avaient toutes une tendance à prendre le masque des fièvres larvées ou la forme des pyrexies intermittentes.

En été, le foie et le système de la veine porte deviennent plus actifs, c'est par leur secours que se fait la décarbonisation du sang : le pouls est plus petit, la sérosité du sang jaunâtre, la bouche pâteuse, la soif plus marquée que la faim; les maladies tendent toutes à se terminer par des évacuations critiques. Il est bien évident que le génie de la constitution est bilieux au mois d'août, mais surtout après cette époque se manifeste de nouveau un état semblable à celui du printemps. Les angines, les bronchites reparaissent enfin dans les derniers mois d'automne, la constitution muqueuse sthénique paraît prédominer, elle est favorisée par la période du système de la veine porte.

Ce que je viens de dire explique d'une manière à peu près invariable, pour le climat tempéré de la France, la formation et la prédominance en telle ou telle saison d'une constitution médicale spéciale; mais, dans les Hautes-Alpes, les constitutions médicales sont susceptibles d'être ramenées au type suivant :

En hiver, constitution catarrhale et inflammatoire;
Au printemps, constitution sthénique et bilieuse;
En été, constitution bilieuse et inflammatoire;
En automne, constitution inflammatoire et muqueuse.

Rien n'est plus variable que la durée du printemps pendant lequel se fait sentir le génie propre à chacune des quatre constitutions mixtes que je viens d'énumérer.

Les maladies épidémiques, c'est-à-dire ces maladies qui se montrent à la fois dans un temps déterminé pour attaquer un grand nombre d'individus de la même espèce, vivant dans les mêmes circonstances, et qui, dans leur marche générale, représentent un tableau commun et analogue à celui qu'offre la même maladie considérée chez le même individu, ces maladies épidémiques, ainsi que les maladies intermittentes, sont rares dans ce département, tandis que, dans certaines contrées, les dernières surtout, elles tendent à envahir tout le domaine pathologique.

Pendant une période de huit ans, M. Tourdes a vu diminuer les maladies continues en raison de l'augmentation des fièvres intermittentes. Déjà, en effet, la seule influence des marais abrége la vie moyenne et augmente la mortalité. Si ce fléau s'ajoutait à ceux dont j'ai parlé, cette population pourrait-elle subsister sous les coups de tant de maux réunis et sévissant avec une égale intensité?

Où une cause prédomine, on observe au premier plan de la pathologie locale les effets qui correspondent à cette cause.

Ici le fait le plus général, que personne ne nie, c'est certainement celui de l'irrégularité des saisons dans ses rapports avec les constitutions médicales qui, comme je le pense, gouvernent la formation de toutes les maladies annuelles.

Mais voyons de quelle manière les constitutions médicales, dans leurs résultats généraux, expliquent la production, et la filiation, par ordre de saisons, des maladies dans le département des Hautes-Alpes.

Au printemps caractérisé météorologiquement par des vicissitudes atmosphériques de toutes sortes, participant du froid de l'hiver, dans le début, de la chaleur de l'été, au déclin, les maladies dominantes sont catarrhales inflammatoires dans la première période, et catarrhales bilieuses dans la seconde. Les organes de la respiration et de la digestion en sont le principal siége.

Pendant l'été, le développement de la chaleur fait prédominer bientôt les affections bilieuses; mais l'été, ici, très-ordinairement variable, participe plus ou moins des caracteres du printemps et des caractéres de l'automne. Les affections bilieuses, qui sont rares, je l'avoue, grâce à la pureté, à la salubrité de l'air, se combinent toujours, à des degrés notables, avec l'élément phlogistique et l'élément muqueux.

Les appareils gastrique, hépatique et intestinal, se trouvent plus particulièrement atteints.

En automne, le redoublement des variations atmosphériques remet en première ligne les affections catarrhales du printemps. Il y a pourtant cette grande différence que dans le printemps, saison variable et froide, précédée d'ailleurs par l'intensité du froid de l'hiver, l'affection catarrhale marche en concurrence avec les affections inflammatoires; tandis qu'en automne, saison variable et chaude, précédée au contraire par l'été, l'affection catarrhale va conjointement avec l'affection bilieuse; cette dernière combinaison se montre d'ailleurs susceptible de dégénérer dans des états graves et de revêtir des formes pernicieuses. Les organes abdominaux, les intestins entre autres, souffrent plus spécialement. Enfin pendant l'hiver, où le froid est dominant, les affections phlogistiques prennent le dessus, et comme, dans les Hautes-Alpes, avec le froid viennent constamment des pluies, des neiges, de fortes vicissitudes atmosphériques, les affections inflammatoires vont de concert avec les affections catarrhales et muqueuses, deux modes morbides analogues, mais qui ne sont cependant point identiques. Le système sanguin, et plus encore le système muqueux de tout l'organisme, se trouvent alors le plus compromis.

Tels sont les faits principaux que j'ai voulu, en me plaçant sous le point de vue pathogénique, mettre en relief, et qui se résument ainsi :

1° L'orographie et la géologie du département des Hautes-Alpes sont les causes de l'insalubrité du climat et de l'irrégularité des saisons.

2° Le débordement et les torrents sont deux fléaux de cette contrée qui interviennent dans l'apparition des maladies par les modifications qu'ils impriment aux constitutions médicales.

3° Les constitutions médicales, qui partout dominent les individualités morbides qui sont l'expression pathologique d'une contrée, altérées par les vicissitudes des saisons, ont dans ces montagnes une influence complexe sur la production des maladies saisonnières.

4° Il n'y a, dans les Hautes-Alpes, que des constitutions médicales mixtes.

5° Sous l'influence des constitutions médicales mixtes, les maladies aiguës sont plus nombreuses et la mortalité plus considérable dans les Hautes-Alpes.

Dans ce dernier corollaire, je ne veux pas dire que les constitutions médicales mixtes soient plus dangereuses par le caractère de gravité qu'elles impriment aux maladies, mais je veux entendre par là que les maladies inflammatoires, celles qui détruisent avec tant de promptitude les organes essentiels à la vie, celles par lesquelles le plus grand nombre des hommes périssent, sont plus nombreuses, sévissent sans relâche et appellent, sur ces populations, des causes plus fréquentes de mort certaine.

Le médecin doit donc connaître le mal et ses sources et essayer d'en préserver, s'il ne peut l'étouffer et faire arriver sa voix à ceux qui ont le pouvoir d'accomplir les mesures propres à le faire disparaître.

L'homme n'est pas soumis fatalement à des influences dont il ne saurait surmonter aucune; le Créateur l'a pourvu d'une force d'initiative qui le met en état de réagir sur la nature, et comme l'a dit si éloquemment un savant médecin :

« S'il ne peut transformer le type général de ce climat, si ses facultés se brisent contre des obstacles grandioses, s'il ne peut abaisser les cimes alpestres découronnées de leurs neiges éternelles, il est le maître du terrain qu'il foule, le régulateur des influences de localités; il peut corriger beaucoup de causes nuisibles, se soustraire à celles qui sont réfractaires à son industrie, par son intelligence et son travail : il réussit à conquérir des droits imprescriptibles à la vie et au bien-être, là où la nature marâtre a prodigué sous ses pas comme un luxe d'insalubrité et de mort. »

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

SUR LA CAUTÉRISATION DANS SES RAPPORTS AVEC L'INFECTION PURULENTE ; par M. DIDAY.

La cautérisation affranchit-elle *toujours* de l'infection purulente? Cette grave question qui s'est agitée récemment, dans la GAZETTE MÉDICALE, entre MM. Bourguet et Philipeaux, offre une telle importance, que je n'hésite pas à braver le danger attaché au rôle de médiateur ou d'arbitre, en venant aujourd'hui, dans l'intérêt de la science, tâcher de remplir cette mission de conciliation.

C'est sur un fait particulier que le débat s'est engagé. Un bubon, on se le rappelle, fut cautérisé par M. Bourguet. Le malade étant mort d'infection purulente, M. Bourguet donne cet exemple comme bien fait pour démentir les espérances que divers auteurs, M. Bonnet (de Lyon) plus spécialement, ont fondées sur la cautérisation comme capable de prévenir d'une manière certaine cette funeste terminaison.

Un peu plus tard, M. Philipeaux, examinant les détails de l'observation, crut reconnaître et affirma que les conditions essentielles de la cautérisation n'y avaient pas été observées; qu'on n'avait, notamment, cautérisé *qu'une partie* de la cavité suppurante; que, par conséquent, le développement de la complication diathésique mortelle prouvait contre l'opérateur, mais laissait intact l'honneur de la méthode, ainsi que les franchises promises par elle.

Enfin, M. Bourguet réclame, dans le numéro du 4 juin de la GAZETTE MÉDICALE, contre cette appréciation. Selon lui, ce n'était pas dans une cavité suppurante, c'est sur une tumeur solide que le caustique a agi. Il pouvait donc l'entamer sans réaliser les conditions pyo-hémo-géoésiques qui résultent, à ses yeux comme à ceux de ses adversaires, de la mise à nu d'une cavité qu'occupe le travail de suppuration.

Je serai bref sur le fait en litige; je serai bref, mais je dois être franc; car la haute portée d'une pareille question interdit à qui veut y prendre part tout ménagement dicté par des considérations de personnes. Non! bien que M. Bourguet ait toute qualité pour être cru sur parole, bien qu'il affirme expressément n'avoir eu affaire qu'à une *tumeur solide*, non, il m'est impossible de ne pas supposer là de sa part quelque méprise involontaire. Que son malade n'offrît pas un foyer purulent, une poche à contenu liquide, comme celle d'un dépôt phlegmoneux ou d'un abcès froid, je l'accorde volontiers. Mais s'il n'y avait pas de parties en suppuration, s'il ne s'agissait, comme il l'énonce, que de tissus *mollasses, fongueux, indurés*, pourquoi dit-il que, au début, « de la fluctuation s'étant manifestée dans divers points, plusieurs ponctions étaient devenues nécessaires? » Un chirurgien, même très-expérimenté, peut se tromper et ponctionner, par inadvertance, une tumeur solide. Mais, lorsqu'il rédige, après coup, l'histoire du malade, il se garde bien, si un tel accident lui est arrivé, d'écrire que ces ponctions *étaient nécessaires*. — Il y a plus : on trouve encore dans l'observation ces mots : « au lieu de tendre vers la guérison, les ouvertures résultant de ces ponctions restent fistuleuses. » Or pourquoi cette transformation en fistules? Comment expliquer cette permanence de l'ouverture, s'il n'y avait pas un suintement liquide quelconque pour l'entretenir? Piquez un lipome, et veuillez me dire si la plaie demeurera bien longtemps béante!

Je n'hésite donc pas, moi qui n'ai rien vu, moi qui écris à soixante lieues du théâtre des faits, je n'hésite pas à affirmer, contrairement à la déclaration de M. Bourguet, qu'il y avait là du pus, puisqu'il y avait là des fistules. J'en appelle, plein de confiance en sa loyauté, de ses restrictions de 1853 à sa narration primitive de 1852. En vain prend-il soin de nous avertir aujourd'hui que *ce n'était pas là un bubon ordinaire!* Quelque extraordinaire que je consente à le supposer, la logique chirurgicale la plus simple ne me permet pas de croire à une fistule sans un fluide qui la traverse.

Comment donc se rendre compte de l'illusion où paraît être notre estimable correspondant? Rien n'est plus facile à faire comprendre; et, avec l'expérience spéciale qu'il m'a été donné d'acquérir sur cette espèce d'affections, je vois d'ici la cause du malentendu. Le bubon en question est l'une de ces adénites chroniques, peu rares lorsqu'un engorgement, *non spécifique*, se développe chez un sujet *lymphatique*. Les ganglions, comme cela a été noté avec raison par M. Bourguet, deviennent alors mollasses, fongueux, indolents. La suppuration autour d'eux est en effet extrêmement peu abondante; mais enfin il y en a : cela est tellement vrai qu'on les trouve le plus souvent cernés, presque isolés à leur circonférence, n'adhérant plus que par leur base, séparés les uns des autres par des intervalles où le stylet s'enfonce assez profondément. C'est justement pour des engorgements de ce genre que j'ai proposé un procédé d'excision à l'aide d'une cuiller tranchante.

Or, ce vide qui existe autour des ganglions, ces intervalles qui les sépa-

reot, qu'est-ce sinon une surface où s'accomplit un travail de suppuration, travail dont le produit est, je l'avoue, très-peu abondant, mais dont l'essence même prouve que les tissus qui en sont l'objet peuvent fort bien, dans une circonstance donnée, subir les modifications fâcheuses qui deviennent le point de départ de l'infection purulente ?

Dégageons maintenant la discussion des entraves du point de fait. Plus nous l'élèverons, et plus notre préférence en faveur de l'explication de M. Philipeaux paraîtra justifiée; — car ce n'est pas seulement la vérité qui est pour elle, c'est l'avenir. Ce serait en effet considérer sous un aspect bien étroit les services de la synthèse médicale que de restreindre la portée des déductions qu'elle suggère à l'importance de ces règles didactiques qu'une seule exception peut renverser. Lorsque, dans les sciences naturelles, sur quelque question encore obscure, un homme supérieur promulgue une loi, je m'empresse d'examiner les bases sur lesquelles il la fonde. S'il s'agit de médecine, si la découverte apporte, en même temps qu'une solution théorique, un remède à des désordres jusque-là réputés incurables, mes sympathies les plus vives sont acquises à son œuvre. S'il invoque en preuve des milliers de faits concordants, je ne refuse point pour cela d'enregistrer les faits opposés qui peuvent ensuite être produits; mais je les apprécie, je l'avoue, avec une certaine défiance, persuadé que la nature a, pour les mêmes cas, une marche identique, et, d'instinct, croyant davantage à l'inattention du contradicteur, à quelque différence dans les conditions de l'expérience alléguée comme objection, qu'à la fausseté de l'explication proposée par le premier auteur. C'est de la crédulité, direz-vous : je maintiens moi que, en droit, c'est tout simplement de l'équité; en fait, de la prudence.

Et d'abord, j'ai parlé de *lois*. Mais il faut distinguer entre les décrets mal digérés qu'enfante journellement la soif de créer du nouveau, le désir de faire autorité dans la science, ou quelque passion moins noble, et ces formules élevées, fruits de travaux sérieux, nées de l'analogie, développées par l'expérience, et dûment légitimées par le patronage d'un nom honorable qui se compromettrait en les signant à la légère. A ces conditions, tout le monde en conviendra, il n'y a que stricte justice à justifier l'examen avec un préjugé favorable pour l'inventeur; à attendre plus d'une exception avant de le taxer d'erreur; à convenir que certains insuccès ont très-bien pu dépendre d'une défectueuse application de ses principes. Soyons sévères à nous-mêmes avant de l'être aux autres; ce précepte évangélique est ici tout à fait à sa place. Quand le génie ajoute aux richesses de la science, n'allons pas, critiques, détruire, par une imprudente précipitation, les précieuses semences dont si peu déjà, hélas ! viennent à bien.

En suivant cette ligne, en se pénétrant bien des conditions où doit se placer celui qui ouvre l'enquête sur une de ces lois générales, M. Bourguet aurait évité quelques assertions hasardées. Ainsi il dit de la méthode sous-cutanée que son inventeur n'admet point la constante et complète immunité d'accidents graves pour les plaies de ce genre. Or, je me crois, au contraire en droit d'affirmer que M. J. Guérin — dont sans doute il est ici parlé — professe aujourd'hui plus que jamais l'entière innocuité des opérations sous-cutanées, pourvu, bien entendu, qu'elles aient été appliquées aux indications et exécutées selon les règles rigoureusement déterminées par lui. Ainsi il demande : « Que sont devenues les lois de M. Ricord sur la syphilis ? et que deviennent-elles tous les jours lorsqu'on cherche à les vérifier au lit du malade? » Sans doute les progrès ultérieurs, l'observation de jour en jour plus clairvoyante pourront amener la révision de quelques articles de ce code si admirablement tracé par la main du génie. Mais l'expérience cent et cent fois répétée peut seule revendiquer ce privilége. Et pour être autorisé à les juger en de pareils termes, avant de déclarer qu'on les a trouvées en défaut, il faudrait en vérité les avoir appliquées soi-même avec un peu plus d'orthodoxie que ne semble le faire M. Bourguet, qui parle comme d'une chose toute simple d'un traitement mercuriel de trois mois, prescrit à son malade pour un bubon, suite de blennorrhagie.

Mais c'est surtout par la gravité de ses conséquences pratiques que va ressortir le danger attaché à l'interprétation de M. Bourguet. La cautérisation ne prévient point l'infection purulente d'une manière absolue, dit-il. Donc *la meilleure règle de conduite consiste à surveiller ses premiers symptômes afin de pouvoir la combattre de bonne heure, ou mieux encore ses causes afin de les éloigner.*

Pour bien calculer les suites d'une pareille doctrine, pour décider de quel côté se trouve non plus la vérité, si vous voulez, mais la sûreté, examinez à quel résultat conduit l'une et l'autre, au cas où elle se trouverait fausse. M. Bonnet propose la cautérisation comme un préservatif assuré. Eh bien ! supposons-le dans l'erreur ! Peut-être négligera-t-il un peu l'hygiène de ses opérés, peut-être mettra-t-il plus de mollesse à traiter les premiers phénomènes inquiétants qui se présenteraient chez eux. M. Bourguet, de son côté, croit plutôt à l'efficacité de ce dernier ordre de soins. N'est-il pas, dès lors, à craindre qu'il ne se laisse un peu plus aller à user de l'instrument tranchant là où M. Bonnet aurait vu l'indication des caustiques?

Il y aurait, on le voit, des deux côtés, tendance naturelle à une pratique défectueuse par quelque point. Mais la grande, la capitale différence, c'est que, en suivant M. Bonnet, le système préféré a le double avantage d'offrir d'abord une ressource prophylactique dont la puissance, sinon la toute-puissance, est reconnue même de ses adversaires, puis de laisser ensuite le champ entièrement libre à toute autre médication hygiénique, opératoire ou pharmaceutique qui paraîtrait ultérieurement nécessaire. Avec M. Bourguet, au contraire, c'est le traitement consécutif qui est mis sur le premier plan, motif bien suffisant pour ne faire craindre qu'on ne néglige les précautions qui dépendent du mode d'opérer. Puis, — second grief non moins sérieux, — parmi ces soins ou ces médicaments qu'il préconise, en est-il un seul vraiment éprouvé par le succès, un seul qui mérite de balancer celui qui est ici en question ? J'ai vu amputer loin de l'encombrement et du méphitisme, au sein du calme moral le plus profond, avec des pansements rares ou fréquents, l'appareil à incubation ou celui à irrigation ; j'ai vu prodiguer, dès le premier frisson de résorption, le quinquina, le mercure, l'aconit, les sudorifiques, les exutoires, les purgatifs; j'ai vu....., et je ne suis que trop en mesure de savoir sur quel fondement repose une pareille confiance.

« Vaine et subtile distinction, pure logomachie! dira M. Bourguet. Ne puis-je donc, sans être fanatique de la cautérisation, l'employer tout aussi souvent et de la même manière que ses plus ardents enthousiastes ? »

Je ne veux point répondre par un démenti à ce spécieux argument; mais il dénoterait cependant une telle ignorance du *cœur humain chirurgical* qu'il faut bien montrer ce que, valable peut-être pour son savant auteur, il aurait de peu applicable à la pratique générale. La cautérisation n'est point l'un de ces moyens usuels, à la portée de tous, bien venus des malades, faciles à administrer, sans compensation pénible, appartenant à cet arsenal d'armes inoffensives sinon efficaces où l'on puise un peu au hasard pour les besoins de la médecine courante. Remède douloureux, cruel, effrayant, ce n'est pas trop pour l'oser conseiller, pour le faire adopter, pour l'appliquer dans sa salutaire rigueur, d'être profondément convaincu que rien ne peut le remplacer. Sans cette indispensable condition, vous méconnaîtrez la plupart de ses indications véritables ; vous persisterez, avant d'en venir là, dans une dangereuse temporisation ; en un mot, vous ferez, avec Hippocrate, de ce qui doit être un agent préservatif, une ressource extrême; puis, une fois ce parti pris et le fer à la main, ou vous verra mollir dans l'exécution, marchander la durée et la répétition des manœuvres nécessaires, hésiter à poursuivre l'ennemi jusqu'au fond des sinuosités où il se retranche...

Je laisse aux hommes de bonne foi, à M. Bourguet tout le premier, à peser ces considérations. Elles transportent, je le crois, la question sur un terrain où il sera facile aux deux honorables adversaires de s'entendre, puisque, sans condamner ni l'un ni l'autre, elles montrent seulement les conséquences fâcheuses toutes deux, mais inégalement dangereuses, auxquelles, à son insu, chacun d'eux pourrait se laisser entraîner.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros de 1852 et du premier trimestre de 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observation d'une hernie étranglée opérée*; par M. Soulé. 2° *Lésions traumatiques nombreuses, peu appréciables pendant la vie; mort deux heures après l'accident*; par M. Dupuy. (A l'autopsie, on découvre 18 fractures, 2 luxations, une plaie de la vessie, de l'intestin grêle, du mésentère, etc.). 3° *De la méningite tuberculeuse étudiée au point de vue clinique*; par M. Legendre. 4° *N'y a-t-il de transmission possible de la syphilis que par les accidents primitifs?* par M. Venot. 5° *Observation d'hydatides du foie*; par M. Costes. 6° *Plaie de la main par arme à feu*; par M. Dupuy. 7° *Observations d'engorgements chroniques de la rate; résolution par l'usage du fer réduit par l'hydrogène*; par M. Costes. 8° *Suicide par un coup de pistolet*; par M. Dupuy. (Plaie en séton, étendue de la fosse temporale droite à la bosse pariétale gauche; issue de la substance cérébrale par les deux ouvertures; mort une heure et demie après l'accident.) 9° *De l'accouchement prématuré*; par MM. Desbomes, Roussel et Jeannel. (La mère a guéri; l'enfant est venu et est demeuré vivant.) 10° *Observation de fracture de l'apophyse odontoïde et luxation de l'atlas sur l'axis*; par M. Costes. 11° *Incontinence d'urine, suite d'une impression morale brusque; injections de strychnine, guérison*; par M. Panel. 12° *Obser-*

vation d'hydatides rendues par les voies urinaires; par M. H. Gintrac. 13° *Observation de paraplégie essentielle chez une jeune fille, guérie rapidement par la strychnine*; par M. Costes. 14° *Observation de croup chez un enfant de 3 ans; trachéotomie, guérison*; par M. Azam. 15° *Bronchite chronique guérie par le tartre stibié à haute dose*; par M. H. Gintrac. 16° *Observation d'épanchement pleurétique résorbé par l'usage d'une pommade iodurée*; par M. Bernardet. 17° *Action physiologique du seigle ergoté dans les hémorrhagies*; par M. Dubreuilh fils. 18° *Végétations syphilitiques; excisions ulcéreuses, inoculations*; par M. Venot. 19° *Quelques observations de luxations*; par M. Dupuy. 20° *Érysipèle; infructueuse application du collodion*; par M. Venot. 21° *Épanchement pleurétique avec affection du cœur; thoracentèse, mort*; par M. Burguet fils. 22° *Ulcères tertiaires; traitement par l'iodure de fer et le nitro-tannate de mercure*; par M. Venot. 23° *Consolidation d'une fracture, empêchée par la grossesse*; par M. Dupuy.

N'Y A-T-IL DE TRANSMISSION POSSIBLE DE LA SYPHILIS QUE PAR LES ACCIDENTS PRIMITIFS? par M. VENOT.

A cette question très-catégoriquement posée, M. Venot répond, d'une façon non moins nette : Oui, il n'y a de transmission possible que par les accidents primitifs. Distinguant avec soin les diverses conditions par lesquelles et dans lesquelles la transmission peut s'opérer, il déclare :

1° Que les expériences tentées dans le but d'inoculer les accidents secondaires et tertiaires n'ont abouti qu'à de constantes négations, malgré celles faites par M. Vidal (de Cassis), M. Cazenave et quelques autres. Il les a lui-même répétées vingt-deux fois, en octobre 1850, à l'hospice Saint-Jean, avec l'assistance du docteur Desmartis fils ; et le résultat a constamment été négatif.

2° Que la contagion ne peut non plus avoir lieu par les rapports sexuels ou autres entre un individu atteint d'accidents secondaires et un individu sain. Comme exemple des méprises qu'on peut commettre sur le mode d'origine de ces lésions, nous reproduirons, dans les termes pittoresques dont il se sert pour la raconter, l'histoire suivante, que les *contagionistes-secondaires* auraient sans doute interprétée d'une manière toute différente :

Obs. I. — Un banquier avait conçu une vive affection pour une fille publique avec laquelle il entretenait de fréquents rapports, qui bientôt prirent un certain air de légitimité; car, dans un accès de philanthropie amoureuse, notre Turcaret fit rayer cette personne du grand livre du dispensaire, pour vivre maritalement avec elle. Quoique jolie et encore jeune, cette femme portait depuis six mois une ulcération tertiaire à la jambe, accident qui existait là comme le dernier aboutissant d'une syphilis négligée depuis plusieurs années. Cachant avec soin ce stigmate accusateur, et douée d'une sorte de santé fébrile, caractère essentiel de l'excitation vénérienne, elle faisait le bonheur et la joie de son protecteur, lorsque, hélas! fatiguée de la vie monotone et trop régulièrement heureuse qu'elle menait, il lui vint des réminiscences de galons et d'épaulettes. Un sous-lieutenant de la ligne, admis en tiers dans ce tranquille intérieur, y porta le virus de chancres primitifs; ceux-ci furent bientôt escomptés par le banquier, auquel on fit une histoire de vieux péchés, en exhumant le mal de la jambe, qui n'en pouvait mais, et qui reçut tous les honneurs d'une thérapeutique à nouveau.

3° Que la contagion des accidents secondaires ne peut, non plus, avoir lieu de nourrice à nourrisson, et *vice versâ*.

M. Venot explique de la même manière que précédemment les exemples cités comme preuve de la contagiosité des accidents syphilitiques congénitaux. Pour lui, ce fait qu'une nourrice vénérienne peut impunément allaiter un enfant, établit suffisamment la non-réalité de cette transmissibilité, à laquelle tant de médecins croient encore. Et il pense que les cas où le mal paraît s'être communiqué dans ces conditions sont entachés d'erreurs qu'une observation plus sévère eût aisément dévoilées, pour ramener les faits eux-mêmes sous l'empire de la loi commune. Nous ne saurions mieux faire connaître ces causes de méprise qu'en rapportant l'un des cas où elle nous semble avoir été le mieux constatée.

Obs. II. — Une nourrice apporta chez M. Venot une petite fille de trois mois et demi qu'elle allaitait. La nourrice avait des plaques muqueuses au mamelon, des excoriations rouges et purulentes aux abords de la bouche, des narines et des yeux; croûtes humides dans les sourcils et sous les bandeaux de cheveux couvrant le front. Chez l'enfant, pustules plates au pourtour de la vulve et de l'anus, rougeurs ulcératives des talons, aphthes vifs sur la langue et le palais, sorte de muguet fort douloureux qui torture cette malheureuse petite fille. Les parents et la nourrice s'accusaient mutuellement. M. Venot, connaissant parfaitement l'état sanitaire des parents, obtint non sans peine d'examiner la nourrice, et lui trouva des chancres indurés à la fourchette et sur un repli myrtiforme de la vulve, ainsi que deux adénites inguinales douloureuses. Son mari s'avoua le premier coupable, il portait un paraphymosis ulcéreux qu'il avait, jusque-là, négligé de faire traiter.

CONSOLIDATION D'UNE FRACTURE EMPÊCHÉE PAR LA GROSSESSE; par M. DUPUY.

Aux faits déjà connus et établissant l'influence défavorable de l'état de grossesse sur la consolidation des fractures, nous ne pouvons nous dispenser d'ajouter celui-ci. En effet, il prouve de deux manières le point en litige; d'abord il contient, à côté de l'épreuve, la contre-épreuve, à la fois la plus péremptoire et la plus rassurante, puisque la fracture s'est soudée spontanément aussitôt après l'accouchement terminé. En second lieu, si l'obstacle a été, dans ce cas, aussi évident, aussi fortement prononcé, cela ne tient-il pas, ainsi que M. Dupuy le présume, à ce qu'il s'agissait d'une grossesse double?

Obs. — Une femme, assez jeune, d'une bonne constitution, n'ayant et n'ayant eu ni syphilis ni scrofule, bien portante, était arrivée au troisième mois de sa grossesse, lorsqu'elle fut renversée par sa petite charrette de laitière, dont la roue, en passant sur la cuisse gauche, fractura le fémur vers sa partie moyenne. La contusion fut peu forte; la fracture était légèrement oblique. Apportée à l'hôpital Saint-André le 25 mai 1852, on put faire sans difficulté la réduction, puis l'on appliqua l'appareil ordinaire des fractures de cuisse avec le bandage de Scultet.

Le trentième jour, tout ayant jusque-là paru se bien passer, M. Dupuy enleva l'appareil pour le renouveler, et fut très-étonné de trouver les deux fragments aussi mobiles que le premier jour. On le réappliqua, en recommandant à la malade la plus complète immobilité. A cet effet, elle fut exactement surveillée, et on eut le soin de resserrer de temps en temps ceux des liens de l'appareil qui paraissaient s'être relâchés.

A la fin des deux mois, il enleva de nouveau l'appareil avec beaucoup de précaution, et constata encore une absence complète de consolidation.

Pendant ces deux mois, néanmoins, l'appétit avait été bon, la santé parfaite. M. Dupuy appliqua alors un bandage amidonné, et le membre fut maintenu par un appareil à extension permanente. L'extension, très-forte jusqu'à la solidification de l'appareil, fut ensuite modérée. Chaque jour, l'appareil était visité par l'interne ou par le chef de service; l'état général se maintenait très-bon.

Du 25 juillet au 7 septembre, l'appareil fut laissé en place ; mais la consolidation n'était cependant pas plus avancée que précédemment. Dès lors la malade désira sortir de l'hôpital.

Le 13 octobre, c'est-à-dire vers la fin du huitième mois de la grossesse, elle accoucha de deux garçons bien conformes, assez forts, et qui cependant ne vécurent que quelques heures. Déjà, au moment de l'accouchement, les fragments étaient moins mobiles; il y avait un commencement de travail de consolidation.

Un mois après, la consolidation était parfaite, le cal solide; seulement la réunion n'est pas très-régulière; il y a un chevauchement de 2 centimètres environ. Du reste, cela devait être, puisque l'on n'avait employé aucun appareil pour combattre la tendance au déplacement.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DES 20 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

QUELQUES MOTS SUR LES ANESTHÉSIQUES.

M. le docteur Jobert (de Lamballe) lit sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

A des époques éloignées de nous, on a senti la nécessité de diminuer la sensibilité et d'éteindre les douleurs pendant les opérations. Au dix-neuvième siècle seulement, on est parvenu à rendre l'homme insensible. C'est d'abord en Amérique qu'on a, avec l'*éther*, préservé les opérés des douleurs qui accompagnent les opérations. M. Flourens en France, et M. Simpson en Angleterre, ont introduit dans la science, le premier par ses expériences sur les animaux, et le second par son emploi sur l'homme, un anesthésique précieux, le *chloroforme*.

Les anesthésiques produisent d'abord sur les voies qu'ils parcourent une action irritative, à la manière d'un corps étranger; ils agissent ensuite sur le système nerveux, en abolissant momentanément les fonctions sensoriales et motrices. Ils produisent leurs premiers effets sur le cerveau, le cervelet, la moelle épinière, les racines postérieures, les racines antérieures, et enfin sur la protubérance annulaire, qui est la dernière à perdre son influence ne veuse : ainsi le cerveau, organe de perception, est d'abord paralysé; puis le cervelet, organe d'équilibre des mouvements; puis la moelle, puis les racines sensitives, puis les racines motrices, et enfin la protubérance annulaire, centre vital du système nerveux.

Les anesthésiques agissent sur le système nerveux par l'intermédiaire de la circulation. Les anesthésiques, mis en contact avec la substance nerveuse, ne font que la modifier localement, sans porter atteinte au reste de l'arbre nerveux. Que l'on mette, en effet, du chloroformeen contact avec les nerfs, après les avoir dépouillés de leurs membranes et de leurs vaisseaux, il ne se produira aucun phénomène anesthésique général. Les anesthésiques n'agissent pas, comme on l'a prétendu, en modifiant la nature du sang, et par suite sa couleur, puisque le

chloroforme ne fait éprouver à ce liquide aucun des changements dont il s'agit. Le mode d'action des anesthésiques sur le système nerveux nous est tout aussi inconnu que celui de la belladone, de l'opium, etc.

Les anesthésiques, en abolissant les fonctions du système nerveux, anéantissent celles des organes qui sont sous sa dépendance : de là l'abolition de la sensibilité tégumentaire et de la contraction musculaire. Les anesthésiques peuvent affaiblir la sensibilité et la myotilité, ou les faire disparaître complétement. Les anesthésiques portent leur action aussi bien sur le cœur que sur les muscles de la vie animale. L'action du cœur diminue d'abord progressivement, comme la contraction des muscles en général, et ensuite elle s'affaiblit avec une rapidité effrayante, puisque les battements de cet organe tombent tout d'un coup de 112 à 72, 60, etc.

Les effets du chloroforme ne sont pas aussi remarquables, aussi prompts chez tous les individus. Chez les jeunes sujets et certains adultes, l'absorption du chloroforme se fait avec une rapidité surprenante dans les voies respiratoires : d'où abolition prompte de la sensibilité et du mouvement. Les larges communications médiates qui peuvent être établies exceptionnellement chez certains individus, entre les bronches et les vaisseaux pulmonaires, favorisent instantanément l'anesthésie. Les communications, en effet, établies entre les bronches et les vaisseaux sont plus remarquables chez certains sujets que chez d'autres, comme le démontrent les injections cadavériques. Ces exceptions anatomiques ne réclament-elles pas d'une manière générale une grande prudence dans la chloroformisation?

Le chloroforme, introduit dans les canaux vasculaires par la respiration, peut être rendu par la même voie sous forme d'écume et de vapeur ayant l'odeur du chloroforme, lorsque la saturation de l'organisme a été trop considérable.

La chloroformisation doit cesser lorsque les battements du cœur ont tout d'un coup perdu de leur puissance et de leur nombre. La chloroformisation doit être ralentie, afin de pouvoir épier les phénomènes et l'arrêter à temps. Le médecin doit constamment surveiller le malade, et ne pas s'en rapporter à des mouvements irréguliers, à de la loquacité pour juger le degré d'action du chloroforme; car il arrive que l'insensibilité est produite lorsqu'il existe de l'agitation des membres et des paroles incohérentes. Dans la chloroformisation, les battements du cœur doivent toujours servir de guide pour suspendre ou continuer l'expérience : c'est le meilleur mode d'apprécier la saturation du système nerveux par le chloroforme, et de juger de l'étendue de l'influence chloroformique sur le système nerveux. Les anesthésiques doivent être suspendus lorsque le pouls est descendu à 55,50, sous peine de voir subitement le malade s'affaiblir, et succomber par la paralysie du cœur.

Les personnes qui ont les battements du cœur habituellement lents doivent être particulièrement surveillées pendant la chloroformisation ; car il m'a semblé que les pulsations du pouls tendaient à s'anéantir promptement chez ces individus et à mettre leurs jours en péril. Dans aucun cas, on ne doit recourir aux inspirations chloroformiques, quand il existe un trouble fonctionnel grave, dépendant d'une lésion profonde des organes centraux de la circulation ou des renflements nerveux. On comprend qu'un trouble fonctionnel nouveau s'ajoutant au premier, produise une mort rapide et pour ainsi dire instantanée. La vie cesse alors par deux causes qui concourent au même but, à l'anéantissement complet du travail organique des instruments les plus importants à la vie. Le chloroforme ne peut en conséquence convenir lorsque le système nerveux est affaissé par un ébranlement violent, un coup de feu, ou lorsque les malades sont épuisés par une longue et abondante suppuration, par des pertes de sang ou un état chlorotique porté à un degré très-avancé.

Lorsque le chloroforme a anéanti les forces vitales et que la mort est apparente, le chirurgien ne doit jamais abandonner le malade, sans avoir essayé pendant longtemps de rappeler les sources de la vie. C'est alors qu'il convient d'exciter partiellement la peau avec de l'eau froide, d'agacer cette membrane par des frictions faites avec les alcoolats, l'alcali, de ranimer les organes par des courants d'air dirigés sur la face et les membres, pendant que la poitrine est agitée de légers mouvements communiqués, enfin de donner au malade la position la plus favorable au rétablissement de la circulation, en le plaçant horizontalement sur le dos ou obliquement sur un des côtés du tronc. Les excitants portés dans la bouche, comme l'eau de menthe, les antispasmodiques introduits sur la surface rectale, favorisent le rappel des mouvements du cœur, réduits à l'état d'oscillations ou de résolution complète. Les cautérisations faites sur la bouche avec l'ammoniaque, ou le pharynx, comme l'a conseillé M. J. Guérin, peuvent contribuer à ranimer la vie près de s'éteindre. Notre ami et confrère M. Ricord a conseillé l'insufflation d'air bouche à bouche. J'aime mieux exciter les organes animateurs de l'organisme, plutôt que de m'occuper des organes secondaires. Ainsi, réveiller les nerfs stupéfiés et les muscles qu'ils animent, est de première nécessité, et ensuite faire cesser l'action toxique du chloroforme par les diffusibles introduits par différentes ouvertures, est la seconde indication importante à remplir. Dans une circonstance où l'opéré, soumis à l'influence du chloroforme, revenait à lui par instants pour retomber bientôt dans une sorte d'anéantissement syncopal qui présentait un caractère alarmant, j'ai eu recours à l'électricité, qui a fait cesser instantanément tout cet appareil de symptômes aussi pénibles pour l'opérateur que douloureux pour les assistants.

ANÉVRISME DE LA SOUS-CLAVIÈRE GUÉRI PAR LA CAUTÉRISATION AVEC LE CHLORURE DE ZINC.

M. LALLEMAND lit sur ce sujet la lettre suivante qui lui est adressée par M. BONNET, professeur de clinique chirurgicale à Lyon :

Monsieur et très-honoré maître,

Vous vous rappelez sans doute l'anévrisme de l'artère sous-clavière gauche que j'ai eu l'honneur de vous montrer, ainsi qu'à M. Pravaz, le 20 janvier dernier, et dont j'avais entrepris la guérison par des applications successives de pâte de chlorure de zinc. Le malade, que vous avez observé le quatorzième jour de son traitement, est actuellement guéri. Le chlorure, pénétrant par imbibition jusque dans les parties les plus profondes de la tumeur sanguine, a produit une coagulation complète du sang, et les parois de la cavité ont pu se détacher sans qu'il soit survenu aucune hémorrhagie. Le malade a quitté l'hôpital trois mois et demi après le début du traitement. Il faisait, à cette époque, des courses de demi-heure à pied, et ne gardait dans la région sus-claviculaire qu'une ulcération superficielle, qui doit être actuellement cicatrisée.

Je me contenterai ici de vous exposer, en quelques mots, les conditions dans lesquelles j'ai opéré, les raisons qui m'ont conduit à employer la cautérisation par le chlorure de zinc, et la portée que peut avoir le résultat obtenu.

Le nommé Gauthier, âgé de 25 ans, avait reçu dans la région sus-claviculaire gauche, un coup de couteau qui avait divisé la totalité du plexus brachial, et qui, atteignant l'artère sous-clavière ou l'une de ses branches principales, avait été suivi d'abord d'une abondante hémorrhagie, et plus tard d'un énorme anévrisme. L'accroissement rapide de cette tumeur, les pertes de sang qui se faisaient depuis près d'un mois à travers la plaie, menaçaient la vie du malade et rendaient de prompts secours indispensables. La ligature de l'artère sous-clavière gauche en dedans des scalènes, la seule que l'on pût exécuter, me parut, ainsi qu'à plusieurs de mes collègues que je consultai, trop dangereuse et trop difficile.

M. Pétrequin jugea, comme moi, la galvano-poncture inapplicable, puisque l'on ne pouvait suspendre, même momentanément, les battements et le bruit de souffle dans la poche sanguine.

Les injections de perchlorure de fer n'étaient pas encore connues (nous étions au 2 janvier), et peut-être le volume énorme de l'anévrisme, son voisinage du cœur et l'impossibilité de comprimer l'artère qui y apportait le sang en eussent-ils contre-indiqué l'emploi.

Dans cette conjoncture difficile, encouragé par les motifs que j'exposerai plus loin, je pensai qu'en employant la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc, je pourrais obtenir la guérison, ou tout au moins retarder les hémorrhagies qui, d'un moment à l'autre, pouvaient entraîner la mort du malade. Une première escarre était produite au centre de la tumeur, j'enlevai tous les deux ou trois jours, avec le bistouri, les tranches superficielles des parties cautérisées, et pendant cinq semaines je fis une série d'applications de pâte de chlorure de zinc qui pénétra chaque jour en profondeur et en largeur.

Vers le quatorzième jour, le bruit du souffle et les battements avaient complétement cessé, et vers la fin du deuxième mois, l'escarre put se détacher sans qu'aucune hémorrhagie eût lieu.

Je conservai le caillot sanguin qui se détacha alors, et que vous recevrez avec cette lettre. On pourrait croire, en le considérant, que la tumeur anévrismale n'avait qu'un volume médiocre; mais l'on doit remarquer que ces caillots se sont rétractés avec le temps, et qu'une grande partie de ceux que j'ai extraits n'ont pas été recueillis.

Plusieurs auteurs modernes attribuent à Ambroise Paré, Guattani, Marc-Aurèle Severin, l'idée de traiter les anévrismes par la cautérisation. Ces citations ont été faites sans consulter les auteurs originaux ; dans aucun de ces derniers, je n'ai trouvé d'indication de la méthode qu'on leur attribue. Les anciens ne pouvaient, du reste, employer le chlorure de zinc qui leur était inconnu et qui a été introduit dans la pratique par M. Canquoin.

L'idée de faire servir cet agent chimique à la guérison des anévrismes m'a été suggérée par l'observation que je répète presque chaque jour depuis plus de dix ans, de la puissance avec laquelle il coagule le sang, prévient et arrête les hémorrhagies.

En 1837, abandonnant la cautérisation des varices des jambes par la potasse, qui expose à des hémorrhagies, et par le caustique de Vienne, qui ne pénètre pas assez profondément, j'ai fait suivre l'action de ce dernier agent de celle du chlorure de zinc; par là, j'ai pu enlever, sans aucune crainte d'hémorrhagie, le vaisseau dans toute son épaisseur. Constamment, dans les centaines d'applications que j'ai faites de cette méthode et dans celles qui sont dues à plusieurs de mes collègues, entre autres à MM. Barrier, Bouchacourt, Desgranges et Valette, on a trouvé au centre de l'escarre un caillot dur, véritable boudin formé par le sang coagulé.

Étendant cette manière de faire à la destruction des hémorrhoïdes, des varicocèles, des tumeurs érectiles, j'ai partout constaté la puissance avec laquelle le chlorure de zinc, qui pénètre par imbibition dans les vaisseaux, y coagule le sang et produit des escarres dans lesquelles on trouve le calibre entier du vaisseau renfermant un caillot très-dur.

La destruction des goîtres de la thyroïde, sur laquelle M. Philipeaux a publié un mémoire d'après mes leçons cliniques ; celle de l'épiploon que j'ai faite cinq fois et que M. Desgranges a répétée aussi à diverses reprises, m'ont fait voir que le chlorure de zinc ne prévient pas moins sûrement les hémorrhagies artérielles que les hémorrhagies veineuses.

Cependant on pouvait hésiter à étendre cette méthode à la cure des anévrismes ; d'une part, parce que les artères sont placées près de nerfs importants qu'il importe d'éviter ; de l'autre, par la crainte de voir une hémorrhagie succéder à la chute de l'escarre.

La première objection m'a arrêté et doit arrêter à l'avenir tous les opérateurs, s'il s'agit d'anévrismes ordinaires, c'est-à-dire de ceux où les nerfs sont intacts; elle ne fut pas un obstacle dans le cas dont j'ai l'honneur de vous entretenir ; car il était sans utilité de ménager le plexus brachial, qui avait été coupé si complétement que la faradisation localisée, développée par l'appareil de M. Du-

chenne, ne suffisait pas pour produire la moindre contraction des muscles du bras.

Il me parut aussi possible de prévenir le danger de l'hémorrhagie lors de la chute de l'escarre, parce qu'on peut retarder à volonté cette chute. L'expérience démontre, en effet, que les parties mortifiées par la pâte de M. Canquoin se détachent régulièrement huit à neuf jours après que le caustique a été enlevé. Il suffit donc, pour qu'une escarre tombe au bout d'un mois, que les applications de chlorure de zinc aient été renouvelées de distance en distance jusqu'au vingt et unième jour. Par un procédé analogue, on peut maintenir l'escarre en place pendant plus d'un mois et demi. L'expérience, comme on le voit, a justifié toutes ces prévisions.

Je suis loin d'assigner au succès que j'ai obtenu une portée plus grande que celle qu'il a réellement. Quelque remarquable que soit la guérison d'un anévrisme énorme situé au voisinage du cœur, et dans des conditions de gravité telles que toutes les méthodes connues étaient insuffisantes, la cautérisation ne sera jamais qu'exceptionnelle; elle ne peut s'appliquer qu'aux cas où les artères ne sont entourées d'aucun nerf important, ou à ceux dans lesquels ces nerfs, privés de toute action, comme chez notre malade, n'ont plus besoin d'être ménagés.

Dans ces conditions exceptionnelles, la cautérisation mérite d'être conservée. Elle seule pouvait sauver notre malade avant la découverte remarquable de M. Pravaz, et il est permis de douter que l'injection du perchlorure de fer eût réussi dans une tumeur énorme où le mouvement du sang ne pouvait être interrompu, même pour quelques instants.

Un autre fait est venu récemment encore nous démontrer, à M. Gensoul et à moi, que la cautérisation par le chlorure de zinc peut rendre des services que l'on demanderait en vain à toutes les méthodes connues. Il s'agit d'un anévrisme par anastomose, occupant, au sommet de la tête, une épaisseur de 2 centim. à peu près et une surface arrondie de 15 centim. de diamètre. Cette tumeur formée d'un nombre immense d'artères entrelacées les unes dans les autres, battait avec un bruit de souffle d'une extrême intensité, était nourrie par sept grosses artères que l'on sentait au front, aux tempes et à l'occiput, et que le toucher faisait reconnaître d'un volume à peu près égal à l'artère brachiale. Toute injection était impossible dans ce lacis de vaisseaux; et une compression prolongée pendant plus d'une année avait été tellement insuffisante que les chirurgiens qui l'avaient pratiquée ne voyaient d'autre ressource que la ligature des deux artères carotides primitives.

La cautérisation par la pâte de chlorure de zinc a parfaitement résolu le problème que présentait ce cas difficile, et il nous a été possible de faire détacher, sans aucune trace d'hémorrhagie, des tronçons de chacune des artères nourricières et la plus grande partie de la tumeur elle-même.

Agréez, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 21 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend les rapports suivants :

1° Sur le service médical des eaux minérales de Luxeuil, par M. le docteur Chapelain;

2° Sur les eaux minérales de Dinan, par M. le docteur Piedvache;

3° Id. de Bilazaïs, par M. le docteur de Morisseau;

4° Id. de Sylvanès et Camarès (Aveyron), par M. le docteur Calvet;

5° Id. de Plombières, par M. le docteur Garnier;

6° Id. de Foncaude, par M. le docteur Bertin;

7° Id. de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Pénissat;

8° Id. de Saint-Nectaire, par M. le docteur Vernière;

9° Id. d'Allevard (Isère), par M. le docteur Niepce;

10° Id. de la Motte, par M. le docteur Dorgeval-Dubouchet;

11° Id. de Plombières, par M. le docteur Lhéritier.

— M. Beyer soumet à l'Académie un suspensoir dit en uaeelle. (Comm. : M. Bouvier.)

— M. Grand Boulogne (de la Havane) adresse :

1° Une observation de double chéiloplastie pratiquée avec succès sur une jeune fille de 18 ans;

2° Le complément d'une instruction populaire sur le choléra-morbus, que l'Académie a dû recevoir il y a quelques mois par l'intermédiaire de M. le ministre des affaires étrangères;

3° Quelques réflexions sur l'extraction de la cataracte par un procédé nouveau. (Comm. des correspondants.)

— M. Courty, chirurgien en chef de l'hôpital général de Montpellier, adresse un mémoire sur un procédé nouveau pour l'amputation ou la resection des os du métacarpe.

— M. Legrand annonce qu'il se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique.

— M. Apostolides envoie un paquet cacheté dont le dépôt est accepté.

— L'ordre du jour appelle la suite de la délibération sur les conclusions du rapport relatif à la surdi-mutité.

SURDI-MUTITÉ.

M. le rapporteur étant absent, M. le secrétaire annuel donne lecture de la quatrième conclusion, conçue en ces termes :

« Les élèves de la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui peuvent encore entendre, doivent être séparés des autres sourds-muets, et il y aurait un inconvénient réel à les réunir dans des classes communes et dans un même établissement. Il en est surtout ainsi de ceux qui, ayant entendu et parlé dans leur enfance, auraient ensuite été frappés de surdi-mutité.

» Quant à ceux qui n'entendent en aucune façon et ne peuvent que lire la parole sur les lèvres, l'expérience n'a pas encore décidé suffisamment entre la méthode française ou l'éducation par la mimique et la méthode allemande ou l'éducation par la parole. »

M. Bouvier cherche en vain, dans cette conclusion, une réponse à la question du ministre. La seule réponse formelle qu'on fasse, c'est qu'on ne sait, c'est que l'expérience ne s'est pas encore prononcée en ce qui concerne l'une des catégories. Sur tous les autres points, la réponse laisse des lacunes. M. Bouvier proposerait de modifier ainsi le membre de phrase qui concerne les élèves de la première catégorie : « Il en est surtout ainsi des élèves qui, quoique sourds incurables, ont conservé la faculté de parler. » Si la commission, ajoute M. Bouvier, se rallie à cet amendement, je n'aurai rien à ajouter; dans le cas contraire, je demande qu'il me soit réservé le droit de développer mon amendement. (Pendant cette courte allocution de M. Bouvier, M. le rapporteur a pris place à la tribune.)

M. Bégin invite M. le rapporteur à donner de nouveau lecture de la conclusion, et après cette lecture, il s'exprime en ces termes :

La commission a été mue par cette pensée qu'elle ne devait pas devancer l'expérience. La commission n'est actuellement, pas plus que qui que ce soit, en mesure de résoudre cette question. Que les sujets reconnus aptes à parler soient mis dans une classe spéciale, à part, et qu'on cesse de les confondre avec les sourds-muets incurables, rien de mieux, tout le monde est d'accord là-dessus; mais il faut borner à ceux-là seulement cette mesure. En restant dans ces limites, la commission est restée parfaitement dans le vrai.

M. le Président : Il résulte de ce que vient de dire M. Bégin, que la commission n'accepte pas la proposition faite par M. Bouvier.

M. Malgaigne : Je ne reconnais pas là la véritable pensée de la commission. La conclusion que vient de lire M. Piorry n'est pas celle dont la rédaction a été arrêtée en commission. Je demande, une fois pour toutes, que M. le rapporteur veuille bien lire les conclusions telles qu'elles ont été formulées par la commission et ne point y substituer sa propre rédaction.

M. Piorry : Si je n'ai pas lu la conclusion arrêtée par la commission, c'est qu'elle est écrite de la main de M. Malgaigne et qu'elle est illisible. (On rit.) On jugera, du reste, que les changements que j'y ai introduits n'en altèrent pas le sens. Voici le texte de la conclusion de la commission :

« Les élèves de la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui peuvent encore entendre, doivent être séparés des autres sourds-muets, et il y aurait un inconvénient réel à les réunir dans des classes communes et dans un même établissement (1).

» Quant à ceux qui n'entendent en aucune façon et ne peuvent que lire la parole sur les lèvres, l'expérience n'a pas encore décidé entre l'éducation par la mimique et l'éducation par la parole. »

M. Bégin (pour une motion d'ordre) : L'Académie ne doit pas s'arrêter à discuter des points secondaires. Qu'on mette les sourds de la première catégorie dans un établissement ou dans un autre; ce n'est pas là notre affaire, c'est celle de l'administration. Ce qu'il est important d'examiner pour nous, c'est de savoir quels sont les sourds-muets qui devront être mis à part. Là est le point en discussion. La commission dit que l'expérience n'a pas prononcé à l'égard de ceux de la deuxième catégorie; M. Bouvier prétend le contraire. Là doit se borner la discussion.

M. Bouvier monte à la tribune pour développer son amendement.

Je ne suppose pas, dit-il, que personne ici veuille étrangler la discussion. (Hilarité générale.) Je n'admets pas que, par fatigue ou par tout autre motif, l'Académie veuille se refuser à discuter et se priver des quelques lumières qui pourraient être répandues encore sur le sujet en litige. Je me suis demandé, en voyant la fatigue de l'Académie et l'opposition que j'ai rencontrée, si je m'étais trompé dans l'opinion que j'ai embrassée, et après l'étude nouvelle que j'ai faite de la question, je suis resté convaincu que je devais persister dans le parti que j'ai soutenu jusqu'ici.

Après quelques considérations générales sur la question, sur les deux modes d'enseignement et sur les différences qui existent entre l'école allemande et l'école d'articulation de Paris, etc., M. Bouvier, sur l'observation de M. le président qu'il s'écarte du point spécial en discussion, revient au sujet de son amendement, qu'il développe en ces termes :

Vous avez adopté dans la dernière séance une conclusion d'où ma proposition dérive naturellement. Du moment où vous admettez chez les sourds-muets des degrés différents d'aptitude à profiter de l'enseignement par la parole, il est évident qu'on peut admettre un degré qui approche le plus près possible de la perfection, qui sera presque la perfection. La conséquence qui découle directement de ce principe, c'est qu'il est nécessaire de conserver pour ceux-là au moins l'enseignement par la parole. Personne ici ne veut faire de muets, ce qu'on a fait pendant bien longtemps, pendant trop longtemps à l'établissement de Paris. Je m'appuie, on le voit, sur la commission elle-même.

Trois motifs pourraient être allégués contre ma proposition; je vais les examiner.

(1) La première rédaction de la commission portait à la place de ces derniers mots : « et dans un même établissement, » ceux-ci : « il y aurait même inconvénient à les conserver dans l'institution. »

On pourrait dire que les avantages que procure l'articulation ne compensent pas ce qu'elle fera perdre du côté des avantages de la mimique. On a insisté sur les inconvénients qu'il y aurait à priver les enfants sourds-muets de la mimique; on a beaucoup parlé de l'imperfection de leur langage, de leurs accents sauvages; ce mot a été prononcé par M. le président. M. Bousquet en avait dit à peu près autant auparavant. Il faut rétablir la vérité sur tout cela et mettre de côté toute exagération. Je me suis borné à dire qu'il fallait que les sourds susceptibles de parler fussent exercés à la parole. D'après M. Malgaigne, la conversation de ces sourds parlants serait insupportable, et elle ne pourrait leur être d'aucune utilité. On a dit que c'était là une question très-obscure, qu'on ne voyait pas clair dans cette affaire-là; M. Malgaigne a provoqué à rire, et puis il a conclu qu'on ne pouvait pas élever les sourds par la parole, qu'il fallait les élever par la mimique, et l'on a cité des exemples. C'est de ces exemples que je vais tirer un argument contre vous-mêmes. Vous avez cité M. Allibert comme ayant une parole détestable; or ce M. Allibert n'a point été élevé par la méthode allemande; c'est un élève de l'Institution de Paris. C'est à votre méthode qu'il faut s'en prendre.

On a dit que les sourds parlants ne se se servaient plus de la parole une fois sortis de l'établissement. Je pourrais citer des faits contraires. M. Malgaigne demandait qu'on lui montrât un sourd allemand élevé par la méthode allemande. Je ne parlerai pas du prétendu Allemand de l'hôpital du Midi, qui ne savait pas un mot d'allemand, mais d'un Allemand véritable, ouvrier dans un atelier de Chaillot, qui a été élevé par la méthode de son pays, et qui, ayant voyagé, sait plusieurs langues qu'il parle avec une remarquable facilité; il parle l'allemand, il parle le turc et le français, quoiqu'il ne soit en France que depuis peu de temps. Il est désagréable à entendre parler, il est vrai, non pas qu'il soit comme ceux que nous a dépeints M. Malgaigne, mais à cause du timbre enfantin de sa voix.

M. Bouvier raconte ensuite une entrevue qui a eu lieu entre un jeune sourd et un acteur bien connu, M. Beauvallet, entrevue qui avait été préparée à l'insu de ce dernier par un de ses amis. M. Beauvallet ne se douta pas un instant qu'il avait causé avec un sourd-muet de naissance; la seule chose dont il avait été frappé, c'était l'air attentif avec lequel son jeune interlocuteur l'envisageait. Ce jeune sourd était M. Delaunay.

On dira, ajoute M. Bouvier, que ce sont là des exceptions. Sans doute; mais c'est précisément pour ces exceptions-là, lorsqu'elles se rencontrent, qu'il est utile d'encourager l'enseignement par la parole.

Il ne faut pas rejeter la mimique, dit-on; elle est préférée par la plupart des sourds-muets eux-mêmes. Je dirai qu'à cet égard il y a deux camps parmi les sourds-muets, et chaque camp aime et préconise sa langue. Vous invoquez le témoignage des professeurs sourds-muets comme très-compétents; mais je denie leur compétence. Ne vous défiez-vous pas un peu de leur dépit? *Ils sont trop verts*... Les véritables hommes compétents, et ceux-là sont tous en faveur de la parole, c'est M. Puybonnieux, c'est M. Esquiros, M. Valade-Gabel, instituteur par la parole, associé à M. Hubert-Valleroux.

Je crois avoir fait la part suffisante à la mimique. Sans doute il y a lieu d'être émerveillé des résultats qu'elle produit, mais qu'est cela à côté de la parole? M. Bérard a parlé des facultés qui se suppléent. On supplée par là au sens qui manque, oui, mais il ne faut pas dire que cela vaut ce sens.

M. Malgaigne s'est préoccupé des conséquences possibles de l'abandon de la mimique. Comment les sourds-muets, qui n'auront plus la ressource de la mimique, a-t-il dit, formeront-ils société entre eux à l'avenir? Je ne désespérerais pas de les voir s'entendre très-bien entre eux au moyen de la lecture sur les lèvres. Mais à tout prendre, dussent-ils avoir quelque chose à perdre sous ce rapport, ils auront plus gagné après tout à être mis en rapport avec les cent millions de parlants qu'ils n'auront perdu en cessant de s'entendre avec les trente-cinq mille sourds-muets, leurs camarades d'infortune.

Quant à ce qu'a dit M. Malgaigne de l'influence de la parole sur la phthisie, c'est là un fait manifestement faux, et sur lequel je n'insisterai pas.

Le second point ou la seconde objection qu'examine M. Bouvier, a trait au degré relatif d'instruction qu'on peut acquérir par l'une ou l'autre méthode. Grâces soient rendues à M. Malgaigne, dit-il, on sait maintenant que l'instruction est égale des deux parts. Je n'ai jamais prétendu dire autre chose.

M. Bouvier, à cette occasion, rapporte qu'il a vu hier chez une pauvre femme, maîtresse d'école du quartier Popincourt, qui élève quelques sourds-muets que lui confie, moyennant une modique rétribution, la Société du patronage, un jeune élève de 10 ans qui vient de faire sa première communion, et qui entend mieux et commence à parler depuis qu'il est dans cette maison. Voilà une femme qui va sur les brisées de MM. Deleau, Blanchet, etc.; elle fait entendre et parler des sourds-muets.

La troisième objection est relative au cours d'articulation. Il y a, dit-on, un cours d'articulation à l'Institution impériale qui est parfaitement suffisant. Impossible de passer légèrement là-dessus. Veut-on savoir ce que c'est que le cours d'articulation à l'Institution impériale? Il est donné tous les jours une leçon d'une heure. Or comme il y a trente-cinq élèves qui suivent ce cours, et qu'ils ne peuvent évidemment être instruits que l'un après l'autre, il en résulte que chaque élève a le trente-cinquième d'une heure de leçon par jour. En Allemagne, un professeur ne peut enseigner à plus de dix élèves à la fois. M. Bouvier s'appuie ici de l'opinion de M. Vaïsse, qui considère ce cours d'articulation comme tout à fait insuffisant, et incapable de suppléer la pratique de la parole. Or il n'y a point de pratique de la parole à l'Institution.

M. Malgaigne dit qu'il a entendu parler aussi bien des sujets sortant de l'un ou de l'autre établissement. Je me suis demandé si cela était vrai, et comment cela pouvait se faire. Je suis arrivé à ce résultat, que ceux des élèves de l'Institution impériale qui parlent ne l'ont pas appris au cours d'articulation, mais qu'ils parlaient avant d'entrer à l'établissement. Quelques-uns même qui étaient dans ce cas ont perdu depuis l'usage de la parole. M. Bouvier cite un enfant qui parle bien, mais qui l'a appris de son frère; s'il reste plus longtemps à l'établissement, il perdra l'usage de la parole. J'ai visité la classe de perfectionnement, dite classe Itard, ajoute M. Bouvier, et je me suis convaincu qu'un très-petit nombre profitait réellement de l'enseignement qui y est donné. Je citerai entre autres le fait d'un moniteur, qui m'a dit lui-même qu'il perdait à l'établissement ce qu'il apprenait au dehors; il regagnait pendant les vacances au sein de sa famille; puis rentré de nouveau dans l'établissement, il perdait de nouveau. Je conclus de là que la classe d'articulation est un leurre, une déception, qu'on n'y apprend pas la parole, et qu'on l'y désapprend quand on la savait.

Avant de terminer, je m'appuierai d'un témoignage d'une grande valeur. J'ai eu l'occasion de voir une consultation donnée pour un jeune enfant devenu sourd-muet à la suite d'une affection cérébrale. Le médecin consultant conseillait à la famille de mettre cet enfant dans un établissement où l'on apprend l'articulation. Cette consultation était signée *Ménière*. (Sensation mêlée d'hilarité.)

M. le Président : Une proposition est faite par la commission mixte de mettre à part ceux qui entendent un peu; M. Bouvier propose d'appliquer la même mesure aux sourds complétement sourds, mais qui sont susceptibles d'apprendre la lecture sur les lèvres.

M. Malgaigne demande qu'on mette aux voix paragraphe par paragraphe.

M. le Président, au moment de lire le § I pour le mettre aux voix, fait remarquer qu'il n'y a plus personne pour défendre la rédaction de la commission. (M. Bégin s'est absenté.)

M. Malgaigne : La pensée très-intime de la commission, c'est que les sourds-parlants ne doivent pas rester dans l'établissement : ils doivent être rendus à la société.

M. Piorry ne voit pas la nécessité d'amoindrir l'établissement de Paris en le privant de toute une classe de sourds-muets. Il n'avait d'abord pas bien saisi le sens de l'amendement introduit par M. Malgaigne dans la conclusion de la commission; mieux éclairé maintenant, il demande la suppression de cette dernière phrase.

M. J. Guérin : Pas d'équivoque. Il y a un parti qui désire que les sujets qui peuvent recouvrer l'usage de la parole restent dans l'établissement, mais dans une classe à part. Il faut qu'on sache bien sur quoi l'on vote. M. Bouvier a insisté avec raison pour qu'on joigne à cette catégorie les sujets complétement sourds, mais qui peuvent parler. Je demande qu'on ajoute aussi ceux qui, ayant parlé jadis, ont perdu accidentellement l'usage de la parole. C'est un degré de plus. Je me joins donc à l'amendement de M. Bouvier. L'Académie saura maintenant sur quoi elle va voter.

Voici l'amendement que je propose de substituer à celui de la commission :

Quatrième conclusion. — L'Académie pense qu'il y aurait avantage à ce que les élèves des deux catégories qui précèdent, ceux qui sont susceptibles de recouvrer l'ouïe et ceux qui, quoique affectés d'une surdi-mutité incurable, ont conservé l'usage de la parole ou sont aptes à la recouvrer, soient placés dans une division spéciale de l'établissement et soumis à une éducation donnée exclusivement par des professeurs parlants; mais il serait utile qu'un conseil supérieur de perfectionnement, institué en permanence auprès de l'établissement, fût chargé de régler et de surveiller l'application de ces réformes.

M. le Président : Il y a un premier amendement qui consiste à demander la suppression, dans le § I de la conclusion, des mots « et dans un même établissement. »

Cet amendement est mis aux voix. Il est adopté.

L'Académie va avoir à se prononcer sur l'amendement de M. Bouvier, sous-amendé par M. Guérin.

M. Malgaigne : Je demande qu'on fasse une classe à part de ceux qui n'entendent pas du tout et qui parlent, et de ceux qui entendent un peu. Ce serait préjuger la valeur de la méthode allemande que de confondre ces deux catégories dans une mesure commune. M. Bouvier croit y voir de grands avantages. Il sait; mais nous qui ne savons pas, nous croyons plus sage de laisser les choses comme elles sont. Le conseil de perfectionnement appréciera. Mais adopter dès aujourd'hui la mesure qu'on vous propose, c'est juger une question qu'on ignore.

M. Piorry : Je comprends que M. Malgaigne ne soit pas éclairé. On sait comment il s'est trouvé faire partie de la commission dont il n'a pas partagé les travaux. Si M. Malgaigne avait vu comme moi, comme M. Guéneau de Mussy, il aurait été frappé avec nous des progrès que faisaient de jour en jour les sourds-muets, et il serait plus éclairé qu'il ne l'est. Tout ce qu'il vient de dire n'est pas aussi logique que cela paraît, et vient échouer devant les documents contenus dans le rapport.

M. le Président : M. Malgaigne a traité à la fois de l'amendement et du sous-amendement. Je crois qu'il faut les mettre aux voix séparément, en commençant par le sous-amendement.

Le sous-amendement de M. Guérin est-il appuyé?

M. Guerin : Il est appuyé par M. Renault. (M. Renault fait un signe affirmatif.)

Une voix : M. Piorry l'appuie.

M. Cazeaux : M. Piorry appuie tout. (Rires.)

M. Guerin : Je n'ai pas développé mon sous-amendement; je demande à le faire en deux mots. Les sourds-muets auxquels je demande l'application de l'éducation dans une classe à part sont ceux qui sont devenus sourds-muets postérieurement à la naissance, par suite de maladie ou d'accident, ainsi que

M. Bonnafont en a rapporté nn exemple chez nn militaire. Il n'y a entre ceux-ci et les autres qu'une différence de temps et de degré. Il est important de comprendre dans la même catégorie ceux qui parlent et ceux qui ont parlé.

M. Baillarger : Je désire qu'il soit bien entendu, avant de procéder au vote, que l'Académie est parfaitement libre en dehors de ce qui a été constaté par la commission. La commission n'a eu à constater qu'une seule chose, l'influence des instruments de musique sur l'éducation de l'ouïe. Pour tout ce qui est en dehors de cet ordre de faits, comme membre de la commission, je déclare me récuser.

Sur l'observation faite par un membre que, en cas de rejet, le vote sur l'amendement de M. Bouvier entraînerait nécessairement le sous-amendement de M. Guérin, M. le Président met aux voix l'amendement de M. Bouvier.

Cet amendement est rejeté.

Le premier membre de phrase de la conclusion de la commission, avec la suppression proposée, est mis aux voix et adopté.

Le second membre de phrase commençant par ces mots : « Quant à ceux qui n'entendent en aucune façon, etc., » est mis aux voix et adopté.

M. Piorry lit la rédaction de la commission, ainsi conçue :

Cinquième conclusion. — « Quant aux élèves de la première catégorie, l'Académie s'en réfère à ce qu'elle a dit plus haut. Quant aux autres, elle doit redire encore que l'expérience n'a pas encore suffisamment décidé à cet égard. »

Cette rédaction lui ayant paru peu claire, il propose de lui substituer la suivante :

« Quant au succès à espérer du traitement par l'instruction au moyen du développement gradué et successif de l'ouïe et de la parole, des exercices d'acoustique et de langage articulé pour les élèves de la première catégorie, l'Académie s'en réfère à ce qui a été dit plus haut. (Concl. 1re.)

» Pour ce qui a trait aux autres catégories, elle redit encore que l'expérience n'a pas suffisamment décidé à cet égard. » (Appuyé.)

Cette rédaction est mise aux voix et adoptée.

Sixième conclusion. — « M. le ministre remarquera que, dans ses réponses, l'Académie n'a pas parlé du traitement chirurgical ni des méthodes de M. Blanchet. Ce médecin n'a fait que mettre en usage des méthodes thérapeutiques connues avant lui (La rédaction de la commission s'arrêtait là. M. Piorry propose d'ajouter ce qui suit :), à part cependant l'application de divers instruments (tels que les acoumètres et l'orgue) qui sont plus précis que les autres pour mesurer le degré de l'audition et les progrès qu'elle peut faire sous l'influence du traitement. » (Appuyé.)

Cette conclusion, ainsi complétée par M. Piorry, est mise aux voix et adoptée.

Septième conclusion additionnelle proposée par M. Bégin. — « L'Académie est d'avis qu'il serait utile, pour résoudre les questions pendantes entre les diverses méthodes de traitement de la surdi-mutité, et pour imprimer, au besoin, une direction nouvelle à l'éducation des sourds-muets, de créer près de l'institution impériale, un conseil de perfectionnement analogue à celui qui a été attaché à l'école polytechnique. » (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire et observations sur l'accouchement prématuré artificiel; par M. Rodenberg. — Un in-8° de 44 pages. — Paris, 1852. Chez l'auteur et chez les libraires de la rue de l'École-de-Médecine.

Malgré l'impression défavorable que lui pourrait causer une partie de l'annonce ci-dessus, le lecteur trouvera dans cet opuscule un document sérieux pour élucider la grande question de la convenance de l'accouchement prématurément provoqué. Après un préambule succint, mais empreint des vues les plus sages, sur les indications de cette opération; après avoir précisé, conformément aux opinions ayant cours, les limites au-dessus et au-dessous desquelles il serait ou inutile ou dangereux d'y recourir, M. Rodenberg passe au chapitre de l'exécution, partie vraiment originale de son travail.

Les procédés opératoires préconisés pour déterminer l'accouchement avant terme peuvent, quoique assez nombreux, se réduire à deux méthodes principales : l'une qui a pour but l'évacuation, soit rapide, soit lente, du liquide amniotique par la ponction des membranes et avant le développement des contractions utérines; l'autre par laquelle l'accoucheur se propose, au contraire, de provoquer les contractions de l'utérus avant l'écoulement des eaux de l'amnios.

C'est à la seconde méthode que l'auteur donne la préférence; mais elle comporte elle-même deux modes essentiellement différents, suivant que l'on maintient avec Kluge un cône d'éponge préparée dans le col pour en effectuer la dilatation, ou bien que l'on se contente de décoller, à l'aide du doigt ou d'une sonde, les membranes d'avec la surface interne de l'utérus. En publiant 9 observations nouvelles d'accouchement précoce, M. Rodenberg a surtout eu en vue de montrer la supériorité de cette dernière manière d'agir. Il l'exécute ordinairement d'après le procédé de M. Zwydhoek, c'est-à-dire avec une bougie en cire d'une longueur de 24 centim. et d'une grosseur de 5 à 7 millim. Cette bougie, que tout médecin a sous la main, doit être introduite et poussée au-dessus de l'orifice utérin interne entre la surface extérieure des membranes du fœtus et la face interne et antérieure de la matrice, à une hauteur de 16 à 20 centim., pour être retirée immédiatement après son introduction.

Du reste, les observations que cite M. Rodenberg, quoique également probantes en faveur de ce moyen, ne déposent pas toutes de la même manière à son avantage. Les unes, en effet, établissent sa prééminence par le succès qui en a couronné l'emploi; quelques autres, au contraire, la prouvent indirectement par le revers ou par les accidents qu'on a pu observer comme suite d'un mode d'agir différent. Ainsi, dans 4 cas où il a mis en pratique le procédé de Kluge et tâché de provoquer l'accouchement prématuré par l'irritation du col utérin au moyen de l'éponge préparée, le résultat a été deux fois funeste à la mère; une autre fois, l'opération a dû être abandonnée à cause d'une irritation de la matrice qu'elle provoquait. Dans les 14 autres cas (1), le résultat le plus complet et le plus heureux a été obtenu par l'effet d'une irritation momentanée du col, du corps et du fond de l'utérus, soit en décollant les membranes par le doigt seul, soit en les détachant par l'introduction de la bougie de cire.

Le résumé statistique brut des observations de M. Rodenberg mérite d'être mis en relief, sous le rapport du résultat. Chez 5 femmes, dont une était primipare, l'opération a été pratiquée une seule fois; chez 3 autres femmes deux fois; enfin une femme l'a subie sept fois (celle-ci eut six enfants vivants sur sept accouchements provoqués avant terme).

Dans 2 cas, le résultat a été mortel pour la mère. Une seule fois l'opération n'a pas déterminé le travail. Dans un cas, elle a été pratiquée trop tard, à peine quinze jours avant le terme normal de la grossesse. Les 14 autres enfants sont venus vivants au monde.

Sur ces 14 enfants, 3 ont succombé peu de temps après l'accouchement à cause de leur grande faiblesse; 4 ont subi le sort auquel sont exposés tous les nouveau-nés : le premier meurt huit heures après sa naissance dans de violentes convulsions; le second, âgé de 15 jours, également dans des convulsions; le troisième succombe au même âge par atrophie, et le quatrième à 6 mois par une pneumonie.

Les 7 autres enfants sont tous bien portants, et le plus jeune a atteint actuellement l'âge de 2 ans.

Analysant ensuite le mécanisme physiologique intime par lequel les procédés opératoires différents sollicitent les contractions utérines, M. Rodenberg établit une distinction importante. L'éponge préparée, qui n'est en contact qu'avec le col, mais qui doit y être longtemps maintenue, a, en raison de ces deux circonstances, le double désavantage d'exciter plus spécialement les nerfs qui président à la sensibilité de l'utérus, et d'opérer sur cet organe une stimulation prolongée. Sous ce rapport, elle laisse donc à craindre par suite de son emploi le développement d'une véritable inflammation de la matrice, craintes que l'auteur a eu le malheur de voir justifiées par l'événement dans l'un des cas qu'il cite.

Au contraire, si l'on porte une bougie à un certaine hauteur, les nerfs de la sensibilité ne sont plus que faiblement excités, car l'accouchement est alors provoqué par l'irritation mécanique des filets périphériques des nerfs moteurs de l'utérus. Si l'on a en outre le soin, comme cela doit être, de ne laisser la bougie que peu de temps en place, d'en réitérer l'introduction plutôt que de maintenir l'instrument à demeure, on évite le danger d'une irritation sérieuse de la matrice; et l'on a ainsi réalisé les conditions les plus précieuses, celles qui assurent l'innocuité de l'opération pour la mère.

Dans le résultat de ces considérations que l'auteur développe d'une manière remarquablement attachante, on trouvera sans doute une analogie frappante avec ce que l'observation a déjà appris aux chirurgiens sur la différence d'effet entre une sonde laissée dans l'urètre et une sonde qu'on se contente d'y introduire à reprises successives. Depuis les consciencieux travaux de Béniqué, c'est une notion passée à l'état de dogme incontesté que le traitement des rétrécissements de l'urètre peut être affranchi de tout danger, presque de tout inconvénient, par la simple précaution de substituer aux classiques *bougies à demeure* le cathétérisme fréquemment, mais rapidement réitéré. Les recherches actuelles de M. Rodenberg concourent à achever, par un exemple très-péremptoire, la démonstration de ce fait physiologique important, en même temps qu'elles signalent une des applications les plus utiles que le praticien ait à en faire.

(1) Ce nombre de 18 opérations, quoiqu'il n'y ait que 9 observations, se comprend par cette circonstance que l'accouchement a été provoqué à plusieurs reprises chez quelques-unes des malades.

P. Diday.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DERNIERS TRAVAUX SUR LE CHLOROFORME.

(Premier article.)

A mesure que les cas de mort par le chloroforme se multiplient, on revient de l'engouement et de l'aveuglement avec lesquels cet agent anesthésique avait été amnistié de ses méfaits. Les hommes qui les premiers en ont signalé le danger et ont tracé les règles de son emploi ne sont plus traités d'ennemis du progrès. On revient à leurs idées, on reprend leurs expériences et leurs conclusions; mais on les reprend si bien qu'on finit par les prendre tout à fait, à ce point qu'ils n'ont que trop à se féliciter du succès de leurs opinions. Mais le triomphe de la vérité s'achète toujours à ce prix: ceux qui la promulguent sont repoussés d'abord, et dépouillés ensuite. Ceci peut avoir l'air d'une réclamation; c'est tout simplement une remarque historique dont l'application se renouvelle à l'occasion du chloroforme comme à l'occasion de l'histoire de toute idée.

Pour bien apprécier le progrès qu'ont fait les esprits dans cette voie, il suffit de rappeler la doctrine du rapport présenté naguère à l'Académie. Cette doctrine attribuait la plupart des accidents causés par le chloroforme à l'asphyxie déterminée par l'emploi d'appareils vicieux, et elle professait « qu'on se mettait à l'abri de *tout* danger en prenant soin durant l'inhalation de mêler une quantité d'air suffisante aux vapeurs du chloroforme et en suspendant l'inhalation aussitôt l'insensibilité obtenue. » Dans le cours du rapport, où le dosage de l'anesthésique n'avait pas même été mis en question, le rapport disait, pour innocenter une dose de 8 grammes versés sur un mouchoir, « que le chloroforme avait été fréquemment employé à dose plus forte sans *aucun* inconvénient. »

On n'a pas oublié l'opposition que nous avons faite à celle doctrine; mais ce qu'on paraît avoir oublié, ou du moins ce qui semblerait le faire croire, c'est que dès cette époque nous avions formulé la plupart des principes et des règles qui doivent présider à l'emploi du chloroforme. Deux documents importants viennent de remettre la question à l'ordre du jour; en même temps que nous nous ferons un devoir de signaler les éléments nouveaux qu'ils renferment, on nous permettra de remettre en lumière les faits et les idées qu'ils ne font que confirmer.

Le premier en date des travaux dont nous voulons parler est un rapport très étendu et très-étudié, fait à la Société de chirurgie par M. le docteur Robert, sur un cas de mort par le chloroforme, observé l'Hôtel-Dieu d'Orléans, et communiqué par l'habile chirurgien en chef de cet hôpital, M. le docteur Valet. Avant d'examiner le travail de M. Robert, nous avions appris de la bouche même de ce savant confrère qu'il en était venu à confirmer de point en point les doctrines que nous avons professées devant l'Académie. Suivant lui, et ce sont les expressions dont il s'est servi, « nos conclusions resteraient. » Quelle a été notre surprise en lisant le travail de M. Robert, de n'y trouver nos recherches mentionnées qu'une seule fois à l'occasion de l'application pharyngienne de l'ammoniaque comme moyen de rappeler à la vie les sujets trop chloroformisés. Ce silence ne pouvait s'expliquer que de deux manières: ou bien M. Robert avait modifié ses idées, ou bien celles qu'il nous empruntait ne nous appartenaient pas. Nous avons été heureux de reconnaître que le travail de notre savant confrère confirmait en tous points le nôtre, et nous n'y avons rien trouvé qui dût nous faire renoncer à la propriété de nos idées. Sous le bénéfice de ces réserves, nous n'en sommes que plus heureux de rendre justice au travail de notre savant confrère.

Les notions capitales relatives à l'emploi du chloroforme comprennent trois faits principaux.

Le premier, c'est que l'agent toxique ne cause jamais et n'a jamais causé d'accidents par l'asphyxie passive, par insuffisance d'air.

Le second, c'est que la mort peut arriver de deux façons: tantôt par une succession régulière et progressive des effets de l'anesthésie, par une sorte d'asphyxie toxique; tantôt presque subitement et par une sorte de *sidération*.

Le troisième, c'est qu'à une certaine dose, le chloroforme tue toujours, et qu'à la dose où il est sans danger pour le plus grand nombre, il devient mortel pour certaines personnes, en vertu de dispositions particulières.

Or, pour apprécier le caractère de nouveauté et l'importance de ces trois notions, il suffit de dire qu'elles sont toutes postérieures au rapport de l'Académie et en contradiction avec les doctrines qu'on y professait, et qu'elles résument les principes destinés à régulariser l'emploi chirurgical du chloroforme. M. Robert a-t-il tenu suffisamment compte de ces principes, et y a-t-il ajouté quelque chose? C'est ce que nous allons examiner.

Relativement à l'asphyxie mécanique, qui était le grand cheval de bataille du rapport de l'Académie, M. Robert ne la mentionne même pas, du moins comme cause possible de mort. Cependant il eût pu en tenir compte comme d'une erreur démontrée; car la démonstration d'une erreur équivaut à la découverte d'une vérité, si elle n'est elle-même une vérité. Mais cette mention eût eu un autre caractère d'utilité: c'est d'appeler plus directement, plus vivement l'attention sur le vrai danger du chloroforme. Or ce danger, quel est-il? Tout entier dans ce fait que la mort n'arrive pas seulement par une intoxication *progressive*, comme dernier terme de l'effet *successif* du poison, mais souvent et surtout en vertu d'une sorte de *sidération*; car on ne l'a pas assez remarqué jusqu'ici, et M. Robert ne le fait pas suffisamment ressortir dans son travail, c'est à la faveur de cette notion que les chirurgiens ne se reposeront plus dans une fausse sécurité, qu'ils ne seront plus pris à l'improviste, comme ils l'ont tous été jusqu'ici; et c'est, ajouterons-nous, à la faveur de cette notion qu'ils se guideront par d'autres règles que celles qui reposent sur l'idée d'une action successive et régulière du chloroforme. Si telle est l'importance de ce point de vue, non-seulement il eût été bon d'y insister, mais d'en rappeler la démonstration, de signaler les vraies causes directes et indirectes qui produisent la sidération. C'est ce que M. Robert s'est abstenu de faire; cependant il eût pu, en évoquant ses souvenirs ou en ouvrant le BULLETIN de l'Académie, retrouver les faits et les expériences qui nous ont servi à établir ce double point de vue.

Nos deux principales expériences sont celles-ci: en injectant du chloroforme sous la peau, nous avons montré qu'on pouvait produire un empoisonnement lent, régulier, à périodes très-espacées, à ce point que les animaux peuvent résister pendant une demi-journée. En injectant quelques gouttes de chloroforme dans les veines, nous avons déterminé, au contraire, la sidération la plus instantanée et la plus complète. Voilà les deux formes d'empoisonnement: l'empoisonnement successif et l'empoisonnement instantané. Étudiées dans leurs conditions et leur mécanisme phy-

---

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

L'ancien et le nouveau chroniqueur de la GAZETTE. Lord Byron. — Opinion de la CHRONIQUE sur la discussion de la surdi-mutité: félicitations aux vainqueurs, consolations aux vaincus: apologue. — Le chloroforme détrôné par le *common puff ball*. — Nouvelle méthode pour la guérison du strabisme: raccourcissement général. — M. Panseron et le médecin en chef de Bicêtre: les deux fous. — Loi anglaise sur les cabs: la contagion en voiture. — Une mort naturelle: perspicacité médicale d'un coroner. — Hunter et Georges III.

Au moment de s'aventurer sur cette mer qui cache tant d'écueils, le nouveau pilote de la CHRONIQUE a éprouvé quelque embarras. Il devait, avant tout, faire connaître au lecteur que ce n'était plus la même main qui tiendrait désormais le gouvernail; mais encore devait-il lui donner avec ménagement un avis aussi regrettable. Qu'eût-on pensé si, à l'exemple de certains marchands, la GAZETTE était venue dire crûment: Messieurs les consommateurs de CHRONIQUE sont prévenus qu'un nouveau chef vient d'être attaché aux cuisines souterraines de la GAZETTE MÉDICALE, lequel se fera un devoir de ne point ménager les épices et de servir aussi chaud que le permettent les règlements? Nous ne doutons pas que la juste susceptibilité du lecteur n'eût été scandalisée de façons aussi cavalières: c'est donc avec la modestie qui lui convient que le nouveau rédacteur de la CHRONIQUE a fait part de son avénement. C'était, du moins il le pensait, rendre hommage à la perspicacité de son public, tout en faisant acte de courtoisie envers un prédécesseur dont on apprécie les services. Mais on se trompe souvent avec les meilleures intentions. Dans une lettre adressée à la GAZETTE MÉDICALE et insérée religieusement à l'avant-dernier numéro, l'ex chroniqueur de la GAZETTE nous apprend que « la reprise de la CHRONIQUE lui est généralement attribuée, » et qu'on le soupçonne par conséquent d'être rentré dans son laboratoire par la porte dérobée de l'anonyme. Supposition bien injuste, en vérité, car on n'aurait pas dû oublier avec quel louable empressement il se dévoua dans le temps à endosser en toutes lettres la responsabilité de ses œuvres. Du reste cette mésaventure lui est commune avec beaucoup de grands esprits. Le célèbre Byron, entre autres, fut accusé aussi d'avoir écrit un ouvrage anonyme intitulé: LE VAMPIRE. Grâce à cette méprise, LE VAMPIRE fut porté aux nues et traîné aussi bas que possible; il ne méritait

Ni cet excès d'honneur, ni cette indignité.

Bref le lord poëte apprit de divers côtés qu'on le croyait généralement l'auteur du VAMPIRE. Aussitôt d'écrire à l'éditeur une lettre assez verte qui, entre autres aménités britanniques, contenait ces mots: « J'ai bien assez, monsieur, de mes propres sottises sans endosser bénévolement celles des autres. » Notre prédécesseur est trop courtois pour s'exprimer de la sorte; mais les beaux esprits se

siologique, ces deux expériences contiennent toute la doctrine de l'empoisonnement par le chloroforme. Nous avions pris soin, d'ailleurs, d'en déduire explicitement les principales conséquences. M. Robert s'est contenté de reproduire sans commentaire notre conclusion générale : « Le chloroforme, dit-il, peut causer la mort presque instantané» ment et comme par une espèce de sidération, semblable à celle que dé» terminent chez l'homme certains poisons violents. » De nombreuses expériences faites postérieurement nous ont permis de préciser d'une manière plus nette les conditions et le mécanisme de ces deux modes d'empoisonnements : nous les publierons en temps et lieu.

Notre troisième principe a été très-explicitement accepté et reproduit par M. Robert. Notre savant confrère reconnaît comme nous que ce n'est ni la dose ni la méthode seules qui peuvent tuer, mais que la même dose et la même méthode, qui restent parfaitement innocentes pour le plus grand nombre, peuvent rencontrer des conditions, des prédispositions, des idiosyncrasies particulières qui favorisent l'empoisonnement. Telle avait été notre doctrine devant l'Académie. En la reproduisant, notre savant confrère a aussi cité plusieurs des cas particuliers que nous avions énoncés comme exemples : l'affaiblissement de l'économie, l'appauvrissement du sang, la répétition de la chloroformisation. C'est en effet à cet ordre de faits que se rapportent la plupart des accidents connus ; et nous les avons formulés d'avance en disant qu'ils exprimaient un défaut de résistance vitale : « Le fait de la diversité d'action du » chloroforme, disions-nous, bien établi, quelles en sont les conditions ? Elles » sont de deux ordres : les premières, *extérieures* à l'individu, dépendent » de la qualité du chloroforme, des doses, de la méthode, des appareils, » de l'attitude imprimée au malade, de la durée de l'éthérisation ; les se» condes, *intérieures*, ou inhérentes à l'organisation de l'individu, tien» nent à sa constitution, à son idiosyncrasie, à son âge, à son sexe, à son » état de santé, de force ou de faiblesse, en un mot, à toutes les conditions » qui peuvent *faire varier la force de résistance*, telles que l'abstinence, » les pertes de sang, l'éthérisation réitérée, etc. (1). » Voilà les faits, voilà la doctrine dans laquelle ils se résolvent : M. Robert n'en a cité qu'un certain nombre, mais il a cité le principe, ce dont nous ne saurions que le louer.

Cependant le rapport de notre collègue renferme une conclusion nouvelle. Cette conclusion est celle-ci : « La mort paraît causée en général par » la cessation brusque des mouvements du cœur, par une véritable syn» cope ... » Nous en demandons bien pardon à notre savant confrère, mais cette innovation n'est pas heureuse, ou du moins elle ne nous paraît pas telle. Cette explication ne vaut pas mieux que celle ci : les sujets meurent parce qu'ils ne respirent plus. La cessation des mouvements du cœur ou des mouvements respiratoires est exactement du même ordre. Mais cette cessation est-elle bien la cause de la mort ? La preuve que non, c'est que bien des gens reviennent à la vie après des syncopes bien autrement prolongées, et qu'une fois produite, la sidération par le chloroforme résiste à tous les moyens de ranimer l'action circulatoire et respiratoire. Cette explication de la mort par le cœur est une dernière émanation de la médecine organique : c'est l'action du chloroforme localisée, matérialisée dans un organe. Les agents destructeurs de la vie s'adressent aux éléments primordiaux de la vie, au système nerveux.

(1) BULLET. DE L'ACAD., t. XIV, p. 409.

Les développements dans lesquels nous sommes entré au sujet du travail de M. Robert nous ont entraîné plus loin que nous ne pensions : au prochain numéro donc la suite à nos observations sur le travail de notre honorable et savant collègue M. Jobert (de Lamballe).

JULES GUÉRIN.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR LES INVAGINATIONS DE L'INTESTIN GRÊLE CHEZ LES JEUNES ENFANTS; par M. le docteur E. HERVIEUX.

On rencontre souvent à l'autopsie des nouveau-nés qui ont succombé un certain nombre d'invaginations ayant pour siége l'intestin grêle. Cette circonstance à laquelle on n'a accordé qu'une médiocre attention, parce qu'on l'a considérée et qu'elle n'est en effet, dans la grande majorité des cas, qu'un phénomène de l'agonie, mérite cependant d'être étudiée; car elle se reproduit dans des conditions constamment les mêmes, sous l'influence de certaines causes qu'il est possible d'apprécier, et j'ajouterai que l'examen des petits malades placés dans ces conditions, soumis à l'influence de ces causes, m'a plus d'une fois convaincu que ce n'était pas toujours dans les derniers moments de la vie que l'intestin était le siége de ces contractions désordonnées qui donnent lieu aux intussusceptions.

Les observations d'invagination intestinale éparses dans la science ne m'ayant rien appris sur cette question, je demanderai la permission d'en faire pour un instant table rase, et de rechercher à l'aide des 34 faits que j'ai pu recueillir aux Enfants trouvés, quels sont les caractères anatomiques de ces invaginations intestinales, quelles causes président à leur formation, quels indices, si indices il y a, les révèlent aux yeux de l'observateur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Des observateurs distingués tels que Judson, Clarke, Cunningham ont rapporté dans les journaux anglais des observations dans lesquelles le cœcum et une partie plus ou moins considérable du colon étaient invaginés. Sur un chiffre d'environ mille autopsies faites en 1845 aux Enfants trouvés, je n'ai jamais rencontré d'invaginations que dans l'intestin grêle. Voici quel en était l'aspect.

Qu'on se figure un doigt de gant à demi retourné et au niveau du repli formé par l'introduction de l'intestin invaginé dans l'intestin invaginant, une sorte de peloton dur, plus ou moins saillant, et dont l'étendue apparente variait entre 2 et 6 centim.

La disposition des parties invaginées consistait, comme à l'ordinaire, dans la superposition de trois portions cylindriques des parois intestinales, une interne formée par l'intestin invaginé et continuant le canal intestinal, une moyenne réfléchie, et une externe formée par l'intestin invaginant. Au lieu de trois cylindres, j'en ai rencontré souvent cinq, sept, neuf, et dans quelques cas jusqu'à treize et quinze. L'invagination n'avait pas toujours lieu de haut en bas, ainsi que cela se voit chez l'adulte. Je l'ai vue quelquefois rétrograde ou ascendante. Dans une observation du JOURNAL MÉDICAL ET CHIRURGICAL D'ÉDIMBOURG (t. III, p. 262, 1807), il est fait

---

rencontrent, et par analogie quelques personnes seraient disposées à croire que le même sentiment, sinon la même pensée l'a inspiré. Mais on n'y songe pas : sa lettre si convenable et si pleine de *considération* ne peut laisser aucun doute à cet égard ; et bien que le public médical eût été informé de longue date que l'ex-chroniqueur eût déposé la plume, il n'y avait aucun inconvénient à ce que cette importante nouvelle fût connue une seconde fois : *bis repetita placent*. Maintenant que ce fait est parfaitement éclairci à la grande satisfaction de tout le monde et, nous l'espérons, de notre prédécesseur en particulier, le lecteur sera bien aise sans doute qu'on lui parle d'autre chose.

—Au tour de la CHRONIQUE de dire son mot de la fameuse discussion qui vient d'expirer à l'Académie : c'est son droit, c'est son devoir. Le côté sérieux a en sa large part, le côté qui ne l'est pas peut bien avoir la sienne. La matière n'a pas plus fait défaut d'une façon que de l'autre, et puis vainqueurs et vaincus attendent un dernier mot de la CHRONIQUE : les uns des compliments, les autres des consolations; elle est trop bonne fille pour laisser échapper une aussi belle occasion d'être agréable à tous.

La commission a surtout bien mérité de la CHRONIQUE par les vertus incomparables dont elle a fait preuve; elle a montré, dans cette épreuve difficile, un caractère vraiment évangélique. Quelle bonté d'âme! quelle abnégation incomparable! Elle avait passé par les plus rudes épreuves! Elle avait pendant cinq années, compté, avec une patience d'ange, les vibrations accessibles à l'ouïe, au crâne, à la peau de ceux qui n'entendent guère; elle avait passé le même temps à écouter le gazouillement peu harmonieux de ceux qui n'entendent pas; elle croyait, après cela, s'être fait une opinion. Quelle erreur était la sienne!

On le lui a fait bien voir. En vingt-quatre heures, que dis-je, en moins de temps qu'il ne faut pour prononcer un discours, ses convictions de cinq années ont changé du blanc au noir! Cette facilité de se rendre à l'évidence serait déjà, par le temps qui court, un exemple assez rare! Mais accepter l'évidence sous la forme d'un bon mot, d'une moquerie qui ne prend pas toujours la peine de se déguiser, et de l'accepter en faisant la révérence, comme une fille bien élevée, toujours prête à répéter ce qu'on veut lui faire dire, oh! c'est une mesure d'abnégation qui ne s'était jamais vue dans aucune Académie. La commission des sourds-muets a donc bien mérité de la CHRONIQUE elle doit être mise à l'ordre du jour de cette grande bataille : d'abord pour la peine qu'elle s'est donnée à avoir une conviction, puis pour l'humilité avec laquelle elle l'a abandonnée. A ce double titre, ne mériterait-elle pas à la fois le prix de science et le prix de vertu?

Si la commission a droit à toutes les félicitations de la CHRONIQUE, ceux qui l'ont si bien convertie les méritent bien plus encore.

C'est d'abord l'aimable président de l'Académie qui, non content de terrasser tous les hérétiques en physiologie, s'est mis dans la tête d'être une bonne fois bilieux et méchant. — Mais, comme l'a dit le grand fabuliste tant prisé et tant cité par le bouillant adversaire de l'audition par les pieds :

« Ne forçons pas notre talent.
» Nous ne ferions rien avec grâce. »

Et en effet, l'aimable président a eu beau faire, il n'a pu se donner l'air d'un homme en colère. Il en a été pour ses frais de méchanceté factice.

mention de deux invaginations en sens opposés trouvées chez un enfant qui mourut après avoir présenté tous les symptômes du volvulus. Une observation analogue est rapportée dans le LONDON MEDICAL PHYSICAL JOURNAL (t. III, p. 20). Mais en général les invaginations descendantes sont la règle, les invaginations ascendantes ou rétrogrades l'exception.

La longueur de la portion invaginée ne dépassait guère, dans la majorité des cas, 2 à 4 centim.; mais dans un nombre de cas assez considérable elle a varié de 4 à 25, étendue vraiment énorme si l'on songe que tout cela était entassé sur un seul point, c'est-à-dire dans un espace de 2 centim. au plus.

Ces résultats fournis par la mensuration expliquent, d'une part, pourquoi le plus communément l'invagination était simple, pourquoi aussi très-souvent les portions de cylindre intestinal, au lieu d'être réduites à trois, se présentaient en nombre beaucoup plus considérable, comme je l'ai dit plus haut. Dans la plupart des cas, le nombre des replis intestinaux compris dans l'invagination était en raison directe de la longueur des portions d'intestin invaginées. Mais il n'en fut pas toujours ainsi. Pour une longueur de 15 à 20 centim., par exemple, il m'est arrivé de rencontrer la disposition la plus simple; pour une longueur beaucoup moindre au contraire, telle que 8 à 10 centim., j'observais une invagination double et triple. Encore une fois ces cas-là sont l'exception, et la règle, c'est que plus il y a d'intestin invaginé, plus l'invagination offre de cylindres réfléchis.

Il m'est arrivé une fois de saisir pour ainsi dire l'intussusception à son début. Je m'explique. Il résultait de la disposition que j'ai remarquée, que les trois cylindres intestinaux, au lieu d'être adossés comme dans l'invagination accomplie, étaient, l'interne et l'externe, verticaux relativement au cylindre moyen qui était transversal, et sans rapport aucun de contiguïté par conséquent avec les deux autres.

Si la longueur des cylindres déplissés était très-variable, celle des replis intestinaux était, au contraire, assez constante. Si j'en excepte 2 ou 3 cas dans lesquels ces replis atteignirent une longueur de 10 à 15 centim., leur étendue ne dépassait guère en général 5 à 6 centim., ce qui s'explique par la constance du rapport entre le nombre de ces replis et la longueur de l'intestin invaginé.

Une circonstance digne de remarque est relative à l'oblitération plus ou moins complète du canal intestinal. En général, plus l'invagination s'éloignait de son type le plus simple, plus l'oblitération était complète. Cette règle souffrait cependant d'assez nombreuses exceptions qui dépendaient de l'état anatomique de l'intestin. Ainsi une invagination multiple coïncidant avec l'état sain ou une minceur extrême des parois n'a donné lieu quelquefois qu'à une oblitération incomplète. Quand les tuniques étaient épaissies, au contraire, une invagination simple a pu obstruer complétement le canal. Dans la grande majorité des cas l'obstruction était telle qu'elle ne permettait pas sans résistance le passage d'une tête d'épingle, fait dont l'explication se trouve dans la fréquence des hypertrophies intestinales que j'ai rencontrées.

Le résultat de mes recherches concernant le nombre des invaginations est à peu près conforme à celui qu'a signalé Louis à propos des 300 enfants qu'il a eu l'occasion d'autopsier à la Salpêtrière (Stévin, *in* MÉM. DE L'ACAD. ROY. DE CHIRURG., t. IV). Ils avaient la plupart deux, trois, quatre et même un plus grand nombre d'intussusceptions. Or, dans les 34 cas que j'ai recueillis, voici comment s'est réparti le nombre des invaginations. Chez 17 sujets, j'en ai rencontré une seule; 8 en avaient deux; un seul trois; 5 enfants en présentaient quatre, 2 autres six et un dernier sept.

Tels sont les caractères anatomiques des invaginations intestinales; mais j'appellerai l'attention sur certaines particularités que m'a offertes l'intestin dans ces circonstances, et qui n'ont encore été signalées par aucun observateur.

Indépendamment des invaginations dont je viens de parler, on remarquait dans certains points de l'intestin tantôt des replis dans le sens transversal, tantôt des replis dans le sens longitudinal, tantôt des hypertrophies apparentes, tantôt des rétrécissements d'une portion plus ou moins étendue du conduit. Eh bien! je dis que ces circonstances anatomiques se produisent exactement sous la même influence que les invaginations.

Écartons d'abord la question de savoir s'il existait au-dessus des parties invaginées une dilatation, et au-dessous un rétrécissement du canal intestinal, comme cela se voit chez les adultes atteints de volvulus. Presque toujours il existait une quantité plus ou moins abondante de matières dans la dernière partie de l'intestin grêle et dans le colon. L'intestin était quelquefois rétréci au-dessous, mais il l'était aussi souvent au-dessus. Je m'expliquerai tout à l'heure sur la nature de ces rétrécissements. Il y avait des dilatations apparentes en certains points, mais elles n'avaient pas de siége fixe. On les rencontrait également au-dessous et au-dessus. Il n'y a d'ailleurs jamais eu, dans aucun cas, une altération d'apparence gangréneuse des parois intestinales. Enfin, l'absence de tout symptôme d'étranglement pendant la vie démontrerait au besoin qu'il n'y a nulle comparaison à faire entre ces invaginations et celles qu'on observe à un âge plus avancé.

Mais pourquoi ces replis transversaux et longitudinaux de l'intestin? Ils provenaient évidemment de la contraction des fibres longitudinales et des fibres circulaires de l'intestin. Les replis transversaux simulent un développement exagéré des valvules conniventes. Mais ils sont tellement multipliés, tellement considérables, qu'après avoir ouvert quelques centimètres d'intestin, on peut toujours, en les apercevant, prédire à coup sûr l'existence d'une ou de plusieurs invaginations. Les replis longitudinaux peuvent se rencontrer dans le même intestin que les replis transversaux, mais pas dans la même portion du conduit. Cependant je les ai vus exister simultanément dans l'estomac contracté. C'est aux replis longitudinaux qu'il faut attribuer en partie ces rétrécissements que l'on observe dans un grand nombre de cas.

Au lieu de replis, on trouve quelquefois un tassement des fibres longitudinales qui en imposerait aux observateurs inexpérimentés pour de l'hypertrophie. Or l'hypertrophie véritable consécutive à l'entérite chronique est rarement limitée à une petite portion de l'intestin; elle n'alterne point avec des dilatations plus ou moins considérables, et l'aspect de ces sortes d'altérations m'était devenu tellement familier que, sur la seule vue d'une très-petite portion d'intestin, j'ai pu maintes fois déterminer si l'épaississement des tuniques tenait à l'existence d'une entérite ou à des contractions musculaires propres à engendrer des invaginations.

Ainsi la cause productrice des invaginations n'agit pas seulement sur les fibres longitudinales pour engager une portion d'intestin, dans l'autre elle agit encore sur les fibres circulaires qui, en se contractant, déterminent des replis longitudinaux d'une longueur plus ou moins considérable, ou bien un tassement, une sorte d'hypertrophie des tuniques, et par suite des rétrécissements véritables du conduit.

Puis le chantre d'Itard, dont l'éloquence fleurie s'est répandue en flots harmonieux sur les bienfaits de la mimique et les vertus de l'abbé de l'Épée;

Puis le savant et le facétieux orateur, qui ne lit jamais (du moins il l'assure) la GAZETTE MÉDICALE, pas plus que les dévotes du temps de Voltaire ne lisaient LA PUCELLE. Oh! pour celui-là, grâces lui soient rendues, a dit un des plus formidables défenseurs de la méthode allemande: « il a prouvé que l'instruction donnée aux sourds-muets par les deux méthodes était égale! » Y pensez-vous, M. Bouvier? s'il n'avait prouvé que cela, vous n'en seriez pas pour vos frais d'éloquence. Il a prouvé, une fois de plus, qu'avec de l'esprit, et une assez bonne portion de ce qui sert à garantir le péricrâne, on peut tout auprès des Académies comme auprès des jolies femmes. Il a prouvé (péché d'habitude) qu'un homme qui nie est vingt fois plus croyable que vingt personnes qui affirment! Il a prouvé que les sourds-muets ne sont pas du tout aptes à parler, parce qu'ils ne sauraient faire de discours; qu'ils sont incapables de lire la parole sur les lèvres, parce qu'ils ne savent pas lire là où il n'y a ni lèvres ni paroles! Ni dents, s'est permis d'ajouter un pauvre diable de sourd-muet à qui on demandait l'explication de sa mésaventure. Effectivement, le facétieux orateur avait si bien dissimulé ses dents, si bien enfariné sa patte, qu'il n'avait plus ni griffes ni dents! Il était devenu le plus doux des agneaux:

O quantum mutatus ab illo!

Enfin, pour n'oublier personne, la CHRONIQUE mentionne encore, parmi les vainqueurs, le professeur Rabelais II, qui a fait un heureux début *parlementaire;* et l'intrépide accoucheur C., qui a lancé à la volée une agréable impertinence, avec le moelleux et le distingué qu'on lui connaît!

Que dire au parti vaincu qui le dédommage de ses veilles et de ses longues périodes? Mais la CHRONIQUE arrive un peu tard et trouve la besogne toute faite. La presse consolatrice a versé tous ses baumes sur les plus vives blessures: à l'un elle a dit: Vous êtes un homme admirable; votre éloquence est poétique, puissante; elle est digne de Démosthènes, de Cicéron. A l'autre..... c'est plus difficile à résumer, mais non moins consolant. De façon que la CHRONIQUE n'a plus qu'à dire *amen!* et se croiser les bras. Et pourtant, elle aurait bien voulu ajouter son mot de condoléance en l'honneur de cet autre vaincu qui lui donne asile; car, si novice qu'elle puisse être, elle a aussi ses convictions, ses sympathies, ses préférences, et, foi de chroniqueur, si elle osait, elle ne se ferait pas faute de les justifier. Mais, malgré l'imposante autorité de Brid'oison, il est des choses qu'on ne doit pas se faire dire à soi-même, quoique, à bien prendre, ainsi que le professait feu de Laharpe et le pratiquent pas mal de ses descendants, « on ne fait jamais si bien ses affaires que soi-même. » Quelque impitoyable qu'il soit cependant, le maître de céans permettra bien à la pauvre CHRONIQUE un tout petit bout d'apologue.

« La chasse était partie dès le matin. Chasseurs et chiens avaient battu la plaine. Mais pas de gibier. On revenait au gîte, de guerre lasse et le carnier léger. Un chien de nez repasse où chasseurs et chiens avaient passé; il tombe en arrêt. Bêtes et gens d'accourir. Un braque mal dressé fait lever le lièvre, le suit et s'emporte en aboyant. Tous les chiens de même force de le suivre, d'aboyer à qui mieux mieux, et finalement de mettre l'animal en pièces. Et les chasseurs experts d'applaudir, qui au jarret, qui à la gorge, qui à la dent de la bande indisciplinée, tandis que l'animal qui avait flairé le gîte, mais qui n'avait ni couru ni aboyé,

Symptômes. — Existe-t-il, pendant la vie, des phénomènes dont l'apparition puisse être rapportée à la formation des invaginations intestinales.

Des observations de Clarke (The lancet, 1838, 1er trimestre), et de Conningham (The London medical Gazette, 1838, 3e trimestre), il résulte que la constipation, la tension du ventre, les vomissements, une certaine décomposition des traits, une agitation continuelle, des douleurs aiguës et un écoulement de sang plus ou moins abondant par l'anus, sont les symptômes par lesquels se manifeste l'intussusception chez les jeunes enfants. Billard déclare cependant (Traité des mal. des enf. nouv.-nés et a la mamelle, p. 386 387) avoir trouvé des invaginations intestinales sur des cadavres d'enfants qui pendant leur vie n'avaient présenté aucun de ces symptômes. Mais il ajoute qu'il est très-possible qu'une constipation opiniâtre, la tension considérable du ventre, des douleurs excessives et la mort même surviennent par suite de l'invagination intestinale, surtout si la membrane muqueuse de la partie invaginée vient à s'enflammer, et alors on pourrait considérer cet accident comme un des plus graves de la première enfance. Un nouvel examen des faits peut seul dissiper les incertitudes qui règnent sur ce point de la science.

Je n'ai jamais observé, pendant la vie, aucun symptôme d'étranglement. Le météorisme que j'ai observé chez un grand nombre de mes petits malades était la conséquence des entérites dont ils sont si souvent atteints à cette époque de la vie. D'ailleurs il ne se manifestait pas subitement. Son existence remontait, dans le tiers des cas, à deux ou trois semaines; dans un autre tiers, à huit ou dix jours; dans un dernier tiers, il n'avait précédé que de deux ou trois jours la terminaison funeste.

Dix fois seulement j'ai noté, dans les derniers jours de la vie, de la constipation, huit fois des vomissements.

J'appellerai l'attention sur un phénomène assez commun dans les affections intestinales du premier âge, savoir, la rétraction des parois abdominales et la saillie des circonvolutions sur lesquelles elles se moulent. Je l'ai noté 18 fois, et toujours à une époque assez rapprochée du terme fatal, le plus souvent dans les quarante-huit heures qui précédaient la mort. Ce phénomène me paraît tenir à un état spasmodique de l'appareil digestif, et je ne le regarde pas comme complétement étranger à la production des invaginations.

Je rapprocherai ces circonstances des phénomènes que j'ai notés du côté du système nerveux.

Tantôt mes petits malades, réduits au dernier degré de marasme, la face pâle, grippée, empreinte d'une expression très-vive de souffrance, les yeux profondément excavés, comme éteints, demeuraient étendus sur le dos, dans l'immobilité la plus complète, sans proférer aucune plainte ou ne faisant entendre qu'un son étouffé. Tantôt ils étaient dans une agitation continuelle, et alors on observait des mouvements convulsifs et particulièrement des contractions cloniques d'un côté du corps. Ces accidents s'accompagnaient encore de la fixité du regard, ou d'un strabisme convergent, de la dilatation des pupilles, de l'animation des joues. D'un cri sourd et comme voilé, et enfin d'un mouvement latéral de la tête presque continuel et que j'ai constamment observé chez les jeunes enfants en proie à une douleur aiguë.

Coïncidemment avec ces phénomènes, on observait une élévation considérable de la température cutanée, et enfin la faiblesse et la fréquence extrêmes du pouls.

Il n'y a évidemment, dans cet ensemble de phénomènes, rien qui rappelle les symptômes ordinaires du volvulus. Je crois cependant que les convulsions qui se déclarent chez les jeunes enfants ont un lien plus intime qu'on ne pense avec la production des invaginations. Bien que je n'aie jamais une seule fois observé les symptômes de l'étranglement, je suis convaincu que, sous l'influence de l'état convulsif, bien des invaginations se forment, et l'ordre se rétablit tantôt par l'effet d'une convulsion de l'intestin qui agit dans un sens opposé aux précédentes, tantôt par la tendance naturelle des parties à se replacer dans l'état normal, quand la cause perturbatrice a disparu. Ce n'est là, il est vrai, qu'une hypothèse, mais qui me paraît justifiée par ces mouvements étranges de l'intestin dont les circonvolutions se dessinent à travers les parois du ventre, lorsque règnent les convulsions.

Étiologie. — On peut assigner deux sortes de causes à la production des invaginations intestinales chez les jeunes enfants, les unes prédisposantes, les autres déterminantes.

Parmi les premières, il faut citer l'âge des petits malades : 4 mois et 5 ans, telles sont les limites extrêmes entre lesquelles cet âge oscille, dans mes observations. Je n'affirmerais pas qu'au delà de 5 ans l'invagination intestinale se montre rarement, parce que notre service, presque exclusivement consacré aux nouveau-nés, recevait peu d'enfants d'un âge aussi avancé; mais, ce qui me paraît démontré de la manière la plus rigoureuse, c'est qu'au-dessous de quatre mois, les intussusceptions sont un accident fort rare, tellement rare que, sur un chiffre de près de 1.000 intestins examinés avec un soin scrupuleux, je ne l'ai jamais rencontré une seule fois.

Le tableau suivant, établi d'après mes observations, indiquera d'une manière précise l'influence de l'âge.

Age.	Enfants atteints d'invagination.
4 mois.	4
7 mois.	1
8 mois.	1
9 mois.	2
11 mois.	5
12 mois.	2
14 mois.	3
15 mois.	4
20 mois.	2
27 mois.	1
28 mois.	1
30 mois.	1
3 ans	2
4 ans	2
5 ans	1
	32

Il ressort de ce tableau que la fin de la première année extra-utérine et le commencement de la seconde, c'est-à-dire l'âge de 9 à 20 mois, sont les époques de la vie les plus favorables aux invaginations intestinales, puisque les deux tiers de mes observations se trouvent comprises dans ces limites. Ces résultats, d'ailleurs, sont à peu près conformes à ceux des différents auteurs qui ont étudié la question.

Les faits rapportés par Monro et M. Cayol appartenaient à des enfants de 5 mois. Plath a observé des invaginations chez des enfants de 16 à 14 se-

---

était gourmandé de sa façon commode de chasser, de ne se donner la peine de quêter et de tomber trop vite en arrêt!»

La morale de ceci est que les chiens qui courent n'aiment pas les chiens qui arrêtent.

— Le chloroforme rayonnait tout fier de ses succès de cour. Voici qu'un nouvel agent anesthésique se présente et menace de le détrôner. O vanité des grandeurs humaines!

La roche Tarpéienne est près du Capitole.

Le *common puff ball*, que le savant professeur Richardson signale à l'attention du monde scientifique, est un champignon de la famille de nos vesses-de-loup; la fumée qui s'en échappe quand on le met en combustion produit la stupeur et l'insensibilité. Les botanistes le nomment *lycoperdon proteus*, *lycoperdon gemmatum*, ou *bovista*, ou *vulgaris*. D'aucuns prétendent enfin que les peuples du Midi s'en régalent volontiers, ce qui pourrait expliquer jusqu'à un certain point leur penchant pour la sieste et le far niente.

Toutefois M. Richardson s'était borné jusqu'à présent à expérimenter sur des animaux, lesquels s'en sont généralement bien trouvés, notamment un lapin qui s'est endormi pour toujours. Pour s'assurer de la puissance du narcotique, l'auteur a planté des épingles dans le nez de plusieurs chats, et ces animaux n'en ont témoigné aucune impatience; on sait pourtant combien les chats sont peu endurants et soigneux de leur nez.

Mais tandis que le savant anglais achevait son sillon, un de nos confrères, un de nos compatriotes, ouvrait d'emblée au nouvel anesthésique une voie destinée à le conduire, ainsi que son auteur, on ne sait où, mais certainement très-loin : nous voulons parler de la communication de M. X..., publiée, il y a peu de jours, dans la Gazette des hôpitaux, et dont les prémisses revenaient de droit à la Chronique de la Gazette Médicale.

L'auteur entre de plain-pied, son champignon fumant à la main, dans le mystérieux domaine de l'hibernation humaine, rêve tant caressé par le grand Hunter. Ses tendances sont du reste aussi charitables que ses vues scientifiques sont profondes. Il voudrait faire bénéficier l'humanité tout entière de cette vaste conquête, destinée à changer et améliorer la face du monde.

Si le succès répond à son attente, l'anesthésie ne se bornera plus à suspendre la vie pendant de courts instants; on pourra la prolonger à volonté sans le moindre danger, s'endormir avec l'automne et renaître avec le printemps. Ce point de vue est fertile en applications de tout genre. L'auteur s'est préoccupé tout d'abord de ces pauvres familles ouvrières qui luttent si péniblement contre l'indigence et le chômage; il leur promet des cases où elles pourront passer les temps difficiles et attendre des temps meilleurs. Notre confrère ne s'arrêtera pas en si bon chemin. Il songera à d'autres misères non moins dignes d'intérêt. Il dressera des couchettes narcotiques pour les conjoints d'une humeur incompatible, et où chacun pourra, à tour de rôle, jouir des bénéfices de la séparation de corps; les gens riches en auront chez eux pour tromper les impatiences qui précèdent les grandes satisfactions; on se fera endormir pour échapper à l'importunité des solliciteurs, pour abréger la longueur du veuvage, et ainsi de suite.

Mais hélas! au moment où notre imagination cheminait de déduction en déduction, jusqu'à la perfection finale de l'ordre social, voici venir une

maines (Forcke, UNTERSUCHUNGEN UND BEOBACHTUNGEN UEBER DEN ILEUS, DIE INVAGINATION UND DIE CROUPARTIGE ENTZUENDUNG DER GEDAERME. Leipzig, 1843, p. 35-37). Burford, chez un enfant de 3 mois (THE LANCET, octobre 1840, n° 6, p. 189). Le petit malade de Judson avait 3 mois, celui de Clarke 11 mois et 3 semaines, enfin celui de Cunningham 6 mois. On voit que, chez tous les sujets observés par ces auteurs, il n'y a pas d'exemple d'invaginations ayant existé au-dessous de 3 mois.

L'influence du sexe peut être considérée comme nulle, puisque 18 enfants appartenaient au sexe masculin, 16 au sexe féminin.

Au nombre des causes déterminantes, il faut ranger non-seulement les convulsions, mais encore toutes les maladies dans le cours desquelles elles surviennent. J'ai noté comme affections primitives, chez mes petits malades, la rougeole 13 fois, la variole une fois, l'entérite 11 fois, les tubercules 3 fois, le rachitisme 2 fois, l'œdème de la glotte une fois, l'hydrocéphalie chronique une fois. La rougeole et l'entérite ont donc joué un rôle important dans la production des invaginations. Ce résultat ne saurait nous étonner, puisque, d'une part, les convulsions sont une complication fréquente de cette fièvre éruptive, d'autre part puisque l'affection vermineuse a accompagné très-souvent la phlegmasie intestinale. Déjà Louis, cité par Hévin, avait attribué la production de la plupart des invaginations du jeune âge à la présence des vers dans l'intestin. Mais il y a évidemment là exagération. Je conçois l'influence des accidents de la dentition, quoique je ne les aie jamais observés, parce qu'ils donnent lieu dans la plupart des cas à des troubles du système nerveux.

Dance avait signalé l'influence des phlegmasies de l'intestin dans son mémoire sur les invaginations. « L'invagination, dit-il, n'est point une maladie primitive; elle est ordinairement secondaire à une autre affection, et spécialement à l'irritation, à l'inflammation intestinale qui a pour effet de troubler les contractions péristaltiques des intestins et d'exciter des mouvements généraux et surtout partiels de la masse intestinale. Lorsque, sous l'influence d'une cause quelconque, le mouvement intestinal devient précipité, partiel, irrégulier, désordonné, l'invagination peut se produire, parce que les contractions vives et partielles tendent à insinuer la portion d'intestin qui se contracte dans la cavité de celle qui reste immobile. » (Mémoire cité, *in* RÉPERT. GÉN. D'ANAT. ET DE PHYS. PATHOL., t. 1, p. 209; Paris, 1826.)

Je considère, avec Dance, l'entérite comme une cause d'invagination intestinale, mais en ce sens seulement qu'elle se complique chez les enfants d'affections convulsives. Pour moi ce n'est pas l'inflammation locale qui trouble les contractions péristaltiques, ce sont les accidents convulsifs. J'en dirai autant des affections vermineuses, des accidents de la dentition, de la rougeole, des tubercules, etc., en un mot de toutes les maladies à la suite desquelles on a observé des invaginations intestinales. Ce sont les convulsions qui impriment à certaines portions de l'intestin ces mouvements rapides, irréguliers, désordonnés dont parle Dance, et qui insinuent l'intestin contracté dans la cavité de celui qui reste immobile.

« Plusieurs invaginations, dit M. Andral, ne paraissent se former qu'au moment de la mort ou pendant l'agonie, et tous ceux qui ont été témoins des singulières convulsions qui s'emparent du tube digestif d'un animal au moment où il expire ne s'étonneront que d'une chose, c'est de ne pas rencontrer plus souvent des invaginations à l'ouverture des cadavres. » Ces paroles de l'illustre observateur confirment l'opinion que j'ai énoncée sur la cause prochaine et déterminante des invaginations. Il faut pour produire cet accident un état convulsif des intestins. Seulement ces convulsions intestinales qui s'observent chez les animaux qui périssent de mort violente ne sont pas un phénomène ordinaire de l'agonie; autrement on les rencontrerait chez tous les sujets. Elles sont le résultat d'une grande perturbation du système nerveux. Or toutes les maladies qui auront pour effet l'exaltation de ce système pourront engendrer ces invaginations. On peut s'expliquer ainsi pourquoi les invaginations de l'intestin grêle sont si fréquentes à l'âge dont je m'occupe, c'est qu'à aucune autre époque de la vie la susceptibilité du système nerveux n'est si grande et les affections convulsives aussi communes.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LES SOLUTIONS DE CONTINUITÉ DE LA ROTULE; DESCRIPTION D'UN APPAREIL CURATIF NOUVEAU POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES TRANSVERSALES; par M. BAUDENS, inspecteur, membre du conseil de santé des armées, ancien chirurgien en chef et premier professeur à l'hôpital du Val-de-Grâce, etc.

(Suite. — Voir les numéros 21 et 22.)

TRAITEMENT.

Le traitement des fractures de rotule comporte cinq indications: 1° combattre l'arthrite traumatique du genou; 2° placer sur un plan incliné le membre pelvien lésé; 3° le condamner au repos; 4° maintenir les fragments dans un contact permanent pendant la durée du traitement; 5° prévenir la roideur de l'articulation du genou par des mouvements de flexion et d'extension prudemment ménagés.

Et d'abord, faut-il appliquer l'appareil à fracture immédiatement après l'accident? Il y a là un double écueil à éviter, celui d'agir trop tôt, celui d'agir trop tard. Le principe de réduire les fractures aussitôt que possible et de les maintenir réduites doit toujours être subordonné au danger d'aggraver les accidents traumatiques par la compression inhérente aux appareils. En ce qui concerne la fracture de rotule, il est de toute évidence qu'une compression un peu forte pour ramener les fragments l'un vers l'autre aggraverait l'arthrite du genou, si elle était exercée prématurément. Il est également incontestable que l'application d'appareils sur des parties qui sont ou vont devenir le siége d'inflammations traumatiques sérieuses est une haute imprudence; nous sommes convaincu que bon nombre de fractures n'aboutissent à l'amputation que par cette cause. Aussi est-il de toute nécessité de ne placer dans les premiers jours que des appareils d'attente en quelque sorte, ou même de n'en pas mettre du tout.

Il ne faut pas non plus agir trop tard. On sait que la pointe des fragments et des esquilles, surtout quand il s'agit des os longs, peut déchirer les parties molles voisines, quand la réduction n'est pas maintenue; ce danger n'existe guère, il est vrai, pour les fragments de la rotule qui ordinairement n'ont ni pointes, ni esquilles intermédiaires; mais la fracture de la rotule, comme celle des os longs, présente un autre inconvénient très-sérieux.

communication à l'Académie des sciences qui renverse notre pot au lait anesthésique. M. G., expérimentateur d'une intrépidité peu commune mais sceptique, ne s'est pas borné à sacrifier son chien ou son chat; mais il a, dit-il, *plongé sa tête tout entière dans un vase plein de fumée* de ces champignons, et cela pendant *quinze minutes*. Ce courageux confrère en a été incommodé de plusieurs manières: il a d'abord éternué, puis toussé, puis expectoré; mais de narcotisation, point. D'où il résulte pour lui que le *common puff ball* est un puff très-désagréable et son pouvoir anesthésique une pure illusion.

— N'oublions pas une autre nouveauté très-importante pour nos confrères, pour ceux-là surtout qui auraient le désagrément de se regarder constamment le nez, ainsi que le disait un de nos amis, délivré depuis quelque temps de cette fâcheuse servitude. Il paraît, du moins tous les journaux en font mention, qu'une nouvelle méthode de guérir le strabisme vient de poindre à l'horizon. La GAZETTE MÉDICALE a omis jusqu'ici d'en parler, non pas qu'elle manque d'empressement à produire les choses nouvelles; mais la méthode en question, revenant à plus d'un titre à la CHRONIQUE, on a dû attendre, pour célébrer son avénement, que celle-ci siégeât. Tout vient à point à qui sait attendre, et nous voici disposé à lui donner l'attention qu'elle mérite.

On sait que, pour remédier à l'inégalité de longueur des muscles de l'œil, cause présumée du strabisme, on avait déjà la méthode ordinaire, qui tranche le muscle réputé trop court à la façon dont Alexandre trancha le nœud gordien; au vu et su de tout le monde, cette méthode, à vrai dire, a l'inconvénient de faire trop largement les choses et de remplacer l'espèce de captivité anormale de l'œil par une liberté dont il abuse. On connaît aussi la méthode sous-conjonctivale; mais celle-ci procède par des voies si cachées et offre tant de difficultés d'exécution, qu'elle répugne aux amateurs de franche chirurgie et décourage les opérateurs par trop timides. De compte fait, on avait ainsi deux méthodes pour opérer le strabisme: la méthode ordinaire qui coupe tout, la méthode sous-conjonctivale qui ne coupe que le muscle. Or voici une troisième méthode qui ne coupe plus rien, et que, pour la caractériser comme elle le mérite, nous proposons d'appeler la méthode *extraordinaire*. Cette méthode, en effet, n'a rien de commun avec ses devancières. Celles-ci avaient eu l'idée assez vulgaire d'allonger le muscle trop court: la méthode nouvelle se propose, à l'aide d'une ligature, de raccourcir le muscle trop long, de le réduire aux proportions du muscle correspondant. Ce procédé, si tant est que l'auteur l'ait appliqué, aura, entre autres avantages, celui de maintenir l'œil en si grand respect, qu'il ne sera plus tenté de tourner ni à droite ni à gauche.

Mais la méthode *extraordinaire*, indépendamment des immenses services qu'elle est destinée à rendre à l'humanité strabique, est fertile en nombreuses applications; l'auteur n'aura pas manqué de les entrevoir. Il ne s'en tiendra donc pas là. Il y a, dans l'idée de raccourcir ce qui est trop long, une vue dont il fera bénéficier toutes les infirmités qui procèdent d'un défaut de proportion: les boiteux, les manchots, les torticolis, et une foule d'infirmités du même genre se recommandent à son attention. C'est le propre des grandes idées d'être susceptibles de généralisation.

— Un monsieur du meilleur air et dont la physionomie n'accusait pas de graves altérations se présentait, ces jours derniers, à la consultation d'un de nos confrères. Après les préliminaires d'usage, le consultant entre en matière :

Quand on ne la réduit pas dans les premiers jours, il se fait autour des fragments un engorgement inflammatoire avec commencement de travail de consolidation vicieuse; et lorsqu'on veut réduire, on éprouve une résistance occasionnée par un travail d'adhérences qu'il faut rompre, résistance souvent fort difficile, sinon impossible à vaincre.

1° *Combattre l'arthrite traumatique.* — Les fractures de la rotule s'accompagnant d'une arthrite traumatique plus ou moins grave, selon les complications, il faut placer le membre pelvien sur un plan incliné, le condamner au repos, prévenir ou combattre les accidents traumatiques. On emploie généralement des sangsues et des cataplasmes. Les sangsues ne peuvent rien contre l'épanchement sanguin; leur piqûre stimule la douleur déjà existante et par conséquent la congestion locale. Cette congestion est en outre favorisée par les cataplasmes chauds appliqués sur le genou pour faciliter l'écoulement sanguin. Sans doute il faut tenir compte de la perte de sang; mais celle-ci est insuffisante pour remédier aux effets de la congestion locale; aussi voit-on, après les applications de sangsues et les cataplasmes, l'engorgement ne faire qu'augmenter de volume.

Nous procédons d'une façon toute différente pour enrayer l'inflammation traumatique. Le membre étant placé sur un plan incliné, nous entourons le genou d'une légère couche de charpie sur laquelle nous déposons des glaçons plus ou moins gros, plus ou moins nombreux, selon que le foyer inflammatoire a plus ou moins d'activité. La glace fond doucement, l'eau pénètre la charpie, dont les brins ne laissent à découvert aucune portion tégumentaire, et répand partout le froid d'une manière uniforme. C'est notre cataplasme à la glace. Il faut se rappeler que ce cataplasme à la glace ne doit enlever que du calorique morbide, qu'il doit respecter le calorique normal. On reconnaît que du calorique morbide seul est soutiré tant que le froid est agréable au malade et le soulage; il agit sur du calorique normal quand à la sensation de bien-être succède une sensation de froid pénible et même douloureuse. Quand la glace soutire du calorique normal, on en diminue la quantité, on l'enlève même complétement, si besoin est, ou bien on augmente la quantité de charpie déposée sur le genou, afin que le froid agisse moins directement. Si au contraire la glace est insuffisante pour épuiser le calorique morbide, si malgré sa présence le membre reste brûlant, en proie à l'inflammation phlegmoneuse, on mélange à la glace du sel marin pour abaisser la température. Mais dans aucun cas il ne faut supprimer la charpie placée autour du genou, parce qu'elle est la trame de notre cataplasme à la glace; elle forme une atmosphère réfrigérante uniformément répartie sur tous les points, et sans laquelle l'action de la glace serait tout à fait défectueuse et mal distribuée.

On supprime le froid avec les ménagements employés au début, à l'aide de tâtonnements prudents, afin de n'agir ni trop ni trop peu, et surtout afin de supprimer toujours la douleur, loin de la provoquer. Car il ne faut jamais perdre de vue que la glace est le sédatif par excellence, et que si elle détermine de la douleur, c'est qu'elle soutire du calorique normal au lieu de calorique morbide.

Aux saignées locales sanguines, nous avons substitué les saignées continues de calorique morbide. Ces saignées-là n'épuisent pas; il faut les continuer tant que le foyer de calorique morbide n'est pas éteint. Il est éteint quand la glace, cessant d'être bienfaisante, développe de la douleur. Nos seuls guides sont les sensations des malades; ces guides là ne trompent jamais.

Pour prévenir l'inondation provenant de la fonte de la glace, nous plaçons sous le genou une toile cirée et sur les côtés une série d'éponges faisant gouttières qu'on enlève de temps en temps l'une après l'autre pour en exprimer l'eau contenue.

Dans des circonstances exceptionnelles, il faut aider à l'action de la glace par une ou deux saignées du bras.

Nous nous trouvons bien, après la fracture de la rotule, comme après toute lésion un peu grave, de débuter par un léger purgatif.

2° *Placer le membre sur un point incliné.* — Les indications sont de mettre le muscle extenseur de la jambe dans le plus grand relâchement possible. On n'y est pas arrivé de prime saut, mais progressivement; ainsi, au conseil donné par Paul d'Égine et par Ambroise Paré, d'étendre la jambe sur la cuisse, J.-L. Petit a ajouté un plan incliné pour soulever le pied et la partie inférieure de la jambe, moyen que Valentin a perfectionné en portant la pyramide de coussins jusque sous la cuisse, afin de fléchir celle-ci sur le bassin, tout en soulevant le pied et la jambe. Sheldon est allé plus loin encore. Le malade doit s'asseoir sur son lit, le corps un peu penché en avant. Mais dans cette position, exagérée et si difficile à conserver longtemps, les régions de la fesse et du creux du jarret fortement tendues deviennent le siége de douleurs intolérables.

Ce qu'il importe de ne pas perdre de vue, c'est que le relâchement est obtenu, soit qu'on incline le tronc sur la cuisse, soit qu'on incline le membre pelvien en totalité sur le bassin. Ces deux plans inclinés se font équilibre, et au fur et à mesure que l'un décrit un angle plus ouvert, l'autre doit en décrire un plus fermé. Ainsi, quand on vient à relever le tronc à l'aide d'oreillers pour soulager le malade, on peut sans inconvénient diminuer la hauteur du plan incliné sur lequel repose le membre abdominal. Il faut même le faire, sans quoi la position ne serait pas supportable, à cause d'une tension douloureuse au creux du jarret. Mayor (de Lausanne) conseille simplement l'extension complète et permanente de la jambe sur la cuisse. C'est par routine, dit-il, que les chirurgiens les plus distingués recommandent en outre de fléchir la cuisse sur le bassin, soit en élevant le tronc pour lui faire décrire un angle obtus avec le membre affecté, soit en soulevant le pied et la jambe. Nous ne saurions partager cette opinion quelque peu excentrique de ce célèbre chirurgien.

La position conseillée par Valentin provoque parfois une tension douloureuse au jarret, mais qui cesse graduellement après quelques jours. Quand elle persiste au point d'être insupportable, on y remédie en diminuant un peu la hauteur du plan incliné. Si la douleur continuait, il faudrait mettre à profit, mais avec beaucoup de prudence, le conseil donné par Sabatier, de fléchir légèrement le genou; car la flexion du genou a le double inconvénient d'entraîner passivement le fragment inférieur en arrière et le fragment supérieur activement en haut, en faisant effort sur le muscle extenseur de la jambe. Pour combattre ces douleurs, nous faisons usage avec beaucoup de succès d'un coussinet moelleux placé sous le jarret.

3° *Condamner au repos l'articulation fémoro-tibiale.* — Nous l'avons dit: tout mouvement de flexion a pour effet d'entraîner le fragment inférieur en arrière, le fragment supérieur en haut, et de rompre les liens aponévrotiques précieux à conserver. De là l'urgence de maintenir la jambe dans l'extension continue. Toutefois, quand le cal a acquis un certain degré de solidité, on peut faire exécuter de légers mouvements à l'articulation pour prévenir une ankylose partielle; mais alors il faut avoir bien soin de soutenir fortement rapprochés l'un de l'autre les fragments à l'aide des doigts, afin d'éviter au cal jusqu'au moindre tiraillement.

— « Monsieur, je suis de Carcassonne, et je viens tout exprès pour vous consulter. (Le médecin incline légèrement la tête.) Tel que vous me voyez, monsieur, je suis le plus malheureux des hommes. (Notre confrère promena un regard attentif sur la figure réjouie de son interlocuteur et attendit.) Monsieur, poursuivit le méridional, j'ai une voix de basse-taille magnifique, une voix à ébranler une cathédrale, mais je ne puis pas la conduire; mes sons partent comme des coups de canon, et j'ai lieu de croire que je fais peu de plaisir. (Mélomane, murmure le médecin.) — Vous devez comprendre, monsieur, tout ce qu'il y a de désagréable dans ma position: avoir un instrument magnifique et ne pouvoir s'en servir. (Monomanie musicale, dit en lui-même notre confrère; il était fixé.) — Y a-t-il longtemps que vous êtes à Paris? — Je suis arrivé d'hier soir; je suis descendu chez un de vos élèves, qui, ma foi, vous fait honneur: il m'a chanté le grand air de Guillaume Tell. (Monomanie délirante.) — Quand vous éprouvez cette difficulté à conduire votre voix, ne ressentez-vous pas des mouvements d'impatience? — Parbleu! monsieur, je brise tout chez moi. (Bon, bon, accès de fureur: monomanie délirante et furieuse.) — Et ces crises sont-elles suivies d'abattement, de langueur, d'une certaine confusion dans les idées? — Oh! monsieur, cela ne va pas si loin. — Permettez: j'oubliais de vous demander si les personnes qui vous entourent.... Êtes-vous marié, monsieur? — Dieu merci, non. — Vous vivez en famille, je présume? — Mais il me semble, monsieur, que cet interrogatoire n'a aucun rapport..... — Permettez, monsieur, permettez; ces questions ont leur importance: vous avez une infirmité. — Je n'ai pas d'infirmité, monsieur. — Une infirmité musicale, s'entend, et vous venez consulter pour voir à y apporter quelque remède. — (Mais ce monsieur est un original dit le consultant en lui-même.) — Voyons, un peu de calme, monsieur; rien n'est plus sage que votre démarche. J'espère bien vous guérir. (Décidément cet homme est fou, ajoute l'homme à la basse-taille indisciplinée.) — Êtes-vous disposé à suivre mes conseils? — Franchement, monsieur, j'aime mieux m'en aller. — Allons, allons, du calme. — Ma foi, je perds patience: je vous demande un conseil pour conduire ma voix, et vous me faites des questions comme on en ferait à un pensionnaire de Charenton. Êtes-vous ou non M. Panseron, qui donne des consultations musicales? — Je ne suis pas M. Panseron, monsieur, dit notre confrère stupéfait; je suis le médecin en chef de Bicêtre. » Est-il besoin d'ajouter que ce quiproquo une fois débrouillé, les deux fous présumés se mirent à rire comme des fous véritables?

— Londres est sillonné comme Paris par une grande quantité de cabs et autres voitures publiques qui sont la propriété momentanée du premier venu, le cocher n'ayant d'autre obligation que de remettre le voyageur à l'adresse indiquée ni d'autre droit que de percevoir une rétribution fixe et un pourboire *ad libitum*. Quelques médecins de Londres ont cru voir des inconvénients très-graves à un tel état de choses. Il n'est pas rare, en effet, que ces cabs, ouverts à tous venants, transportent des individus atteints de maladies contagieuses. Or promener la contagion en voiture, c'est nécessairement la faire marcher plus vite. Pour remédier à un tel inconvénient, ces ardents contagionistes ont imaginé une petite loi qui défendrait aux cochers, sous peine d'amendes considérables, de transporter tout voyageur atteint de maladies contagieuses. A Londres on trouve toujours un lord pour chaperonner une loi nouvelle si originale qu'elle soit; celle-ci avait toutes sortes de raisons pour n'en pas manquer. Elle a donc

4° *Maintenir les fragments en contact permanent pendant toute la durée du traitement.* — La difficulté n'est pas de mettre les fragments en contact; on y arrive assez souvent uniquement par la position inclinée du membre, si bien que des praticiens ont conseillé de s'en tenir là; mais la rétraction continue du muscle extenseur y a fait renoncer. L'indication curative, c'est de maintenir les fragments affrontés tout le temps nécessaire à la formation d'un cal osseux. Dans cette vue, on a imaginé une foule d'appareils, et malgré cette richesse apparente, la science en réalité n'en est ni moins pauvre ni moins dépourvue.

Avant de donner la description de notre appareil, nous allons passer rapidement en revue les moyens curatifs qui ont été ou qui sont encore les plus usités.

De ce qui précède, on comprend facilement que le meilleur appareil sera celui qui remplira le plus fidèlement les deux indications suivantes: 1° obtenir le plus grand relâchement possible des muscles qui s'insèrent à la rotule et du ligament rotulien fixé au tibia; 2° maintenir en contact les fragments par une pression en sens inverse modérée sur le fragment inférieur, parce que l'extension de la jambe suffit presque seule pour empêcher son écartement, plus forte et plus continue sur le fragment supérieur, afin de lutter avec succès contre la tendance incessante du puissant muscle extenseur à se rétracter.

Le huit de chiffre exécuté avec une bande à deux globes portant sur des rouleaux de linge ou d'emplâtres taillés en croissant pour agir avec plus de précision sur les deux fragments, fort préconisé par J. L. Petit, a eu de nombreux partisans et se trouve aujourd'hui à peu près abandonné; il est cependant hors de doute qu'en lui assurant à l'aide de la dextrine un degré de solidité dont il était dépourvu, ce bandage donne entre les mains habiles de M. le professeur Velpeau de fort beaux résultats. On sait que M. Gama se servait avec succès d'un bandage en huit de chiffre fait avec des bandelettes de sparadrap.

APPAREIL DE DUPUYTREN. — Il se compose: 1° d'un plan incliné formé d'oreillers superposés les uns aux autres, étendu du talon à la tubérosité ischiatique; 2° de deux compresses longues de 60 et larges de 12 centimètres en toile de forte résistance, l'une d'elles percée de trois fenêtres à l'un de ses chefs, l'autre divisée en trois lanières également à son extrémité opposée; 3° de deux bandes larges de trois travers de doigt et longues de 8 à 10 mètres; 4° de quelques compresses graduées d'une longueur d'environ 18 centim. sur une épaisseur de 2 à 3 centim.

A l'aide de ces pièces, on applique à la rotule le bandage unissant des plaies en général. On a soin de placer au-dessus et au-dessous de cet os les compresses graduées, avant de passer les lanières de l'une des compresses longues dans les fenêtres correspondantes de l'autre compresse et de pousser l'un vers l'autre pour les mettre en contact immédiat les fragments en exerçant des tractions convenables sur les lanières. Dupuytren se contentait ensuite de placer le membre tout entier sur un plan incliné.

Ajoutez à cet appareil une attelle postérieure s'étendant le long de presque toute la partie postérieure de la cuisse et de la jambe, et vous aurez l'appareil de Desault, dont se servait également Larrey.

L'attelle postérieure possède un avantage incontestable, celui de maintenir invariablement l'extension. M. Velpeau l'a remplacée par une plaque de carton et par son bandage dextriné. On reproche au bandage unissant le relâchement des pièces de toile qui le composent, et M. Malgaigne, résumant l'opinion à peu près générale, le déclare le plus infidèle de tous les appareils. Ainsi que nous l'avons déjà dit dans notre mémoire sur la rupture du ligament rotulien, les bandages unissants ont tous le grave inconvénient de comprimer circulairement et avec une certaine force, sous peine d'être impuissants, des portions du membre pelvien, de déterminer de la gêne dans la circulation, de l'atrophie dans les points longtemps soumis à leur action et de l'engorgement dans ceux qui lui échappent, engorgement auquel ne remédie que fort imparfaitement la compression circulaire portée même sur la jambe en totalité. Les avantages attribués par Dupuytren au bandage unissant, à savoir, de supprimer et prévenir les contractions musculaires dans toute l'étendue de l'extrémité pelvienne, sont dus presque exclusivement au plan incliné et ne sauraient racheter les inconvénients précités. Ce n'est pas tout: le bandage se relâche facilement; il faut souvent le renouveler; il finit souvent par entamer la peau en comprimant la rotule toujours sur le même point, et en masquant cet os, il ne permet d'appliquer sur le genou aucun topique, ni de surveiller constamment de l'œil la coaptation, ou les accidents capables de se produire. Dupuytren a observé assez souvent après le bandage unissant un grave inconvénient contre lequel il faut se garder. Ce bandage n'agissant qu'en prenant un point d'appui sur la peau, celle-ci portée d'avant en arrière peut former un pli qui s'interpose comme un coin entre les fragments et les écarte.

APPAREIL DE BOYER. — Boyer avait renoncé au bandage unissant qu'il avait remplacé par un appareil moins simple dans sa construction, mais plus sûr dans son action, au dire de ce grand chirurgien: nous voulons parler de la gouttière imaginée par un mécanicien de Leyde, nommé Muschenbroëck, décrite par Solingen et copiée par Arnaud, qui lui donna son nom. Au lieu de la gouttière en tôle, Boyer se servait: 1° d'une gouttière en bois assez longue pour s'étendre du milieu de la cuisse au milieu du mollet, assez profonde pour loger les deux tiers de l'épaisseur du membre, parfaitement rembourrée, et ayant sur les bords, vers le milieu de la longueur, des clous à tête arrondie, échelonnés de 10 à 12 millim.; 2° de deux courroies d'environ 3 centim. de largeur, longues de 18 à 20 centim., formées dans le tiers moyen de peau de buffle garnie en laine et recouverte en chamois; dans ses deux autres tiers, de cuir de veau percé de trous, à 4 ou 5 millim. de distance; 3° de cinq ou six lacs de rubans, de fil ou d'une bande roulée. On place le membre dans la gouttière de façon que le jarret corresponde à la partie moyenne; on remplit les vides avec du coton, et tandis qu'un aide fait la coaptation des fragments, on place, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la rotule, les courroies dont les chefs descendent obliquement se fixer aux clous précités. On met sur la rotule des compresses trempées dans une liqueur résolutive, et on assujettit le tout avec quatre ou cinq lacs noués sur un des côtés de la gouttière ou avec une bande roulée.

Boyer, nous l'avons dit en parlant de la rupture du ligament rotulien, attribue à son appareil l'avantage de laisser à découvert la région lésée, d'exercer une compression suffisante, sans pour cela exposer les téguments à se mortifier, de se relâcher moins que les bandes, de pouvoir en augmenter l'action à volonté sans déranger les autres pièces. Il ajoute toutefois que, dans la plupart des cas, les malades se sont plaints durant la première heure de douleurs plus ou moins fortes dans les points comprimés par les courroies; mais les douleurs se seraient dissipées soit d'elles-mêmes, soit en relâchant un peu les liens.

Nous avons plusieurs fois fait usage de la gouttière de Boyer; nous lui avons reconnu les imperfections qui suivent: au lieu de pousser simple-

---

eu l'honneur d'être présentée à la chambre des pairs. Nous devons dire cependant qu'elle n'a pas eu tout le succès qu'on pouvait espérer. Néanmoins elle a eu les honneurs d'une discussion sérieuse, et lord Campbell n'a pas dédaigné de la combattre avec des épigrammes. Mais comme on dit vulgairement: *Il ne l'a pas emporté en Paradis.* Voici le MEDICAL TIMES qui prend le noble lord à partie. « Lord Campbell a voté, dit-il, pour le rejet de la loi; nous regrettons » qu'une pareille législation émane de la chambre des pairs; et si nous étions » parfaitement sûr qu'il ne succombât pas à cette maladie, nous formerions de » grand cœur le vœu que Sa Seigneurie (lord Campbell) pût expérimenter sur lui- » même les bons effets d'une promenade dans un cab dont les vitres ruissellent » encore de la vapeur produite par l'haleine d'un varioleux. » Ce vœu n'est réellement pas charitable, et nous ne saurions nous y associer. Cependant cette petite loi nous plaisait; elle avait du bon, c'est pourquoi nous la regrettons. En la perfectionnant, on aurait pu en faire quelque chose. Charger un conducteur de cab de décider si les voyageurs qui se présentent à lui sont ou non atteints d'une maladie contagieuse, c'est supposer que ces hommes, possesseurs de véhicules, deviendront plus ou moins médecins, à moins qu'on ne suppose que bon nombre de médecins deviendront conducteurs de véhicules. Les deux hypothèses ont chacune leur bon côté: dans le premier cas, c'est la médecine qui recevra de nouvelles applications; dans le second, c'est le médecin qui trouvera de nouveaux débouchés. Il n'y a que les Anglais pour savoir si bien tirer parti des choses. Un appréciateur de cette nouvelle loi faisait valoir que les jeunes confrères y trouveraient (soit dit sans calembour) l'occasion de faire plus rapidement leur chemin. Apollon, dieu des arts et de la médecine, excellait, dit-on, à conduire un char. Nos jeunes confrères ne dérogeront point en cumulant les deux professions: ils donneront comme le fils de Latone leurs consultations en voiture: il y aura pour eux économie de logement.

— On sait qu'en Angleterre il y a une certaine quantité d'écoles soi-disant recevantes qui délivrent des diplômes de docteurs comme chez nous on délivre des ports d'armes. Si l'on peut s'en rapporter à l'indignation de nos véritables confrères d'outre-Manche, l'analogie n'aurait rien de forcé. Voici un coffiniste, par exemple, contre lequel l'Association médicale lance ses anathèmes. Il avait à traiter un pilote atteint d'une hernie considérable. Un pilote! se dit le docteur, sa maladie, ce sont des vents. *Indè* tous les matins une forte dose de jalap et de poivre de Cayenne dans un verre de Genièvre. A la faveur de ce traitement, le docteur voulait faire de son client un *tout autre homme*. En effet, le malade mourut. Le coroner chargé de constater le décès, et parfaitement renseigné sur le traitement suivi, a déclaré que le pilote C. était mort de mort naturelle. Ce brave magistrat nous paraît avoir fait preuve d'un sens médical exquis.

— Hunter, qu'on appelait alors M. Hunter l'anatomiste, était contemporain de Georges III, roi d'Angleterre. Il va sans dire qu'il n'était pas médecin de la cour, et qu'il ne fut même pas consulté dans la dernière maladie qui termina les jours de ce monarque. Néanmoins on a trouvé, dans les mémoires du temps, une lettre de lord Granville où l'on apprend que John Hunter avait diagnostiqué à distance la maladie du roi, et qu'il en avait prévu à l'avance toutes les péripéties. *Si c'était un homme ordinaire*, aurait-il dit, *je ne désespérerais pas de sa guérison.* Ces paroles ne voulaient-elles pas dire: S'il était *moins* bien soigné, il guérirait peut-être?

A bientôt, chers confrères, la suite de notre récolte.

ment en bas la rotule, la courroie lui imprime de plus un mouvement de bascule qui porte en avant son extrémité inférieure ; la compression constamment exercée sur le sommet de cet os développe de vives douleurs qui ne cessent qu'en relâchant la courroie au préjudice de la coaptation.

Ces alternatives de compression et de relâchement du bandage ont des inconvénients faciles à saisir. Ce sont des ébranlements continuels opérés dans le travail osseux, et comme après tout il faut bien recourir à la compression permanente, on ne peut éviter des douleurs qui, presque toujours, aboutissent à des excoriations, sinon à des escarres tégumentaires profondes. Or en principe, ainsi que nous n'avons cessé de le dire dans nos leçons de clinique au Val-de-Grâce, tout appareil qui provoque des souffrances est par cela même un mauvais appareil. Nous adressons encore un autre reproche à la gouttière, celui de circonscrire complétement le genou par la rencontre de la gouttière et de la courroie et de faire ainsi une compression circulaire qui étrangle le membre et l'engorge.

Mayor a apporté à la gouttière un perfectionnement avantageux qui consiste à rapprocher l'une vers l'autre les deux petites courroies rembourrées et situées en travers, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la rotule; il les rapproche à l'aide d'attaches allant de l'une à l'autre courroie et pouvant être serrées à volonté.

Bandage de Pott. — Considérant le fragment inférieur comme immobile, Pott ne s'en occupait pas et se contentait d'agir sur le fragment supérieur à l'aide d'une petite compresse placée au-dessus de lui, que maintenait un bandage médiocrement serré. L'idée de Pott a donné naissance à une foule d'appareils compliqués, destinés tous à attirer le fragment supérieur en bas à l'aide de lacs allant se fixer au soulier du malade. Tel était le bracelet en cuir de A. Cooper serré à l'aide de boucles au-dessus du fragment supérieur et de l'un des côtés duquel descendait jusque sous la plante du pied une courroie unique qui allait ensuite se fixer au côté opposé de ce bracelet.

Mais, comme le fait judicieusement observer M. Malgaigne, ces appareils pèchent par deux raisons capitales : d'une part, en attirant en bas le fragment supérieur sans retenir l'autre, on fait fuir celui-ci devant le premier, et l'on se prive ainsi de la pression réciproque des deux fragments si importante pour assurer le contact et hâter la réunion ; d'une autre part, le fragment inférieur est sujet à être entraîné et renversé par la rétraction du ligament rotulien, d'où la nécessité d'agir sur ce fragment aussi bien que sur l'autre.

Nous pensons toutefois que M. Malgaigne a un peu exagéré le rôle du ligament rotulien, au moins pendant les premiers moments qui suivent la fracture. Nous ne saurions partager son avis, qu'il est nécessaire d'agir sur le fragment inférieur avec autant de force que sur le fragment supérieur, ainsi qu'il le fait avec l'appareil de son invention.

Quoi qu'il en soit, les résultats pratiques démontrent que tous ces appareils sont imparfaits, puisqu'il est excessivement rare de rencontrer un cal osseux à la suite des fracture de rotule.

Appareil de M. Malgaigne. — M. Malgaigne rappelle d'abord que les appareils à pression concentrique, en déprimant le tendon rotulien dans le creux sus-condylien d'une part et le ligament de la rotule d'autre part, dans la dépression qui sépare le fémur du tibia, font basculer forcément les fragments en arrière, de telle sorte que les surfaces fracturées s'écartent fortement en avant. C'est dans ce sillon triangulaire que la peau s'enfonce quelquefois à la manière d'un coin, comme nous l'avons dit. Cette bascule des deux fragments n'est jamais plus prononcée, d'après M. Malgaigne, que dans les cas où le siége de la fracture est à la partie moyenne de l'os. Quand elle se rapproche beaucoup ou de la base ou du sommet de la rotule, la bascule ne se fait que sur le plus grand fragment, le plus petit étant directement enfoncé avec le tendon ou le ligament auquel il adhère. Monteggio et M. Ph. Boyer ont signalé des faits constatant cette particularité que l'habile chirurgien précité a également observée. M. Malgaigne signale un dernier inconvénient. La courroie inférieure agit assez régulièrement et d'aplomb sur le sommet de la rotule; mais la supérieure porte un peu à faux, parce que la base de la rotule sur laquelle elle presse est coupée obliquement de façon que son extrémité externe dépasse de près d'un centimètre le niveau de l'extrémité interne ; d'où il résulte que la pression étant plus forte en dehors qu'en dedans, le rapprochement est aussi plus exact et la réunion plus solide en dehors, comme on le voit sur les rotules qui ont été fracturées en travers.

Ainsi la bascule des fragments laisse entre eux un écartement plus grand en avant qu'en arrière, et, d'une autre part, cet écartement est plus prononcé à la partie interne qu'à la partie externe des fragments à cause de l'obliquité de la base de la rotule.

Pour obvier à ces défectuosités, M. Malgaigne a imaginé d'implanter une griffe à deux crochets aigus dans l'un et l'autre fragment, et de mettre ceux-ci en contact en rapprochant à l'aide d'un pas de vis chacune des deux griffes pouvant glisser l'une sur l'autre au moyen d'une plaque terminale. Les deux crochets de la griffe inférieure, écartés d'un centimètre, sont destinés à s'implanter sur le sommet de la rotule dont la pointe est logée dans leur intervalle ; les crochets de la griffe supérieure devant faire effort sur la base de la rotule doivent être écartés de 2 centim., et le crochet interne doit être plus long que l'externe de 5 à 6 millim. pour s'accommoder à l'obliquité de cette partie de la rotule. Bien qu'on n'observe pas en général, dit M. Sédillot, et c'est également notre avis, les ulcérations, les abcès, les caries et les nécroses que l'emploi d'un pareil instrument devait faire redouter, ce procédé a trouvé peu de partisans.

En effet, les praticiens prudents redoutent d'augmenter encore par l'implantation des griffes la somme des accidents qu'il y a lieu de redouter ou de combattre ; les résultats curatifs obtenus n'ont d'ailleurs pas été aussi concluants qu'on pouvait l'espérer; enfin les griffes, celle surtout qui se fixe à la base de la rotule, ont une tendance marquée à glisser et à devenir ainsi nulles dans leur action.

Appareil de l'auteur. — L'appareil que nous avons imaginé pour le traitement des fractures transversales de la rotule se compose :

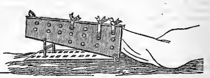
1° D'une espèce de boîte à ciel ouvert ;

2° D'un plan incliné ;

3° De trois coussins de crin ;

4° De deux compresses graduées et de liens pour la coaptation.

a. La boîte à ciel ouvert devant recevoir le membre pelvien, doit avoir



80 centim. de longueur, 25 de largeur au bout réservé à loger la cuisse, et 20 seulement à l'autre extrémité destinée à la jambe et au pied.

Quatre pièces, savoir : un plancher, deux parois latérales, une paroi digitale articulée entre elles à l'aide de charnières et rendues immobiles par des crochets quand la boîte est fermée, constituent celle-ci. Sa paroi inférieure ou plancher est horizontale et remplace parfaitement l'attelle postérieure de Desault ; les deux parois latérales sont verticales, hautes de 25 centim. et percées de trois rangées de trous capables d'admettre aisément le pouce. La paroi terminale ou digitale de la boîte est également percée d'ouvertures pour le passage des lacs extenseurs des fractures de jambe ; car la même boîte sert aux fractures de rotule et de jambe.

b. Le plan incliné peut, comme le représente le dessin ci-dessus, être fixé au plancher de la boîte, et à l'aide d'une crémaillère, s'élever ou s'abaisser à volonté, si l'on ne préfère tout simplement soulever la boîte, à l'aide, soit d'oreillers ou de coussins en paille d'avoine, soit d'un pupitre en bois.

c. Coussins en crin. — Les coussins sont au nombre de trois : un grand et deux petits. Le grand doit recouvrir tout le plancher de la boîte et dépasser même un peu le bord libre pour protéger la face postérieure de la cuisse, et avoir environ 10 centimètres d'épaisseur. On le fabrique à l'instant en déposant dans un drap plié en plusieurs doubles une couche convenable de crin moelleux bien préparé. Des deux petits coussins, l'un appelé talonnière est destiné à remplir le vide qui se trouve entre la pointe du calcanéum et la naissance du mollet, de façon que la jambe portant uniformément sur le plancher par tous ses points, la saillie du calcanéum laissée libre ne soit pas sujette à s'ulcérer ni à provoquer les incessantes douleurs qui font le tourment de tant de malades. Le deuxième petit coussin, large de 12 centimètres, épais d'environ deux travers de doigt et long de 22 centimètres, est destiné à être mis en travers sous le creux du jarret pour éviter la douleur provenant de l'extension de la jambe et de la compression du genou.

d. Les deux compresses graduées de la longueur et de l'épaisseur du doigt index sont en toile douce au toucher. L'une doit être appliquée immédiatement au-dessus du fragment supérieur, l'autre au-dessous du fragment inférieur de la rotule.

Deux bouts de bande, longs d'un mètre et larges de 6 centimètres, doivent être repliés sur eux-mêmes, dans le sens de la longueur, de manière à n'avoir plus que 3 centimètres de largeur. Ces liens servent à la coaptation ; ils sont de toile forte, pour éviter qu'ils ne se roulent en corde.

La caisse étant fermée et garnie de trois coussins, on y dépose le membre lésé, de telle sorte que la plante du pied soit soutenue par la paroi digitale de la boîte contre laquelle elle s'appuie. On fait la coaptation, et quand les fragments se touchent, on remplace les doigts qui les tenaient en contact

par les compresses graduées qu'on applique avec une certaine force, l'une immédiatement au-dessus de la base, l'autre au-dessous du sommet de la rotule, en ayant soin de retirer la peau pour éviter qu'elle ne se fronce entre les fragments. Ceci fait, on fixe, à l'aide de deux ou trois fortes épingles, le milieu des lacs de la coaptation aux compresses graduées; les chefs de ces premiers lacs sont ensuite ramenés en droite ligne dans l'un des trous des parois de la boîte, pour être de là réfléchis et fixés ensemble sur le rebord de la boîte par un nœud solide.

De la sorte, les compresses graduées n'agissent encore que par une action directe d'avant en arrière.

Pour leur imprimer une force capable de faire converger les fragments l'un vers l'autre, afin de les bien affronter, il suffit d'attacher deux nouveaux lacs extenseurs sur les deux premiers, à l'aide d'épingles, comme ceux-ci avaient été fixés aux compresses graduées. Les chefs de ces lacs sont ensuite ramenés obliquement de chaque côté de la boîte dans l'un des trous sur lequel ils sont réfléchis, en haut comme sur une poulie de renvoi; plus on fait effort sur eux, plus les fragments se rapprochent l'un de l'autre, et quand la coaptation est obtenue, on arrête par un nœud solide, sur le rebord des parois de la caisse, l'un et l'autre lac de la coaptation. Quant un fragment inférieur, comme il suffit de le soutenir pour l'empêcher de fuir sous la pression du fragment supérieur, on agit sur lui avec moins de force et dans une direction moins oblique, en engageant les liens dans le trou de la première ou de la deuxième rangée, au lieu de la troisième.

On peut, selon les indications, ajouter d'autres lacs de coaptation en les imbriquant et en empiétant plus ou moins sur les fragments pour les empêcher de basculer, et afin de n'être pas dans la nécessité d'exercer une trop forte compression, de crainte que les liens ne glissent comme avec la gouttière de Boyer, on soutient ces lacs à l'aide d'un autre lien fixé également par des épingles à la compresse graduée, mais affectant une direction opposée, ainsi qu'on le voit sur le dessin, représentant mon appareil pour la rupture du ligament rotulien.

Ce n'est pas tout: la bascule des fragments et leur renversement d'arrière en avant pourrait encore exister à un certain degré, les fragments pourraient ne pas se toucher par leur bord antérieur avec autant de précision que par leur bord postérieur; leur angle interne, surtout, pourrait n'être pas aussi bien en contact que l'angle externe; pour y remédier, on implante sur les lacs de la coaptation, au-dessus et au-dessous de la rotule, de fortes épingles dont la pointe et la tête restent saillantes, ainsi qu'on le voit sur le dessin. Ces pointes et ces têtes servent de points d'appui à des anses de gros fil ciré qui, passant au-dessus de la rotule où ils s'entrecroisent en tous sens, agissent à la manière d'un bandage unissant pour soutenir les fragments dans le contact le plus immédiat, en même temps qu'il les comprime d'avant en arrière, pour les empêcher de se renverser. D'un autre côté, en tirant sur les anses de fil plus fortement en dedans qu'en dehors, l'affrontement des pièces osseuses sera aussi régulier que possible, aussi bien à l'angle interne qu'à l'angle externe des fragments.

Si besoin était, un ou plusieurs lacs placés en travers et portant en plein sur les fragments pourraient venir puissamment en aide à la coaptation.

Si la pression des compresses graduées placées à la base et au sommet de la rotule était douloureuse, si les téguments menaçaient de s'entamer; il faudrait empêcher les compresses graduées de porter toujours sur le même point, soit en les entraînant un peu sur les fragments à l'aide des liens de la coaptation, qu'on changerait de trous et qu'on placerait dans la rangée la plus rapprochée du bord libre de la boîte, soit en fixant à leur centre un lien pour les soulever directement, les deux bouts de ce lien seraient ensuite attachés, soit à un cerceau, soit sur les rebords de la boîte. La compression, au lieu d'être centrale sur la base ou sur le sommet de la rotule serait ainsi momentanément latérale et sans inconvénient pour la coaptation, ainsi que souvent je l'ai constaté.

Le meilleur de tous les appareils serait incontestablement les doigts, s'ils pouvaient, pendant toute la durée du traitement, agir avec la même puissance, avec la même précision qu'au moment où ils opèrent la coaptation. A défaut des doigts, nous croyons avoir trouvé dans notre boîte le moyen le plus efficace d'en tenir lieu, chaque trou représentant en quelque sorte autant de doigts intelligents et non susceptibles de fatigue. Sur l'un de nos blessés, nous avons substitué tout récemment avec avantage aux liens de toile des lacs d'un tissu élastique dont l'action continue s'accompagne d'une sorte de puissance contractile assez analogue à celle des doigts du chirurgien.

Facile à se procurer et d'une application excessivement simple, notre appareil est certainement beaucoup moins compliqué que ceux dont on se sert habituellement; il agit avec une grande précision et sous l'œil du chirurgien, puisque le genou reste pour ainsi dire complétement à découvert, ce qui permet, comme à l'aide de la gouttière de Boyer, d'appliquer sur lui des topiques. Les liens de la coaptation n'agissent pas avec autant de force sur le ligament et sur le tendon rotuliens que les courroies de cette gouttière, ils ne sont pas sujets comme celles-ci à glisser, ni à ulcérer la peau, ni à faire basculer les fragments parce qu'ils sont retenus en arrière; parce qu'ils peuvent être un peu soulevés et ne pas porter toujours sur le même point, parce qu'ils empiètent sur la face antérieure de la rotule, et parce qu'enfin nous obtenons au devant des fragments un véritable bandage unissant à l'aide des fils qui vont se croisant en tous sens du sommet à la base de la rotule.

Les complications, l'âge, la constitution du malade influent beaucoup sur le temps pendant lequel l'appareil doit fonctionner. Si l'épanchement sanguin est peu considérable, si l'inflammation traumatique a été peu intense, une moyenne de quarante-cinq jours est suffisante. Mais il est toujours indispensable de laisser encore pendant une quinzaine le membre sur le plan incliné avant de poser le pied par terre. J'ai la conviction que le cal de la rotule est susceptible pendant les trois ou quatre premiers mois d'allongement, sous l'influence de la marche, quand on ne prend plus de précautions; aussi les premiers essais pour marcher doivent-ils être accompagnés d'une grande prudence. Je suis convaincu en outre qu'il serait avantageux de ne pas laisser marcher le malade pendant les premiers mois sans une gouttière légère en carton, placée sous le jarret, sous le tiers inférieur de la cuisse et le tiers supérieur de la jambe, armée de courroies pour maintenir les fragments, comme dans l'appareil de Boyer, et munie d'autres liens pour la tenir en place pendant la marche. J'ai obtenu, sur ceux de mes malades qui ont suivi ce conseil, des résultats on ne peut plus satisfaisants, une soudure extrêmement solide; tandis que d'autres malades ont eu quelquefois à se repentir d'avoir voulu marcher au bout de quarante-cinq jours sans cet appareil. Le cal osseux peut s'allonger; il s'est étendu de quelques millimètres chez le général C., qui a eu, il y a sept mois, une fracture de rotule; mais le cal est resté néanmoins osseux et sans aucune mobilité.

A défaut de gouttière, il faut au moins recourir à une genouillère ou à une bande bien appliquée autour du genou; mais ces moyens ne sauraient remplacer la gouttière.

A cette gouttière, j'ai fait ajouter une brisure correspondant à l'articulation fémoro-tibiale, et à l'aide d'un pas de vis, on la fléchit à volonté; elle rend ainsi des services signalés pour empêcher ou détruire la roideur articulaire, la compression des courroies de tissu élastique sur la base et sur le sommet de la rotule augmentant proportionnellement à la flexion du genou.

On a signalé en effet l'ankylose partielle comme un écueil assez sérieux; c'était pour l'éviter que Warnes et la plupart des chirurgiens de Londres du dernier siècle faisaient mouvoir, toutes les vingt-quatre heures, le genou, quelques jours après une fracture de rotule, dès que les principaux accidents inflammatoires s'étaient dissipés. Pott, qui suivait la même méthode, croyait, de plus, qu'un certain écartement entre les fragments est propice à la marche. Ces manœuvres, faites sans les plus grands ménagements, sans le secours des doigts pour rapprocher les fragments, prématurément et avant que le cal n'ait acquis une assez grande solidité, sont pleines de danger. Nous connaissons un malade qui, traité il y a quelques années par un de nos chirurgiens militaires, d'après la méthode de Warnes, n'a obtenu ni réunion osseuse ni réunion même fibro-cartilagineuse. Vainement a-t-il demandé depuis aux eaux de Baréges quelque amélioration à son infirmité; il ne marche que fort péniblement à l'aide d'une canne et d'un appareil pour soutenir le genou et l'empêcher de ployer involontairement.

Sans doute il est difficile d'éviter une certaine roideur quand l'articulation fémoro-tibiale est restée longtemps immobile; mais quand les mouvements ont été commencés vers le quarantième jour, en ayant soin de soutenir fortement les fragments avec les doigts, cette roideur n'est que temporaire; elle cède au massage, aux frictions fondantes, aux douches simples ou sulfureuses portées sur tout le genou, excepté sur le cal, pour ne pas le ramollir. Les douches et le massage doivent agir principalement sur le tendon du triceps crural et du muscle droit antérieur. C'est cette forte corde tendineuse qui, pour s'être rétractée pendant le traitement, reste dure, privée d'élasticité et empêche le genou de ployer. Cette cause de fausse

ankylose n'est pas signalée par les auteurs; j'ai acquis la certitude qu'elle joue ici très-souvent un rôle important.

L'opinion de Pott concernant la réunion médiate des fragments n'est pas plus fondée. Tout écartement entraîne dans le mouvement d'extension du membre une faiblesse notable et proportionnelle au degré de l'écartement. Camper a dit, mais sans raison, qu'une année ou deux suffisent pour faire disparaître les inconvénients de la réunion médiate, quelle qu'elle soit. Boyer limite à environ 3 centimètres l'écartement qui permet au membre de reprendre sa solidité. Nous pensons avec M. Malgaigne que, même avec un écartement borné à 1 centimètre, le membre ne reprend pas complétement ses fonctions. Cet habile chirurgien a vu un portefaix tomber à 125 kilogrammes de 200 qu'il portait, avant de se fracturer la rotule, et un autre déchoir de 600 à 200 kilogrammes.

Ajoutons que le membre fracturé restant faible, l'autre membre fatigue beaucoup plus, surtout dans les grands efforts, et la rotule de ce côté est ainsi prédisposée à se fracturer, comme on l'a vu assez souvent.

Ce mémoire étant consacré principalement à faire connaître notre appareil pour le traitement des fractures transversales de la rotule, nous avons dû peu nous étendre sur les solutions de continuité en long qu'on rencontre d'ailleurs si rarement. Il résulte de ce qui a été exposé, que ces dernières lésions s'accompagnent presque constamment de graves complications; mais aussi, quand on a le bonheur de conjurer les accidents, elles guérissent beaucoup mieux que les fractures en travers, parce que leurs fragments, qu'aucune puissance musculaire ne sollicite, se laissent aisément affronter avec précision par un simple bandage unissant, et leur contact immédiat donne lieu à une réunion osseuse immédiate, ce qui prouve d'une manière péremptoire que la réunion médiate, par l'interposition d'une substance fibro-cartilagineuse, ne reconnaît d'autre cause que la difficulté d'affronter exactement les fragments après une fracture transversale de la rotule.

Nous pourrions, en terminant, citer un assez grand nombre de faits constatant l'efficacité de l'appareil par nous mis en usage depuis plus de vingt années; nous n'en rapporterons que quelques-uns, et de préférence ceux qui ont offert des complications.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DESCRIPTION D'UN MONSTRE PERACÉPHALIEN ; SUIVIE DE QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE MÉCANISME DE LA CIRCULATION DANS CETTE ESPÈCE DE MONSTRUOSITÉ; notre communiquée par M. P. Cazeaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc.

Obs. — Ce petit monstre est du sexe femelle. Mesuré de son extrémité supérieure à son extrémité inférieure, il offre 16 centimètres. Les membres inférieurs ont 9 centimètres et demi ; ce qui reste du tronc a 6 centimètres et demi. L'ombilic est situé à 4 centimètres au-dessus du mont de Vénus, et par conséquent à 2 centimètres au-dessous de la partie la plus élevée du moignon terminal.

Les parties molles du tronc et des membres inférieurs sont fortement œdématiées. La peau offre une couleur légèrement bleuâtre, due bien probablement à un commencement de putréfaction. (L'enfant était né depuis huit jours lorsqu'il m'a été remis.)

On ne voit aucune trace de membres supérieurs, aucune cicatrice sur la partie supérieure du tronc, là où, en supposant complet le développement de la poitrine, devraient se trouver le cou, la tete et les membres thoraciques. En cet endroit, on sent à travers les téguments quelques inégalités osseuses, dont la principale semble appartenir à l'extrémité supérieure de la colonne vertébrale.

A 1 centimètre au-dessus de l'ombilic, se trouve une dépression d'où l'on voit sortir un petit appendice formé par une substance molle, demi-transparente, rosée. Au-dessus de cette saillie existe une saillie osseuse recouverte par la peau.

Les parties génitales exteroes présentent une conformation normale.

L'infiltration considérable des membres inférieurs a sensiblement augmenté leur volume, et fait paraître plus profonds les creux poplités et les plis inguinaux. Le membre abdominal droit est extérieurement bien conformé; seulement le pied se termine par trois orteils, dont deux sont adhérents. Le gros orteil est libre et normal; un quatrième orteil, à l'état rudimentaire, est situé sur le bord externe, à 5 millimètres de la base du dernier. Le membre abdominal gauche offre un pied-bot latéral interne et porte six orteils. Le premier est libre; le second est réuni au troisième; le quatrième est isolé; le cinquième et le sixième sont adhérents.

Considéré dans sa totalité, le corps, assez allongé, est arrondi à son extrémité terminale, et se rapproche par sa forme générale du type normal.

Ce petit monstre m'a été donné par le docteur Burdin, un des praticiens les plus distingués des environs de Paris. Je dois à son obligeance les renseignements suivants :

La femme qui lui a donné naissance est une blanchisseuse de Boulogne, âgée de 23 ans; elle a déjà eu un enfant, qui est né mort à 7 mois de vie intra-utérine. Arrivée à la fin du sixième mois d'une seconde grossesse, elle fut prise tout à coup et sans cause connue de douleurs abdominales, assez faibles cependant pour qu'elle ne crût pas devoir se dispenser de venir à Paris. A la suite d'une longue course, dans une voiture mal suspendue, les douleurs augmentèrent; elle fit alors appeler M. le docteur Burdin, qui pratiqua une saignée, conseilla la position horizontale, la diète, les boissons froides, etc. Malgré ces précautions, auxquelles, il est vrai, la malade ne se soumit que très-imparfaitement, les douleurs augmentèrent et l'avortement devint inévitable. Les membranes étaient déjà rompues depuis plusieurs heures, lorsque la malade expulsa le fœtus monstre dont je viens de décrire l'aspect extérieur. Immédiatement après, l'accoucheur, constatant que le ventre conservait un volume anormal, pratiqua le toucher et sentit *à nu* la tête d'un second enfant. Il ne put distinguer de nouvelle poche amniotique, et ne vit plus s'écouler de liquide. Un quart d'heure après l'expulsion du premier enfant, les douleurs se réveillèrent, et cinq minutes plus tard naissait un second enfant, parfaitement bien conformé, mais ne donnant plus aucun signe de vie. Il offrait la longueur et le volume d'un fœtus de six mois. La délivrance fut faite sans difficulté. Il n'y avait qu'un placenta, et une seule poche amniotique avait évidemment contenu les deux enfants. Les deux cordons, complétement isolés, s'unissaient sur deux points distincts de la masse placentaire. Le cordon du petit monstre était beaucoup plus grêle que celui du fœtus bien conformé, et si je puis en juger par la nécessité où on a été d'opérer sa section très-près de l'ombilic, il était aussi beaucoup plus court... La mère s'est parfaitement rétablie.

Tels sont les renseignements qui m'ont été fournis par mon confrère de Boulogne, et les particularités principales qu'on peut constater en examinant avec soin la configuration extérieure de ce petit monstre. Mais les faits de cette nature sont trop rares pour que je ne me sois pas cru obligé d'étudier par une dissection minutieuse les anomalies nombreuses que probablement devaient offrir les organes thoraciques et abdominaux, les appareils musculaires et vasculaires.

Dissection. — Une incision semi-elliptique comprend toutes les parties latérales et inférieures du ventre. La peau, disséquée avec soin, est fine, et au-dessous d'elle on aperçoit un tissu rougeâtre, infiltré de sérosité et de 5 à 6 millimètres d'épaisseur. Au-dessous de cette couche, on distingue facilement les muscles antérieurs de l'abdomen, les grands obliques peu développés, le petit oblique fort et bien développé, ainsi que le droit extérieur, puis enfin le pyramidal. Toutes leurs insertions inférieures sont normales. Sur le côté externe des muscles droits, on distingue facilement les vaisseaux épigastriques.

Les muscles abdominaux étant enlevés, on incise le feuillet pariétal du péritoine pour pénétrer dans la cavité abdominale. En examinant la disposition générale qu'offrent tous les organes qui y sont contenus, on voit sur la ligne médiane l'ensemble des parties qui composent le cordon ombilical, les artères, la veine ombilicale et l'ouraque. La masse intestinale est repliée sur elle-même, et pendant qu'une de son extrémité supérieure est libre et flottante, son inférieure vient se terminer à l'ouverture anale. Cette dernière est perforée ; car pendant la dissection, il s'en échappe une certaine quantité d'un liquide qui, par sa consistance et sa coloration, ressemble assez bien à du miel de Narbonne.

Toute la longueur de l'intestin, mesurée de son extrémité supérieure à l'anus, est de 18 centimètres; sa portion supérieure, dans l'étendue de 27 millimètres, est formée par la partie inférieure de l'iléum. Il n'existe donc qu'une très-petite portion de l'intestin grêle. Tout le reste appartient au gros intestin, qui est séparé de l'iléum par l'appendice iléo-cœcal. Il n'existe pas de trace de jéjunum et de duodénum. L'estomac, le foie, la rate, manquent complétement; on ne peut en apercevoir aucun vestige. Les côtés, et on pourrait presque dire toute la cavité du ventre, sont occupés par les reins, qui ont un volume très-considérable, et dont la face antérieure est recouverte par le péritoine. De chacun d'eux part une artère qui vient se rendre sur les parties latérales et postérieures de la vessie. Celle-ci est située dans le petit bassin, et semble n'être qu'un renflement pyriforme de l'ouraque.

Pas de diaphragme; pas de cavité thoracique, et par conséquent absence complète du cœur, des poumons, trachée, etc. On ne trouve dans le petit bassin ni dans aucun point de l'enceinte abdominale aucun organe qui puisse être considéré comme les rudiments de l'utérus, des ovaires, des trompes, des ligaments larges et des ligaments ronds. On ne voit rien dans le cul-de-sac vésico-rectal.

L'ouverture vulvaire est béante; un stylet y pénètre sans difficulté, mais il est arrêté bientôt au fond d'un cul-de-sac, qui n'a guère que 5 à 6 millimètres de profondeur.

L'appareil circulatoire de notre Peracéphale a dû tout spécialement fixer notre attention. Le cordon ombilical était composé de ses trois vaisseaux habituels, la veine et les deux artères ombilicales ; mais leur disposition était fort anormale.

Veine ombilicale. — Au moment où cette veine traverse l'anneau ombilical, elle se divise en deux branches : l'une se porte légèrement en haut et un peu à en droite pour venir s'accoler à la partie supérieure du rachis et semble se renfler ce point pour y donner naissance à trois petits rameaux ; ceux-ci vont se distribuer dans l'épaisseur des parties molles qui constituent les régions antérieures, postérieures et latérales de la partie supérieure du moignon. Après avoir donné naissance à ces trois rameaux, cette portion de la veine ombilicale descend en reprenant ses dimensions primitives, et se dirige vers le bord interne du rein droit. Avant de pénétrer dans l'intérieur de cet organe, elle fournit une grosse

branche qui semble résulter de la bifurcation du tronc principal, et va se plonger dans le bord interne du rein gauche.

L'autre branche de la veine ombilicale descend à côté de l'ouraque vers le petit bassin, et arrivée à quelques millimètres de la région supérieure de la vessie, elle se dirige un peu à droite et se jette dans une espèce d'arcade veineuse que nous décrirons plus tard, et qui est évidemment formée par la réunion des veines des extrémités inférieures.

Artères ombilicales. — Chacune des deux artères ombilicales se comporte de la même manière; elles descendent d'abord, avec l'ouraque et la veine ombilicale, jusque dans le bassin, où elles se plongent, la droite dans l'iliaque externe, la gauche un peu plus haut, dans l'iliaque primitive, un peu au-dessus du point de réunion de l'hypogastrique et de l'iliaque.

Si maintenant nous examinons les vaisseaux qui appartiennent en propre au fœtus, nous constaterons une singulière disposition des artères et des veines.

Dans le système artériel, absence complète, comme nous l'avons déjà dit, de l'organe central de la circulation; il n'existe non plus aucune trace de l'origine et de la crosse de l'aorte. Pour suivre la direction et la distribution du gros tronc que nous croyons représenter le tronc aortique, il faut rechercher son extrémité inférieure, et prendre pour guide le point où viennent aboutir supérieurement les artères des membres inférieurs.

Les deux iliaques primitives, formées comme toujours par la réunion de l'iliaque externe et de l'hypogastrique, se réunissent pour donner naissance à un tronc commun. Celui-ci, placé au devant et un peu à gauche de la colonne vertébrale, fournit d'abord les deux artères rénales, un peu au-dessus de son origine. Il monte verticalement en donnant naissance à plusieurs rameaux très-grêles, qui se distribuent très-promptement dans les parties molles de la partie postérieure du tronc; puis, arrivé au quatre cinquième supérieur de la cavité ventrale, ce gros tronc aortique se bifurque. Les deux branches résultant de cette bifurcation se séparent à angle aigu, et après un trajet d'un centimètre, se subdivisent elles-mêmes et envoient des rameaux se distribuer à la partie supérieure du moignon terminal.

Les veines ont une disposition à peu près semblable. Les deux crurales, devenues iliaques externes, se réunissent en formant une espèce d'arcade cintrée, dont la concavité est inférieure, et la partie la plus convexe se trouve un peu au-dessous de l'angle sacro-vertébral. Cette arcade reçoit les veines hypogastriques par sa concavité, et la portion descendante de la veine ombilicale par sa convexité. Le tronc des veines mésaraïques vient se plonger dans le tronc commun des veines rénales, et les branches veineuses, très-nombreuses et destinées à ramener le sang que les rameaux aortiques ont distribué à la partie postérieure du tronc, convergent vers les trois rameaux, qui, nous l'avons déjà dit, se jettent dans le renflement veineux formé par la courte portion de la veine ombilicale.

Là malheureusement s'est bornée la dissection. Une maladie assez sérieuse m'ayant obligé à suspendre pendant quelques semaines, je trouvai plus tard le petit monstre tellement altéré par la putréfaction qu'il me fut impossible d'examiner fructueusement ce qui restait du système nerveux. Cette lacune est d'autant plus regrettable que, parmi les faits semblables publiés, bien peu fournissent sur ce point les renseignements si désirables dans l'étude étiologique de ces difformités.

Du reste, ces faits sont très-rares, et en feuilletant les principaux travaux tératologiques, je n'en ai trouvé qu'un petit nombre dont la ressemblance avec celui-ci fût assez grande pour pouvoir en être utilement rapprochés.

En 1663, Ant. Everhard publia l'histoire d'une grossesse gémellaire, dans laquelle un des fœtus manquait de tête, de cou, des bras, de la poitrine, de deux orteils au pied droit, d'un au pied gauche. Il n'y trouva ni reins, ni poumons, ni rate, ni vessie, ni omentum. La cavité abdominale était en grande partie occupée par ***un foie très-volumineux, sans vésicule biliaire***, avec deux vésicules sanguines où aboutissaient une artère et une veine. Une petite partie de l'intestin grêle et le gros intestin, imperforé à l'anus, constituaient tout le tube intestinal.

Probablement ce prétendu foie était un rein unique. (Planque, BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE.)

Dans un autre monstre, cité par Poujol en 1706, on trouva seulement deux reins, deux uretères, une vessie, un utérus avec ses annexes. L'intestin, court et très-mince, commençait par deux appendices, et se terminait à l'anus sans faire de circonvolutions. La veine ombilicale ***s'ouvrait dans la veine cave***; celle-ci se divisait supérieurement en deux branches: l'une se ramifiait dans la masse supérieure; l'autre fournissait deux rénales et se terminait par deux iliaques.

Méry donna, en 1720, l'histoire d'un acéphale chez lequel manquaient cœur, poumons, estomac, foie, rate, pancréas et intestin grêle. Une masse de chair informe, tenant lieu de diaphragme, cachait les reins, les uretères et les capsules atrabilaires.

Dans le cas de Vogli (1720), les seuls organes existants étaient la moelle épinière, les reins, la vessie, l'estomac, les intestins, l'utérus et ses annexes. Pas de traces de cœur, de poumon, de foie, de rate ni de capsules surrénales.

Le fœtus dont la description fut donnée par Desuperville, en 1727, n'avait que 2 centimètres et demi d'intestin grêle, tout le gros intestin, deux reins, une vessie et un testicule droit; tout le reste manquait.

On lit dans le tome VIII du JOURNAL DE LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE la description d'un monstre presque complétement semblable à celui dont j'ai rapporté l'observation. L'abdomen contenait seulement le gros intestin, une partie de l'iléum, les reins, la vessie et les organes génitaux... L'artère et la veine ombilicale fournissaient leurs vaisseaux iliaques, lesquels se distribuaient aux viscères, au bassin et aux jambes.

Enfin Malacarne mentionne quatre fœtus dans lesquels, à l'exception des reins, de la vessie et de l'intestin, tous les autres organes manquaient, et le monstre cité par Gall et Spurzheim, dans leurs recherches sur le système nerveux, n'avait à l'intérieur que les reins, les organes sexuels femelles, les intestins hypogastriques et les troncs des artères et des veines.

Les faits que je viens de rappeler suffisent pour démontrer l'analogie qui existe entre eux et celui que je viens de faire connaître; mais cette similitude, tout en démontrant que la nature est soumise à de certaines lois, même dans ses aberrations les plus étranges, est loin de résoudre les difficultés qu'on rencontre dans l'étude de ces monstruosités. Ces difficultés sont nombreuses, et je n'ai certes pas la prétention de les aborder toutes. Les questions qui se rattachent à leur étiologie, à leur mode de nutrition et de développement, sont encore, il faut l'avouer, malgré les discussions de Lémery et de Winslow et les recherches intéressantes des tératologues modernes, autant d'énigmes dont le mot est encore à trouver. Réduit, en effet, à l'appareil urinaire et à une petite portion du tube digestif, privé des organes qui paraissent les plus nécessaires à l'entretien de la vie, même de la vie fœtale, comment ce petit monstre a-t-il pu se développer au point d'offrir, dans les parties qui lui restaient encore, le volume que ces mêmes parties offrent dans un fœtus du même âge et bien conformé?

Nous laisserons à de plus habiles le soin de résoudre le problème, et pour ne pas abuser des moments de la Société, nous ajouterons seulement quelques mots sur le mécanisme probable de la circulation chez les monstres peracéphales.

Chez notre fœtus, pourvu d'artères et de veines dont les ramifications terminales et originelles s'anastomosaient entre elles et établissaient manifestement un cercle circulatoire complet, quelle était la direction dans laquelle s'opérait le cours du sang? quel était surtout l'agent de l'impulsion transmise à la colonne sanguine?

Et d'abord, peut-on admettre, avec Winslow, qu'au défaut du cœur, la progression des liquides doit dépendre de l'élasticité des vaisseaux? Nous ne le pensons pas; car l'élasticité des parois artérielles ne peut faire sentir son influence que lorsque la colonne sanguine, poussée par le moteur central, tend à dilater le tube vasculaire. En un mot, le retrait des parois suppose leur dilatation préalable.

Forcés de chercher ailleurs que dans le monstre lui-même la cause première de la circulation, les auteurs qui se sont occupés de ce sujet ont émis des opinions très-diverses.

Quelques-uns, s'appuyant sur les communications vasculaires qu'ils croyaient exister dans le placenta, entre les ramifications des vaisseaux ombilicaux et celles des vaisseaux utéro-placentaires, admettaient que le sang circulait encore dans le fœtus acéphale sous l'influence de la contraction du cœur maternel. Il faut bien l'avouer: cette explication est en contradiction avec les dissections les mieux faites dans ces derniers temps. Les injections des plus habiles anatomistes ont établi la séparation complète des appareils vasculaires fœtal et maternel..., et pourtant, en y réfléchissant, on se prend à douter encore. N'existe-t-il pas, en effet, un ou deux cas au moins, suffisamment authentiques, où le fœtus acéphale appartient à une grossesse simple, et dans lesquels par conséquent l'impulsion du cœur maternel peut seule expliquer la circulation du monstre parasite? D'un autre côté, les anomalies vasculaires, si fréquentes dans l'organisme définitif, ne pourraient-elles pas se rencontrer dans l'organisation temporaire du placenta? N'est-on pas forcé de supposer ces communications anormales dans les cas, moins rares qu'on ne pense et pourtant incontestables aujourd'hui, dans les cas, dis-je, où, après le décollement prématuré du placenta, le fœtus est mort d'***hémorrhagie***, et dans ceux, bien plus incontestables encore, où, après la naissance de l'enfant, une hémorrhagie grave s'est faite par l'extrémité placentaire du cordon qu'on venait de couper?... Eh bien! pourquoi donc ces communications anormales, qui seules à peu près peuvent rendre compte des faits auxquels je fais allusion, ne pourraient-elles pas se rencontrer également dans les monstruosités acéphaliques? Je sais que des esprits sévères repoussent toute hypothèse qui ne repose sur un fait directement observé; mais en rappelant que certains acéphales appartiennent à une grossesse simple, en signalant les accidents hémorrhagiques pour l'explication desquels l'existence de communications directe est nécessaire, je n'ai pas voulu

imposer une opinion, mais prouver qu'on avait repoussé trop vite peut-être la théorie de Méry et Lecat.

L'immense majorité des acéphalies appartient à des grossesses gémellaires. Le placenta est toujours commun; les fœtus sont souvent dans la même poche amniotique : et alors que les deux amnios sont distincts, le chorion est commun. Quelle est ici la cause du cours du sang dans le monstre péracéphale? Pour moi, je n'hésite pas à la placer dans le cœur du fœtus bien conformé. Tous les accoucheurs savent que lorsque, dans une grossesse double, le chorion est commun aux deux fœtus, et surtout lorsque ceux-ci sont renfermés dans la même poche amniotique, les communications entre les ramifications ombilicales des deux enfants sont assez fréquentes. Si une chose m'étonne même, d'après le mode de vascularisation du chorion pendant le développement de l'allantoïde, c'est qu'elles n'existent pas toujours : j'en ai publié un exemple, M. Lallemand un autre, et beaucoup d'auteurs en ont cité. Pourquoi donc se refuser à les admettre dans les cas de monstruosité gémellaire? Mais ce n'est plus une hypothèse ici. Voici les faits.

Dans le cordon d'un fœtus acéphale décrit par Clarke, il n'existait qu'une seule artère et une seule veine. A la suite d'une injection de matière rouge dans le cordon ombilical de l'enfant bien conformé, l'injection parvint facilement dans *les deux placentas*.

Dans le cas de Méry, il y avait un cordon unique, qui, dans le milieu de sa longueur, se divisait pour aller se terminer au nombril de chaque fœtus.

Enfin M. Moreau a présenté, en 1826, un acéphale dont il ne fit pas la dissection; mais il fait remarquer que le cordon du fœtus monstrueux communique par deux vaisseaux (il n'indique pas lesquels) avec celui du fœtus bien conformé, qui était pourtant dans un amnios séparé.

Cette communication étant démontrée dans quelques cas, peut être supposée dans les autres, et permet d'admettre que la circulation du petit monstre était sous la dépendance du cœur de l'autre jumeau.

Mais dans quelle direction s'opère la circulation?

Si on admet, comme je le disais tout à l'heure, que, dans les acéphales jumeaux, la circulation de ces derniers est sous la dépendance du cœur du fœtus bien conformé, nécessairement il faut admettre que le rôle des vaisseaux du cordon n'est plus ce qu'il est dans l'état normal. Les ramifications terminales des artères ombilicales du monstre reçoivent le sang poussé par le cœur de l'autre fœtus dans les branches et rameaux de ses artères ombilicales, à l'aide des anastomoses qui alors existent entre elles. Ce sang parvient facilement dans le tronc des artères ombilicales de l'enfant mal conformé, puis pénètre avec elles dans l'abdomen, et vient enfin se jeter dans les iliaques primitives, d'où il se répand dans tout l'arbre artériel jusque dans les capillaires. Après avoir servi à la nutrition des organes, il est repris par les radicules veineuses pour arriver, après avoir parcouru les troncs veineux hypogastriques et cruraux, dans l'espèce d'arcade cintrée que nous avons décrite, puis enfin dans la portion descendante de la veine ombilicale. Le sang des reins, de l'intestin, de la vessie, celui qui revient des parties supérieures et postérieures du tronc, est ramené, par les veines rénales et les trois branches que nous avons indiquées, dans la branche supérieure de la veine ombilicale, pour aller par un tronc commun se distribuer dans le placenta.

Dans ce système, comme on le voit, les artères ombilicales, dans leur portion extra-abdominale, auraient l'office que remplit ordinairement la veine ombilicale, car elles apporteraient du sang au fœtus; mais, dans leur portion intra-abdominale, elles joueraient, par leurs communications avec les artères iliaques, le rôle de vaisseaux artériels. Il est facile de voir que le contraire aurait lieu pour la veine ombilicale dans ses deux portions extra et intra-abdominales; car, formée de plusieurs ramifications veineuses, dans lesquelles circule le sang qui a servi à la nutrition du fœtus, elle charrie ce sang veineux jusqu'au placenta, dans lequel elle le distribue à la mode des artères.

Dans les cas, si rares qu'ils ont été contestés, dans lesquels l'encéphale appartient à une grossesse unique, et même dans quelques-uns de ceux où la grossesse était gémellaire, je suis forcé de supposer, dans le placenta, une libre communication entre l'appareil vasculaire fœtal et les vaisseaux maternels, et d'admettre la théorie de Monro. Pour cet anatomiste, le sang venant du placenta entre dans le corps du fœtus par la veine ombilicale; les rameaux de cette veine remplacent les artères, puisqu'ils distribuent le sang dans toutes les parties du fœtus; enfin le sang revient au placenta par les artères ombilicales. Breschet croit réfuter cette opinion en faisant remarquer que l'existence des valvules dans les veines s'oppose à ce que le sang circule dans ces canaux du tronc vers les ramifications. Cette objection, sérieuse au premier abord, n'a pas toute l'importance que lui supposait son auteur; car, dans le seul cas où les veines ont été examinées avec soin, Kalck a constaté l'absence totale des valvules : *Venarum structura normalis est*, dit il, *eâ tantum differentiâ ut nunquam vestigium deprehendatur valvularum quæ in fœtibus ejusdem ætatis tamen jam luculenta in conspectum prodire consuescunt.* Nouvelle preuve de la prévoyance avec laquelle la nature sait prévenir toutes les difficultés.

J'admettrai donc, en définitive, que le sang d'un monstre privé de cœur est mis en mouvement, dans le plus grand nombre des cas, par la contraction du cœur de son frère jumeau, et, dans quelques cas très-rares, par l'impulsion que lui transmet le cœur de la mère, à l'aide de communications anormales établies entre les vaisseaux utéro-placentaires et les vaisseaux du fœtus.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(Suite.)

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE ÉTUDIÉE AU POINT DE VUE CLINIQUE; par le docteur LEGENDRE, médecin des hôpitaux de Paris.

Le mémoire de M. Legendre, inséré dans le RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX, reproduit en grande partie les idées déjà publiées par cet observateur distingué sur la tuberculisation des méninges, et se résume dans les propositions suivantes :

La méningite tuberculeuse est caractérisée anatomiquement par deux espèces d'altérations, les unes inflammatoires, les autres tuberculeuses.

Les symptômes de cette affection relèvent bien plus des altérations congestionnelles et inflammatoires que des granulations elles-mêmes.

Ce mode de tuberculisation qui est plus particulier à l'enfance se lie à la tuberculisation générale qu'on rencontre aussi ordinairement à cet âge.

Au point de vue clinique, on peut admettre deux formes principales de méningite tuberculeuse : l'une se développe chez des enfants dont la santé est parfaite, ou à peine altérée et devient ainsi le premier signe d'une tuberculisation générale encore latente; cette affection, qui est régulière dans sa marche, dans ses symptômes, est alors facile à reconnaître; l'autre forme est propre aux sujets arrivés à un degré avancé de cachexie tuberculeuse : elle est irrégulière dans sa marche, de fort courte durée, et est facilement méconnue. C'est, dans ce cas, l'existence reconnue d'une tuberculisation générale ou d'une phthisie pulmonaire avancée qui éclaire sur la nature de l'affection cérébrale.

Dans la première forme de M. Legendre, il y a une tuberculisation générale peu avancée et une absence d'inflammation autour des granulations qui ont envahi les organes; dans la seconde forme, la tuberculisation générale est plus avancée et s'accompagne d'un travail phlegmasique autour des granulations.

Dans l'étiologie de la méningite tuberculeuse, l'âge, l'hérédité, la constitution sont subordonnés à l'existence de la diathèse tuberculeuse. L'influence des causes occasionnelles se montre rarement dans cette affection; mais elle existe d'une manière positive pour un petit nombre de faits; l'auteur n'en a constaté qu'un seul exemple sur 28 observations.

La maladie une fois déclarée se termine presque constamment par la mort; il faut la prévenir en combattant la diathèse tuberculeuse. La manière la plus rationnelle et la plus efficace de combattre la méningite une fois développée serait d'en attaquer la cause prochaine (les granulations), si l'on connaissait un moyen propre à les faire disparaître.

HISTOIRE DE L'ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE QUI A RÉGNÉ A LAVIT (TARN-ET-GARONNE) DEPUIS LE MOIS DE NOVEMBRE 1851 JUSQU'A LA FIN DE FÉVRIER 1852; par le docteur LAFORÊT.

La ville de Lavit est située sur un point culminant et serait dans d'excellentes conditions hygiéniques sans l'existence de grands réservoirs d'eau creusés dans le sol en partie taris chaque année pendant les chaleurs. Le curage de ces réservoirs qui a lieu partiellement chaque année a été complet en 1851. Les habitations étaient anciennement entourées de bois, d'eau bourbeuse, les rues étaient étroites et sales, et on y observait pendant l'été des fièvres intermittentes et des dysenteries épidémiques très-rebelles. Aujourd'hui on y voit encore de temps à autre quelques maladies épidémiques peu graves; la variole, la rougeole, la scarlatine, l'angine catarrhale, le croup, la grippe, la dysenterie du jeune âge. La variole avait régné dans la localité en 1850.

L'épidémie de rougeole dont parle l'auteur a été en général bénigne, bien qu'elle ait affecté plus des 4 cinquièmes de la classe enfantine des

deux sexes, tant à la ville qu'à la banlieue, et qu'elle ait atteint, en devenant de plus en plus rare, jusqu'aux individus âgés de 25 à 30 ans.

« La bronchite commençait la scène ordinairement, puis venait la fièvre; les enfants s'alitaient, et alors la gorge, les narines, les yeux étaient pris successivement. La céphalalgie était presque toujours violente. Vers le troisième ou quatrième jour apparaissaient des points rouges boutonneux, mais bien plus souvent encore des plaques de la même couleur. Le travail de la peau n'amoindrissait en rien la fièvre, la dyspnée, la toux, l'éternuement, l'assoupissement. Ces désordres augmentaient chez quelques enfants avec le summum de l'éruption. Tous ces symptômes s'amendaient ordinairement avec rapidité. Chez plusieurs, il y a eu pour conséquence de la maladie des catarrhes auriculaires accompagnés de surdité complète et rebelle, d'autres ont eu des ophthalmies renouvelées, intenses. »

II. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Les livraisons, de 139 à 143, de l'année 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De l'avortement provoqué avant le moment où le fœtus est viable*; par M. Letenneur. 2° *Études rétrospectives sur le traitement des plaies intestinales*; par M. Gély. 3° *Mémoire sur la médecine des pauvres à la campagne et en ville*; par M. Verger 4° *Mémoire sur l'étiologie de la fièvre typhoïde*; par M. Letenneur. 5° *Considérations sur le traitement de certaines affections chroniques du cuir chevelu chez les enfants*; par M. de Rostaing (de Rivas).

DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ AVANT LE MOMENT OÙ LE FOETUS EST VIABLE; par M. LETENNEUR.

Rédigé à l'occasion, mais avant la fin de l'importante discussion agitée au sein de l'Académie de médecine, le travail de notre savant confrère est un chaud et substantiel plaidoyer contre l'avortement. Étudiant ce procédé d'abord au point de vue théologique et moral, il le regarde comme contraire à la religion, nuisible aux droits de la famille et de la société, condamné par la législation chez les peuples chrétiens. Il y voit une preuve de cette tendance de certaines écoles médicales à conduire au matérialisme; il s'étonne enfin de voir la question chirurgicale si complétement dégagée de la question morale et religieuse, comme si cette dernière ne devait pas dominer entièrement la première.

Nous sommes — l'aveu nous coûte peu — de ceux qui regardent, pour ce cas particulier, les considérations de l'ordre moral comme devant garder un rang secondaire. C'est à la science, en quelque sorte, à faire ici ou à refaire la morale; car s'il devient un jour *démontré* que, dans certaines conditions déterminées, l'enfant et la mère périraient *à coup sûr* à moins qu'on n'opère l'avortement, quel théologien oserait désapprouver celui qui chercherait à sauver l'une des deux existences? Malheureusement il n'y a jusqu'ici que des probabilités, et jamais de certitude absolue possible. Mais ce n'est pas une raison pour ne point poursuivre les recherches sur ce point délicat. Nous ne voulons nous-mêmes conclure positivement ni dans un sens ni dans l'autre ; nous tenions seulement à préciser le rôle qui, à notre avis, doit être fait à la science dans de pareilles discussions.

M. Letenneur aborde ensuite la question pratique, et la pose avec beaucoup de lucidité. Le médecin, dit-il, peut être appelé à se prononcer sur l'opportunité de l'avortement dans deux cas bien différents, soit pour des accidents qui menacent actuellement la vie de la femme enceinte, soit pour une maladie qui la compromettra lorsque le moment de l'accouchement sera arrivé.

Dans la première catégorie se rencontrent les convulsions et les hémorrhagies utérines. Or quant aux convulsions, quant à celles du moins qui surviennent au commencement de la grossesse, l'avortement n'est pas un remède à beaucoup près aussi certain que l'est la délivrance artificiellement opérée lorsque la femme est arrivée à terme. Les manœuvres abortives ne pourraient-elles même pas exaspérer l'état spasmodique, loin de le guérir?

L'hémorrhagie a lieu tantôt en même temps que l'œuf décollé se présente à l'orifice utérin, tantôt sans cette circonstance. Dans le premier cas, l'avortement est fait par la nature. Le médecin n'a point à le provoquer; il n'a qu'à l'achever. Dans le second, il doit tout faire pour sauver la femme sans nuire à l'enfant. Tous les accoucheurs savent par expérience que des métrorrhagies extrêmement abondantes n'empêchent quelquefois pas de donner le jour à terme à un enfant vivant.

Les causes de danger à venir pour la mère sont les vices de conformation du bassin, ou les tumeurs occupant ses parois ou celles de l'utérus. Mais l'accoucheur n'est point désarmé en face de ces obstacles. La ponction, l'incision, l'extirpation, le déplacement de ces tumeurs, l'accouchement prématuré, enfin l'opération césarienne ou la symphyséotomie, lui offrent des ressources entre lesquelles il aura à choisir selon les indications.

D'ailleurs il faut bien considérer que l'avortement, qu'on préconise dans l'intérêt exclusif de la mère, n'est pas une opération toujours exempte de dangers; que, dans des mains téméraires ou inhabiles, il peut compromettre la vie de la femme en même temps qu'il détruit la vie de l'enfant.

Voici le dernier argument de M. Letenneur. Si l'on professe que l'avortement est quelquefois nécessaire, voici ce qui arrivera : la plupart des médecins par prudence, par scrupules de conscience, continueront à s'abstenir, et l'avortement restera le triste privilége de quelques hommes éminents qui pourront agir au grand jour, protégés par leur talent et leur haute réputation. Mais à l'ombre de leur nom et de l'autorité de leur parole, d'autres hommes trop complaisants et coupables pourront, en prétextant des dangers tout à fait imaginaires, se livrer sans redouter le glaive de la loi, à l'infâme métier de cacher les traces d'une faute ou d'un crime par un crime plus odieux.

MÉMOIRE SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur LETENNEUR.

M. Letenneur admet, comme caractères anatomiques de la fièvre typhoïde, les altérations de la fin de l'intestin grêle; il rapporte à ce sujet un passage de Spigel (liv. IV, DE SEMITERTIANA), dans lequel cet auteur dit avoir trouvé « les intestins grêles en partie enflammés, en partie sphacélés sur tous ceux qui étaient morts de fièvre maligne, quoique pendant leur maladie ils ne se fussent jamais plaints de douleurs dans le ventre. » Il fait voir qu'en constatant dans la fièvre typhoïde la coïncidence de certaines lésions et de certains symptômes, on n'a pas découvert le lien qui les unit, et on ne peut saisir le rapport de cause à effet qui existe entre eux. Suivant l'auteur, « la fièvre typhoïde doit être assimilée aux fièvres éruptives; elle doit être rangée parmi les empoisonnements miasmatiques. » Ces deux propositions, qui semblent s'exclure l'une et l'autre, sont basées sur les faits et les assertions qui suivent :

La fièvre typhoïde n'attaque en général qu'une fois le même individu; elle est très-rare dans la vieillesse; il est facile de constater sa contagion dans les campagnes; observation d'empoisonnement par de l'eau contenant des matières végétales en putréfaction (paille hachée menue, macérée pendant douze jours), fièvre typhoïde, mort, autopsie; observation de fièvre typhoïde causée par des miasmes putrides exhalés de meules de foin qui avaient séjourné dans des prés au voisinage d'un marais; le miasme typhique se dégage tantôt du corps d'un individu déjà atteint de la fièvre typhoïde, tantôt il provient de la décomposition des matières végétales en putréfaction; quelquefois il naît de la décomposition de matières animales et végétales dans le tube digestif, ou de l'altération des sécrétions normales. Les membranes tégumentaires externe et interne sont chargées de l'élimination de ces miasmes.

III. REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI.

Les numéros de janvier, février et mars contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Tumeur anévrismale de l'artère faciale traitée avec succès par la ligature de la carotide primitive*; par M. Benoit. 2° *Phthisie tuberculeuse, caverne ouverte spontanément à l'extérieur*; par M. Ch. Saurel. 3° *Solution éthérée du baume de Tolu*; par M. Rozière. 4° *De la phlébite inguinale ou inflammation des veines du cordon spermatique*; par M. Bouisson. 5° *Symptômes de gangrène pulmonaire; guérison*; par M. Fallot. 6° *Effets produits par de la poudre de cantharides prise à l'intérieur*; par M. Laffitte. 7° *Diagnostic différentiel de la pneumonie chronique et de la phthisie pulmonaire*; par M. Dupré. 8° *Dyssenterie catarrhale bilieuse*; par M. Artaud. 9° *Observation de spintheropie*; par M. Desmartis. 10° *Epilepsie chez un enfant de dix mois, guérie par l'oxyde de zinc et la jusquiame*; par M. Mongins Roquefort. 11° *Efficacité de la décoction de feuilles d'olivier sauvage et de feuilles de noyer pour déterger les plaies et tarir la suppuration*; par M. Mattei. 12° *Propriétés fébrifuges de la piloselle*; par M. Miergues. 13. *Observation d'hydropisie enkystée des ovaires compliquée d'ascite; quatorze ponctions; injections iodées; mort*; par MM. Bouché (de Vitray) et Desmartis. 14° *Cas graves de laryngite érysipélateuse et striduleuse*; par M. Fallot. 15° *Des injections iodées dans le traitement de l'hydropisie ascite*; par M. Jaumes. 16° *De la minéralisation et de la stabilité des eaux sulfureuses des Pyrénées que l'on transporte*; par M. Soule. 17° *Réunion immédiate des plaies*; par M. Mattei. 18° *Sur la meilleure manière de prescrire le cyanure de potassium*; par M. L. Saurel.

DE LA PHLÉBITE INGUINALE OU INFLAMMATION DES VEINES DU CORDON SPERMATIQUE; par M. BOUISSON.

Cette maladie, qu'expliquent le volume, la longueur des veines spermatiques, leur dilatation fréquente, la gêne que la circulation y éprouve, est

moins rare qu'on ne le pense. Peut-être, dit spirituellement M. Bouisson, le soin qu'ont mis les nombreux inventeurs de procédés pour la cure du varicocèle, à prouver qu'ils n'exposaient pas à l'inflammation des veines, a-t-il contribué à reléguer la phlébite inguinale parmi les raretés morbides de la région. Lui-même cependant a vu sur le cadavre, à la suite d'une phlegmasie de l'aine, du pus dans les veines des plexus spermatiques, et ces veines réunies entre elles par de la lymphe à demi organisée, qui les transformait en masse assez cohérente. Le musée de Strasbourg possède une pièce où les veines sont converties dans certains points en cordon plein, et dans d'autres contiennent des phlébolithes, trace évidente d'un travail phlegmasique antérieur.

Les causes de cette affection sont d'abord les coups, les froissements, les contusions; en second lieu, les opérations qui intéressent les vaisseaux spermatiques. L'opération du varicocèle n'est point absolument à l'abri de pareils accidents. Ainsi M. Vidal lui-même accepte quelques exemples cités comme réels; et ces faits, auxquels on peut joindre la série de ceux que les opérateurs n'avouent pas, suffisent au moins pour faire comprendre les différents procédés chirurgicaux appliqués au traitement du varicocèle dans l'étiologie de la phlébite inguinale.

M. Bouisson a également observé cette inflammation à la suite de la ligature en masse du cordon, pratiquée après l'ablation du testicule.

L'invasion directe et spontanée de l'inflammation des veines spermatiques, sans le concours de causes provocatrices, est un fait plus rare que les précédents. L'auteur n'en a recueilli qu'une seule observation, et encore peut-on y signaler comme ayant joué le rôle d'agents auxiliaires pour le développement de l'affection, une fatigue et un effort musculaire considérables.

Mais la cause la plus ordinaire et la plus saisissable de la phlébite inguinale est évidemment l'orchite. Très-commune dans toute épididymite blennorrhagique, elle y prend parfois des proportions considérables, et s'étend vers l'abdomen, et la mort peut être le résultat de ces graves inflammations dont l'orchite a marqué le début, la péritonite la fin, et la phlébite inguinale le milieu. C'est l'orchite parenchymateuse qui parait provoquer le plus vivement cette complication. La péri-orchite ou vaginalite n'y donne que rarement lieu.

Les symptômes locaux et généraux ne méritent point une description détaillée.

La phlébite inguinale suppurative revêt plus souvent que d'autres inflammations veineuses la forme dite *enkystée* qui empêche la translation du pus dans le courant de la circulation. Cette immunité, qui d'abord est un fait expérimentalement constaté, paraît tenir au ralentissement de la circulation veineuse, dû tant à la longueur des veines qu'à leur disposition plexiforme; car un tel arrangement favorise la coagulation du sang ou la formation et l'organisation des dépôts plastiques qui oblitèrent les veines avant que la suppuration n'ait envahi leur cavité. Dans ce cas, les abcès se circonscrivent dans l'intervalle des points veineux qui sont oblitérés, ou bien ils se forment dans le tissu cellulaire périphérique. Parfois, comme il est facile de le pressentir, ces désordres entraînent comme conséquence l'atrophie plus ou moins complète du testicule correspondant.

Le diagnostic peut être rendu incertain par un simple phlegmon du cordon, par un étranglement herniaire ou par certains phénomènes inflammatoires liés à l'existence des hernies tels que l'inflammation du sac, l'épiploïte phlegmoneuse.

Le traitement de la phlébite inguinale repose sur les indications communes que présentent les inflammations locales. L'action sédative et répercussive du froid, employée à temps, peut prévenir son développement. Puis la saignée, les sangsues, les onctions mercurielles et belladonées, aidées de l'emploi du calomel à dose purgative, mais non antiplastique, conviennent contre l'affection réalisée. Avec ces moyens aidés des émollients en topiques et en bains, on en triomphe le plus ordinairement d'une manière assez prompte. Le débridement de l'anneau inguinal, très rarement indispensable, apporte dans ces cas un très-prompt soulagement aux souffrances aiguës du malade.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA PNEUMONIE CHRONIQUE ET DE LA PHTHISIE PULMONAIRE; par le professeur DUPRÉ.

La phthisie n'est habituellement, d'après M. Dupré, qu'une maladie héréditaire; la pneumonie ne serait au contraire qu'une maladie accidentelle. « Dans la phthisie, les phénomènes locaux ne se présentent qu'après les phénomènes généraux; quand les premiers apparaissent, l'économie tout entière est déjà malade, et l'amaigrissement rapide en est le symptôme le plus ordinaire. Dans la pneumonie chronique, les accidents locaux se montrent et se développent en même temps que les accidents généraux. »

Il nous semble que ces deux propositions pourraient facilement être contestées. Les faits suivants sont plus importants pour établir le diagnostic différentiel :

« Dans la tuberculisation, les hémoptysies sont fréquentes, elles sont même souvent très-abondantes; dans la pneumonie chronique, au contraire, le malade n'a pas d'hémoptysies. L'affection tuberculeuse a son siége habituel au sommet du poumon; l'induration pulmonaire se développe ordinairement à la base ou à la partie moyenne. Dans la pneumonie chronique, on entend surtout la voix et la toux bronchiques et quelques bulles de râle crépitant; dans la phthisie, la respiration rude, les craquements secs, etc. »

Mais, en somme, ces distinctions sont très-souvent en défaut, parce qu'elles portent toutes sur des caractères accessoires; et dans l'état actuel de la science, l'art du diagnostic ne permet point de reconnaître par l'auscultation ou par la percussion si telle induration pulmonaire est tuberculeuse ou purement phlegmasique : que serait-ce si on demandait un diagnostic de reconnaître les cas si fréquents dans lesquels il y a en même temps pneumonie chronique et tuberculisation?

OBSERVATION DE SPINTHÉROPIE (SYNCHISIS ÉTINCELANT); par M. DESMARTIS.

Obs. — J. C., âgée de 35 ans, laitière, de tempérament sanguin, mariée et mère de trois enfants, n'ayant jamais eu de maladie grave, eut en 1850 un violent chagrin qui lui coûta beaucoup de larmes. Bientôt la vision de l'œil droit s'affaiblit; elle croyait voir des cercles de feu, des traînées lumineuses partir de cet œil et aller se répandre dans le gauche, en lui faisant éprouver une sensation d'élancements et de brûlure.

En observant attentivement cet œil, M. Desmartis constate que la pupille était immobile et assez resserrée.

Un peu en arrière du champ pupillaire, on aperçoit un cercle qui, au premier abord, paraît concentrique à celui de la pupille, mais qui repose sur la face antérieure de la crystalloïde. Ce cercle paraît formée par un détritus de petits grumeaux d'une couleur fauve foncée, et symétriquement placés. On pourrait supposer que l'iris s'est contracté, a déposé une sorte de pigmentum, et que, en s'élargissant de nouveau, il a laissé ces débris détachés des bords de sa circonférence interne. Par moments, on voit une sorte de traînée lumineuse qui semble lancée de la partie inférieure de l'œil et qui monte vers la partie supérieure où elle disparaît. Ce phénomène offre en petit l'image d'une étoile filante. De cet œil (le droit), elle ne peut ni distinguer les couleurs ni compter le nombre des doigts qu'on lui présente. Souvent et principalement pendant la nuit, elle entend un bourdonnement très-fort; elle ressent aussi des douleurs lancinantes dans les régions pariétales et surtout du côté droit. Si les traînées lumineuses lui apparaissent, la douleur part alors de l'angle externe de l'œil droit, se répand dans le gauche, en décrivant la forme d'un 8 oblique.

La malade est parfaitement réglée, mais ses urines sont épaisses et d'une odeur pénétrante. M. Desmartis n'a pu l'examiner qu'une seule fois.

Ce fait curieux se recommande surtout par cette particularité que la malade percevait ici la sensation du déplacement des paillettes brillantes, déplacement que le chirurgien seul constate ordinairement.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DES 20 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

EXPÉRIENCES POUR RECONNAITRE JUSQU'A QUEL POINT L'ŒIL PEUT RECONNAITRE UNE DÉVIATION DE LA DIRECTION VERTICALE OU DE LA DIRECTION HORIZONTALE DANS L'ESPACE.

M. SZOKALSKI adresse une note concernant des expériences qu'il a faites dans le but de reconnaître *jusqu'à quel point l'œil peut reconnaître une déviation de la direction verticale ou de la direction horizontale dans l'espace*. Dans ces expériences, qui étaient faites au moyen d'un fil noir, long d'un mètre, se détachant sur un mur blanc, il a reconnu qu'il y avait, pour la délicatesse d'appréciation, des différences notables d'un individu à l'autre; ainsi certaines personnes étaient sensibles à une déviation de la verticale qui n'excédait pas un déplacement angulaire de plus de quinze minutes; chez d'autres, au contraire, il fallait une déviation double ou triple pour qu'elles reconnussent que la ligne n'était plus verticale.

Quelle que fût, au reste, la délicatesse d'appréciation chez les divers individus soumis à l'expérience, tous, pour arriver à former un jugement, se conduisaient de la même manière, exécutaient les mêmes mouvements de la tête et arrivaient à la fixer dans une même position. Si, au lieu de tenir la tête dans cette position qu'ils prenaient comme instinctivement, ils la tenaient volontairement inclinée d'un côté, la délicatesse de leur appréciation en était sensiblement altérée, et tel qui, posé naturellement, reconnaissait une déviation de quinze minutes, n'apercevait pas, dans la position forcée, une déviation d'un degré.

L'auteur conclut de ces faits et de plusieurs autres qui sont exposés dans sa note qu'on se ferait une idée très-incomplète du sens de la vision et des connaissances qui nous arrivent par ce sens, si on le réduisait à l'impression produite sur la rétine et au jugement porté sur cette sensation. C'est à la

même conclusion d'ailleurs que conduisent déjà ses précédentes communications sur le mouvement de rotation des yeux autour de leur axe.

(Comm. précédemment nommés : MM. Serres, Babinet.)

ACTION ANESTHÉSIQUE ATTRIBUÉE A LA FUMÉE DU LYCOPERDON PROTEUS.

M. Flourens, à l'occasion d'une pièce imprimée de la correspondance, entretient l'Académie d'expériences qui ont été faites par M. F. Gérard, dans le but d'observer l'action anesthésique attribuée à la fumée du *lycoperdon proteus*.

« Je pris, dit l'auteur, des lycoperdons que j'avais récoltés l'automne dernier, j'en recueillis la substance, et je fis l'expérience avec une quantité de *capillitium* mêlé de spores du poids de 12 grammes. Je plaçai cette substance, qui brûle à la manière de l'amadou, sur une mèche qui en entretint la combustion, et je me plongeai la tête tout entière dans la fumée pendant quinze minutes. L'âcreté de cette fumée m'incommoda d'abord et me causa, en premier lieu, une légère irritation du pharynx..., puis j'eus quelques instants un coryza qui ne tarda pas à se dissiper..., puis un sentiment de coisson dans les yeux que je fus obligé de tenir fermés. Quant à l'engourdissement, il ne fut presque pas sensible pendant l'inspiration de la fumée. Je sortis de l'appareil improvisé dans lequel je m'étais placé, après la carbonisation de tout le *capillitium*, et peu d'instants après je ressentis une vive douleur précordiale..., j'éprouvai de la pesanteur de tête et comme un serrement péricéphalique qui était, du reste, sans douleur..., mes yeux, qui étaient devenus rouges, se fermaient involontairement, quoiqu'il n'y eût point de somnolence. Au bout de quatre heures la tête redevint libre, mais le malaise persista environ six heures. Le lendemain, la conjonctive n'était plus rouge, mais il restait de l'irritation aux paupières...; je n'éprouvai pas la léthargie dont parle la Gazette de Mayence (n° du 14), qui dit que les animaux soumis à l'action de la fumée sont plongés dans un état d'insensibilité qui ressemble à la mort.

» Je me suis assuré que les propriétés du *lycoperdon bovista* et du *L. excipulæformis* sont les mêmes que celles du *L. proteus*. »

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR L'AMPUTATION ET LA RESECTION DES OS MÉTACARPIENS.

M. Lallemand présente à l'Académie un mémoire de M. Courty, chirurgien en chef de l'hôpital général de Montpellier, sur un nouveau procédé pour l'amputation et la resection des os métacarpiens.

Ce procédé, dit M. Lallemand, consiste : 1° à mettre l'os malade à découvert par une incision pratiquée sur le dos de la main ; 2° à passer autour de l'os une aiguille courbe fixée sur un manche, comme celle de Deschamps pour la ligature des artères ; 3° à retirer en sens contraire, à l'aide de cette aiguille, une scie à chaînettes, dont l'action divise l'os en quelques mouvements de va-et-vient. Le reste de l'opération se fait comme à l'ordinaire, par la méthode qu'on est convenu d'appeler *ovalaire*. Ce procédé a l'avantage d'opérer la section de l'os d'une manière plus rapide, plus facile, sans ébranlement et sans endommager les parties molles voisines ; de permettre l'enlèvement de la portion d'os sciée sans avoir besoin de diviser la paume de la main, où se trouvent des nerfs considérables, des vaisseaux volumineux, anastomosés en arcades, et dont la ligature est toujours difficile entre les os métacarpiens du voisinage. Enfin, la paume de la main n'étant pas entamée, les désordres sont moindres, ainsi que la suppuration, la réaction et la fièvre ; la marche de la guérison est par conséquent accélérée.

Ce procédé peut être appliqué, sans changement notable, aux os du métatarse, aussi bien qu'à ceux du métacarpe.

(Comm. : MM. Lallemand et Velpeau.)

— M. Lallemand présente un second mémoire de M. Burin-Dubuisson, pharmacien à Lyon. Ce travail a pour titre : Étude de l'action chimique du perchlorure, du perazotate et du persulfate de fer sur les principes albumineux du sang. (Comm. : MM. Thénard et Dumas.)

MALADIES DE LA PROSTATE ; EXCISION DES BOURRELETS DU COL DE LA VESSIE QUI CAUSENT LES RÉTENTIONS D'URINE.

M. Leroy-d'Étiolles lit un mémoire sur les maladies de la prostate, et en particulier sur l'excision des bourrelets du col de la vessie qui causent les rétentions d'urine.



Après avoir rappelé succinctement l'histoire des notions relatives aux altérations de la prostate, ce chirurgien fait observer qu'il y a trente ans le traitement des rétentions d'urine indépendantes des rétrécissements de l'urètre, considérées à tort comme le résultat d'une paralysie de la vessie, se bornait à la sonde laissée à demeure, et il ajoute que les autres moyens de traitement usités aujourd'hui, c'est-à-dire la dépression, l'incision, l'excision des bourrelets et tumeurs, la ligature de celles qui sont pédiculées, ont été introduits par lui dans la chirurgie, et consignés dans sept mémoires lus ou présentés à l'Académie des sciences depuis 1829 jusqu'à ce jour.

La présente communication de M. Leroy-d'Étiolles se rapporte particulièrement à un perfectionnement du procédé d'excision, qu'il a soumis à l'examen de l'Académie, dans sa séance du 10 avril 1837.

L'instrument au moyen duquel se pratique cette opération est une sonde aplatie latéralement ; sur un de ses bords existe une profonde encoche ; dans laquelle s'engagent les bourrelets, valvules ou tumeurs. Une gouge en forme de bec de plume, allant et venant dans le tube, enlève toute la portion de tissu qui est comprise dans l'encoche et creuse ainsi une tranchée dans le bourrelet, qui forme une sorte de chaussée sur le bord inférieur du col de la vessie produisant la rétention d'urine (voir la fig.). M. Leroy-d'Étiolles dit avoir obtenu par ce moyen des guérisons dont la narration est jointe au mémoire.

L'examen de ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Magendie, Velpeau et Lallemand.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre du commerce transmet les rapports suivants sur les épidémies :

1° De M. Pone, sur une épidémie de petite vérole dans la commune de Villers-sous-Chalamont (Doubs) ;

2° Du même, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Chaux-de-Gilly (Doubs) ;

3° Du même, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune d'Ouhans (Doubs) ;

4° De M. Faivre-d'Enans, sur une endémie de teigne dans les communes de Champlive et Dammartin (Doubs) ;

5° Du même, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Nancray (Doubs) ;

6° Du même sur une épidémie de fièvre muqueuse typhoïde dans la commune de Lomont (Doubs) ;

7° De M. Santon, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Battenans (Doubs) ;

8° Du même sur une épidémie de choléra dans la commune de Bief (Doubs) ;

9° De M. le docteur Billot, sur une épidémie de fièvre muqueuse dans la commune de Châtelneuf (Jura) ;

10° De M. Estre, sur une épidémie d'angine tonsillaire dans la commune d'Adincourt (Moselle).

M. Bouvier adresse une lettre de M. Sægert (de Berlin), inspecteur général des institutions de sourds-muets en Prusse, qui réclame contre une assertion calomnieuse dont il a été l'objet dans la discussion sur la surdi-mutité.

— M. Beig (de Copenhague) adresse une sorte de programme d'un travail sur la généalogie pathologique. (Commissaires : MM. Bérard et Bousquet.)

— M. Aubé-Margras (de Nancy) adresse un manuscrit intitulé : Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes. (Commission de vaccine).

— M. Robinet lit une série de rapports sur des remèdes secrets ; tous ces rapports concluent au rejet. L'Académie les adopte sans discussion.

VACCINATIONS POUR 1851.

M. Bousquet lit la deuxième partie de son rapport officiel sur les vaccinations pour 1851.

La première partie du rapport était consacrée à l'analyse des rapports partiels des médecins-vaccinateurs. Dans cette seconde partie, M. le rapporteur s'est proposé d'examiner et de discuter quelques-uns des points de l'histoire de la vaccine.

Que fait, que devient le virus varioleux, et plus particulièrement le virus-vaccin, dans la période d'incubation ? Telle est la première question que M. Bousquet étudie.

En entrant dans les chairs, le vaccin, loin de s'endormir, commence à fermenter et travaille activement à se faire jour au dehors.

Ce premier point établi, vient une seconde question. Le virus-vaccin reste-t-il tranquillement là où la lancette l'a déposé, ou serait-il pris incontinent par les bouches absorbantes et répandu dans tout l'organisme ?

Que le vaccin se répande et s'infiltre dans toute l'économie, il le faut bien, répond M. Bousquet, puisqu'il la modifie et la renouvelle au point de la libérer de la petite vérole, et, chose bien digne de remarque, cette grande et profonde révolution, la nature la subit tranquillement, patiemment, sans laisser paraître presque aucune émotion.

Mais on va plus loin, et on demande quand et comment se fait cette heureuse révolution : question intéressante, car elle contient toute une doctrine, et cette doctrine touche à la pratique. M. Bousquet rappelant les expériences de M. Renault sur les virus morveux et claveleux, et celles d'un médecin anglais

ainsi que les siennes propres sur la vaccine, conclut de ces diverses recherches que l'absorption de ces divers virus est instantanée et qu'elle est irrésistible, quoi qu'on fasse pour l'empêcher. Mais le changement qui se prépare commence-t-il aussitôt que le virus est déposé sous l'épiderme, ou ne s'accomplit-il qu'après la naissance des boutons? en d'autres termes, l'éruption précède-t-elle l'infection ou lui succède-t-elle? ou bien encore la vaccine commence-t-elle par être locale avant de devenir générale ou l'inverse?

Il est évident, d'abord, que ce n'est pas par ce qu'elle a de local que la vaccine peut préserver de la petite vérole; c'est donc par ce qu'elle a de général, c'est-à-dire par le changement qu'elle apporte dans l'organisation tout entière, que M. Bousquet établit la réalité de ce fait sur de nombreuses expériences d'inoculation qui démontrent la nécessité d'une incubation de quatre jours au plus, pour que le virus-vaccin annihile les effets de l'inoculation du virus varioleux.

Finalement, ajoute M. le rapporteur, virus-vaccin, virus varioleux, virus morveux et claveleux, sont absorbés presque aussitôt qu'ils touchent aux tissus vivants. Faut-il encore ajouter le virus syphilitique? L'analogie le voudrait, dit M. Bousquet, mais il faut s'arrêter ici quelques instants....

L'idée d'inoculer la syphilis pour s'en préserver est évidemment une idée d'emprunt...

Et d'abord, il n'est pas possible que ceux qui croient à l'absorption instantanée de la syphilis se conduisent avec leurs malades comme ceux qui la mettent aux cinquième et sixième jours. Les premiers, désespérant d'atteindre le virus, ne s'attachent qu'aux conséquences; les autres s'appliquent à la détruire sur place avant toute absorption, et les autorités se balancent en nombre et en poids.

Les derniers sont ceux qui s'éloignent le plus de la vaccine. Il est très-sûr au moins qu'il ne sert de rien de cautériser le bouton naissant : la préservation n'en continue pas moins comme si on n'eût rien fait pour la prévenir.

Mais ici la démonstration était facile; elle l'est beaucoup moins en matière de syphilis. Comment suivre la suppression du chancre et ses conséquences? La syphilis n'étant pas, comme la variole, une nécessité de notre nature, tous les sujets ne s'y prêtent pas également, et d'autre part, les accidents étant beaucoup plus lents à paraître, les malades se dispersent et sont perdus de vue par le médecin.

Mais ils ne sont pas si sûrs de leurs principes, les partisans de l'inoculation syphilitique, qu'ils ne recommandent expressément d'éteindre le chancre le plus tôt possible, et en cela ils font prudemment. Le plus qu'ils accordent, c'est cinq ou six jours après la souillure..... Le précepte serait d'une exécution plus facile si, au lieu de compter de la souillure, on comptait de l'invasion du chancre; mais ce n'est pas ainsi qu'on l'entend : ce serait remettre l'infection au dixième ou onzième jour, et on vient de voir que la théorie l'a fixée au sixième.... Mais la syphilis restât-elle encore plus longtemps à l'état local, où sont vos raisons, ajoute M. Bousquet, pour soumettre aux mêmes méthodes thérapeutiques deux contagions entre lesquelles le plus léger examen découvre tant de différences?

Premièrement, nous sommes tous tributaires de la petite vérole; mais nous ne l'avons qu'une fois. Si elle était sujette à revenir, elle n'aurait pas de préservatif.

Soutenus par cette vérité et pour se soustraire aux inquiétudes de l'attente, on imagina de se donner une maladie qu'on ne pouvait éviter, et l'on espéra que si on choisissait bien son temps, elle pourrait venir plus douce et plus bénigne. On sait la suite.

Mais la syphilis, loin que nous y soyons tous sujets, n'attaque que ceux qui le veulent bien; il est au moins très-facile d'y échapper en ne s'y exposant pas.

Secondement, il suffit d'un instant et d'un atome de virus pour inoculer la petite-vérole ou la vaccine, tandis que pour se prémunir contre la syphilis, on parle de 20, 50, 100 inoculations et plus encore.

Il paraîtrait même qu'il y a des organisations insatiables. Telle est du moins, à ce qu'il paraît, celle de M. L....., dont il a été si souvent question dans les débats de l'Académie sur la syphilisation.....

Certes, voilà des différences capitales entre ces deux contagions, et il y en a d'autres. Ils se font une idée bien fausse de l'inoculation et de la vaccine, ceux qui les considèrent comme des antidotes ou des neutralisants de la petite-vérole. N'oublions jamais qu'elles n'en sont que le préservatif; encore, nous ne savons pas trop si on peut appeler de ce nom deux moyens, dont l'un est identique à la maladie qu'il remplace, et dont l'autre en est l'équivalent.

Pour se donner les présomptions de l'analogie, les syphilisateurs ont commencé aussi par présenter l'inoculation syphilitique comme un préservatif; mais un cri d'indignation s'est élevé qui leur a fait comprendre ce qu'il y a d'imprudent, de périlleux, d'immoral à se donner volontairement et actuellement une maladie qui ne nous est pas imposée, sous le futile prétexte d'en libérer l'économie dans l'avenir. Et encore, pour faire cette concession, ont-ils faussé leurs principes, car, comme dans le système on n'a la syphilis qu'une fois, si l'inoculation peut guérir, elle peut aussi prévenir : c'est, dans tous les cas, quelque chose de bien étrange en thérapeutique de forcer l'économie à se saturer d'une maladie, dans l'espoir qu'il viendra un moment où elle y sera insensible.

On s'autorise de l'analogie et on va contre l'analogie; car, faut-il le redire en finissant, la vaccine, si puissante pour conjurer la variole à venir, ne peut rien contre la variole déclarée.

Nous n'avons pas voulu souffrir, dit en terminant M. Bousquet, qu'on s'emparât de nos méthodes et qu'on se couvrît du nom de Jenner pour accréditer une pratique qui n'a pour elle ni la raison ni l'expérience.

Les conclusions du rapport de M. Bousquet, relatives aux récompenses à décerner aux médecins-vaccinateurs, seront lues et discutées dans une autre séance et en comité secret.

RÉSULTATS DÉFINITIFS DES TRAITEMENTS EMPLOYÉS POUR LA CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE.

M. Larrey lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Hutin, médecin en chef des Invalides, intitulé : Recherches sur les résultats définitifs des traitements employés pour la cure radicale de l'hydrocèle vaginale, mémoire dont nous avons publié un extrait à l'époque de sa présentation à l'Académie.

On se rappelle que M. Hutin s'est proposé de rechercher, dans ce mémoire, si l'inflammation adhésive de la tunique vaginale qu'on a pour but d'obtenir en employant les divers procédés d'injection, est indispensable à la guérison de la maladie.

De ses recherches statistiques sur ce sujet, il est résulté que, chez les sujets opérés avant lui par diverses méthodes et par différents chirurgiens, chez tous, sans exception, il y avait oblitération complète de la tunique vaginale, tandis que chez les opérés soit avant lui, soit par lui-même, avec l'injection iodée, les résultats ont été variables : ainsi, sur 16 sujets, l'autopsie a démontré 8 fois des adhérences complètes, en oblitérant la cavité séreuse en entier, comme par les méthodes anciennes, tandis que 4 fois les adhérences se trouvaient partielles seulement, et que les 4 autres fois, il n'en existait pas de traces.

D'où l'auteur de ces recherches a cru devoir conclure que, dans ces derniers cas, les injections iodées n'avaient et n'auraient ultérieurement provoqué aucune oblitération, et que ces hydrocèles, ainsi parvenus à guérison, n'eussent pas été à l'abri d'une récidive.

De l'ensemble de ces faits, qui ne sont cependant pas très-nombreux, M. Hutin a déduit les conclusions suivantes :

1° Que Pott avait dit vrai, en avançant que la disparition de la tunique vaginale n'est pas indispensable à la cure de l'hydrocèle;

2° Que cette disparition semble être la conséquence la plus ordinaire des traitements employés autrefois et même des injections vineuses;

3° Qu'elle arrive moins fréquemment à la suite des injections iodées, s'il devient constant, par des recherches nouvelles, que les choses se passent habituellement comme elles se sont passées chez les opérés des Invalides.

L'auteur termine ce travail par une application directe de ses recherches au mémoire de M. Velpeau, en rappelant que le savant professeur attribue aux injections iodées, comme aux autres injections, la propriété de déterminer une inflammation adhésive ou oblitérante, tandis que ce résultat n'est pas constamment tel, comme le démontrent les faits précités.

Ne doit-il pas d'ailleurs en être ainsi, ajoute M. le rapporteur, d'après l'irritabilité variable de la tunique séreuse, selon les individus, à tel point que le contact des liquides les plus irritants est facilement supporté par les uns, tandis que la moindre sensation des topiques affaiblis est parfois intolérable chez d'autres. Ce fait général, connu de tous les chirurgiens, a été spécialement signalé par M. Baudens, dans son mémoire sur l'hydrocèle, et M. Hutin assurément est d'accord avec tous à cet égard.

Prudent et réservé du reste dans son langage, le chirurgien des Invalides désirant que l'on ne se méprenne point sur sa pensée ne prétend pas que les injections iodées guérissent l'hydrocèle sans oblitération; il dit seulement que, chez les 16 individus traités par cette méthode, et autopsiés par lui, un quart ne présentaient point d'adhérences, et un quart n'en offraient que de partielles, tandis que les 18 invalides morts sur les 30 opérés par d'autres procédés avaient tous des adhérences complètes. M. Hutin constate seulement ce résultat, et ne veut pas dire autre chose.

Ses recherches auraient été plus intéressantes encore si elles avaient pu apprécier la structure intime de ces adhérences, et leur mode de formation, soit par un contact immédiat, soit par l'interposition de fausses membranes simulant diverses altérations ou transformations de la tunique vaginale.

Ainsi, d'après une remarque générale de Bichat, dans les inflammations séreuses, lorsque l'exhalation du fluide lubréfiant cesse, une fausse membrane tend à s'organiser souvent sur les surfaces phlogosées; c'est même sur cette règle, formulée par l'illustre physiologiste, que l'on peut fonder l'avantage de certaines méthodes dans la cure de l'hydrocèle.

M. Hutin complète son travail par une réflexion judicieuse.

Ainsi, présumant que des recherches ultérieures confirmeront les siennes sur les résultats des opérations d'hydrocèles, il se demande si on n'aurait pas d'autant plus raison de préférer les injections iodées aux autres méthodes; il n'est même pas éloigné de croire que l'oblitération complète de la tunique vaginale peut avoir quelque fâcheuse influence sur l'intégrité des fonctions du testicule, surtout, ajoute-t-il, dans le cas où l'autre organe aurait été enlevé. C'est une opinion que l'expérience n'a pas confirmée encore et qui nous dicte une certaine réserve; on pourrait l'appuyer cependant sur l'avis de Sabatier, qui, dans la description des testicules, assigne à la tunique vaginale ou péritesté l'usage de filtrer une humeur propre à lubréfier cet organe. Mais Imbert de Lonnes, dans son traité *ex professo*, pourrait fournir un argument opposé à celui-là lorsqu'il dit (p. 12) : Le testicule ne doit point être environné d'un fluide qui, le pressant de toute part, doit en gêner les fonctions principales, et c'est vouloir détruire cet organe que de le laisser longtemps exposé à cette sorte de macération.

Quoi qu'il en soit, on pourrait, à notre sens, assigner d'autres avantages aux injections iodées : ainsi elles semblent favoriser les adhésions de la tunique vaginale chez les sujets lymphatiques dont les bourses s'infiltrent aisément et qui sont plus exposées que d'autres aux récidives de l'hydrocèle. Le rapporteur de la commission en a trouvé un exemple assez notable, dans ses observations clini-

ques de l'hôpital de la Faculté, chez un homme opéré deux fois sans succès par l'injection vineuse, et qu'on guérit bien par une seule injection iodée.

La meme substance, en raison de sa propriété resolutive des engorgements glanduleux, n'est-elle pas apte aussi à guérir l'orchite, dont l'hydrocèle n'est souvent que la conséquence ; et alors meme que l'epanchement est peu considérable?

Si, au contraire, la collection de sérosité est abondante, l'injection iodée, même en petite quantité, se propage facilement à toute la surface de la tunique vaginale, si on a soin surtout, comme nous avons l'habitude de le faire, de malaxer légèrement le scrotum, afin de favoriser la dissémination du liquide.

On pourrait présumer enfin que dans le cas d'hydrocèle congéniale ou de communication libre de la poche vaginale avec la cavité du péritoine, l'injection iodée fut moins à craindre que tout autre liquide irritant, si on en jugeait du moins d'après les applications récentes de cette méthode aux épanchements eux-mêmes de l'abdomen, sans se dissimuler pour cela qu'elle peut donner lieu à des accidents graves, et qu'elle ne doit pas constituer une méthode exclusive.

Nous avons toute raison de croire que telle est aussi l'opinion de M. Hutin, alors même que pour derniers mots de son travail, il emprunte à l'un de nos honorables confrères de l'armée, à M. Abeille, une hypothèse qu'il considère comme l'expression exacte des faits observés par lui-même ; à savoir : « que si les injections iodées provoquent quelquefois une inflammation adhésive dans les cavités closes naturelles, d'autres fois elles suscitent une inflammation qui, sans provoquer des adhérences, modifie et les fonctions perverties des surfaces sécrétantes et leur texture altérée soit primitivement, soit consécutivement à l'épanchement.

Comme conclusions, M. le rapporteur propose : 1° d'adresser une lettre de remerciments à M. Hutin ; 2° de déposer son manuscrit dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1853; par M. le docteur CHARCOT, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — ANATOMIE.

1° SUR LES MUSCLES DU PHARYNX CHEZ LE BOEUF; par M. GOUBAUX.

Les auteurs d'anatomie vétérinaire ont jusqu'à présent considéré le pharynx du bœuf comme ayant une structure semblable à celui du cheval : ce n'est pas exact, car les muscles ne sont pas en même nombre et présentent des différences très-remarquables.

On retrouve bien, comme chez le cheval, les muscles ptérygo-pharyngien, hyo-pharyngien, thyro-pharyngien, crico-pharyngien et arythéno-pharyngien, mais il existe chez le bœuf deux muscles kérato-pharyngiens au lieu d'un seul.

Dans une communication faite à la Société de Biologie, sous le titre de OBSERVATIONS DE VARIÉTÉS ANATOMIQUES SUR LES OS, LES MUSCLES, ETC., ETC. (28 juillet 1852), M. Goubaux a dit que chez le cheval on trouve souvent deux muscles kérato-pharyngiens : l'un *supérieur*, qui existe toujours, et l'autre *inférieur*, qui n'est pas constant.

Chez le bœuf, les deux muscles kérato-pharyngiens sont constants et doivent être distingués l'un de l'autre par des noms particuliers. L'un, qui correspond à celui qui existe toujours chez le cheval, pourrait être appelé, en raison de sa direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans, *kérato-pharyngien transversal;* et l'autre, qui, sans analogue chez le cheval, mais que l'on retrouve chez quelques autres animaux, est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, s'étend de la grande branche, ou céphalique de l'hyoïde, vers le bord supérieur du cartilage thyroïde, en passant au-dessous des muscles constricteurs du pharynx et au-dessus de la muqueuse du même organe, pourrait être appelé *kérato-pharyngien longitudinal.*

En faisant cette communication, M. Goubaux a eu pour but de prendre date d'observations qu'il a faites depuis longtemps déjà et qu'il a toujours montrées dans ses cours. Plus tard il montrera à la Société quelques variétés anatomiques dans la couche musculaire du pharynx chez le bœuf.

2° SUR LE CANAL DE L'URÈTRE DU BÉLIER ; par le même.

Quoique le canal de l'urètre présente la même disposition générale que celui du taureau, il présente une particularité importante à connaître, qui a été signalée par les anciens auteurs, et que l'on s'étonne de ne pas retrouver dans les nouveaux ouvrages d'anatomie vétérinaire. Voici quelle est cette particularité :

Dans le bélier, le canal de l'urètre forme un prolongement libre complétement détaché du corps caverneux plus ou moins étendu (3 centimètres environ) et entièrement membraneux. Dans l'état ordinaire, ce prolongement est flasque ; mais si l'on fait une injection d'air ou d'eau, d'arrière en avant, dans l'intérieur du canal, on le voit se redresser et décrire quelques mouvements en différents sens, de véritables mouvements vibratoires. C'est à cet endroit que le canal de l'urètre présente le plus petit diamètre, et l'on comprend que, dans quelques circonstances, de petits calculs venant à s'engager dans son intérieur, il suffise de couper ce prolongement pour rendre à l'urine un libre passage.

La conformation particulière de la matrice de la brebis pouvait faire croire à l'utilité de ce prolongement, et c'est sans doute d'après cette idée que généralement on croyait qu'un bélier auquel on a coupé ce prolongement urétral ne peut plus se reproduire : il n'en est point ainsi. M. Goubaux a fait faire l'expérience sur un bélier dans un établissement où la *lutte se fait à la main*, et l'animal auquel on avait fait l'excision du prolongement urétral s'est reproduit cette année comme les années précédentes.

II. — PHYSIOLOGIE.

1° OBSERVATIONS SUR L'HYDRE GRISE; par M. LAURENT.

M. Laurent fait connaître à la Société les résultats suivants de ses observations sur l'hydre grise, faites pendant l'année 1852 et les premiers mois de 1853 :

1° Il est parvenu à guérir les individus attaqués par les parasites de ce genre de polypes nus.

2° Il a pu modifier par l'alimentation les individus sains, de manière à leur donner l'apparence de deux variétés, l'une rouge et l'autre grise, dans la même espèce.

3° L'automne de 1852 et l'hiver de 1853 ayant été exceptionnellement d'une température douce, il a remarqué l'infécondité de tous les œufs qui se sont produits sur des individus d'apparence femelle, quoique voisins d'individus d'apparence mâle et recouverts de tumeurs testiculiformes, en raison des zoospermoïdes qu'elles contiennent. Tous ces œufs, en très-grand nombre, se sont désagrégés.

4° Ce n'est que lorsque le froid s'est fait sentir, sur la fin de février, que les œufs se sont bien constitués et ont paru devoir être féconds.

5° Enfin l'éclosion de ces œufs a eu lieu en avril.

Des résultats de ces observations et des détails qu'il a donnés verbalement à ce sujet, M. Laurent conclut que l'appréciation physiologique du phénomène de la fécondation des œufs de toutes les espèces du genre hydre ne peut encore être donnée expérimentalement d'une manière exacte.

2° INFLUENCE DU SUCRE MÉLANGÉ AU SANG SUR L'ABSORPTION DE L'OXYGÈNE; par M. BERNARD.

M. Bernard communique quelques résultats des expériences qu'il a entreprises pour éclairer divers phénomènes de la respiration chez les animaux.

On sait que Lavoisier, Dulong et Despretz avaient établi qu'il existe un rapport à peu près exact entre la quantité d'oxygène absorbée et la quantité d'oxygène rendue, sous forme d'acide carbonique, pendant l'acte de la respiration. M. Regnault a récemment démontré, par des expériences plus précises, que ce rapport exact ne s'établit que fortuitement, et qu'il varie suivant des circonstances qu'on peut soumettre à l'analyse. M. Regnault a fait voir, en effet, que les animaux soumis à une abstinence prolongée absorbent plus d'oxygène qu'ils n'en exhalent; que les animaux nourris exclusivement avec des matières grasses se comportent, relativement à l'absorption et à l'exhalation de l'oxygène, comme les animaux soumis au jeûne, et enfin que, pendant l'acte de la digestion, il y a plus d'oxygène rendu sous forme d'acide carbonique qu'il n'y en a d'absorbé.

M. Bernard a voulu se rendre compte de ces singuliers résultats, jusqu'ici inexplicables. Sans avoir résolu encore tous les points du problème, il est arrivé à reconnaître que le sang est d'autant moins apte à absorber l'oxygène qu'il contient une plus forte proportion de sucre.

On a fait entrer dans deux éprouvettes graduées 85 centimètres cubes d'oxygène ; une de ces éprouvettes contenait en outre du sang exempt de préparation, l'autre renfermait une égale quantité de sang, auquel on avait mélangé une forte solution de sucre. Au bout de quelque temps, 35 centimètres cubes d'oxygène avaient été absorbés par le sang non sucré ; tandis que, dans le même espace de temps, le sang sucré n'avait absorbé que 19 centimètres cubes d'oxygène.

Cette expérience concorde parfaitement avec les résultats obtenus par M. Regnault.

On sait, en effet, que lorsqu'un animal est à jeun, son sang contient fort peu de sucre ; il peut donc alors absorber beaucoup d'oxygène. Si, au contraire, le même animal est bien nourri, une grande quantité de sucre s'accumulera dans son foie, et de là passera dans le sang qui, conséquemment, ne sera plus apte à absorber l'oxygène. (30 avril.)

Communications faites par M. le docteur Henri Lolliot.

3° SUR LA CAUSE DE L'ARRÊT DU COEUR SOUS L'INFLUENCE D'UNE EXCITATION DE LA MOELLE ALLONGÉE; par M. EDOUARD BROWN-SÉQUARD.

E.-H. et E. Weber ont vu que, lorsque la paire vague, ou la moelle allongée, est excitée par un courant galvanique puissant chez un animal vivant, les mouvements du cœur cessent instantanément. Ce fait si singulier n'avait pas jusqu'ici reçu d'explication.

J'ai vu mon ami, le docteur Edouard Brown-Séquard, obtenir le même résultat que les frères Weber par une excitation mécanique violente de la moelle allongée, dans le cours de physiologie expérimentale qu'il fit à Boston au mois de décembre 1852.

Cette cessation des battements du cœur est-elle due à une contraction permanente du muscle? Cette question devait naturellement se présenter. Non, car alors il n'y aurait rien de nouveau dans le fait, et ici, au contraire, nous voyons

le cœur, loin de se contracter, devenir complétement flasque et se gorger de sang, phénomène entièrement opposé aux effets bien connus de l'excitation des nerfs qui se distribuent à un muscle.

Le docteur E Brown-Séquard s'est demandé si, dans ces circonstances, le cœur est à l'état de repos parce qu'il a perdu son irritabilité, ou parce qu'il ne reçoit plus l'excitation nécessaire pour le mettre en action. Pour trancher la question, après que les battements du cœur ont cessé, il a directement excité l'organe, soit mécaniquement, soit autrement, et il a trouvé que chaque excitation produit des battements; d'où l'on voit que l'irritabilité de l'organe persiste et que l'arrêt du cœur, dans l'expérience des frères Weber, n'est que la conséquence d'un manque d'excitation.

Or, comme le docteur Brown-Séquard a vu dans des expériences répétées que l'excitation d'un nerf donnant des branches à des capillaires est capable de produire une contraction de ces vaisseaux, il a dû baser sur ce fait une explication, aussi simple que plausible, de l'arrêt des mouvements du cœur; car, dans des travaux qui lui sont propres, et qu'il a bien voulu me communiquer, le docteur Brown-Séquard attribue la cause des battements du cœur à l'excitation produite par l'acide carbonique, qui passe dans les capillaires de cet organe. Si donc cette théorie est vraie, et si l'action du galvanisme sur la moelle allongée ou la paire vague est suffisante pour produire une contraction considérable des capillaires du cœur, il est évident que l'arrêt de l'organe dans l'expérience des frères Weber a trouvé son explication.

4° SUR UN DÉSORDRE SINGULIER DANS LES MOUVEMENTS VOLONTAIRES, RÉSULTANT EN APPARENCE D'UNE ACTION DE L'AIR ATMOSPHÉRIQUE SUR LA SUBSTANCE GRISE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE CHEZ LES OISEAUX; par le même.

On se souvient qu'il y a quelques années, le docteur Brown-Séquard avait trouvé qu'après l'enlèvement d'une certaine quantité de la substance grise existant sur le renflement abdominal de la moelle épinière chez les pigeons, il se produisait un désordre considérable dans les mouvements volontaires. Il attribua alors ce désordre à la perte de la substance grise. Mais, dans des expériences récentes, faites en Amérique, il s'est assuré que le même trouble dans les mouvements volontaires existe chez ces oiseaux avant l'extirpation d'une portion quelconque de la substance grise, et seulement et immédiatement après que l'air a agi sur elle.

Le desordre des mouvements qui se produit ici ressemble beaucoup à la titubation qu'on observe chez certains animaux, soit après l'enlèvement du cervelet, soit après la section de plusieurs des muscles de la région postérieure du cou.

Le docteur Brown-Séquard, en operant avec la plus minutieuse délicatesse, s'est convaincu que le désordre qu'il a observé n'est pas le résultat d'une action mécanique, quelle qu'elle soit, exercée sur la moelle en la mettant à nu. Ce désordre semble donc être la conséquence d'une action de l'air atmosphérique sur la substance grise; car si l'on met à nu la moelle dans tout autre endroit, c'est-à-dire là où la substance blanche est seule exposée, le phénomène n'a pas lieu.

5° SUR UN FAIT NOUVEAU RELATIF A LA PHYSIOLOGIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par le même.

On sait que les cordons postérieurs de la moelle épinière sont excessivement sensibles et qu'ils sont peut-être la seule partie sensible du centre rachidien. Le docteur Brown-Séquard a trouvé dernièrement, et publié dans le numéro de novembre 1852 du JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BOSTON, que la transmission des impressions faites sur ces cordons postérieurs, au lieu de se propager seulement directement en avant, c'est-à-dire des différentes parties de ces cordons vers l'encéphale, a aussi lieu dans la direction opposée, c'est-à-dire vers la substance grise, par laquelle la propagation vers l'encéphale est alors effectuée.

Le docteur Brown-Séquard a prouvé par ses expériences sur plusieurs espèces d'animaux que, après une division transversale complète des cordons postérieurs de la moelle épinière, une piqûre, ou même une excitation mécanique très-légère, faite sur la portion de ces cordons postérieurs séparée du cerveau, suffit pour causer de la douleur.

Ses expériences ont aussi démontré que les fibres sensitives contenues dans les cordons postérieurs pénètrent dans la substance grise, et que la transmission des impressions dans la moelle épinière s'effectue par la portion centrale de cette substance grise. Le fait nouveau que le docteur Brown-Séquard a récemment découvert paraît prouver qu'il existe dans les cordons postérieurs des fibres qui, avant d'entrer dans la substance grise, sont dirigées en arrière dans ces cordons. Il a été conduit à cette opinion par l'expérience suivante:

On introduit un bistouri très-tranchant entre les parties postérieures et antérieures de la moelle épinière, de façon à séparer les deux cordons postérieurs de la substance grise et des cordons antéro-latéraux. Le fragment des cordons postérieurs ainsi séparé des parties antérieures de la moelle était, dans la plupart des expériences du docteur Brown-Séquard, à peu près de 2 pouces de long chez les lapins et les cochons d'Inde, et de 3 pouces chez les chiens. Ce fragment se continuait par deux extrémités avec la moelle épinière, l'une desquelles, étant la plus rapprochée de la tête de l'animal, s'appelle l'extrémité céphalique; tandis que l'autre, étant la plus rapprochée du coccyx, s'appelle l'extrémité coccygienne. Si l'on divise maintenant transversalement ce fragment au point où son extrémité céphalique se joint à la moelle épinière, la continuité du fragment et de la moelle ne se trouvera plus établie que par l'extrémité coccygienne. Cela fait, si l'on excite, même par une compression légère, l'extrémité céphalique du fragment, l'animal crie et se débat violemment, ce qui prouve qu'il a souffert. Il résulte de ce fait qu'il y a des fibres dans le fragment des cordons postérieurs ainsi divisé qui transmettent les impressions faites sur l'extrémité céphalique vers l'autre extrémité, c'est-à-dire en arrière. Conséquemment, les cordons postérieurs ne sont pas exclusivement composés de fibres transmettant les impressions en avant (ou en haut chez l'homme), mais ils contiennent aussi des fibres qui propagent ces impressions dans la direction opposée.

Le docteur Brown-Séquard ne peut pas dire quel est le rapport numérique de ces deux différents ordres de fibres sensitives, c'est-à-dire celles qui transmettent en avant et celles qui transmettent en arrière les impressions. Toutefois l'expérience suivante lui a paru démontrer que celles de la dernière espèce sont les plus nombreuses.

Si, après avoir séparé un fragment des cordons postérieurs des parties antérieures de la moelle épinière, au lieu de diviser l'extrémité céphalique, on divise l'extrémité coccygienne, on trouve que la douleur produite par une excitation de cette extrémité coccygienne semble être moins considérable que la douleur causée dans l'expérience où l'excitation est faite sur l'extrémité céphalique.

Quoique de nombreuses recherches aient été faites sur la structure intime de la moelle épinière, et bien que le docteur Brown-Séquard regarde comme très-importantes celles de Stilling, Eigenbrodt, Kœlliker et Lockhart Clarke, il pense qu'il reste encore beaucoup à savoir sur la disposition des fibres nerveuses dans la moelle; il croit encore qu'on ignore si les fibres existant dans les cordons postérieurs sont simplement des fibres commissurales longitudinales, ou si ce sont en partie ou en totalité des fibres venant des racines postérieures des nerfs. Les expériences que je viens de rapporter ne tranchent pas cette question, mais elles lui ont semblé démontrer que des fibres existant dans les cordons postérieurs sont dirigées en arrière.

Comme il est démontré que la substance grise de la moelle épinière est une partie par laquelle les impressions doivent passer pour être transmises au sensorium, il résulte que les fibres des cordons postérieurs par lesquelles la transmission se fait en arrière sont en quelque sorte des fibres récurrentes.

Très-vraisemblablement elles se dirigent d'abord en arrière, entrent ensuite dans la substance grise, où elles s'unissent aux cellules nerveuses de cette substance, et finalement se prolongent d'une cellule à l'autre. Il paraîtrait donc qu'il existe des fibres récurrentes dans les parties postérieures de la moelle épinière.

6° RÉSULTATS DE L'INJECTION DU PERCHLORURE DE FER DANS LES ARTÈRES ET DANS LES VEINES DES ANIMAUX; par MM. GIRALDÈS et GOUBAUX.

M. Giraldès montre à la Société des pièces provenant d'animaux (cheval et âne) sur lesquels on a pratiqué des injections avec le perchlorure de fer.

a. Dans les artères où l'injection a été faite quelques heures avant la mort, on trouve un caillot noir, dur, analogue pour son aspect et sa consistance à du sang brûlé. Les parois du vaisseau sont sèches, dépolies, recoquillées, évidemment par suite d'une action purement chimique.

b. Dans les artères qui ont reçu l'injection deux jours avant la mort, on trouve un caillot dur, moins noir que dans le cas précédent, s'étendant fort loin dans le vaisseau, et occupant même quelques collatérales. Aux extrémités du caillot *primitif*, on rencontre un caillot secondaire noir, mou et mal formé; au voisinage de ce dernier, les parois vasculaires ont leur aspect normal.

c. Les veines où le perchlorure de fer a été introduit sont également remplies d'un caillot; ce caillot est formé d'une partie centrale et d'une partie périphérique; mais ici, contrairement à ce qui a été observé dans les artères, c'est la couche pariétale qui paraît avoir été formée la première et qui semble produite sous l'influence du liquide injecté; elle est dure et décolorée, adhérente aux parois; le caillot central est au contraire noir, mou, et évidemment d'époque plus récente. (9 avril.)

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOLOGIE.

1° SUR LE SÉRUM DU LAIT DE VACHE COLORÉ EN ROUGE; par M. PAYEN.

M. Rayer présente, de la part de M. Payen, le sérum du lait de vache coloré en rouge ou peu orangé.

Cette coloration a paru résulter d'une modification effectuée sur un principe colorable, mais incolore dans le lait à l'état normal.

Sous l'influence du même réactif, M. Payen a produit le phénomène de coloration rouge dans le sérum du lait filtré et dans le petit-lait également limpide.

Il se propose de rechercher la présence de la matière colorable dans le lait des différents animaux et d'extraire le principe colorable et coloré, si déjà d'autres expérimentateurs ne sont arrivés à des résultats semblables.

2° OBSERVATION DE LEUCOCYTHÉMIE; par MM. CHARCOT et ROBIN.

L'altération du sang, caractérisée par l'augmentation de la proportion des globules blancs, et habituellement liée à l'hypertrophie de la rate, la leucocythémie, en un mot (*Lienaler Leukaemie de Virchow, Leucocythemia de Bennet*), est encore assez peu connue en France. En Angleterre et en Allemagne elle a été, au contraire, beaucoup étudiée, grâce à l'impulsion donnée dans ces deux pays par les travaux de Bennet (d'Edimbourg) et de Virchow (de Wurtzbourg). Cependant les observations bien authentiques que possède la science sur cette intéressante affection sont encore peu nombreuses. M. le docteur Uhle (de Leipzig), qui les a relevées et disposées par ordre chronologique dans un tableau, que nous croyons utile de reproduire à la fin de ce travail, n'en compte que

vingt six. A ces vingt-six observations, il faut ajouter aujourd'hui celle qui a été recueillie à la Charité, dans le service de M. Rayer, par M. Leudet, et qui fait le sujet d'un travail historique et critique fort intéressant, lu à la Société de Biologie par ce médecin le 1er mai 1852, celle de M. Uhle lui-même (ARCHIV. V. R. VIRCHOW, 5 Band, 3 Heft; Berlin, 1852), et enfin celle qu'on va lire.

Notre observation ne diffère pas essentiellement de celles qui ont été antérieurement publiées; elle nous a paru surtout intéressante en ce qu'elle fait bien connaître les phénomènes du début de la maladie.

Nous noterons, en outre, qu'il n'existait pas chez notre malade d'hypertrophie du foie ou des ganglions lymphatiques; que les troubles intestinaux ont été chez lui très-peu prononcés, les suffusions séreuses à peine marquées.

OBS. — Le nommé Martin (Louis), âgé de 45 ans, peintre en bâtiments, entre, le 18 avril 1853, à l'hôpital de la Charité, service de la clinique, salle Saint-Charles, n° 12; mort le 22 avril.

Cet homme, assez vigoureux et bien constitué, a généralement joui d'une bonne santé; il a cependant éprouvé, à deux reprises, et pour la dernière fois, il y a cinq ans, des accidents vénériens (blennorrhagies?); il porte actuellement, vers le tiers inférieur de la face interne des deux tibias, deux exostoses symétriquement disposées, assez volumineuses, et recouvertes de taches d'un violet sombre; il n'a jamais eu d'ailleurs d'autres taches sur le tégument externe; il n'a jamais eu de fièvres intermittentes et n'a jamais habité de pays où ces fièvres sont endémiques; il n'a jamais éprouvé aucun phénomène saturnin; jamais il n'a été retenu au lit, même pendant quelques jours, par une maladie ou par une simple indisposition; il y a un an environ, il éprouva de violents chagrins, qui lui furent causés par sa femme, dont il se vit forcé de se séparer; depuis ce temps, son moral est sans cesse affecté, et son intelligence, ainsi qu'il l'avoue lui-même, s'est un peu pervertie. Depuis cette même époque, il éprouve des digestions pénibles, des maux d'estomac, de la diminution d'appétit, de la constipation alternant avec de la diarrhée, des douleurs de tête. En même temps il commence à maigrir et prend un teint cachectique; il devient de plus en plus nerveux et irritable et se voit enfin bientôt incapable de faire son état; il n'a pas travaillé depuis environ six mois.

Il y a quatre mois environ, il remarque dans son flanc gauche, où il sent, déjà depuis longtemps, beaucoup de pesanteur, surtout quand il marche, l'existence d'une tumeur volumineuse, que nous aurons à décrire.

Il y a trois mois environ, les deux membres inférieurs se sont gonflés simultanément et sont devenus œdémateux à deux reprises; mais à la suite de purgations énergiques, prescrites par un médecin, le gonflement a rapidement disparu et la tumeur du bas-ventre, au dire du malade, s'est elle-même amoindrie; l'œdème des jambes n'a pas reparu depuis ce temps.

ÉTAT ACTUEL. — A son entrée à l'hôpital, nous trouvons le malade dans l'état suivant: amaigrissement assez prononcé des membres et de la face; abdomen tuméfié, surtout du côté gauche, teinte pâle et un peu jaunâtre des téguments; nulle part de l'œdème; souffle assez prononcé, intermittent dans les vaisseaux du cou. Malgré l'altération qu'a évidemment subie la nutrition, le malade paraît encore fort et assez vigoureux. Il répond nettement à toutes les questions qu'on lui pose, mais il paraît d'une irritabilité excessive. Il parle sans cesse de ses chagrins domestiques, et il avoue que la nuit il est sans cesse agité par des rêves pénibles, et que parfois il n'a pas la tête à lui.

Le pouls est régulier, à 48, assez plein; le cœur a son volume normal et ses bruits sont naturels; la peau présente une température convenable. Le malade assure qu'il n'éprouve jamais le moindre mouvement de fièvre.

Respiration tout à fait normale; résonnance normale des deux poumons, constatée par la percussion; pas le moindre râle n'est perçu par l'auscultation de la poitrine.

Le malade a conservé un assez bon appétit, mais il évite de manger autant que sa faim lui commande de le faire, car, en pareil cas, mais seulement alors, la digestion devient pénible, l'estomac se gonfle, et la respiration devient anxieuse pendant quelques heures; jamais de vomissements.

Rien de notable dans l'état des sécrétions: le malade va à la selle deux fois par jour, sans diarrhée; il urine avec facilité et son urine est claire, exempte d'albumine et de la matière colorante de la bile.

Le foie s'élève jusqu'à la cinquième côte droite, et par en bas il ne dépasse pas le rebord costal. La langue est tout à fait naturelle.

L'abdomen présente, ainsi que nous l'avons dit, un volume exagéré; il est facile de s'assurer par la percussion que cet excès de volume n'est pas dû à la présence de sérosité. Des veines volumineuses se dessinent en bleu, sous la peau de la partie latérale gauche de l'abdomen et de la partie latérale et inférieure du côté gauche du thorax. Par la palpation on distingue immédiatement sous le rebord des fausses côtes gauches une tumeur volumineuse, aplatie, dure, régulière, circonscrite par des bords bien nets, comme tranchants, s'étendant par en bas, jusque dans le flanc gauche, et qui atteint en dedans la ligne médiane, vers laquelle elle se dirige en forme de pointe obtuse. Cette tumeur ne se déplace pas quand on ordonne au malade de changer de position; mais on peut la soulever avec la main et la repousser par en haut vers le diaphragme, quand le malade est assis sur le lit; en plongeant l'extrémité des doigts sous le rebord des côtes, on peut se convaincre qu'elle remonte très-haut dans l'hypocondre gauche, en un mot, elle présente à la palpation tous les caractères des rates devenues volumineuses dans le cours de certaines fièvres paludéennes. La percussion, pratiquée en suivant une ligne qui part de l'aisselle pour se rendre à l'épine iliaque antérieure et supérieure, donne à la matité une étendue de 19 centimètres, dont 16 au-dessus du rebord des côtes et 4 dans le flanc gauche; en suivant une ligne qui forme avec la précédente un angle légèrement obtus, dont le sinus regarde en haut et à droite, on obtient une matité de 25 à 30 centimètres d'étendue; en circonscrivant avec un crayon l'espace mat obtenu après avoir percuté dans toutes les directions intermédiaires aux deux précédentes, on dessine une figure ovale, dont le grand axe est dirigé obliquement de haut en bas et de droite à gauche.

La tumeur n'est le siége d'aucune douleur spontanée; la pression et la percussion n'y déterminent aucune sensation pénible; elle ne fait guère éprouver au malade qu'un sentiment de gêne, dont nous avons parlé, qui paraît dû à son poids, et qui est surtout remarquable pendant l'état de plénitude de l'estomac.

PRESCRIPTION. Iodure de potassium en solution, 1 gramme chaque jour; sous-carbonate de fer, 1 gramme.

Les 19, 20 et 21, le malade mange d'un bon appétit; pendant le jour, il paraît calme et ne donne aucun signe d'aliénation mentale; mais pendant la nuit il est fort agité, il ne peut dormir et sort à plusieurs reprises de son lit pour aller réveiller ses voisins, sous le prétexte de les entretenir de ses peines. Le 21, dans la journée, il confie à un de ses voisins qu'il a l'intention de se détruire. Le 22 avril, vers dix heures du soir, il profite d'un moment où l'infirmier de veille est occupé auprès d'un malade, sort brusquement de la salle et se précipite du haut du premier étage de l'escalier. On le relève dans l'état le plus grave. L'interne de garde, immédiatement appelé, constate l'existence d'une fracture étendue de la base du crâne, et suppose l'existence d'une contusion et d'une commotion cérébrale très-intenses; résolution, insensibilité presque complètes des membres; respiration stertoreuse, et bientôt râle laryngo-trachéal. Le malade meurt une heure environ après la chute.

AUTOPSIE faite le 24 avril, à huit heures du matin.

CRANE. Plaie contuse, de la grandeur d'une pièce de 5 francs, intéressant toute l'épaisseur du cuir chevelu, située au niveau de la partie postérieure du pariétal droit, et au fond de laquelle on perçoit une fracture avec écartement des os très-manifeste; fracture très-étendue, avec enfoncement léger des fragments, occupant le tiers antérieur de l'occipital et le tiers postérieur du pariétal droit. La cavité de l'arachnoïde et le tissu cellulaire sous-arachnoïdien renferment, au niveau de la fracture, une certaine quantité de sang à demi coagulé, qui ne paraît pas comprimer beaucoup le cerveau. Le cerveau est injecté; il ne présente pas de ramollissement dans les parties voisines de la fracture.

ABDOMEN. Pas de liquide dans le péritoine; foie de volume et de consistance normales; reins tout à fait sains; l'estomac et les intestins, examinés dans toute leur étendue, n'ont rien présenté de remarquable; aucune tuméfaction des ganglions lymphatiques.

La rate a conservé sa forme naturelle, mais elle est extrêmement volumineuse (0,30 centimètres pour le grand axe, 0,19 centimètres et demi de haut en bas; épaisseur dans son centre, 3 et demi à 4 centimètres); elle offre, quand on la coupe, la couleur et à peu près la consistance d'un foie sain; elle contient peu de sang; elle ne présente d'ailleurs, à l'œil nu, aucune modification dans sa texture.

THORAX. Pas de sérosité dans les plèvres; poumons sains; cœur sain, de volume normal.

ÉTAT DU SANG. Le sang contenu dans le ventricule droit a une couleur acajou, ou mieux rouge brique, très-singulière; il est fluide, trouble; il paraît mélangé de petits corpuscules blanchâtres, presque imperceptibles à l'œil nu, et qui lui donnent un aspect louche; il contient en outre de nombreux grumeaux blanchâtres et d'une teinte légèrement violacée, très-semblables à des grumeaux de lait caillé, lesquels s'écoulent avec le sang, et n'adhèrent nullement aux parois ventriculaires. Le sang se montre avec les mêmes caractères dans toute l'étendue de la veine cave, dans la veine porte, dans les veines mésaraïques et spléniques. Mais ce n'est guère que dans la veine cave et dans le ventricule droit qu'on rencontre des grumeaux nombreux et volumineux. Dans les veines du système porte, le sang est seulement louche, trouble et d'une couleur rouge brique. Le sang que contient le cœur gauche est d'une couleur noirâtre assez foncée; il est poisseux, très-incomplétement coagulé, et il contient deux ou trois grumeaux de couleur violette, analogues à ceux qui ont été signalés dans le ventricule droit. Plusieurs veines des membres ont été ouvertes; aucune d'elles n'était oblitérée par des caillots décolorés.

EXAMEN MICROSCOPIQUE DU SANG ET DE LA RATE; par M. ROBIN. — Le sang recueilli dans le cœur gauche, et qui présentait une coloration d'un rouge violet foncé, était celui qui renfermait le moins de globules blancs du sang. Là ces globules blancs étaient moins nombreux que les globules rouges; il n'y avait pas de petits caillots fibrineux; on rencontrait quelques cristaux losangiques, en très-petite quantité.

Le sang pris dans le ventricule droit avait une coloration d'un rouge brique, tirant au blanc plus qu'au violet; il renfermait une quantité de globules blancs plus considérable que ne l'était celle des globules rouges, ou au moins à peu près égale. De ces globules blancs, les uns étaient libres, les autres étaient englobés avec un certain nombre de globules rouges dans de petits caillots fibrineux. Chacun de ces caillots était constitué par une petite masse de fibrine présentant une partie nettement fibrillaire et nettement granuleuse, et une partie composée de couches homogènes simplement striées sans distinction aussi nette des fibrilles isolables.

Voici maintenant quels étaient les caractères des globules blancs; les globules rouges n'ayant rien présenté d'anormal ne méritent pas de description spéciale.

Nous décrirons d'abord, A. les globulins du sang, puis B. les globules blancs proprements dits.

A. *Globulins.* Ils sont peu nombreux relativement; toutefois ils existent en bien plus grande quantité qu'à l'état normal. Ainsi, on en rencontre environ de 10 à 15 dans le champ du microscope, tandis qu'à l'état normal on en rencontre tout au plus 1 ou 2. Ils ont d'ailleurs tous les caractères qu'ils présentent dans le sang normal; leur diamètre est régulièrement de 0,005 à 0,006 de millim.; ils sont très-finement granuleux et toujours dépourvus de noyau.

B. *Globules blancs.* Nous en distinguerons deux variétés : 1° globules blancs ayant conservé tous leurs caractères normaux, c'est-à-dire parfaitement sphériques, très-finement granuleux. Quelques-uns d'entre eux présentent un assez grand nombre de granulations plus noires, à contours nets et à centre plus brillant. On les rencontre quelquefois à l'état normal, avec ces mêmes caractères; mais ils sont alors moins abondants. Tous les globules de cette catégorie conservent un caractère important et qui distingue surtout l'état normal, c'est-à-dire qu'ils manquent de noyau. Leur diamètre varie entre 0,008 et 0,009 de millimètre.

2° Globules blancs différant de ceux qu'on rencontre à l'état normal par la présence d'un noyau.

Les globules de cette catégorie diffèrent des précédents par leur diamètre qui oscille entre 0,009 et 0,014 millim.; plusieurs d'entre eux ont en outre une forme moins regulièrement sphérique, sphéroïdale ou polyédrique. Ce qui les distingue particulièrement, c'est un noyau sphérique ou plus rarement ovoïde, dont le diamètre varie entre 0,004 et 0,005 millim. Ce noyau est pourvu de fines granulations, mais il n'a pas de nucléole proprement dit. Entre le noyau et le contour du globule se trouvent soit de fines granulations moléculaires, analogues à celles qu'on trouve dans les globules blancs normaux, soit des granulations un peu plus foncées, à centre brillant.

Les globules porteurs d'un noyau étaient bien plus abondants que les globules sans noyaux. L'acide acétique donnait aux noyaux une teinte rougeâtre; le même acide mis en contact avec les globules blancs sans noyaux déterminait une coagulation de leur contenu sous forme de deux ou quatre noyaux plus petits que ceux qui ont été décrits ci-dessus (n° 2); ces petits noyaux présentaient d'ailleurs également la coloration rougeâtre d'une manière très-nette et très-tranchée. Voir d'ailleurs, pour l'étude de cette action de l'acide acétique sur les globules blancs du sang comparativement aux globules de pus : Ch. Robin, EXAMEN COMPARATIF DES TACHES DE SANG, DE ROUILLE, ETC.; dans Briand, Chaudé et Gaultier de Claubry, MANUEL DE MÉDECINE LÉGALE, 5e éd. Paris, 1852, P. 786 et la planche p. 794.

La différence la plus frappante qui existe entre les globules que nous venons de décrire et ceux qu'on rencontre dans le sang à l'état normal, c'est l'existence au centre des premiers d'un noyau qui manque dans les globules normaux ou que l'on n'y rencontre qu'après l'action de l'eau. Il faut noter, en outre, comme caractère de l'état morbide, le grand volume des globules blancs et du noyau qu'ils renferment.

On rencontrait dans le sang du ventricule droit, mêlés aux globules blancs, une grande quantité de cristaux losangiques, fort réguliers, légèrement colorés en rouge jaunâtre. Ces mêmes cristaux étaient extrêmement abondants dans le tissu de la rate où ils formaient des amas considérables, bien que visibles seulement au microscope.

Dans le tissu de la *rate*, on trouvait, en outre, une très-grande quantité de cellules d'épithélium parvimenteux à angles arrondis, présentant de 0,012 à 0,015 de millim. de diamètre, et ayant toutes un noyau sphérique, sans nucléole du volume de 0,005 à 0,007 de millim. Ces cellules se distinguaient aisément des globules blancs très-nombreux qui les accompagnaient par leur forme polyédrique, et, en outre, par l'action de l'acide acétique qui les rendait bien moins transparentes et ne communiquait pas au noyau, de coloration rougeâtre.

TABLEAU DES OBSERVATIONS DE LEUCOCYTHÉMIE BIEN CONSTATÉE (CHLE).

1. V. Virchow, FROR. N. NOT., n° 780, 1845; u. R. VER. ZTG, n° 34, 1846; u SHCM. JAHRB., Bd. 57, p. 181.
2. V. Craigie } EDINB. JOURN. oct. 1845, et SCHM. JAHRB., Bd. 50, p. 305.
3. V. Benuet }
4. V. Fuller, THE LANCET, jul. and oct. 1846.
5. V. Wintrich (Virchow), PR. VER. ZT., 3. 1847; SCHM. JAHRB., Bd. 59, p. 182.
6. V. Virchow, REINHARDT'S UND VIRCHOW'S ARCH., Bd. 2, p. 587.
7. V. Vogel, idem, bd. 3.
8-23. V. Bennet (Robertson, Parkes, Fuller, etc.), MONTHLY JOURNAL, jan., apr. 1851.
24-26. V. Virchow, ARCH., V. 1.

3° PARALYSIE DES MUSCLES DU LARYNX CHEZ UN CHEVAL; par M. ARM. GOUBAUX.

M. Goubaux présente à la Société un larynx qu'il a recueilli sur un sujet des dissections. Les lésions qu'on remarque dans cet organe sont celles qu'on trouve assez ordinairement chez les chevaux *corneurs*.

Du côté gauche, on observe une légère déformation de l'ouverture supérieure du larynx, une atrophie et une décoloration des muscles thyro-arythénoïdien, crico-arythénoïdien latéral, crico-arythéno-postérieur et de la moitié latérale gauche de l'arythénoïdien. Ce dernier muscle a été jusqu'à présent considéré comme impair chez le cheval; mais M. Goubaux n'est pas éloigné de croire qu'il est double, attendu que plusieurs fois déjà il a constaté son atrophie et sa décoloration soit du côté gauche, soit du côté droit.

M. Goubaux présentera de nouvelles pièces relativement à la paralysie de ces muscles.

4° SUR DES PRODUCTIONS OSSEUSES ANORMALES TROUVÉES DANS LES ENVELOPPES FOETALES CHEZ LA JUMENT; par le même.

M. Goubaux montre à la Société une sphère osseuse, creuse, et dont la cavité intérieure est traversée par quelques brides osseuses, très-déliées, dirigées en différents sens, que M. Laurent, vétérinaire à Versailles, lui a donnée il y a environ un an. Cette production anormale dont la structure osseuse a été démontrée par l'examen microscopique a été rencontrée dans les enveloppes fœtales d'une jument par un piqueur, et l'on n'a pu avoir aucun renseignement sur sa situation relativement aux différentes membranes.

Ces jours derniers, M. Goubaux a recueilli chez une jument pleine de huit mois environ une pièce qui peut jusqu'à un certain point faire présumer la position qu'occupait la sphère osseuse dont il vient de parler. En effet, il montre des enveloppes fœtales sur lesquelles on voit une poche, du volume du poing d'un homme, située à 10 centim. environ de l'endroit où les vaisseaux s'écartent les uns des autres pour se ramifier dans le placenta. Cette poche se trouvait donc, dans le sac de l'allantoïde, annexée aux différentes parties qui constituent le cordon ombilical. Elle avait des parois propres, contenait une petite quantité de liquide, et présentait dans l'épaisseur de ses parois et à sa face interne des corps durs et résistants qui auraient pu faire croire à l'existence d'un fœtus dans son intérieur. Un examen plus complet a permis de reconnaître que ces corps durs et résistants étaient adhérents aux parois de cette cavité particulière et étaient des productions osseuses.

Aucun fait semblable à ceux qui précèdent n'a été publié, et M. Goubaux se demande quelle peut être l'explication de la production de cette sphère osseuse et de cette poche particulière. Cette dernière ne peut pas être prise pour la vésicule ombilicale qui disparaît de bonne heure chez les animaux solipèdes, et qui, du reste, n'a pas la situation qu'occupe cette poche qu'on remarque sur les enveloppes fœtales que M. Goubaux vient de présenter.

M. Goubaux fait remarquer encore, en terminant, un assez grand nombre d'hippomanes pédiculés semblables à ceux dont il a parlé dans des communications qu'il a faites précédemment.

5° VÉSICULE BILIAIRE DOUBLE CHEZ UNE VACHE; par le même.

Dans une lecture qu'il a faite à la Société le 28 juillet 1852 (OBS. DE VARIÉTÉS ANAT. SUR LES OS, LES MUSCLES, LES CANAUX EXCRÉTEURS DES GLANDES, etc.), M. Goubaux a signalé deux exemples de vésicules biliaires doubles chez le porc. Il présente aujourd'hui un exemple semblable qu'il a recueilli chez une vache qui fut abattue pour la consommation.

6° ANÉVRISME DE L'ARTÈRE PULMONAIRE CHEZ UN CHEVAL; par le même.

M. Goubaux présente un cœur qui provient d'un cheval de gros trait, âgé de 15 ans environ, qui fut abattu ces jours derniers pour les travaux anatomiques. L'artère pulmonaire offre, à quelques centimètres de son origine, une dilatation anévrismale du volume du poing d'un homme. Les parois de cette artère sont amincies et flasques.

Cette lésion est rare chez le cheval, et c'est la première fois que la remarque M. Goubaux, quoiqu'il ait été à même d'observer un très-grand nombre de cadavres. Il est beaucoup plus commun d'observer sur les vieux chevaux qui sont sacrifiés pour les travaux anatomiques des cicatrices dans les parois des oreillettes. Beaucoup plus rarement M. Goubaux en a observé dans les parois des ventricules. Il serait intéressant de savoir si le mode d'utilisation des animaux (au pas, au trot, etc.) n'a pas quelque rapport avec les lésions dont vient de parler M. Goubaux. Ces cicatrices sont évidemment la conséquence de la rupture des fibres musculaires.

M. Goubaux présentera ultérieurement des pièces à l'appui de la dernière communication qu'il vient de faire à la Société.

IV. — CHIMIE APPLIQUÉE.

RECHERCHES SUR LES CORPS ALBUMINOÏDES; par MM. les docteurs CH. LECOMTE et A. DE GOUMOENS.

Jusqu'à ce jour on avait considéré la fibrine, la fibrine musculaire pure, la caséine, l'albumine, la vitelline et la globuline comme des substances isomères, ne renfermant qu'un seul corps identique dans toutes ses parties. Cependant les observations faites par Lehmann et rapportées dans son ouvrage (LEHRBUCH D. PHYSIOL. CHEMIE, t. I, p. 361 et 385), avaient fait penser à ce physiologiste que la fibrine et la caséine pourraient bien être des substances complexes. Non-seulement nos recherches sont venues démontrer l'hypothèse du physiologiste de Leipzig; mais, de plus, elles nous ont permis d'extraire de tous les corps albuminoïdes deux substances parfaitement distinctes.

FIBRINE. — L'examen microscopique nous permit de constater dans la fibrine deux espèces de corps :

1° Des fibres présentant des caractères analogues dans la fibrine des différents animaux; elles sont d'un blanc jaunâtre, parallèles, et leurs bords forment des ondulations plus ou moins marquées;

2° Des granulations très-nombreuses, disséminées à la surface des fibres et emprisonnées entre elles.

Leur volume très-variable, mais toujours conservant un aspect particulier qui ne permet pas de les confondre avec les globules blancs du sang, dont le diamètre est toujours plus considérable. Quant à ces derniers, on ne peut les regarder comme partie constituante de la fibrine, puisqu'il est impossible d'en découvrir quand elle est parfaitement lavée.

RECHERCHES CHIMIQUES. — En traitant la fibrine par l'acide acétique cristallisable, on la voit, de blanche et opaque qu'elle était, prendre l'aspect d'une gelée incolore et transparente. Au microscope, nous avons retrouvé les fibres telles qu'elles se trouvent dans la fibrine. Après un mois de contact avec l'acide acétique, ces fibres ne se sont pas dissoutes, et en les saturant par la potasse, elles reprennent leur premier aspect. Les granulations, au contraire, ont été enlevées par l'acide acétique, car en jetant sur un filtre la masse gonflée, baignée de la liqueur acide, il passe un liquide incolore et limpide; en le neutralisant, il se

dépose une masse blanchâtre floconneuse, qui, examinée au microscope, présente des granulations semblables à celles que nous avons signalées dans la fibrine normale. Mais si ces deux éléments de la fibrine sont bien caractérisés par leur forme, ils ne le sont pas moins par leurs réactions chimiques, qui diffèrent essentiellement.

Fibre musculaire. — La fibre musculaire de la vie animale, comme celle de la vie organique, mise en contact avec de l'acide acétique cristallisable, se gonfle et devient translucide ; la liqueur acide, filtrée et saturée par la potasse, donne des flocons blancs qui se rendent à la partie inférieure du vase, et qui sont composés de granulations analogues à celles de la fibre musculaire normale. Les fibres de la vie animale, gonflées par l'acide, ne nous ont plus laissé voir de stries ; elles ressemblaient beaucoup à celles de la fibrine ; elles agissent sur les réactifs de la même manière que la partie correspondante de la fibrine. Les réactions de la partie floconneuse sont bien différentes de celles des fibres, et correspondent à celles des granulations de la fibrine.

Albumine, caseine, globuline et vitelline. — En traitant ces quatre corps par l'acide acétique cristallisable, on en dissout une partie, tandis que l'autre résiste, même après un mois de contact, bien qu'elle devienne plus ou moins translucide. La partie dissoute et précipitée par la potasse fut comparée à la partie non dissoute par l'acide. Ces deux corps ne nous ont présenté aucunes formes déterminées ; mais leurs réactions chimiques les distinguent d'une manière très-nette.

Réactions. — Comme les substances insolubles dans l'acide acétique, soit qu'elles proviennent de la fibrine, de la fibrine musculaire, de l'albumine, de la caséine, de la globuline ou de la vitelline, présentent toujours les mêmes réactions, et qu'il en est de même pour les différentes substances solubles dans l'acide acétique, quelle que soit leur origine, nous donnons à ces dernières le nom d'*oxuline* (ὄξος, vinaigre ; λύω, je dissous) ; et aux premières celui d'*anoxuline*, pour éviter les périphrases.

Acide acétique. — Outre le mode d'action si différent de cet agent sur ces deux substances, elles se distinguent encore par les réactions qui suivent :

L'acide sulfurique étendu d'eau dissout l'anoxuline, souvent même sans qu'il soit besoin de chauffer le tube, et produit une coloration rougeâtre, tandis que l'oxuline ne se dissout qu'en partie et prend une coloration jaune.

Le mélange d'azotate, de protoxyde et de bioxyde de mercure colore l'anoxuline en rouge carmin ou vermillon, tandis que l'oxuline prend une teinte légèrement rose ou ne se colore pas.

Une solution saturée d'acide tartrique bouillante rend l'oxuline plus apparente, et dissout facilement l'anoxuline sans la colorer.

Le chromate de potasse additionné d'acide sulfurique dissout l'anoxuline à 100°, avec coloration rouge brun, et n'attaque pas l'oxuline.

L'acide chlorhydrique dissout l'anoxuline en grande quantité quand on élève un peu la température ; le liquide limpide prend une belle coloration violette. L'oxuline, au contraire, résiste en grande partie à l'action de cet acide, et le liquide se colore toujours en jaune.

Résumé. — Il résulte de nos recherches que les corps albuminoïdes qui précèdent, bien que présentant quelques différences dans leurs propriétés physiques, sont toujours formés de deux substances distinctes, au point de vue chimique : l'une soluble dans l'acide acétique cristallisable, l'autre insoluble. La première présente, dans la fibre musculaire et dans la fibrine, la forme de granules, la partie insoluble celle de fibres. Dans l'albumine, la caséine, la vitelline et la globuline, il est impossible de distinguer les deux substances à l'aide du microscope ; mais les caractères chimiques permettent d'en démontrer l'existence d'une manière irrécusable. Eu égard à leurs réactions chimiques, les substances insolubles dans l'acide acétique présentent toujours les mêmes caractères, à quelques légères nuances près ; il en est de même de la partie soluble dont les réactions ne sont pas moins tranchées.

V. — Botanique.

Note sur une espèce d'urtication produite par les rameaux de la vanilla planifolia ; par M. Léon Soubeiran.

On cultive déjà depuis plusieurs années, dans les serres du Muséum d'histoire naturelle, une espèce de vanille (*vanilla planifolia*) qui est remarquable par le nombre considérable de fruits qu'elle y a donnés à plusieurs reprises. Lorsque les jardiniers viennent à pratiquer la taille de cette plante, il se développe sur eux une sorte d'éruption assez intense et persistante qui est due au contact du suc de la plante avec la peau.

Cet effet est bien dû à cette cause ; car à plusieurs reprise j'ai appliqué sur mon bras la coupe fraîche d'une tige de vanille, et chaque fois j'ai vu se développer les mêmes phénomènes. Quelques minutes après l'application du suc, on éprouve un sentiment de cuisson qui rappelle complétement celui que l'on éprouve après s'être frotté avec des orties. Peu à peu la peau rougit, et il se fait ensuite sur tous les points qui ont été au contact du suc de petites élevures. Après environ quinze minutes, la cuisson persistant toujours et étant rendue plus forte par la pression, les élevures deviennent blanches et tout à fait analogues à celles que détermine l'ortie ; d'abord isolées, elles se rejoignent bientôt et ne forment plus qu'une seule élevure blanche et assez douloureuse.

Cette ampoule persiste pendant une quinzaine d'heures environ, et disparaît peu à peu, en étant remplacée par une rougeur qui est encore manifeste après vingt quatre à trente heures. Pendant tout le temps que cette rougeur existe, il y a sentiment de cuisson, sentiment qui est rendu beaucoup plus vif par la pression.

Je crois pouvoir attribuer cette éruption, non pas à un principe caustique, comme celui que présentent certaines plantes telles que l'*urtica urens*, le *malpighia urens*, etc., mais à des raphides ou longues aiguilles pointues que présentent les cellules de la *vanilla planifolia*. Ces raphides, qui donnent au suc qui exsude de la coupe d'une tige un aspect trouble, sont disposées en faisceaux dans les utricules, et paraissent être, d'après les observations de M. Ch. Robin, des cristaux d'oxalate de chaux. C'est bien à ces raphides que l'on peut rapporter les effets d'urtication dus à la *vanilla planifolia*, car on peut impunément se frotter avec le suc qui provient des parties de la plante ne présentant pas de raphides. En pénétrant dans la peau, ces aiguilles cristallines y déterminent une inflammation, comme le ferait tout corps étranger, et pourraient faire croire à l'existence d'un suc actif, qu'il serait assez curieux de rencontrer dans une espèce de la famille des orchidées.

BIBLIOGRAPHIE.

OBSERVATIONS ON CHRONIC HYDROCEPHALUS, ACQUIRED, SANGUINEOUS AND CONGENITAL, ETC. (RÉFLEXIONS SUR L'HYDROCÉPHALE CHRONIQUE, SUIVIES DE TROIS OBSERVATIONS DE PONCTION DU CRANE) ; par M. Fr. Battersby. — Édinburgh, 1850.

L'anatomie des tissus, celle des membranes sur lesquelles les découvertes du commencement de ce siècle ont jeté tant d'éclat, sont à l'heure actuelle presque stériles en inductions et en déductions pathologiques, et il arrive aux générations médicales de ces dernières années le contraire de ce qui est arrivé à celles qui sont venues immédiatement après l'époque de synthèse qu'avait inaugurée Bichat. A cette époque, l'anatomie était une sorte de préambule à la pathologie ; on y trouvait au début des études médicales les grandes idées qui devaient plus tard trouver leur place dans la pathologie générale et spéciale. Quand on fera l'histoire médicale de notre époque, on s'arrêtera non sans quelque étonnement à ce singulier déplacement des préoccupations qui a fait des vingt dernières années une époque entièrement exceptionnelle dans l'histoire de la médecine. Je ne veux ici rien apprécier et rien juger ; il serait très-difficile à notre époque de porter un jugement sur ce mouvement des esprits vers l'étude détaillée des faits qui laissent des traces profondes dans les annales professionnelles.

Au sujet de l'histoire de l'hydrocéphale, cette question me revient, car il s'agit bien là au fond d'une question d'anatomie générale qui est aussi une question d'anatomie pathologique. Dire que dans l'hydrocéphale, le liquide n'est pas dans la cavité de la séreuse, mais dans l'aire des ventricules, c'est énoncer un fait pathologique bien connu depuis longtemps. Mais pourquoi, dira-t-on, cette localisation presque constante du liquide dans cet ordre de cavités ? C'est ici que l'anatomie normale et l'anatomie pathologique se prêtent un mutuel appui. Dans l'état pathologique qui n'est qu'une déviation de l'état physiologique, les fluides s'épanchent de ce côté des surfaces séreuses vers lesquels ils sont portés à l'état normal. En général pour toutes les séreuses cette pluie s'opère du côté lisse de la membrane ; pour le cerveau il existe une exception importante à cette loi, exception je dirai presque unique, et sur laquelle il faut s'arrêter pour avoir une idée bien exacte de la nature du liquide hydrencéphalique et des sources dont il provient. A l'état physiologique, on sait qu'il y a plus de fluides séreux entre l'arachnoïde et les circonvolutions du cerveau, c'est-à-dire entre les lames de la pie-mère qu'entre les surfaces séreuses accolées. Ce liquide, qui est surtout abondant dans les mailles lâches de la pie-mère spinale, a été qualifié d'un nom spécial ; on sait quel rôle important on fait jouer en physiologie au liquide *cérébro-spinal*. Les pathologistes ont été les premiers à remarquer les effets de l'augmentation de quantité de cette sérosité, en même temps qu'ils ont noté les changements de sa composition dans des cas de maladie. Il importe de faire remarquer que ce liquide se sépare tout à fait des produits d'exhalation des séreuses par la petite quantité d'albumine qu'il tient en solution, et cela même dans les cas où il est fourni par la surface séreuse des ventricules. La question du fluide exhalé par les séreuses est l'une des plus curieuses de la physiologie et une de celles sur lesquelles on a le moins de solutions positives. Toutes nos connaissances à cet égard se bornent à un reste de la théorie de Bichat qui, toute mutilée qu'elle est, n'en a pas moins cours encore aujourd'hui.

On se demande comment des surfaces en apparence semblables sécrètent des liquides dont la composition chimique varie ? Quel rôle joue dans cette sécrétion le tissu cellulaire sous-séreux ? quel est le mode d'action des parenchymes dans ces hydropisies ? Questions qui ne sont pas encore posées ? et dont la solution mettrait sans doute en lumière quelques points de l'histoire encore si confuse des hydropisies sous le rapport pathologique et thérapeutique.

Il serait difficile de dire quelles limites resteront toujours imposées à l'intervention de l'art chirurgical pour la guérison des épanchements intra-

crâniens séreux ou sanguinolents, acquis ou congénitaux. On peut annoncer dès à présent que ces hydropisies constituent pathologiquement une espèce ou des espèces à part. Les considérations auxquelles nous nous sommes arrêtés indiquent suffisamment qu'il doit en être ainsi, et à ces motifs nous pourrions en ajouter une foule d'autres pour faire voir que le point de vue thérapeutique est aussi spécial que la question pathologique elle-même, et qu'on n'aurait pas raison d'arguer de ce qui se passe dans les poches séreuses *enveloppantes* des autres organes à ce qui a lieu dans les cavités ou poches séreuses *enveloppées* par la substance même du cerveau.

Le docteur Battersby résout cette question dans le même sens que nous; il fait mention dans son travail des cas d'hydrocéphale dans lesquels on a eu recours à la ponction du crâne, et il critique avec juste raison le relevé publié en 1842 dans la GAZETTE MÉDICALE DE LONDRES par le docteur West, auteur de travaux estimés sur les maladies des enfants. Sur 56 observations d'hydrocéphale chronique dans lesquelles on a pratiqué la ponction du crâne, M. West compte 40 morts et 16 guérisons, proportion de 2 sur 7, et il reproduit ces chiffres plus tard dans son TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANTS. Or si on examine une à une toutes ces prétendues guérisons, on voit que les auteurs qui les rapportent, Rossi, Russell, Graafe, Bedor, Marsh et Conquest n'ont point donné des détails assez circonstanciés sur les suites de l'opération et ne se sont point assurés de l'état ultérieur des malades. Le docteur Conquest, par exemple, qui compte dans le relevé de West 10 succès sur 19 opérations, dit lui-même : « que presque tous les » enfants qu'il a opérés appartenaient à la classe pauvre, changeaient sou» vent de logement, qu'il n'a pas pu en retrouver plusieurs et qu'il est très» probable que dans ce nombre il a dû y avoir des morts. » Du reste, parmi les 19 observations de Conquest, il y en a 15 dans lesquelles on ne fait mention ni de l'âge du malade, ni de la durée de la maladie, ni de ses symptômes, ni du volume de la tête, ni de l'état de l'intelligence, et il est impossible de faire entrer ces faits dans une statistique exacte. Ainsi voilà 16 guérisons qui se réduisent tout au plus à 4. Le docteur Battersby y ajoute les 3 cas de Whitney, d'Edward, de Kitsell, dans lesquels la ponction paraît avoir agi d'une manière favorable et dont on trouvera les détails dans l'AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES, oct. 1843, l'EDINBURGH MONTHLY JOURNAL, 1846, et l'AMERICAN JOURNAL, 1850.

Le chiffre des guérisons, si restreint, le serait encore bien plus si on pouvait faire un dénombrement exact de tous les cas dans lesquels l'opération n'ont point d'heureux résultats; les insuccès ne sont point publiés, ou bien on n'en tient pas suffisamment compte; ainsi Monro déclare qu'à Liverpool, après le cas de Vose, plusieurs malades furent opérés et moururent. M. Battersby a cherché à réparer cette lacune, et il ajoute une longue liste d'insuccès à celle que le docteur West a publiée; ce qui donne approximativement 100 décès pour 7 guérisons, proportion de 1 sur 14, en ne tenant compte que des insuccès publiés.

Après ce résumé historique, nous avons à analyser succinctement les observations qui sont propres à l'auteur, et qui, très-détaillées, méritent d'occuper une place importante parmi les faits qui sont de nature à éclairer la question encore si ardue de la ponction dans l'hydrocéphale.

Le premier cas est relatif à un hydrocéphale chronique congénital, sur un enfant âgé de 9 semaines. La tête, dont les dimensions avaient considérablement augmenté quinze jours après la naissance, mesurait 19 pouces anglais en circonférence horizontale et 12 pouces en circonférence verticale, d'une oreille à l'autre. On essaya d'abord la compression autour du crâne pendant un mois et demi, puis on se décida à l'opération, et, dans l'espace de quatre mois, on fit 8 ponctions et on retira du crâne environ 3 litres d'un liquide d'abord sanguinolent, ensuite de plus en plus pâle.

La mort survint deux jours après la dernière ponction, avant laquelle les dimensions de la tête étaient revenues à 23 pouces de circonférence horizontale par 16 de circonférence verticale, malgré l'application d'un bandage compressif après chaque ponction.

Il y avait, dans ce cas, arrêt de développement et vice de conformation du cerveau; on ne trouvait point de traces du corps calleux, de la voûte à trois piliers; les deux hémisphères étaient réunis en une seule masse creusée d'une cavité centrale arrondie par suite de l'absorption ou du développement de certaines parties et de l'aplatissement des corps striés et des couches optiques.

La deuxième observation se rapporte à un cas à peu près analogue au premier.

L'enfant, âgé de 9 mois, présentait des circonférences céphaliques de 24 pouces sur 14 3/4. La ponction amena 270 grammes de liquide séreux incolore. Au moment de la mort, cinq jours après l'opération, la tête mesurait encore 22 pouces sur 14. Le cerveau formait un large sac contenant encore beaucoup de liquide séreux transparent.

Dans le troisième cas, sur un enfant de 6 mois, une ponction pratiquée au lieu d'élection n'amena que 60 grammes de liquide, on trouva à l'autopsie beaucoup de sérosité dans les ventricules, et à la partie antérieure du cerveau plusieurs kystes séreux, dont l'un avait donné issue au liquide extrait par la ponction.

Dans toute histoire rationnelle de l'hydrocéphale, il est clair qu'on devrait ranger dans une catégorie séparée les cas dans lesquels le liquide se trouve dans des kystes situés dans la substance des hémisphères; il peut y avoir en même temps hydropisie ventriculaire, mais quelquefois la grande masse du liquide se trouve contenue dans des kystes isolés. Une disposition curieuse est celle que l'auteur a rencontrée sur un enfant de 7 mois, dont la tête avait 21 pouces sur 12 pouces, chaque hémisphère contenait environ 250 grammes de liquide séreux dans une poche isolée s'étendant du front à l'occiput; le corps calleux et la voûte existaient dans ce cas, mais les couches optiques et les corps striés étaient déplacés et considérablement déformés.

Il ne nous semble pas qu'il y ait de diagnostic différentiel possible entre ces différentes altérations; quant aux résultats de l'opération, ils peuvent varier, et, dans les proportions restreintes que nous avons adoptées, la ponction du crâne peut avoir été suivie de résultats favorables.

Il est tout à fait impossible de dire pourquoi, dans quelques cas, l'issue a été heureuse, tandis que, dans un grand nombre d'autres, l'opération a été infructueuse ou nuisible. Cela dépend-il de l'inflammation consécutive, ou bien n'y a-t-il pas, dans l'hydrocéphale, à tenir un grand compte des altérations du cerveau qui, en somme, dominent toute la question? C'est là le point vers lequel il nous semble que des recherches précises doivent être dirigées; et il faut se rappeler, avant d'entreprendre toute opération, que l'hydrocéphale chronique n'est pas une maladie toujours fatale, et qu'on a plusieurs exemples d'individus qui ont vécu longtemps avec ces altérations, et qui n'ont été emportés que par des maladies intercurrentes. M. Battersby a rappelé lui-même un certain nombre de cas semblables dans le JOURNAL D'ÉDIMBOURG de 1851, et, bien que ces cas soient liés à l'idiotie ou à différentes altérations des facultés intellectuelles, il n'en est pas moins important de savoir à l'avance que la vie peut continuer même avec des altérations considérables de l'encéphale; c'est ce pronostic qu'il faudrait avant tout pouvoir porter, afin de ne se décider à l'opération que dans les cas qui sembleraient voués à une mort certaine, ou dans ceux qui feraient espérer la conservation des facultés motrices, sensitives et intellectuelles.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— Une mort prématurée vient d'enlever à la science M. Pravaz, membre correspondant de l'Académie, qui s'était fait connaître par ses nombreux et intéressants travaux, et qui tout récemment encore a attaché son nom à une nouvelle méthode de traiter les anévrismes.

— De nombreuses mutations viennent de s'opérer dans le service médical des hôpitaux de Paris.

MM. les docteurs Grisolle et Marotte passent, l'un à l'Hôtel-Dieu, l'autre à la Pitié, en remplacement de MM. Martin-Solon et Clément, admis à la retraite sur leur demande.

M. Monneret va occuper à l'hôpital Necker une place de création nouvelle.

M. Henri Roger remplace, à l'hôpital des Enfants, M. Trousseau, nommé professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu.

M. Noël Guéneau de Mussy passe à la Pitié, M. Baron aux Enfants trouvés, M. Tessier à Beaujon, M. Béhier à Saint-Antoine, MM. Legendre et Pidoux à Sainte-Marguerite, M. Becquerel à Lourcine, M. Bouchut à la direction des nourrices.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes en date du 20 juin, M. Thomas, docteur en médecine, est nommé professeur adjoint de pathologie interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims (fonctions vacantes).

— Le professeur de physiologie Bischoff (de Giessen) est appelé à une chaire de la Faculté de Munich.

M. Textor, professeur de clinique chirurgicale à Würzbourg, est admis à la retraite et remplacé par le docteur Ried, professeur à Iéna.

— Le choléra vient de faire son apparition à Moscou, avec une telle intensité qu'il a fallu ouvrir immédiatement huit hôpitaux pour recevoir les nombreux malades qui en étaient atteints.

— On a annoncé que M. le ministre de la guerre avait l'intention de créer un hôpital militaire d'instruction à Alger. Il a été, en effet, question de cette création, et le projet est loin d'être abandonné; mais il a été plus sérieusement question encore de la création d'une école secondaire de médecine et de pharmacie, dont l'utilité, à Alger, est bien plus grande et plus évidente que dans aucune ville de France, et où se trouvent réunis, d'ailleurs, tous les éléments de prospérité pour un semblable établissement.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

DERNIERS TRAVAUX SUR LE CHLOROFORME. — M. ROBERT. — M. JOBERT (DE LAMBALLE). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

On ne se préoccupe pas assez, quand il s'agit de tracer des règles pratiques, de poser d'abord les principes dont ces règles ne sont que l'application. Cette anticipation n'a pas seulement pour inconvénient de faire construire un édifice sans base, mais de livrer au caprice de chacun ce qui devrait être la conséquence d'un point de départ accepté par tous. Les derniers travaux sur l'emploi du chloroforme en font foi. Le rapport de M. Robert à la Société de chirurgie nous a donné l'occasion de nous occuper de la question à ce point de vue dans notre dernier numéro. La discussion dont ce rapport a commencé à être l'objet ne fait que mieux motiver nos remarques. L'absence de tout principe, de toute notion générale laisse chacun sans base et sans guide. Des opinions individuelles, des faits particuliers, des règles arbitraires ou de menus détails, telle est la trame des argumentations produites. On comprend que nous ne nous astreignions pas à justifier ces remarques, à les prouver *ex professo* : nous les livrons à ceux de nos confrères qui seront capables d'en profiter, et laissons les autres dans toute la satisfaction que leur procurent une manière de voir différente, un esprit différent, et surtout une résolution invincible de n'en pas changer. Nous ne nous permettrons, à l'endroit de ces esprits rétifs, qu'une simple remarque : c'est que, s'ils affectent de ne pas vouloir regarder au delà du sillon qu'ils cherchent à tracer péniblement, il leur arrivera souvent de repasser par les mêmes points et de recommencer incessamment la même besogne. Ils tournent, les yeux bandés, autour du but, sans jamais en approcher.

Le travail de M. Jobert, dont nous voulons plus particulièrement nous occuper aujourd'hui, embrasse tous les points de la question. L'historique, la physiologie, la pathologie, et on peut ajouter, la thérapeutique du chloroforme y sont successivement traitées avec soin. Dans l'impossibilité où nous sommes d'aborder toutes ces questions, nous nous bornerons à caractériser l'œuvre d'une manière générale, à discuter les bases principales sur lesquelles elle repose, et nous signalerons les particularités par lesquelles elle se distingue de ce qui avait été fait jusqu'ici sur ce sujet.

Les recherches de M. Jobert, quoique embrassant toute l'étendue du sujet, ne touchent en aucune façon à ses côtés généraux. Il énumère avec soin tous les faits : il les rapproche, il les groupe, mais il ne les résume pas dans leurs éléments générateurs communs. Aux yeux de certaines personnes ceci fait l'éloge de l'auteur ; pour nous c'est l'énoncé d'un fait d'abord, puis la matière d'un reproche. Nous ne voulons pas que M. Jobert, plus qu'aucun autre, fasse autrement que son esprit ne le porte à faire, mais nous sommes obligé à certaines réserves au profit d'une autre manière de voir et de faire. La question n'est pas de savoir si l'œuvre de notre savant collègue est bonne, mais si elle est la meilleure possible. Or nous ne craignons pas de l'affirmer, elle ne répond pas aux besoins les plus impérieux du sujet, et cela précisément parce qu'elle manque de généralités, parce que, sans cesse préoccupé des questions particulières, l'auteur ne voit pas, ne sait pas qu'il ne fait, après beaucoup d'autres, qu'accumuler des matériaux pour un édifice qu'il n'essaye pas même d'indiquer. Ce qu'il importerait le plus cependant en ce moment, ce serait de savoir où l'on en est ; de montrer les vrais liens des notions acquises, afin de mieux dégager ce que l'on sait de ce que l'on ne sait pas encore. Rien de cela dans le travail de M. Jobert. Même alors que le point culminant des choses lui apparaît, il le délaisse pour je ne sais quelle dissection de parties qui lui font méconnaître la véritable signification de l'une et le véritable rapport des autres. Nous allons justifier ces remarques par un exemple concluant.

L'action du chloroforme sur le système nerveux est un fait plutôt induit que directement constaté. M. Jobert en donne lui-même la preuve en disant, qu'appliqué immédiatement sur un nerf dépouillé de son névrilème, le chloroforme ne paraît produire aucune action anesthésique. S'il en était ainsi (ce qu'il ne faut admettre qu'avec certaines réserves), il faudrait se montrer extrêmement circonspect à l'endroit de l'action générale du chloroforme sur l'ensemble et chacune des parties du système nerveux. Cependant M. Jobert ne montre aucun souci à cet égard. Après avoir affirmé cette action générale, il indique comme il suit la succession de ses effets : « sur le cerveau, organe de perception ; sur le cervelet, organe d'équilibre des mouvements ; puis la moelle, puis les racines sensitives, puis les racines motrices, et enfin la protubérance annulaire, centre vital du système nerveux. » Nous avons toujours admiré avec quelle facilité l'école dont M. Jobert est un des brillants disciples dissèque de cette façon une action aussi subtile que celle du chloroforme ; nous serions bien aise de savoir à quels indices, à quels caractères ils peuvent, tous ces adeptes de la physiologie anatomique, scinder et localiser ce qui, de sa nature, est si indivisible et si général ? Pour être conséquents avec leur doctrine, ils devraient pouvoir circonscrire par l'expérimentation chacun des effets qu'ils circonscrivent dans le cerveau, le cervelet, la moelle allongée, les racines nerveuses. Non-seulement cela même serait bien difficile, mais nous affirmons tout simplement que cela même serait impossible. Nous n'en voudrions d'autre preuve que l'inaction du chloroforme appliqué sur un nerf dénudé. Que l'on mette du chloroforme en contact avec le cerveau, le cervelet, et successivement toutes les fractions du système nerveux, et l'on verra à quelle stérilité de résultats on sera conduit. C'est donc par une autre voie que la voie expérimentale et anatomique qu'il faut procéder, et que procèdent en effet les adeptes de l'école localisante, et M. Jobert lui-même. Pour affirmer cette fragmentation d'effets rattachés à une fragmentation de l'appareil organique, ils s'en rapportent uniquement à l'observation physiologique. Mais alors, pourquoi ne pas en saisir les révélations jusqu'où elles se manifestent en étendue, en généralité et en spécialité d'action ? Alors l'action de l'anesthésie ne prend plus le caractère et la dimension du siége dans lequel on l'a circonscrite, mais elle devient aussi générale, aussi étendue, aussi spontanée, aussi rapide, aussi successive que l'observation fonctionnelle la constate ; mais elle n'est ni rétrécie, ni altérée en vue du théâtre organique où on la confine. La conclusion de ceci est donc que l'idée de l'action générale du chloroforme doit s'induire et se conclure d'après l'observation physiologique et nullement d'après les circonscriptions organiques. L'une ne préjuge rien et tient compte de tout ; l'autre préjuge une forme, une délimitation du phénomène, et laisse en dehors comme déchet tout ce qui déborde le patron qu'elle s'est taillé. Les conséquences

---

Feuilleton.

INTRODUCTION A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ; par FRANÇOIS PUCCINOTTI (d'Urbin), professeur d'histoire de la médecine à l'Université de Pise (1).

(Suite et fin. — Voir les numéros 25 et 26.)

§ VI. — LA PHILOSOPHIE DE L'HISTOIRE SE RECONNAÎT ELLE-MÊME COMME LA VÉRITABLE PHILOSOPHIE DE LA SCIENCE.

Les sciences métaphysiques et les sciences naturelles ont un double point de départ : celles-là meuvent du *moi* de l'esprit ; celles-ci meuvent de la *force active* d'une vie universelle répandue dans la nature. Le moi de l'esprit tendant à acquérir la conscience de soi-même, se répand sur le corps auquel il est uni et reconnaît une *dualité*; il se répand sur la nature extérieure qui l'entoure, et il reconnaît sa *triade*. Cette triade primitive, développement et en même temps recomposition de l'unité, après avoir constitué la certitude de l'existence, devient tout de suite apte à se refléter dans la triade suprême créatrice, et à lier ensemble l'Être créateur avec ce qui existe. Dans ce premier développement de l'unité intellectuelle, sont contenus en germe, comme primautés inhérentes à sa nature, l'idée de causalité et le principe de connexion entre cause et effet, d'où doivent provenir ensuite l'ordre et toutes les lois de la raison. La vie de la nature est plus au-dessous de cette première unité intellectuelle : elle se trouve dans le multiple, qui s'étend par voie analytique sur l'immense multitude des phénomènes naturels, les liant en quelques lois découvertes qu'elle élève jusqu'à son extrême synthèse, qui est la triade où elle se trouve en connexion avec le plus infime degré où descendent les sciences métaphysiques.

Il arrive de là que toutes les philosophies spéculatives exercèrent une influence sur les sciences naturelles, et la médecine éprouvant le besoin d'une philosophie, eut plus que les autres à souffrir de l'erreur dans laquelle elle est souvent tombée, de se faire dominer et de se constituer dépendante des métaphysiques qui régnaient ; erreur qui l'a forcée quelquefois à déclarer que la philosophie est le serpent empoisonneur de la médecine. Par la même raison, quand les inventeurs de la vraie philosophie des sciences physiques et naturelles établirent le point de départ et l'avancement de la philosophie expérimentale, les métaphysiciens abandonnèrent leur juste position et arrivèrent avec ceux-ci à confondre ensemble les raisons des deux mondes, l'intellectuel et le physique, et ce fut alors que la métaphysique devint dépendante de la philosophie expérimentale, et les sensualistes, les matérialistes et les sceptiques se présentèrent sur le théâtre de la science humaine avec leur mille paradoxes funestes, et ce fut également alors

(1) Traduite par le docteur Aubin ; revue par S. Pirondi.

pratiques de cette double manière de se rendre compte de l'anesthésie sont aussi opposées que leur point de départ théorique. A la lumière de la localisation anatomique, l'anesthésie affecte une marche régulière, des périodes tranchées qui servent de base aux règles d'application du chloroforme et qui décident du danger à courir. Avec l'observation physiologique pour guide, l'action du chloroforme est ce qu'elle est, tantôt régulière, successive, à périodes déterminées; tantôt, au contraire, elle est immédiatement générale, brusque, sidérante; et les inductions pratiques de cette méthode sont aussi fertiles en conseils sages et en ressources utiles, que les sécurités sont entourées de périls et d'imprévoyances.

Comme M. Robert, mais d'une manière moins arbitraire néanmoins, M. Jobert assigne au cœur le premier rôle dans la production des accidents anesthésiques. En tant que muscle de la vie organique, le cœur participe à la paralysie de tout le système. Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit, dans notre dernier numéro, de cette prépondérance attribuée au cœur; mais nous y ajouterons cette simple remarque : que plusieurs malades foudroyés par l'action du chloroforme ont, en expirant, parfaitement prouvé que l'action du cerveau et celle du système musculaire organique persistaient les dernières, en disant : *Je me meurs, j'étouffe*, etc. C'est qu'en effet la sidération de la vie est une action générale, profonde, subtile, qu'il est aussi arbitraire de morceler, qu'il est impossible de localiser. M. Jobert ne s'est en aucune façon préoccupé de cette difficulté, et il s'est borné à répéter ce que d'autres avaient dit avant lui, que le chloroforme tue en paralysant le cœur par l'intermédiaire de la circulation. Bien que nous n'eussions aucun doute à cet égard, nous avons voulu que l'expérience ne laissât aucun prétexte à cette prétendue action du chloroforme sur le cœur. A cet effet nous avons, à plusieurs reprises, excisé le cœur d'une grenouille. On sait que, d'ordinaire, le cœur chez ces animaux continue à se contracter après qu'il a été détaché des vaisseaux. Or nous avons mis dans du chloroforme ces cœurs ainsi mutilés : ils ont continué à se contracter aussi longtemps que si on les avait exposés simplement à l'air. Il y a plus, il nous a paru une fois que les contractions persistaient plus longtemps dans le cœur plongé dans le chloroforme, que dans le cœur simplement détaché des vaisseaux et placé sur une assiette en porcelaine. Nous pensons que cette expérience suffit pour déshériter à tout jamais le chloroforme de son action privilégiée sur le cœur, et de la mort anesthésique par la cessation des contractions de cet organe.

Ces réserves une fois faites, nous sommes heureux d'applaudir à une foule de remarques ingénieuses dont M. Jobert a enrichi son mémoire. Nous signalerons la suivante.

L'anatomie démontre qu'il existe chez certains individus des communications plus larges et plus immédiates entre les bronches et les vaisseaux pulmonaires. M. Jobert attribue à ces communications exceptionnelles certains dangers exceptionnels de la chloroformisation; par cette voie élargie le chloroforme pénétrerait plus directement dans le sang, et réaliserait l'empoisonnement immédiat, la sidération produite par l'injection du chloroforme dans les veines.

M. Jobert, comme M. Robert, s'est efforcé de tracer les principes à suivre pour éviter les accidents de la chloroformisation. Ainsi que nous le disions plus haut, il s'est surtout préoccupé de la succession d'action du chloroforme sur les différentes parties du système nerveux, et en dernier lieu sur le cœur. Pour nos savants confrères, l'état du pouls, les battements du cœur, doivent être le critérium du danger. M. Jobert ne tient pas même compte, au degré où M. Robert l'a pris en considération, de la sidération possible du système nerveux. Si nous ne craignions, à notre tour, de diminuer l'autorité d'une bonne cause, nous dirions que jusqu'ici l'observation est encore à établir que le chloroforme ait tué en vertu de son action successive, non arrêtée à temps, et que tous les cas de mort sont dus au contraire à son action brusque, instantanée, sidérante. S'il en était ainsi, le problème à étudier et les dangers à conjurer ne seraient ni dans l'étendue de l'action régulière, méthodique, progressive du chloroforme, ni dans l'indication précise de la période régulière à laquelle on doit s'arrêter, mais dans la recherche du mécanisme de la sidération chloroformique, des conditions qui la favorisent et des remèdes qui peuvent la faire cesser. Jusqu'ici nos savants confrères n'ont pas en l'air de s'en douter; nous verrons si la Société de chirurgie sera mieux avisée, et si seulement cet appel à ses lumières et à ses réflexions portera quelque fruit.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

MÉMOIRE SUR LE SÉJOUR DES AMPHIBIES DANS LE CORPS DE L'HOMME; par M. BERTHOLD.

Les ouvrages de médecine et d'histoire naturelle contiennent un assez grand nombre d'observations où il s'agit d'amphibies et particulièrement de lézards, de serpents, de grenouilles, de crapauds, de salamandres et de tritons, qui, introduits dans le corps de l'homme, y ont déterminé les accidents les plus variés et les plus douloureux, et cela souvent pendant plusieurs années de suite. Le nombre des faits de ce genre peut être évalué à environ deux cents, dont un tiers concerne des serpents, un cinquième des grenouilles, un sixième des crapauds, un douzième des lézards et un vingtième des salamandres; dans un cas seulement, il est question d'une cécilie, qui a été rendue. Schenk von Graefenberg, Kerger, Jocohœus, Paulini, parmi les anciens auteurs; Voigtel (ANAT. PATHOL., 1804), Plouquet (LITTÉR. MÉD. DIGEST., 1808) et Poncbelt (PRATCOS MED. UNIV. PRÆCEPTA, 1841), parmi les écrivains de nos jours, rapportent la plupart de ces cas.

Les faits semblables, où il s'agit d'amphibies ayant séjourné dans le corps des animaux, sont, au contraire, très-rares, bien que Pline, dans son HISTOIRE NATURELLE, raconte déjà qu'il existe une espèce de grenouilles muettes vivant le plus souvent à terre, qui est parfois avalée par le bétail avec les herbages, et qui détermine le gonflement des animaux. Il redoutait les mêmes effets des chalcides, ainsi avalées. Dans les MÉLANGES DES CURIEUX DE LA NATURE (d. 3, ann. 3, obs. 128), il est question d'un cheval dans le corps duquel on aurait trouvé des lézards, et Nierenberg (HIST. NAT. MAXIME PEREGRINÆ, 1635) fait mention d'un animal, dans les Indes, qui ne rend que des serpents au lieu d'excréments.

Un fait bien connu, c'est que les oiseaux aquatiques et les oiseaux des marais avalent souvent tout entiers des amphibies vivants, et qu'on retrouve ces derniers encore assez frais ou à peine digérés dans l'œsophage des oi-

que, ce mélange monstrueux des deux philosophies accompli, la médecine méconnut la sienne propre, et se laissa dominer, elle aussi, par le sensualisme, comme cela est arrivé de nos jours. L'assemblage matériel des organes et la succession accidentelle des phénomènes furent substitués au principe fondamental de l'activité de la vie, au principe de causalité et de connexion entre causes et effets, jusqu'à ce que la philosophie spéculative s'étant de nouveau remise à son poste, l'expérimentale s'est aussi hâtée de se débarrasser du fatal mélange, et bien qu'elle se trouvât déjà au milieu des atomes et des procédés, et des métamorphoses substituées à l'idée archétype d'une force active, elle a repris celle-ci comme son point de départ, considérant que l'atome n'est rien s'il n'est pas conçu comme un centre de force, et que les procédés et les métamorphoses ne sont que des groupes de forces coopérant vers une fin.

Dans les temps anciens, reculés, antiques, la philosophie expérimentale, appliquée à la médecine par Hippocrate, fut indépendante des philosophies spéculatives, et fut en même temps connexe avec celles-ci dans le nombre pythagorique. Restaurée par Galilée et par Bacon, elle se conserva également indépendante et maintint sa connexion, grâce à l'idée de la force vive des corps. Après les dégâts que lui causèrent les sensualistes et les sceptiques, de nouveau restaurée et agrandie de nos jours par Faraday dans la physique, Liebig dans la chimie, Humboldt dans l'histoire de la contemplation physique du monde, elle reprend son point de départ des forces mécaniques, physiques, chimiques et vitales, et dans celles-ci elle trouve nouvellement ses connexions avec le point extrême où descendent les philosophies spéculatives d'un côté, et de l'autre avec la vie entière de la nature.

La limite de la philosophie spéculative, c'est-à-dire la force qui n'est plus âme raisonnable, est le point de départ de la philosophie expérimentale propre de la médecine. Mais bien que la philosophie renferme en soi la méthode, cependant elle n'est pas la méthode; celle-ci marche de l'expérience à l'induction, et l'induction fournit les généralités d'où commence et au milieu desquelles se trouve la philosophie de toute science de la nature.

Ces deux philosophies, non plus réunies en une seule, mais distinctes, tandis qu'elles se fortifient réciproquement, la métaphysique par les réalités expérimentales, et la physique par les lois rationnelles, se présentent également et réciproquement, la première du matérialisme, la seconde de l'idéalisme.

§ VII. — LA PHILOSOPHIE DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE JUSTIFIE LA SCIENCE DEVANT LA SOCIÉTÉ.

Entre nous médecins et le monde il faut s'entendre : que peut-on attendre de nous? que nous proposons-nous de faire et que pouvons-nous faire? Et ce *que nous pouvons faire* se déduit en partie du passé, en partie du présent. Arrivés à ce point, nous avons à résoudre le problème, si, avec les moyens qui restent, nous pourrons à l'avenir faire quelque chose de plus, ou si nous nous sommes définitivement arrêtés, nous aussi, à un principe limitatif qui, tout en laissant libre le progrès aux moyens collatéraux, n'en reste pas moins fixe, invariable, et autour duquel se produit le mouvement de la science, et si ce principe fixe ressemble en quelque façon à ceux qui limitent également les sciences morales et civiles. Circonscription de nature et de raison; car véritablement

seaux. D'autre part, il n'est pas rare de voir dans le tube digestif des serpents, d'autres serpents qu'ils avaient avalés, des nrvets, des crapauds et autres animaux semblables, etc. Mais tous ces animaux avalés sont peu à peu digérés. Geoffroy (MATERIA MEDICA, 1764) fit avaler à dessein à une jeune pintade une salamandre et n'en retrouva plus de traces plus tard. Par contre, Sauvages, dans son MÉMOIRE SUR LA NATURE DES ANIMAUX VENIMEUX (Rouen, 1754), mémoire qui a été couronné, rapporte qu'il fit avaler à un coq un *seps briatus* vivant, et que celui-ci ressortit bientôt par l'anus; le coq dut avaler une seconde fois le seps, qui pour la seconde fois reparut peu après de la même manière. Mais avant de l'avaler pour la troisième fois, le coq le perça à coups de bec et le seps ne reparut plus. Sauvages pense qu'on pourrait peut-être, dans des cas de constipation opiniâtre, faire parcourir à des animaux semblables le canal intestinal; car, selon lui, leur vertu serait plus énergique et plus sûre que les effets du plomb et du mercure coulant employés dans le même but.

Un grand nombre des faits où les amphibies avalés auraient séjourné pendant un certain temps dans le corps de l'homme, puis auraient été rendus par les vomissements ou par les selles, ou bien auraient été rencontrés dans l'intérieur des organes à l'autopsie, un grand nombre de ces faits sont rapportés par les naturalistes et par les médecins d'après des ouï-dire. Cependant d'autres cas de ce genre portent un caractère d'exactitude et d'observation précise de la part de ceux qui nous les ont conservés. D'autres fois ces faits ont donné lieu à des recherches officielles, à une instruction judiciaire; les individus mis en cause ont été recherchés, des témoins entendus, des rapports, des procès-verbaux dressés, et il faut l'avouer, avec cette conclusion, que la plupart du temps on ne saurait soupçonner aucune fourberie. Mais il est arrivé bien souvent que des faits, qui portaient les caractères de la vérité la plus absolue, ont été reconnus plus tard comme des erreurs, des impostures ou comme des fourberies.

Si l'on suit l'histoire de ce sujet jusque dans les siècles les plus reculés, on trouve cette circonstance extrêmement remarquable que les Grecs, les Romains et les Arabes, ainsi que les Latino-Barbari, en font à peine mention, et nous ont à peine laissé quelques observations de ce genre; par contre ces histoires sont d'autant plus nombreuses dans les trois derniers siècles; de nos jours elles sont redevenues plus rares.

Hippocrate raconte le cas le plus ancien de ce genre: « Un jeune homme, après avoir bu du vin en abondance, s'étant endormi sous une tente, couché sur le dos, un serpent, nommé Argns, se glissa dans sa bouche; le malheureux s'en étant aperçu, mais ne pouvant pas parler, grinça des dents et avala l'animal. Ce jeune homme succomba en proie aux plus affreuses convulsions et aux douleurs les plus atroces, après avoir eu dix accès de suffocation. » (DE MORBIS NATURALIBUS, lib. 4).

Pline rapporte quelque chose de semblable; Aetius et Dioscorides mentionnent même les accidents qui surviennent lorsqu'on a avalé des salamandres, des crapauds ou des grenouilles, sans toutefois avancer que des animaux semblables puissent continuer à vivre quelque temps dans l'intérieur du corps. Quand Avicenne (CANUN MED.) prétend que les vers et les serpents produisent l'épilepsie; quand Averroès (COLLIGET.) suppose que des animaux venimeux peuvent naître dans l'homme des humeurs mauvaises, tout aussi bien que la rage se produit par là chez le chien et le loup, cette manière de voir suppose déjà un séjour de quelque durée dans le corps de l'homme. Mais le premier auteur, qui, depuis Hippocrate, parle ainsi d'un séjour plus ou moins long, est le moine Cæsarius de Heisterbach, qui vivait au commencement du treizième siècle; il décrit deux cas pour le moins à moitié fabuleux, où l'on voit un serpent faire un séjour prolongé dans le corps humain. Pline et d'autres écrivains des troisième, quatrième siècles et même plus tard encore renferment des observations de serpents, de crapauds, de lézards, de dragons (évidemment des moles ou des monstres), venus au monde avec des enfants, ou sans être accompagnés de créatures humaines; cependant jamais il n'est dit que des animaux de ce genre étaient arrivés antérieurement dans l'estomac par la bouche. Pierre d'Abano, qui vivait au quinzième siècle, dit positivement que des grenouilles, des serpents et des escargots parviennent quelquefois jusque dans l'estomac, et continuent non-seulement à y vivre, mais encore à y croître. Au seizième siècle la crainte d'avaler des amphibies et surtout des serpents était déjà devenue générale. C'est ainsi qu'Erasme (COLLOQUIA) raconte que des serpents se glissent parfois dans la bouche entr'ouverte des personnes endormies, arrivent jusque dans l'estomac, et que les accidents terribles déterminés par leur présence ne peuvent être calmés que par du lait et d'autres mets agréables à l'animal; un usage abondant d'ail serait, selon lui, le meilleur remède contre un mal aussi grand. A partir de cette époque la littérature médicale est inondée d'observations où des amphibies sont rendues par les vomissements.

A quoi doit-on rapporter cette fréquence d'exemples semblables, sinon au défaut d'observations exactes, à cette propension de l'esprit humain pour le merveilleux, à la superstition, et surtout à cette inexplicable manière de n'envisager les choses que dans un seul sens, auquel on rapportait tous les faits qu'on croyait avoir observés. Les amphibies appartenaient à ces animaux que de mauvais génies avaient envoyés sur la terre; dans les étables, dans les maisons ensorcelées, on trouvait souvent des crapauds, qui figuraient ensuite, comme *corpora delicti*. Ces animaux à leur tour jetaient eux-mêmes des sorts, et l'abbé Rousseau raconte (de Saint-André, DE LA MAGIE, 1727) qu'il avait enfermé un crapaud dans un bocal pour l'y laisser mourir; après avoir fait tous les efforts imaginables afin de recouvrer sa liberté, l'animal se gonfla énormément, les jambes écartées, soufflant autour de lui d'une manière impétueuse, regardant et fixant l'abbé avec des yeux hagards, qui tout à coup semblèrent devenir tout rouges et flamboyants; le pauvre abbé, à ce spectacle, fut pris d'une faiblesse telle qu'il perdit connaissance et on l'emporta comme mort. Le gendre de Mélanchton, le savant Gaspard Peucerus (COMMENT. DE PRÆCIP. GENERIBUS DIVINAT., 1580), prétend avoir vu de ses propres yeux comment, chez une femme possédée du démon, le diable, sous la forme d'une souris, courait sous la peau, puis comment quelques instants après il s'était retiré dans le ventre pour reparaître ensuite sur la poitrine et sur le front. Les contractions convulsives dans les muscles des malheureux auxquels on appliquait le supplice de la question étaient généralement prises pour des signes infaillibles de la présence de l'esprit malin, qui parcourait le corps du patient sous forme d'une souris. (G. Delharding, DE OBSESSIONE EARUMQUE SPURIA, 1681.) Les médecins, dans leur passion d'avoir observé des faits extraordinaires, d'avoir à raconter quelque chose de merveilleux, employaient souvent tous les artifices de la dialectique scolastique à faire adopter leurs opinions les plus préconçues.

Il est aussi quelques faits qui doivent leur origine à cette circonstance, que des personnes ont été prises de vomissements, ou bien ont déposé leurs excréments dans des endroits où il y avait par hasard, à proximité des serpents, des grenouilles, des crapauds, etc.

---

la civilisation est la condition sans laquelle il n'y a pas de *liberté raisonnable*, et la civilisation est constituée par les limites imposées aux passions par les lois. Le principe au moyen duquel aujourd'hui les philosophies de l'histoire civile établissent la liberté raisonnable, par laquelle seulement elles peuvent se justifier elles-mêmes, est un principe limitatif. Les sciences expérimentales, qui avancent confiantes dans toute leur liberté, trouvent à chaque pas *des terres inconnues*, des forces de nature qui ne sont pas encore vaincues, et si tous les savants les plus éminents se trouvaient ici, ils diraient: Oh! combien notre vue est encore faible pour lire dans l'immense volume de la création! Or le pouvoir de vaincre ces forces consiste précisément à les comprendre et à les adapter à un usage bienfaisant. Mais le résultat de la perception de quelques-unes de ces forces est de les respecter, et voilà une loi limitative des pouvoirs de la raison et de l'art; voilà la nécessité de leur coopération et de leur réconciliation pour obtenir ses fins, et cette perception forme précisément la *liberté raisonnable* de la science, sans laquelle elle ne pourrait se justifier ni devant la société ni devant elle-même.

C'est par l'histoire que les vrais savants apprennent exactement de quels côtés et dans quels abîmes se précipite le quadrige des sciences physiques, s'il n'est retenu par aucun frein. Effacez de la science le principe des forces, comme fit Condillac; écartez entièrement l'idée des causes finales, miroir de la Providence; enlevez à la raison l'idée de causalité et des alliances nécessaires entre causes et effets, et substituez, comme fit David Hume, à cette prérogative éminente de la raison humaine l'unique jugement accordé à l'âme des bêtes, c'est-à-dire le raisonnement appuyé à la simple succession des phénomènes; placez la matière avant la vie et faites celle-ci le produit ou l'excrément de celle-là; poussez les métamorphoses de la chimie organique jusqu'à la possibilité de vous donner une vie, et vous aurez non-seulement corrompu et détruit la vraie science de la nature et de l'homme, mais vous aurez brisé en impie tous les liens qui l'unissent à la morale et à la civilisation. Le célèbre restaurateur de la chimie organique, Liebig, prévoyant que sa doctrine des métamorphoses, livrée aux mains des insensés, qui naturellement inclinent moins à la liberté raisonnable qu'à la licence, les aurait conduits hors du droit chemin, voulut aussi leur donner un guide et poser à leurs faciles erreurs cette limite devant laquelle lui-même aurait dû s'arrêter. Il ne sera pas inutile de citer ici ses propres paroles.

Dans la CHIMIE APPLIQUÉE A LA PHYSIOLOGIE ET A LA PATHOLOGIE, il dit à la page 235: « On se sent pénétré d'admiration en considérant cette sagesse infinie avec laquelle le Créateur a distribué dans les animaux et dans les plantes les moyens nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions, à la manifestation de leurs activités vitales! Le végétal conserve sa vitalité dans toute son énergie, sans renfermer aucun conducteur de force. Cette vitalité rend la feuille apte à vaincre les attractions chimiques les plus fortes, à décomposer l'acide carbonique, à s'approprier les principes nécessaires à sa nutrition..... Cette même force vitale qui se manifeste dans les plantes par un accroissement de masse presque illimité, se transforme, dans l'organisme des animaux, en une force motrice..... »

» Nous ignorons la forme sous laquelle la force vitale détermine les effets mécaniques dans l'économie animale, et certes nous ne pourrons jamais l'appro-

On ne doit pas non plus oublier que les anciens auteurs, qui rapportent toutes ces merveilles, confondent souvent d'autres animaux, et notamment les entozoaires, avec les serpents; ainsi Stephanus et les autres écrivains, qui prétendent avoir trouvé des serpents dans les reins des vieux chiens et des loups, se sont laissé abuser par le *strongle géant*. C'est à une erreur analogue qu'il faut attribuer cette histoire, rapportée par les contemporains, que dans l'été de l'année 1549 près de trois mille personnes succombèrent sur la Theiss, au milieu des souffrances les plus atroces, et en rendant des serpents par les vomissements et par les selles.

Quelquefois cette idée a été suggérée aux personnes elles-mêmes; ainsi j'ai trouvé plusieurs observations où, dans des cas d'affections chroniques du bas-ventre avec douleurs et contractions spasmodiques dans ces parties, les médecins avaient assailli leurs malades de cette question, à savoir, s'ils ne se rappelaient pas avoir bu de l'eau impure avec laquelle ils auraient peut-être avalé du frai de grenouille. Certains malades se rappelaient des circonstances semblables, et peu après il survenait un vomissement simulé de grenouilles. Mais souvent aussi on a confondu, par un examen superficiel, des évacuations alvines glaireuses, du sang coagulé, du lait caillebotté vomi, on en a fait des animaux vivants ou morts. C'est dans cette catégorie que se rangent les observations d'Alsharavius, d'Avicennes, d'Averroes et de tant d'autres, telles que celles-ci, par exemple, les personnes mordues par des chiens enragés rendent avec les urines des petits chiens. C'est ainsi que le célèbre Meibom (1620) rapporte qu'un tailleur du Hanovre, qui avait bu du lait, rendit, en vomissant, deux petits chiens blancs aveugles. C'est ainsi que s'expliquent les nombreuses histoires de taupes, de souris, etc., expulsées par les selles ou par les vomissements. A cette classe appartiennent aussi les cas où l'on trouva des oiseaux figurés ou empreints sur les organes dans l'intérieur du corps; Meibom, par exemple, a figuré un coq, dont il prétend avoir rencontré l'image sur la face interne de la table crânienne, chez un homme; le célèbre Thomas Bartholin parle d'une vieille pie et de deux jeunes pies sur le foie d'un bœuf. On peut encore rattacher à ces faits les cas où on voulait avoir vu des poissons vivants, tels que des anguilles, des vérons, etc., être rendus du corps de l'homme. Toutefois Miridet (1612), pour réfuter de semblables exagérations, raconte déjà qu'il a vu un paysan qui avalait des poissons vivants entiers sans ressentir le moindre mouvement dans son estomac.

Depuis plus d'un siècle et demi, toutes ces histoires d'animaux à sang chaud et de poissons vivants dans le corps de l'homme sont rangées parmi les fables; mais il n'en est pas de même quant au séjour prolongé des amphibies dans l'intérieur de nos organes, et de nos jours encore cette croyance trouve de nombreux partisans.

Bernstein (1834) relate un cas où une femme, après onze années de souffrances, rendit par l'anus un lézard (*lacerta agilis*). Wieber (1839) rapporte une longue histoire, où des grenouilles seraient sorties par les selles et par les vomissements. Wolf (1843) nous dit qu'un garçon de 16 ans rendit en vomissant une grenouille vivante, laquelle se trouvait dans l'estomac depuis plus de quatre mois et causait des nausées, des vomissements. Ce jeune homme sentait quelque chose de vivant qui remuait dans son estomac; enfin il fut pris de vomissements de sang. Dans la Gazette Médicale de Paris (1838), on trouve le fait suivant du docteur Luroth: « Une femme âgée de 28 ans, atteinte depuis plusieurs années de chlorose, de douleurs d'estomac, de battements de cœur, d'une névralgie sous-orbitaire, d'helminthiasis, fut prise, au mois d'octobre 1837, de faiblesses, de violentes coliques et de ténesme; à la suite de ces accidents, elle rendit un animal qu'elle regarda comme une salamandre. La santé revint après cela. Cette femme prétendait avoir avalé, dans l'année 1834, un corps dur en buvant de l'eau. »

Pour ce qui concerne l'origine de semblables amphibies dans le corps de l'homme, trois opinions principales ont eu cours:

1° Il y avait là-dessous de la sorcellerie; c'était une œuvre du diable. Mais on discutait si ces animaux se produisaient ainsi dans le corps de l'homme, ou bien si l'esprit malin donnait à l'instant même, et en fascinant les yeux des assistants, la forme d'animaux réels aux matières rendues; on se demandait encore si pendant que le malade vomissait, le démon ne lui jetait pas de semblables animaux dans la bouche. Ces idées de transformation pendant les vomissements se trouvent déjà dans Vicentin Belnacensis (*speculum naturale*) au treizième siècle; elles se sont propagées jusqu'au dix-huitième siècle et n'ont disparu qu'avec la croyance à la magie. Cette opinion fut défendue même encore par Merklin (Trait. phys. méd. de incantamentis, 1715) et vivement combattue par Frédéric Hoffmann (Dissert. de vi diaboli in corpora, 1703), qui dit qu'il ne faut pas de suite crier à la magie, lorsque des crapauds, des lézards, des grenouilles, etc., sont rendus par les selles ou par les vomissements.

2° On attribuait l'origine de ces animaux à une génération équivoque. Malgré l'opinion de Gessner, que des vers et des insectes, mais non pas des grenouilles, des serpents, etc., pouvaient se produire de cette manière, et qu'il était fort possible que du frai de grenouilles, avalé, se transformât en crapauds, par suite du séjour, d'ailleurs peu approprié à leur nature dans le tube digestif; les observateurs ultérieurs, même jusque dans ces derniers temps, se sont cependant épuisés en explications pour justifier cette manière de voir.

3° On supposait que des animaux de ce genre ou leurs œufs avaient été avalés; ils continuaient à vivre dans l'estomac et dans les intestins, s'y développaient, s'y accroissaient, s'y reproduisaient. Cette idée s'est conservée depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

Tandis que, dans la plupart des cas où il s'agit de serpents et de lézards rendus par les vomissements, on raconte que ces animaux se sont toujours introduits eux-mêmes dans la bouche; au contraire, dans les histoires de salamandres, de crapauds, de grenouilles, etc., on remarque toujours que les malades, en buvant, surtout de l'eau trouble, ont senti, en avalant, le passage d'un corps dur, ou tout au moins d'un corps étranger.

On ne saurait mettre en doute que des amphibies puissent arriver dans l'estomac après avoir été avalés, soit volontairement, soit par accident; dans des cas de ce genre, ces animaux seront rendus par les vomissements, peu de temps après leur injection, encore vivants, ou plus tard seulement, mais morts. S'il ne survient pas de vomissements, on verra alors reparaître, après plus ou moins de temps, dans les matières rendues par les selles, des amphibies morts ou en putréfaction, ou seulement des portions d'amphibies, telles que des têtes, des pattes, des os, des fragments d'épiderme, etc.; Serrières (1807), Mandl (1833) ont rapporté des faits de ce genre.

D'un autre côté, on trouve aussi rapportés des faits où des hommes ont avalé des amphibies vivants, sans en être particulièrement incommodés. Ledel (1678) assure qu'on fit avaler à un individu très-glouton, une grenouille vivante, sans qu'il s'en aperçût. Lorsqu'on lui eut raconté la chose, cet individu accusa des nausées, des douleurs dans l'estomac. Il se figura qu'on voulait le faire mourir; on l'enivra avec du vin d'Espagne, et quand

---

» fondir par des expériences, pas plus que la connexion qui existe entre les actions chimiques et les phénomènes du mouvement produit par la pile galvanique. Toutes les explications qu'on a essayé d'en donner sont de simples images, des descriptions plus ou moins exactes, des comparaisons entre ces phénomènes et d'autres déjà connus; nous sommes obligés de nous arrêter devant eux, comme un ignare qui verrait un piston se mouvoir dans un cylindre métallique et n'en connaîtrait pas les communications avec les rouages tournant à côté dans tous les sens. Savons-nous, en effet, comment ce quelque chose d'invisible et d'impondérable, que nous appelons chaleur, peut donner à certaines matières la propriété d'exercer sur leurs alentours des pressions si énormes; savons-nous même seulement comment ce quelque chose se produit quand nous brûlons du bois ou du charbon?

» La même chose doit se dire de la force vitale et des phénomènes offerts par les corps vivants; la cause de ces phénomènes, ce n'est pas la force chimique, ce n'est ni l'électricité ni le magnétisme, mais une force qui possède les propriétés de toutes les causes motrices, car elle détermine dans la matière des changements de forme et de composition; c'est une force d'une espèce particulière, car elle présente en outre des caractères étrangers à toutes les autres forces. »

Donc la compréhension d'un archétype qui soit en même temps fait et principe et qui soit première règle de l'art, tandis qu'il est une loi de nature, se traduit dans l'idée de la force active de la vie, laquelle force est le pivot de la méthode inductive ou mathématique sur laquelle se fonde la philosophie de la science. Les élèves de Galilée et Jean-Baptiste Vico établissaient les mathématiques comme pont de passage entre les sciences physiques et les métaphysiques; alors on croyait nécessaire de s'élever à celles-ci pour y puiser les renseignements de la raison, et avec eux tenter les expériences. Galilée médita pendant de longues années sur la force du choc qu'il croyait infinie, et sur la force vive des corps, et ces méditations, unies à celles de Cavalieri, aplanirent la voie au calcul intégral et différentiel de Lagrange. Newton, en méditant et en appliquant le calcul aux forces de l'univers, en trouva les lois, et aujourd'hui les impondérables ne s'entendent et ne se calculent que comme des forces, et les dernières combinaisons chimiques cachées et secrètes ne sont que les expressions de tout autant de forces. Seulement avec le système de gradation des forces créées, harmoniquement unies entre elles sans se confondre, nous pouvons étudier et contempler l'harmonie de la nature et nous élever par elle de degré en degré jusqu'à la force première créatrice. Harmonie n'est pas *identité*, et la différence qu'il y a entre l'une et l'autre, et que tous ne connaissent pas, a conduit quelques esprits ignorants du danger à identifier les forces, ou soit la matière, avec Dieu, et voilà le panthéiste, et voici son blasphème: *il n'y a qu'une seule force, et cette force est Dieu*, et la monstrueuse identité entre force, matière et Dieu se trouve ainsi établie.

La matière ne peut donner que matière: raffinez-la autant qu'il vous plaira, réduisez à la plus imperceptible molécule ou cellule élémentaire, elle ne sera jamais autre chose que matière; les forces qui la combinent, qui la forment et la transforment sont en dehors d'elle, unies à elle, mais non pas confondues avec elle; elle n'est que l'instrument passif de la manifestation de leur immense activité, ou soit de la vie des êtres, de la vie physique du monde.

il se réveilla du sommeil où l'avaient plongé les vapeurs du vin, après une forte purgation administrée, il se trouva parfaitement à son aise.

Jacobœns (1678) parle d'un homme qui avait avalé à dessein un gros crapaud vivant; quatre heures après, il se plaignit de douleurs à l'estomac, mais n'éprouva aucune autre incommodité.

Les nombreux faits, que des amphibies provenant d'œufs de ce genre, avalés, se soient produits dans l'intérieur du corps, ou bien que ces animaux ont continué pendant un certain temps à y vivre, ces faits sont complétement contraires à la nature des amphibies; et cependant ces histoires forment environ les trois quarts des observations sur ce sujet. L'anatomie comparée aurait pu éclaircir la question, et faire reconnaître si ces animaux s'étaient arrêtés ou non pendant quelque temps dans le corps humain. Tous les amphibies, dans l'estomac ou dans le canal intestinal desquels on a rencontré des restes d'insectes ou de plantes, dont ces animaux font leur nourriture habituelle, n'ont certainement pas séjourné d'une manière *prolongée* dans le corps humain. Mais quand même on ne trouverait rien de semblable, on ne pourrait pas en conclure que l'animal a vécu dans l'intérieur des organes d'un homme: en effet, il arrive parfois que l'estomac ou les intestins des grenouilles, des crapauds, des salamandres, en liberté, ne renferment qu'un peu de mucosités, de bile et de feces.

Déjà, au dix-septième siècle, on a cherché avec soin de ces amphibies qui devaient avoir été rendus par des individus; mais ces recherches n'avaient aucun but, car on ne tirait pas une conclusion exacte relativement au séjour des animaux dans le milieu présumable, d'après la nature des matières contenues dans l'estomac. De nos jours, on a aussi pratiqué des autopsies de ce genre; ainsi, dans l'année 1837, le docteur Wiebers ouvrit une des grenouilles rendues avec les vomissements par une femme âgée de 25 ans. Cette femme avait déjà rendu 13 de ces animaux, dont 9 vivants et 4 morts. La grenouille examinée par le docteur Wiebers, et comparée avec des grenouilles prises en liberté, non-seulement présenta une structure intérieure plus délicate, mais encore on ne trouva dans l'estomac 3 grains d'une masse verdâtre, d'un aspect granulé, donnant au toucher la sensation de la graisse; dans l'intestin, on trouva une masse graisseuse jaunâtre.

Ces vomissements de grenouilles avaient eu lieu plusieurs fois en présence du docteur Wiebers, d'une foule de graves personnages et des gens de la maison, assignés par le magistrat de l'endroit. Une des grenouilles rendues vivantes, ainsi qu'une autre grenouille autopsiée par le docteur Buding, furent envoyées au ministère de l'instruction publique; la grenouille vivante saisit et mangea des mouches avec la même avidité que les grenouilles en liberté.

La malade fut admise à l'hôpital de la Charité, à Berlin, et pendant quatre mois fut soumise à une observation exacte, mais elle ne rendit plus rien. Cette femme quitta l'hôpital, soupçonnée de fourberie, et on resta toujours dans l'incertitude relativement à la question de savoir si des grenouilles avaient vécu et séjourné dans son corps; cette femme, qui souffrait de crampes violentes, de douleurs dans l'estomac et dans les intestins, avait rendu, dans le principe, par l'effet des remèdes appropriés, des lombrics et des fragments de ténia; interrogée à cette époque, elle finit par se rappeler que, deux ans et demi auparavant, en buvant à une fontaine, elle avait senti que quelque chose, qui grattait très-fortement au passage, lui était entré dans la gorge; sa maladie datait de ce moment.

Dans l'année 1843, je fus informé qu'une jeune fille de 15 ans, d'ailleurs en parfaite santé, avait rendu un lézard par les vomissements. En arrivant le matin, on me montra dans la cour, près de l'herbe, une masse de matières rendues, qui était composée en majeure partie de mucosités gastriques, de morceaux de pommes de terre, etc. Ces aliments avaient été pris la veille au soir; dans un vase rempli d'eau placé à côté nageait un triton (*trito tæniatus*) de 2 ans; c'était l'animal qu'on disait avoir été vomi, et qu'on avait ensuite placé dans l'eau. J'emportai le triton, que je prétendis, sans pouvoir convaincre les assistants, s'être trouvé par hasard à l'endroit où la malade avait rendu son souper; je le plaçai dans l'eau chaude, où il succomba bientôt, et j'en fis l'ouverture. Les matières contenues dans l'estomac et les intestins n'auraient pas contre-indiqué la possibilité d'un séjour de quelques jours dans l'estomac; mais l'action de l'eau chaude démontre qu'il n'en avait pas été ainsi.

Deux grenouilles (*ranæ temporariæ*) sont rendues en vomissant par une fille de 27 ans, à Lautenthal, dans la Harz; on les examine, on les ouvre; une enquête judiciaire est ordonnée; elle conclut qu'il n'y a pas lieu à croire à une erreur, que le fait doit être considéré comme certain; cette fille, qui depuis longtemps souffrait de spasmes, surtout dans l'estomac, d'hématémèse, de constipation, qui accusait un état général d'anxiété, avec la sensation dans la poitrine, comme si quelque chose voulait remonter, cette fille, après quelques semaines pendant lesquelles elle fut très-souffrante, rendit encore en vomissant, à divers intervalles, 7 autres grenouilles de différentes grandeurs. Quinze jours après, nouveaux vomissements, qui amènent au dehors 3 grenouilles, et cela en présence du magistrat de l'endroit et d'autres personnes.

Cette fille fut examinée alors, et finit par avouer qu'elle n'avait jamais vomi aucun animal, mais que portant toujours sur elle des grenouilles, elle les avait introduites en cachette dans sa bouche pendant qu'elle vomissait, et les avait ainsi rendues avec des mucosités et du sang, et que, d'autres fois, elle les avait simplement jetées dans les vases.

L'examen anatomique des animaux peut bien, dans quelques cas, par le contenu des intestins, faire reconnaître une supercherie; mais cet examen ne suffit pas pour décider la question du séjour de certains amphibies dans le corps de l'homme, et du temps qu'ils y sont restés. D'anciens auteurs ont déjà émis l'opinion que ces animaux ne pouvaient pas vivre longtemps dans l'estomac ou dans les intestins, à cause de l'action dissolvante du suc gastrique, à cause de la nature méphitique de l'air de ces parties, à cause de l'âcreté de la bile, à cause du défaut de nourriture. Ces raisons ont été combattues par d'autres savants, très-capables aussi, qui ont admis cette possibilité. Il en est même qui ont cherché à expliquer comment ces animaux peuvent continuer à vivre dans l'intérieur de l'appareil digestif. D'ailleurs, si l'on compare ce qui a lieu pour d'autres animaux, surtout pour les entozoaires et pour certaines espèces d'épizoaires, on serait tenté, au premier abord, de se ranger à cette manière de voir. Quant au défaut de nourriture, on sait que des amphibies peuvent continuer à vivre plusieurs années sans prendre aucune nourriture.

Par rapport au manque d'oxygène, nous rappellerons que Spallanzani a placé des escargots dans l'azote et l'hydrogène, qu'ils ont respiré et qu'ils ont rendu de l'acide carbonique; Trevizanus a observé que des escargots terrestres, enfermés avec de l'air atmosphérique, non-seulement avaient absorbé tout l'oxygène, mais avaient continué après cela à dégager de l'acide carbonique. Edwards, Collard, Muller, Bergemanus ont trouvé que des grenouilles qui respiraient dans une atmosphère privée d'oxygène, déve-

---

Si pourtant la force morale elle-même a des bornes, une autorité traditionnelle au-dessus d'elle, un impératif, à la fois circonscription et règle; la vertu active de la vie a également quelque chose qui la domine et qui sera loi de nature et règle de l'art; et les puissances extrêmes de la science ne représenteront qu'une équation entre l'une et l'autre. Agir en rapport avec cette équation, et dans une sphère toujours plus étendue en degrés d'amélioration, voilà tout ce que la société peut exiger de nous, et ce que la science peut justifier et lui promettre.

— ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'ARSENIC. — Selon le docteur Tschudi, dans la Basse-Autriche, sur les confins de la Hongrie, l'arsenic fait partie de l'hygiène des paysans; ils en achètent à des colporteurs qui parcourent le pays munis de ce poison, et en font usage pour se donner de la vigueur et du bien-être.

Si l'on s'en rapporte à l'aspect florissant de la jeunesse dans ces contrées, dit le docteur Tschudi, ce moyen leur réussit à merveille; ils l'emploient aussi lorsqu'ils ont à faire l'ascension de hautes montagnes. Dans ce cas, ils en prennent un petit morceau qu'ils laissent fondre lentement dans la bouche; ils en mêlent aussi à l'avoine de leurs chevaux et aux aliments de leurs animaux domestiques. Ils commencent habituellement par 1 demi-grain, et ils arrivent progressivement à en prendre jusqu'à 4. On ne remarque chez ces individus aucun exemple de cachexie arsenicale, et même lorsqu'ils suspendent l'usage de ce toxique, ils éprouvent des dérangements gastriques qui ressemblent en quelque façon à une intoxication arsenicale rudimentaire.

— Un jeune homme de 25 ans fut pendu en avril dernier à Turin, en expiation d'un meurtre avec préméditation. Après le temps voulu il fut détaché du gibet, déposé dans la bière et dirigé vers sa dernière demeure; mais au moment qu'on se dispose à le descendre dans la fosse, on entend des gémissements; on décloue la bière, et l'on trouve le supplicié respirant encore et remuant les jambes et les bras. Aussitôt de lui prodiguer des soins empressés; on parvint facilement à lui faire avaler une tasse de café, mais il ne tarda pas à le vomir mêlé avec du sang. Les préliminaires donnent le temps à plusieurs médecins d'arriver; ils se mettent aussitôt à l'œuvre, et les sinapismes, les ventouses et les saignées amènent les résultats ordinaires: le sang coule avec abondance. Malheureusement après trois heures et demie d'efforts pour le ramener à la vie, le malheureux expira. Les médecins qui ont fait l'autopsie du cadavre ont déclaré: 1° que la mort avait été le résultat de l'apoplexie et de l'asphyxie, conséquence naturelle d'un arrêt de circulation de l'air et de sang; 2° que la mort n'avait pas été instantanée faute de compression suffisante de la moelle épinière et des fractures ou luxation des vertèbres de la nuque; 3° que l'exécution capitale avait échoué parce que la strangulation n'avait pas été assez prolongée pour produire l'asphyxie. Le cou du patient était court et gros, et protégé par des muscles si solides et si développés qu'on s'explique en quelque sorte l'absence de luxation des vertèbres.

loppaient de l'acide carbonique en quantité à peu près aussi considérable que dans l'air atmosphérique.

On ne saurait donc nier chez les amphibies une certaine ténacité de la vie; les expériences physiologiques sur ces animaux l'ont suffisamment démontré.

Mais il est dans le corps de l'homme vivant un agent d'une valeur constante et précise, agent aussi avantageux, aussi indispensable pour l'économie humaine qu'il est nuisible et destructeur pour les vertébrés à sang froid, nous voulons parler d'une chaleur de 29° R. environ, température qui se communique à tous les corps contenus dans l'organisme humain.

D'après cela il faut se demander si des amphibies sont en état de supporter d'une manière prolongée, à l'humidité, une température de 29° R. A la question ainsi posée, nous répondrons : ni le lézard, ni l'orvet, ni la grenouille, ni le crapaud, ni la salamandre, ni le sourd, de même qu'un très-petit nombre d'espèces de la grande famille des mollusques, des araignées, des insectes, des myriapodes, etc., qui sont présumés avoir vécu d'une manière prolongée dans le corps humain, ne sont en état de supporter cette température. Il est vrai que certains animaux à sang froid continuent à vivre, même dans une température très-élevée; tels sont, par exemple, le *cyclostomum thermales* dans les sources thermales d'Abano, les entozoaires, les larves de l'*œstrus* dans le corps de l'homme et des animaux à sang chaud; on prétend même que le *lenciscus thermalis* se trouve dans les sources chaudes de Ceylan, dont la température est de 40° R. Mais on ne connaît pas encore les conditions bien précises dans lesquelles ces êtres se présentent, on est surtout encore dans l'obscurité, relativement à la durée de leur séjour. D'un autre côté, n'est il pas permis d'admettre que l'organisation entière de ces diverses espèces est tout spécialement appropriée à de semblables conditions; que leur excitabilité nerveuse a été modifiée d'une manière particulière? D'ailleurs nous voyons les animaux qui vivent dans l'eau douce et ceux qui vivent dans l'eau salée être doués d'une nature particulière, en vertu de laquelle un très-petit nombre des animaux marins continuent à vivre dans l'eau douce, et réciproquement. Tout animal à sang froid, susceptible de séjourner d'une manière *prolongée* dans le corps humain, doit aussi être en état de supporter d'une manière *prolongée*, dans l'eau, une température égale à celle du corps de l'homme.

Du reste, les animaux à sang froid résistent beaucoup mieux à une température élevée dans l'air atmosphérique, même lorsqu'il est saturé de vapeurs d'eau, parce qu'au moyen de l'évaporation la température de leur corps se maintient toujours à un degré moins élevé. Dans les expériences de Delaroche (1810), des grenouilles ont supporté pendant une demi-heure une température de 36-37°, tandis que la température de leur corps n'atteignait que 24-23°. Spallanzani (1776, OPUSCOLI DI FISICA ANIMALE E VEGETABILE) a porté diverses portions de frai de grenouilles plongées dans l'eau, à une température de 30 à 80°; tout le frai qui avait été porté au delà de 45° avait perdu la faculté de se développer; celui qui n'avait été chauffé que jusqu'à 30° se développa très-bien; celui qui avait été chauffé jusqu'à 45° ne produisit qu'un petit nombre de têtards. Les lézards, les grenouilles et les tritons succombèrent dès que la température atteignit 35° R. Ces expériences n'ont cependant pas une valeur concluante, parce que l'élévation de la température a été trop rapide, et parce que ces animaux sont susceptibles de supporter une chaleur extérieure humide plus élevée.

Mes observations et mes essais ont porté sur les amphibies de nos pays, principalement sur les espèces suivantes : ***lacerta agilis*, *lacerta vivipara*, *anguis fragilis*, *rana esculenta*, *rana temporaria*, *bombinator igneus*, *ilyla viridis*, *bufo communis*, *bufo viridis*, *salamandra maculata*, *triton cristatus*, *tr. igneus*, *tr. tæniatus*.**

Dans ces expériences, les animaux avaient été placés dans un premier vase rempli d'eau, et celui-ci était contenu dans un autre vase plus large, également rempli d'eau, dont on élevait graduellement la température; de là la chaleur se communiquait à l'eau du vase, qui contenait et les amphibies et un thermomètre.

Exp. I. — *Du frai de grenouilles* fut soumis pendant huit heures à une température de 20° R.; bien que cette chaleur soit favorable à son développement, au bout de trois jours, tout le frai ainsi traité commençait déjà à se putréfier.

Exp. II. — *Du frai de triton cristatus* donna les mêmes résultats.

Exp. III. — *Les têtards de grenouilles et de crapauds* ont continué à se mouvoir jusqu'à 14°; mais la température ayant été portée graduellement jusqu'à 22°, les mouvements parurent d'abord plus énergiques, mais après une demi-heure ils se ralentirent; en même temps apparurent des contractions spasmodiques. A 26°, tous les mouvements cessaient; les animaux étaient dans un état d'asphyxie. Tous ceux qui restèrent une demi-heure exposés à une semblable température ne se réveillèrent plus.

Exp. IV. — Deux lézards (*lacerta vivipara* et *lacerta agilis*) furent placés dans de l'eau à 14°; ces animaux s'agitèrent en tous sens pour se soustraire à cet élément, étranger pour eux. En élevant graduellement la température, leurs mouvements devinrent plus rapides et plus violents; à 26°, ils s'affaiblirent, et après une heure vingt minutes d'une chaleur de 29°, ces animaux étaient morts.

Exp. V. — Deux orvets furent placés dans de l'eau à 20°; ces animaux, d'habitude si indolents, s'agitèrent, mais, par suite de l'augmentation graduelle de la température, ils s'affaiblirent complètement, et après avoir été soumis pendant une heure à une chaleur de 29°, ils étaient morts.

Exp. VI. — Deux grenouilles d'un an et deux grenouilles de 2 ans (*ranæ esculentæ*) sont chauffées graduellement, pendant une heure, de 8-26°; ces animaux, dans le principe, s'agitaient assez fortement dans le verre. Les symptômes d'anxiété augmentèrent avec l'accroissement de la température. Après que ces grenouilles eurent supporté pendant six minutes une température de 27°, les mouvements cessèrent peu à peu et elles ne produisaient plus que de faibles contractions des extrémités; puis elles ouvrirent la bouche et laissèrent pendre la langue. Au bout de trois minutes l'asphyxie était complète, et les animaux, retirés de l'eau, paraissaient avoir été soumis à l'action de l'éther sulfurique ou du chloroforme. La circulation avait cessé dans les pattes et le sang stagnait dans les veines. Deux grenouilles furent de nouveau placées pendant une demi-heure dans de l'eau à 28°; elles ne purent plus être rappelées ensuite à la vie. Les deux autres furent laissées à l'air libre, et leur asphyxie ne fut que passagère. Le sang reprit très-lentement son cours, et au bout de deux heures, ces animaux avaient repris leur énergie antérieure.

Exp. VII. — *Deux grenouilles*, parvenues à leur entière croissance, sont placées dans de l'eau à 10°, dont on élève graduellement la température. A 20°, elles cherchent par tous les efforts possibles à sortir du vase; elles sont tantôt au fond, tantôt à la surface de l'eau. A 26°, elles s'affaiblissent et ont encore à peine assez de force dans les jambes de derrière pour se dresser debout. Après cinq minutes, elles étaient asphyxiées. La température fut alors portée à 28°, et après un séjour d'une heure dans de l'eau aussi chaude, les grenouilles étaient mortes.

Exp. VIII. — Un crapaud d'un an et un crapaud adulte (*bufo viridis*) furent placés dans de l'eau à 14° R., dont la température fut portée jusqu'à 20° dans l'espace d'une heure. Ces animaux, à l'approche de 22°, s'agitèrent comme les grenouilles placées dans les mêmes conditions. A 27°, l'asphyxie était complète. Après avoir été soumis trois quarts d'heure à une chaleur de 29°, ils étaient morts.

Exp. IX. — Une salamandre (*salamandra maculata*) fut placée dans de l'eau à 12°, dont la température fut portée à 28° dans l'espace de trois quarts d'heure. Cet animal, d'ailleurs si indolent, parut assez vif à 21°; il s'agitait avec anxiété dans le verre et laissait échapper en abondance la sécrétion de ses glandes cutanées. Au bout de dix minutes, il était très-faible, et à 28°, dans un état d'asphyxie complète. Retiré de l'eau, après qu'il y eut encore séjourné une demi-heure à la température de 29°, il était mort.

Exp. X. — Le triton (*trito tæniatus*), soi-disant rendu par les vomissements, et dont j'ai parlé déjà plus haut comme l'ayant ouvert moi-même, le triton, qui jusqu'alors se trouvait dans de l'eau à 12°, fut chauffé, ainsi que l'eau où il nageait, jusqu'à 28°. D'abord ses mouvements augmentèrent de force et de rapidité; mais vers 20°, il était déjà faible. A 24°, il se plaça sur le côté, étendit les extrémités et tomba dans un état d'asphyxie. Après cinq minutes de séjour dans une température de 28°, il était mort. Si cet animal avait été réellement rendu avec les matières vomies par cette fille, et s'il s'était trouvé auparavant dans l'estomac de cette dernière dans un milieu, pour le moins à 29° R., alors il aurait certainement supporté sans inconvénients la température à laquelle je l'ai soumis dans mes essais.

Exp. XI. — Une grenouille aquatique et une grenouille terrestre sont placées tout à coup dans de l'eau à 28°, et l'eau est maintenue à cette température. Ces animaux se montrent très-agités. Après vingt minutes, ils étaient asphyxiés; après quarante cinq minutes, ils étaient morts.

Exp. XII. — Deux tritons, placés dans les mêmes conditions, présentèrent les mêmes phénomènes.

De ces expériences, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Toutes les observations que des amphibies ont séjourné pendant un certain temps dans le corps de l'homme et y ont produit une maladie prolongée, en tant qu'animaux vivants, toutes ces observations sont fausses.

2° Les œufs des amphibies avalés ne tardent pas à perdre, dans l'estomac humain, la faculté de se développer.

3° Il peut arriver que des amphibies parviennent dans l'estomac de l'homme, après avoir été avalés volontairement ou par accident.

4° Ces animaux, lorsqu'il survient des vomissements peu de temps après leur ingestion, peuvent être rendus encore vivants ou dans un état d'asphyxie.

5° Mais si des vomissements n'ont lieu qu'un certain temps après l'ingestion, alors les animaux rendus sont morts; s'il ne se déclare pas de vomissements du tout, alors les animaux sont plus ou moins digérés. On les retrouve tout entiers ou par fragments, ou bien leurs os et les parties épidermiques sont rendus par les selles, ou bien enfin on n'en retrouve plus aucune trace dans les déjections alvines.

6° Le seul obstacle réel qui s'oppose à leur vie dans l'intérieur du corps humain, c'est la masse de chaleur, d'au moins 29° R., répandue partout, à laquelle aucun des amphibies ci-dessus nommés ne saurait résister quatre heures.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LES SOLUTIONS DE CONTINUITÉ DE LA ROTULE ; DESCRIPTION D'UN APPAREIL CURATIF NOUVEAU POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES TRANSVERSALES ; par M. BAUDENS, inspecteur, membre du conseil de santé des armées, ancien chirurgien en chef et premier professeur à l'hôpital du Val-de-Grâce, etc.

(Suite et fin. — Voir les numéros 21 22 et 27.)

FRACTURE OCCASIONNÉE PAR CONTRACTION MUSCULAIRE; BONS EFFETS DE LA GLACE; APPAREIL DE L'AUTEUR; CAL OSSEUX.

OBS. I. — En juin 1852, M. C..., âgé de 59 ans, très-nerveux, irritable, descendait tranquillement un escalier, quand, arrivé à la dernière marche, sur laquelle il ne comptait pas, il fait, croyant marcher de plain-pied, un faux pas, accompagné d'un violent effort pour sauver l'équilibre.

Il éprouve au même instant, dans le genou gauche, un craquement et une douleur analogue à celle d'un fort coup de bâton. Il tombe la jambe ployée sous la cuisse et assis sur le pied.

Transporté à son domicile, je le vois quelques heures après l'accident.

Le genou est tuméfié, chaud, sans souffrances bien notables. On reconnaît aisément, malgré un peu d'épanchement sanguin intra-capsulaire, une fracture transversale de la rotule gauche. Les deux fragments sont d'égales dimensions; la solution de continuité est médiane, toutefois elle affecte une direction un peu oblique de dehors en dedans. Ainsi l'angle interne est un peu plus bas que l'angle externe quand ils sont rapprochés. Abandonnés à eux-mêmes, les fragments offrent un écartement de 3 centimètres; le membre étant dans l'extension passive, le doigt, en déprimant la peau, reconnaît facilement la surface articulaire du fémur.

APPAREIL PROVISOIRE. — Le membre est placé sur un plan incliné, fait à l'aide d'oreillers allant de l'ischion au talon, où il a sa plus grande épaisseur. Une grosse éponge, à moitié déchirée, est placée sous le jarret, de manière à déborder sur les côtés du genou. Sur celui-ci on dépose une couche légère de charpie, et sur la charpie on place çà et là quelques morceaux de glace. L'eau provenant de la fonte est recueillie et conduite dans un vase voisin par une toile cirée, repliée en gouttière, qu'on place sous l'éponge.

Après quarante-huit heures, l'état local est déjà fort amélioré, la tuméfaction commence à se dissiper, la chaleur est moindre, la douleur nulle. Il n'y a pas de fièvre, mais le malade dort peu depuis son accident. Il est d'un tempérament irritable et d'un caractère facile à inquiéter.

APPAREIL DÉFINITIF. — Notre appareil est appliqué d'après les principes ci-dessus indiqués; seulement les liens sont très-peu serrés et les fragments, rapprochés l'un de l'autre, ne se touchent pas encore. (Continuation de la glace; le malade prend un purgatif salin, dont il éprouve de bons effets.)

Le lendemain il y a plus de calme; la glace, commençant à déterminer une sensation de froid désagréable, est remplacée par des compresses trempées dans l'eau froide; mais la chaleur revenant par intervalles, on se trouve bien de mettre, pendant six jours encore, entre les doubles de la compresse un petit glaçon en permanence.

D'un autre côté, à mesure que tombe l'arthrite traumatique, on resserre de plus en plus les liens de la coaptation, et dès le septième jour, ceux-ci fonctionnent en donnant tout ce qu'ils peuvent donner. Ainsi les fragments sont très-exactement affrontés, et, comme ils se touchent avec plus de précision par le bord postérieur que par le bord antérieur des lèvres de la brisure, on les refoule d'avant en arrière très-efficacement, à l'aide de notre petit bandage unissant, composé de gros fils, prenant un point d'appui sur les épingles saillantes, fixées aux lacs extensifs, comme nous l'avons fait voir plus haut sur le dessin n° 2, et allant se croisant en tout sens. On a soin, en outre, de faire effort un peu plus sur l'angle interne que sur l'angle externe, parce que l'affrontement est là plus difficilement obtenu, par suite de dispositions anatomiques déjà signalées.

Cet appareil permet de suivre de l'œil en quelque sorte le travail de réunion. On resserre de temps en temps les liens de coaptation; on les soulève partiellement au milieu ou sur les côtés, quand leur compression provoque la moindre douleur, et en même temps pour éviter la formation d'escarres qu'une pression forte et prolongée pourrait entraîner. Nous avons déjà dit comment on soulève ces lacs sans nuire à la coaptation.

Dès le trentième jour, on fait tous les quatre à cinq jours plier légèrement le genou pour prévenir l'ankylose, en soutenant vigoureusement, à l'aide des doigts d'aides intelligents, les fragments, afin qu'ils ne se disjoignent pas pendant cette manœuvre fort délicate; et, après cinquante-cinq jours de traitement, l'appareil put être retiré et remplacé par la gouttière dont il a été question dans ce mémoire.

La marche est dès lors tentée avec les plus grands ménagements. Trois mois plus tard elle est assurée sans béquilles. Le cal est osseux; il n'a pas subi d'élongation; il est très-solide. La rotule est d'une seule pièce et le malade ne se ressent nullement de son accident.

FRACTURE DE ROTULE DÉTERMINÉE PAR LA CONTRACTION MUSCULAIRE; APPLICATION DE GLACE SUR LE GENOU; APPAREIL DE M. BAUDENS; GUÉRISON PAR UN CAL OSSEUX.

OBS. II (recueillie par M. le docteur Marturé, ancien aide de clinique et actuellement chirurgien-major). — Au n° 9 de la salle 30 du Val-de-Grâce a été couché D., sapeur-pompier, âgé de 31 ans, d'un tempérament bilieux, de bonne constitution, entré à l'hôpital dans la soirée du 13 mars 1844 pour une fracture de rotule. Ce militaire, en descendant un escalier, eut le pied gauche arrêté par un obstacle pendant que la jambe était fléchie. Voulant éviter une chute imminente en avant, il fit un violent effort pour porter le corps en arrière, et dans le même moment il entendit un fort craquement dans le genou; il tomba la jambe ployée sous la cuisse; la contraction énergique des extenseurs de la jambe venait de déterminer une fracture de rotule du côté gauche.

Dès l'arrivée du blessé, le chirurgien de garde avait placé le membre lésé sur un plan incliné; le genou, préalablement couvert d'une légère couche de charpie et de morceaux de glace, avait été déposé dans le sillon d'une très-grosse éponge commune presque entièrement déchirée par le milieu, placée elle-même sur un large morceau de toile imperméable disposée pour l'écoulement de l'eau provenant de la fonte de la glace.

A la visite du 14 mars, M. Baudens, chirurgien en chef, constate une fracture transversale de la rotule gauche dont on peut encore, malgré la tuméfaction, distinguer les fragments. Le fragment supérieur, plus petit que l'inférieur, est fortement tiré en haut; de l'écartement des fragments, il résulte un vide de 5 centim., dans lequel le doigt peut s'enfoncer et reconnaître à travers les téguments la surface lisse et arrondie de l'extrémité articulaire du fémur. L'articulation est le siége d'un épanchement sanguin assez considérable; la peau offre une coloration bleuâtre. Douleurs vives par la pression sur le genou, légères au contraire dans l'état de repos. Point de réaction fébrile. Le malade n'a jamais eu ni rhumatismes ni maladies articulaires d'aucune espèce. Il éprouve de la glace sur le genou un si grand soulagement que, peu de temps après son application, la chaleur morbide ayant été soutirée, il se sent comme rafraîchi et dort quelques heures pendant la nuit. Le pouls est dur, plein, un peu fréquent. On prescrit: diète, limonade, léger purgatif, saignée de 500 gr.; continuation de la glace autour du genou.

Le 16, la tuméfaction est moindre; l'épanchement a diminué; les fragments laissent entre eux moins d'écartement. On continue la glace.

Le 18, on note une coloration violette sur certains points, et jaunâtre sur d'autres, de la peau qui entoure le genou; le blessé n'accuse aucune douleur.

Le 19, la tuméfaction a presque complétement disparu; l'épanchement articulaire est en grande partie résorbé; les fragments ne sont plus séparés que par 3 centim.; l'ecchymose du genou s'étend vers la cuisse. Le moment paraît propice, et M. Baudens applique son appareil à fracture de rotule, en procédant comme il a été dit plus haut. A la suite de cette application, les fragments se trouvent dans un contact immédiat et la fracture est parfaitement réduite. On augmente l'alimentation, et comme il ne se développe plus de calorique morbide, comme le foyer phlogistique est éteint, et qu'il n'y a plus que du calorique normal, ce que l'on reconnaît à la sensation de la glace qui, jusqu'ici bienfaisante, produit un froid désagréable, on supprime les réfrigérents.

Le 20, le malade se trouve très-bien dans son appareil, qui ne le gêne en aucune façon et ne lui fait éprouver aucune douleur.

Le 22, on resserre les liens relâchés. Nous n'avons plus rien à noter d'intéressant jusqu'à l'époque de la levée de l'appareil, qui a été effectuée le 15 mai. On remarque alors que la consolidation de la fracture s'est opérée à l'aide d'un cal osseux, solide, à peine sensible au toucher, large de quelques millimètres. Il y a un peu de roideur dans le genou. On prescrit des frictions huileuses camphrées sur l'articulation, du massage, quelques douches, en respectant la rotule, et en les portant principalement sur le tendon du triceps et du muscle droit antérieur de la cuisse, qui est dur et rétracté. Le membre, quoique dégagé des lacs, reste encore quelques jours dans la boîte, après quoi le malade essaye de se lever. Il continue des exercices modérés, et après cinquante jours de traitement, il sort du Val-de-Grâce, marchant d'une manière assurée.

Le malade reste encore un mois environ à l'infirmerie du corps, puis il reprend son service.

Nous l'avons revu un an plus tard; sa guérison s'était maintenue complète.

FRACTURE TRANSVERSALE DE LA ROTULE PAR CONTRACTION MUSCULAIRE; GLACE SUR LE GENOU; APPAREIL DE M. BAUDENS; CAL OSSEUX LINÉAIRE.

OBS. III (recueillie par M. Marturé). — Z..., sapeur-pompier, 34 ans, tempérament sanguin, bonne constitution, a été porté au Val-de-Grâce, salle 30, n° 5, le 24 août 1844, pour une fracture de rotule dont il venait d'être atteint.

Il raconte que, courant dans la rue pour arriver plus vite à sa caserne, il a fait un faux pas du pied gauche, et que, pour rétablir l'équilibre, il s'est brusquement porté en arrière, ce qui ne l'a pas empêché de tomber.

On constate aisément une fracture transversale de la rotule droite. Les fragments laissent entre eux un intervalle de deux travers de doigt, qui permet au doigt, en déprimant la peau, de reconnaître la surface articulaire du fémur. Le fragment supérieur est plus gros que l'inférieur; la tumeur et la douleur sont peu

considérables ; la réaction est nulle ; le blessé n'a pas senti de craquement au moment de la fracture ; il est relevé assis sur le talon.

Les accidents locaux présentant peu de gravité, M. Baudens applique immédiatement son appareil. La fracture est exactement réduite ; les fragments sont affrontés avec une précision parfaite. On met sur le genou, pour empêcher l'inflammation traumatique de se développer, une légère couche de charpie, et par-dessus celle-ci de la glace. Après quatre jours, le foyer traumatique étant éteint, on supprime les réfrigérents et l'on resserre les liens un peu relâchés. Quarante-cinq jours plus tard, on retire l'appareil. Le cal est osseux, linéaire, difficile à reconnaître avec la pulpe du doigt ; les fragments semblent réunis par première intention (frictions, massage, douches pour dissiper une légère roideur articulaire), et comme il est évident que la difficulté de ployer le genou reconnait pour cause principale la rétraction du tendon et des fibres musculaires des quatre muscles extenseurs de la jambe, on porte sur le tendon et même sur les fibres musculaires le massage et les douches avec un grand succès. Le malade quitte le Val-de-Grâce parfaitement guéri, après deux mois de séjour. Nous l'avons revu depuis : il ne se ressent nullement de son accident.

FRACTURE VERTICALE DE ROTULE PAR UN COUP DE PIED DE CHEVAL ; GUÉRISON RAPIDE.

Obs. IV. — En 1828, B..., âgé de 22 ans, de bonne et forte constitution, dragon au 11e régiment, auquel j'étais attaché en qualité de chirurgien aide-major, reçut, au moment où il avait le corps incliné et la jambe allongée pour panser son cheval, une ruade sur le genou droit.

Appelé immédiatement, je constate une fracture en long de la rotule droite. La grosse toile du pantalon n'est pas rompue ; mais la peau, violemment meurtrie par le fer de l'animal, dans la direction d'une ligne verticale noire, est partiellement et peu profondément déchirée. En ployant légèrement le genou, les fragments s'écartent d'une manière notable ; il est aisé de les réunir et d'obtenir une crépitation caractéristique, en replaçant le membre dans une rectitude complète. L'application immédiate de compresses trempées dans de l'eau froide et fréquemment renouvelées pendant trois jours consécutifs, s'oppose à l'épanchement sanguin intra-articulaire, et enraye la marche des accidents traumatiques. Un bandage unissant, secondé par des compresses graduées placées sur les côtés des fragments pour les affronter avec précision, une attelle postérieure et un plan incliné, tels sont les seuls moyens de traitement employés dès le quatrième jour de la fracture, alors que l'inflammation n'est pour ainsi dire plus à redouter. Ajoutons qu'une saignée du bras, de 500 grammes, a été faite peu d'instants après la lésion, et que le blessé a été soumis à un régime réduit pendant les premiers jours ; mais comme il ne souffre pas, il se montre d'une extrême indocilité, et dès le vingtième jour il enlève spontanément son appareil, se met à marcher, demandant à tout prix sa sortie de l'hôpital. Je n'étais pas sans inquiétude ; mais trouvant la réunion immédiate déjà fort avancée, j'engage le chirurgien de l'hôpital de Toul à renvoyer ce militaire à l'infirmerie du régiment, où je le conserve au lit pendant dix jours encore. A cette époque, un mois après la fracture, la déchirure partielle des téguments est parfaitement cicatrisée ; le cal osseux lui-même paraît solide. Pour en finir avec les récriminations continuelles du malade, je lui donne son billet de sortie, et, à mon grand étonnement, il reprend immédiatement son service. Je l'ai revu pendant des années ; le cal est resté osseux et linéaire.

Ce fait, qui nous a vivement impressionné, est resté fidèlement gravé dans notre mémoire. Il démontre qu'en raison de la grande vitalité du tissu spongieux, les fractures de rotule peuvent guérir rapidement, et que l'absence si fréquente d'un cal osseux dans les solutions de continuité en travers, ne reconnaît réellement d'autre cause que le défaut d'une coaptation précise et permanente.

FRACTURE TRANSVERSALE DE ROTULE ; RUPTURE DU CAL FIBRO-CARTILAGINEUX ; GUÉRISON DÉFINITIVE SANS RÉUNION DES FRAGMENTS.

Obs. V. — Lors de notre dernière inspection en Algérie, nous avons été consulté par M. S., capitaine au 1er chasseurs d'Afrique, pour une infirmité consécutive à une fracture de rotule. L'observation le concernant nous a paru digne d'être rapportée.

Le 26 janvier 1852, M. S., se rendant à la caserne au pas de course, glisse du pied droit et tombe sur l'angle d'une marche d'escalier en pierre, ancienne voie romaine, contre laquelle heurte violemment son genou gauche. La rotule de ce côté se fracture en travers.

Transporté presque immédiatement à l'hôpital du Dey, à Alger, M. S. reçoit immédiatement les soins que son état réclame. Il n'existe ni plaie tégumentaire ni épanchement sanguin considérable ; les fragments, d'un volume à peu près égal, sont faciles à affronter. On croit devoir appliquer immédiatement l'appareil unissant, secondé par un bandage légèrement compressif, étendu des orteils à la racine du membre par l'attelle postérieure de Desault et le plan incliné. Des accidents de compression se déclarent dans la nuit ; à la visite du matin, force est d'enlever l'appareil, et on applique sur le genou des compresses trempées dans de l'eau blanche animée d'eau-de-vie camphrée. Ces moyens n'empêchent pas l'arthrite de se développer, et dans la soirée on fait autour de la rotule une application de vingt-cinq sangsues. L'inflammation persiste malgré les émollients, les cataplasmes ; ce n'est qu'au bout de quarante jours qu'elle commence à se dissiper. Plus d'une fois on essaye de réappliquer le bandage ; mais bientôt le retour des accidents y fait renoncer. Enfin, après quatre-vingt douze jours, le membre étant resté sur un plan incliné, le blessé commence à prendre des bains, à faire usage de béquilles, et vingt jours plus tard il quitte l'hôpital, marchant à l'aide d'un béquillon. A cette époque le genou ne conserve plus d'engorgement ; la flexion et l'extension sont assez faciles ; l'écartement des fragments réunis par un fibro-cartilage est d'environ 3 centimètres ; le genou ne se redresse qu'à la faveur d'efforts musculaires soutenus. Il y a tendance à butter ; M. S. ne pourrait soulever un fardeau un peu lourd sans que la jambe ne fléchisse sur la cuisse.

Trois mois plus tard, M. S. se promenait ; la béquille lui échappe des mains au moment où il avait la jambe droite levée pour avancer. La jambe gauche fléchit ; il tombe sur le genou malade. Le fibro-cartilage qui unit les fragments se rompt, et instantanément l'inflammation revient comme au plus fort de la maladie. Le blessé n'entre pas à l'hôpital ; il se contente d'appliquer sur son genou, placé sur un plan incliné, des compresses d'eau froide, avec addition de 10 gouttes d'arnica par verre d'eau, et après huit jours l'inflammation et la douleur ont complètement disparu. Peu de temps après, M. S. reprend ses béquilles ; mais quand il veut les quitter pour son béquillon, il s'aperçoit qu'il ne peut marcher, parce que son genou fléchit à chaque pas. Pour y remédier, on lui procure une gouttière qui emboîte parfaitement le genou et embrasse une partie de la face antérieure de la cuisse et de la jambe, autour desquelles elle est fixée par des courroies. Cet appareil résiste à la flexion du genou, et permet à M. S. de marcher avec une canne assez facilement sur un terrain uniforme ; mais il boite et chemine très-péniblement dès qu'il rencontre une montée ou une descente sur son chemin ; il n'y a pas de douleur ; la cuisse est fort amaigrie.

En examinant le genou moi-même en décembre dernier, près d'un an après la fracture de la rotule, voici ce que j'ai observé. La rupture du fibro-cartilage intermédiaire aux fragments persiste : quand le malade est debout, la jambe étendue on loge aisément trois doigts de la main entre les fragments, et en déprimant la peau, on reconnaît la surface articulaire du fémur. Au fur et à mesure qu'on plie la jambe, on découvre de plus en plus la surface articulaire du fémur, et si on applique la jambe contre la cuisse, ce qui se fait sans le moindre effort, les téguments du genou se tendent et recouvrent immédiatement toute la surface articulaire du fémur, qui se dessine en relief avec ses condyles et son échancrure. On distingue également très-bien la surface articulaire du tibia avec ses ligaments croisés. En ce moment, j'ai éprouvé, je l'avoue, un moment d'effroi, dans la prévision d'une déchirure possible des téguments, si une nouvelle chute venait à avoir lieu. Quant aux fragments de la rotule, ils sont alors écartés l'un de l'autre de toute la largeur de la main.

Ce fait démontre le danger de l'application prématurée des appareils à fracture, l'impuissance des sangsues, de l'eau blanche animée d'eau-de-vie camphrée, des cataplasmes pour combattre l'arthrite traumatique, et d'un autre côté le bon effet des compresses trempées dans de l'eau froide après le deuxième accident. Il démontre qu'en ne mettant pas d'appareil, la guérison peut avoir lieu avec une substance intermédiaire de 3 centimètres de hauteur. Il démontre que la faiblesse consécutive à cette élongation de la rotule prédispose à la rupture du fibro-cartilage, et que cette solution de continuité, quand surtout elle est négligée, laisse après elle une infirmité incurable.

Pourrait-on ici rafraîchir, par une incision sous-cutanée, le bord libre des fragments pour en chercher la réunion directe? Outre la difficulté d'aviver les bords de la fracture, une difficulté plus grande encore se présente : la rétraction acquise du muscle extenseur.

FRACTURE EN ÉTOILE, SUITE D'UN COUP DE FEU ; EXTRACTION A L'AIDE DE NOTRE TIRE-FOND A CANULE DE LA BALLE RESTÉE ENCLAVÉE AU CENTRE DE LA ROTULE ; ISSUE DE SYNOVIE ; GLACE EN PERMANENCE AVEC ADDITION DE SEL MARIN ; GUÉRISON.

Obs. VI. — F..., garde mobile, âgé de 25 ans, de bonne et forte constitution, reçoit le 25 juin 1848, à l'attaque du Panthéon, d'où on le porte immédiatement à l'hôpital du Val-de-Grâce, une balle au genou gauche. Nous constatons avec le doigt introduit dans le trajet parcouru la présence du projectile à 1 centim. de profondeur, au centre de la rotule fracturée en étoile. Des tentatives d'extraction en faisant levier à l'aide d'un manche de spatule en fer sont infructueuses, et pour éviter de forts ébranlements, nous avons recours au tire-fond à canule par nous imaginé en Algérie, fabriqué par M. Charrière, et qui, sur notre demande, a été mis dans les caisses à amputation des ambulances de l'armée. A l'aide de ce tire-fond le plomb est extrait sans difficulté et sans secousse.

Le trou laissé par la balle livre à l'instant passage à du sang mélangé de synovie. La fracture est étoilée en trois ou quatre fragments. Quelques petites pièces d'os isolées sont retirées. Les fragments dont les pointes se dirigent vers l'articulation sont redressés, et après nous être autant que possible conformé au principe par nous formulé, à savoir, de toujours faire d'une plaie compliquée une plaie simple en la purgeant de tout corps étranger, nous avisons au moyen de soustraire l'articulation au contact de l'air. On ne peut songer aux sutures. Sans doute on pourrait dans cette vue rafraîchir les bords de la plaie tégumentaire ; mais il faut s'attendre à une arthrite aiguë, à de terribles accidents ; et d'ailleurs, par où s'échappera le pus, si toute issue au dehors lui est fermée? Nous mettons simplement dans la plaie un petit bourdonnet de charpie, et par-dessus un morceau de sparadrap adhérant exactement à la rotule. Le membre est ensuite déposé sur un plan incliné, le genou reposant sur une très-grosse éponge, presque entièrement déchirée par le milieu, afin qu'elle forme de chaque côté de l'articulation un coussin protecteur.

Ceci fait, une légère couche de charpie est placée autour du genou, et par-

dessus cette trame destinée à conduire uniformément sur tous les points tégumentaires à la fois l'effet du froid, des glaçons sont posés de plus en plus nombreux à mesure que se développe l'intensité du foyer traumatique.

Pour enlever à celui-ci une partie de ses éléments, nous prescrivons une saignée du bras de 600 grammes et un purgatif salin.

Le blessé éprouve des effets de la glace un grand bien-être; mais au bout de douze heures l'arthrite marche avec une telle vitesse que les douleurs momentanément assoupies renaissent avec violence. La tuméfaction s'accroît d'une manière notable; la chaleur devient intense au point que le blessé demande sans cesse de la glace. « *Donnez-moi de la glace plus froide*, dit-il, *celle ci est chaude.* » Interrogé sur ses sensations, il répond que son genou est brûlant; il s'agite violemment, demande qu'on lui fasse l'amputation si on ne peut le soulager. Le pouls est précipité (120 pulsations), peu développé; l'anxiété est extrême.

A l'aide d'un mélange réfrigérant de glace et de sel marin dont une couche épaisse est déposée sur la charpie qui entoure l'articulation, on procure un peu de soulagement; mais la sensation d'un fer brûlant dans le genou persiste, et en prenant pour guides uniquement les sensations du pauvre blessé nous portons la réfrigération graduellement jusqu'à 14° au-dessous de zéro. A cette limite seulement un soulagement très-notable a lieu. Au contact de la main les téguments sont froids; mais le foyer profond est si intense que le malade affirme, bien que cette médication énergique dure depuis deux heures déjà, que son genou est encore infiniment plus chaud que l'autre; il demande en grâce de continuer l'action de la glace et du sel marin. La réfrigération par la glace et le sel marin combinés de manière à avoir une température de 8° à 11° au-dessous de zéro est maintenue pendant quarante-huit heures. Le pouls est descendu à 85 pulsations; l'anxiété a disparu; l'articulation reste tuméfiée, mais peu douloureuse, bien moins brûlante. Une suppuration épaisse, douce, s'écoule de la plaie; il y a du sommeil; la soif est moins vive; en un mot l'orage est dissipé, mais il peut revenir. Nous avions prescrit la suppression du sel marin et la continuation de la glace seule; mais pendant trois jours on est obligé de revenir au sel de temps en temps, une heure environ chaque fois, afin de soutirer du calorique morbide dès que le foyer de l'incendie se ranime. A partir de cette époque, la glace seule est suffisante. On y a recours pendant vingt jours encore, en ayant soin de toujours prendre pour guides les sensations du malade. Dans les derniers jours, on supprime la glace momentanément; elle n'est plus appliquée que d'une manière intermittente quand le malade en éprouve le besoin.

Enfin le 21 juillet, vingt-six jours après la blessure, la sensation de la glace est désagréable; elle donne froid : indice certain qu'au lieu d'agir sur du calorique morbide elle soutire du calorique normal. On la supprime et on la remplace par une simple compresse trempée dans de l'eau a la température ambiante.

Le genou a diminué de volume, la peau s'est flétrie et ridée, la plaie se couvre de bourgeons charnus; deux petits éclats d'os ont été entraînés par le pus qui continue à être louable. Le pouls est descendu progressivement jusqu'à 52 pulsations; le sommeil est bon; il y a un peu d'appétit, pas de soif.

On continue à laisser le membre sur le plan incliné dans une rectitude parfaite, sans exercer autour du genou qui est libre la moindre compression.

Pour tout pansement, on se contente de placer au centre de la plaie une boulette de douce charpie qu'on recouvre d'une simple compresse humide.

Peu à peu les bourgeons surgissent vermeils et vigoureux du fond de la plaie. Ils montent les uns sur les autres et finissent par la combler. Les fragments étoilés de la fracture se réunissent par l'intermédiaire d'une substance fibro-cartilagineuse.

Après trois mois de traitement, une cicatrice de tissu inodulaire ferme la plaie qui reste déprimée. La guérison est parfaite; la rotule est plus large que dans l'état normal; les rayons de la solution de continuité présentent quelques inégalités; mais la soudure devient de plus en plus solide.

Pas d'épanchement articulaire; le genou a repris à peu près son volume normal; la seule infirmité est une fausse ankylose.

Des adhérences morbides, l'induration des tissus péri-rotuliens rendent la flexion très-limitée. Toutefois, par le massage, les douches autour du genou en respectant la rotule, les frictions à l'aide de pommades fondantes, on obtient un peu d'amélioration.

Plus tard les eaux thermales de Bourbonne sont très-efficaces, et à son retour le malade n'avait plus qu'une infirmité fort supportable. Le cal, de fibro-cartilagineux qu'il était, s'était ossifié.

Cette observation est digne d'intérêt à plus d'un point de vue.

Et d'abord, l'enclavement d'une balle au centre de la rotule constitue l'un de ces cas rares et extraordinaires que l'on rencontre quelquefois sur les champs de bataille. L'extraction du plomb à l'aide de notre tire-fond, la manière dont les réfrigérants ont été employés pour combattre l'arthrite traumatique du genou, le mode de guérison de la rotule sans autre appareil que le plan incliné, sont autant de particularités fort curieuses.

En campagne, privé d'hôpitaux sédentaires, nous avons toujours dans les cas analogues fait l'amputation, et nous ne craignons pas d'avancer que les hôpitaux seraient eux-mêmes insuffisants, malgré le précieux repos qu'ils pourraient procurer, si on n'avait à sa disposition la médication réfrigérante. Cette médication est le frein le plus puissant pour maîtriser l'inflammation traumatique. Avoir mis cette nouvelle arme aux mains des chirurgiens sera notre plus beau titre scientifique.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT COMPARÉS DES FIÈVRES RÉMITTENTES ET INTERMITTENTES DE ROME; par M. le professeur GASPARD CÉRIOLI (de Crémone).

Monsieur et très-honorable confrère,

M. le docteur Jacquot, dans sa 16e LETTRE CRITIQUE SUR L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROME, en partageant en trois grandes catégories les pyrexies, semble avoir entrepris d'enseigner aux médecins de Rome la manière de guérir promptement et à coup sûr toutes les fièvres intermittentes, rémittentes, simples ou compliquées, qui ont pour cause l'action délétère des miasmes exhalés par les marécages; et il déclare en effet, tout charitablement, à l'illustre professeur Valentini et à son école, qu'ils ne pourront sûrement traiter avec le meilleur succès les fièvres intermittentes qui accablent, en certains temps de l'année, les habitants de Rome et de la campagne, que lorsque, sortant de leur incertitude, ils administreront le quinquina même dans les fièvres rémittentes, en répudiant le browniamisme représenté par MM. Rasori et Tommasini qui ne voyant partout que diathèse asthénique, irritation, inflammation, ont l'opinion que les fièvres rémittentes sont produites par ce dernier élément, et conséquemment proposent les saignées, les sangsues, les purgatifs adoucissants, mais jamais le quinquina, « de manière qu'ils prolongent » infiniment la maladie jusqu'au point où le malade meurt quelquefois » même avant qu'on ne lui ait administré le seul spécifique nécessaire à la » guérison. »

Or c'est à M. le professeur Valentini de répondre à M. le docteur Jacquot et à repousser la tache d'indécision à administrer les préparations de quinquina dans les fièvres rémittentes dont il fut injustement accusé; et c'est d'autre côté à M. le docteur Alfreduzzi de se plaindre du tort que lui fait le même médecin français, en déclarant que le diagnostic est inconnu à Rome, et que pour cela les médecins de cette ville administrent le quinquina dans toutes les fièvres qu'ils appellent nerveuses, groupe hétérogène, comprenant les fièvres causées par les miasmes des marécages et les affections de toute autre nature.

Et c'est à moi, de concert avec l'illustre professeur Tommasini, de prouver que si cet illustre clinicien décida que c'était une grave erreur de confondre les fièvres continues rémittentes avec les intermittentes, erreur non-seulement de pathologie, mais aussi de pratique, il n'a pas déclaré par là suivre la doctrine de Brown; au contraire, car déjà il avait combattu les idées du réformateur écossais et de ses partisans, quand ceux-ci rapportaient à une seule diathèse, c'est-à-dire à l'asthénique, les fièvres intermittentes périodiques, et méprisant les principes de pathologie et de thérapeutique sur ces affections, se gardaient bien de faire usage des saignées et autres moyens débilitants, et outre le quinquina proposaient l'opium, le vin et tous les excitants.

Et il est à propos ici d'observer que Brown était d'avis que presque toutes les affections fébriles et non fébriles avaient un caractère d'asthénie, pendant que le clinicien de Parme a cherché à démontrer que les fièvres vraies et continues ayant un caractère phlogistique et dérivant d'une inflammation, ne pouvaient être soignées qu'avec des remèdes débilitants; c'est donc pourquoi il enseignait qu'il était nécessaire d'employer aussi la même méthode pour les fièvres rémittentes qui sont causées par une telle inflammation des bronches, de la matrice, du mésentère et des autres viscères, d'où il résulte, et cela ne surprendra personne, que, dans le cas où l'inflammation a profondément attaqué l'organisme, la méthode, quoique très-adoptée, loin de guérir dans ce cas, est, on le voit, incapable d'empêcher que la maladie n'ait une triste fin.

L'illustre clinicien de Parme, dans son livre sur les affections fébriles et non fébriles, p. 507 et suiv., a traité très-clairement de ces fièvres rémittentes rebelles à toutes méthodes de traitement, mais il ne parle pas de celles que le docteur Jacquot considère comme ayant un degré d'empoisonnement plus fort qu'il ne faut pour causer la fièvre intermittente; le professeur Tommasini ne parle pas de fièvres rémittentes, parce qu'en Lombardie, sauf quelques rares exceptions, les fièvres intermittentes, appelées *légitimes* par le docteur Ottaviani, ne sont pas toujours causées par les miasmes des marécages, mais comme le docteur Jacquot ne peut l'ignorer, sont bien souvent la conséquence plus ou moins directe des fréquentes variations thermométriques et barométriques. Ainsi le célèbre professeur Tommasini considérait ces fièvres intermittentes qui naissent dans les pays où l'on respire un air pur et serein, ces fièvres que le docteur Gulbue a vues se développer sur les sains et robustes montagnards de l'Écosse, celles que le docteur Zimmermann observa dans la Suisse, et celles que le célèbre Pierre Franck observait dans les jeunes gens forts et robustes, et

rapportait aux synoques intermittentes vernales; dans le traitement desquelles Senac recommandait la diète aqueuse, Borgerie l'usage du nitre, les médecins allemands les acides et les poudres résolvantes; tandis qu'il serait dangereux de faire usage du quinquina, et cela d'après le témoignage de Van Swieten, de Ramazzini et de Hufeland, et que dans ces fièvres le sang tiré des veines est couenneux, comme l'attestent non-seulement Sénac, mais aussi Vogel, Langrixk, Selle et beaucoup d'autres, qui ne représentent certainement pas le brownianisme, auquel fait tant de reproche M. le docteur Jacquot.

Le professeur Tommasini n'a donc pas transigé avec sa théorie quand, dans le traitement des fièvres rémittentes ou intermittentes non pernicieuses, guidé par une pratique raisonnée et circonspecte, il cherchait, avec les désobstruants, les purgatifs, etc., à se rendre maître des complications morbifiques des viscères, avant de détruire la périodicité par le moyen du précieux spécifique, complications morbifiques qui auraient pu, comme il arrive assez souvent, causer de continuelles et de dangereuses conséquences pour les malades. Il n'a pas transigé avec sa théorie, mais rendu un service à la thérapeutique, lorsque, considérant le fait des affections périodiques intermittentes, il déclare qu'elles ne peuvent être le résultat d'une diathèse, d'une inflammation ou d'un procès morbifique continuel, mais bien celui d'une cause mystérieuse, de même qu'est mystérieuse l'action intérieure de l'écorce péruvienne et de ses préparations. Et comme le docteur Jacquot entreprenait de faire disparaître toutes complications dans les fièvres rémittentes, etc., avec embarras gastrique, par l'usage de l'ipécacuanha, mêlé quelquefois au calomélas et quelquefois au tartre stibié, ainsi l'illustre clinicien de Parme enseignait qu'on devait, dans le traitement de beaucoup de ces fièvres, préférer et joindre au quinquina les vomitifs et les antiphlogistiques, et en d'autres cas, les remèdes récréatifs et stimulants, comme le vin, l'éther, l'opium et ses préparations.

C'est donc pourquoi l'on peut justement conclure que si les médecins de Rome, dans le traitement des fièvres rémittentes, manquent à l'attente de M. le docteur Jacquot, les préceptes de Rasori et de Tommasini n'en sont pas la cause, et l'on peut supposer que probablement il ne les aurait pas condamnés s'il les avait étudiés dans le livre, déjà cité, de M. le professeur Tommasini. En outre, tous les praticiens ne seront pas de l'avis de M. le docteur Jacquot, quand il soutient qu'à Rome les fièvres rémittentes ne sont pas traitées convenablement et avec conscience; car une telle supposition, en diminuant la bonne réputation des médecins de cette ville, aurait une conséquence absurde, mais inévitable, c'est-à-dire que, continuellement en présence de ces fièvres, ils n'auraient pu en connaître la nature ni le meilleur traitement, et que, faute d'expérience, ils auraient besoin de recourir aux études des médecins étrangers à leur pays.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(Suite et fin.)

IV. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les numéros du dernier semestre 1852 et du premier trimestre 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Ectrophie vaginale complète de la vessie et de l'utérus, survenue accidentellement et guérie au moyen d'une opération chirurgicale*; par M. Sanchez Toca. 2° *Grossesse gémellaire, hydrométrie, bassin oblique ovalaire, inertie de la matrice; trois applications de forceps au détroit supérieur, hémorrhagie, compression de l'aorte; seigle ergoté, métrite, phlegmasia alba dolens; guérison*; par M. Lauriol. 3° *Des eaux thermales considérées sous le rapport de leurs propriétés physiques et de leur position géologique*; par M. Marcel de Serres. 4° *Anévrisme de l'arcade de l'aorte avec érosion de la première côte et du sternum*; par Scarpa. (Traduction de M. Caharet.) 5° *Luxation des deux condyles de la mâchoire inférieure; réduction deux mois après*; par M. Chrestien. (Réduction difficile obtenue par l'emploi du dilatateur de M. Stromeyer.) 6° *De la gastro-entérite varioleuse*; par M. Bayard. 7° *Considérations sur les forces naturelles*; par M. Marié Davy. 8° *De l'analyse physiologique*; par M. Courty. 9° *Histoire d'un fœtus acéphale qui a vécu neuf heures*; par M. Lauriol. 10° *Pathologie médicale selon la doctrine de Montpellier*; par M. Alquié. 11° *De l'opportunité de l'opération du cancer*; par M. Barthez.

ECTROPHIE VAGINALE COMPLÈTE DE LA VESSIE ET DE L'URÈTRE, SURVENUE ACCIDENTELLEMENT ET GUÉRIE AU MOYEN D'UNE OPÉRATION CHIRURGICALE; par M. SANCHEZ TOCA.

L'opération que M. Toca a habilement exécutée d'après les procédés perfectionnés par M. Jobert était le seul remède capable de faire cesser un état aussi déplorable que celui dont on va lire la description. Quoique le résultat n'en ait pas été aussi complétement satisfaisant qu'on l'eût pu désirer, le fait n'en doit pas moins être considéré comme l'un de ceux qui témoignent le plus hautement des progrès réalisés par la chirurgie espagnole contemporaine.

OBS. — Une dame de bonne constitution fut atteinte, à l'âge de 32 ans, de douleurs aiguës au col de la vessie, avec rétention incomplète d'urine.

En mars 1848, on s'assura, par le cathétérisme, de la présence d'un calcul vésical.

Le 16 du même mois, on pratiqua l'extraction d'un calcul de 3 onces, par une incision faite, non-seulement au bas-fond de la vessie, mais comprenant aussi la paroi postérieure de ce réservoir, ainsi que l'urètre. Depuis lors, elle ne cessa d'éprouver une incontinence d'urine qui la gênait extrêmement.

M. Toca l'ayant examinée le 2 janvier 1849, trouva que la vessie et l'urètre, confondus avec le vagin, formaient une seule grande cavité, les bords de l'incision faite en premier lieu s'étant retirés de chaque côté. Ces bords avaient donc disparu, et il ne restait que deux petits éperons ou débris de la cloison, ayant 2 ou 4 lignes de largeur et 5 ou 6 de longueur, placés à droite et à gauche du col de l'utérus, et limitant deux espèces de sinus ou de petits ventricules qui correspondaient à l'ouverture des uretères.

M. Toca entreprit, le 9 février, de remédier à cet état par une opération. Un spéculum à deux valves permit à la pince de Museux d'aller saisir le col utérin qu'elle amena peu à peu jusqu'à la vulve, pendant qu'on retirait le spéculum. Une seconde pince de Museux l'assujettit dans cette situation, qui mit parfaitement en vue la partie antérieure de la cavité vaginale.

L'opérateur saisit alors, avec une pince à disséquer, la cicatrice linéaire placée entre les muqueuses vaginale et vésicale; et en tirant sur elle, d'abord à droite, puis à gauche, la transforma en un pli ou rebord saillant qu'il traversa, d'une muqueuse à l'autre, par des aiguilles chargées de fils de soie de différentes couleurs. On plaça sept points de sutures comprenant dans leurs anses, non-seulement la cicatrice, mais encore une certaine épaisseur de tissus sains.

Cela fait, on rafraîchit successivement toute la cicatrice, à droite, puis à gauche, au moyen de pinces et d'un bistouri boutonné. Alors les chefs supérieurs ou antérieurs des anses d'un côté furent tous noués chacun avec le chef correspondant de l'anse de même couleur du côté opposé. Tirant ensuite par l'un des chefs inférieurs devenus externes, on entraîna au dehors, à travers les tissus, le nœud qui les unissait; les deux bords de la division restèrent ainsi compris dans une seule anse de soie. Les autres anses, devenant inutiles, furent détachées. On noua enfin par un nœud double les chefs, après avoir placé une sonde dans la vessie. — Quatre nouveaux fils durent, pour mieux assurer la réunion, être mis entre les intervalles trop larges des précédents.

Le dernier temps consista à pratiquer à droite et à gauche deux incisions parallèles à la suture et comprenant la muqueuse et le tissu dartoïde du vagin; elles favorisèrent efficacement le rapprochement exact et complet des lèvres de la plaie.

Dès que l'opération eut été terminée, la vessie commença à retenir l'urine; mais quelquefois cependant, lorsque l'évacuation de ce liquide par la sonde était interrompue, la malade éprouvait des douleurs très-aiguës.

Le 13, on enleva la sonde et on la remplaça.

Le 16, on coupa les points de suture avec des ciseaux longs et fins, ce qui constitua une manœuvre laborieuse et difficile.

Jusqu'au cinquante-sixième jour, la malade resta au lit couchée, en pronation, sans qu'il sortît d'urine par la cicatrice, si ce n'est quelques gouttes qui tachaient à peine le linge et séchaient par la seule chaleur du corps.

Le 30 mars, l'opérée se leva et commença à faire des injections dans le vagin avec de l'eau alumineuse.

Le 15 avril, on remarqua que l'urine sortait depuis cinq jours un peu plus abondamment par la fistule. On toucha la plaie avec le nitrate d'argent, et l'on prescrivit un repos de douze jours.

Dans un dernier examen fait avant son départ, on reconnut que toute la ligne de la cicatrice était unie et solide, à l'exception de deux points siégeant, l'un au niveau du méat urinaire, l'autre vers la jonction du col de la vessie et du commencement de l'urètre.

Le 18 novembre, on fit une suture circulaire pour oblitérer cette dernière fistule, qui persistait.

A la date du 3 avril 1851, on a appris que la malade retient ses urines pendant une heure et demie, mais qu'elle ne peut résister longtemps dès qu'elle sent le besoin de les rendre. Il s'en écoule un peu lorsqu'elle tousse ou rit aux éclats.

V. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros de janvier, février et mars 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Du courant galvanique opposé à la contraction*

musculaire; par M. Wolf. 2° *De la périostite rhumatismale*; par M. Hecht. 3° *Observation de polype du larynx*; par M. Tourdes. 4° *De l'hydrocèle spermatique*; par M. Sédillot. 5° *Deux cas d'opération césarienne, suivie de la mort des opérées; enfants sauvés*; par M. Stoltz. (Premier article.) 6° *Observation de gastrostomie*; par M. Sédillot.

OBSERVATION DE POLYPE DU LARYNX; par M. TOURDES.

Cette observation n'est qu'un exemple de plus à ajouter à la série de ceux si savamment colligés dans l'instructive monographie de M. Ehrmann. C'est aussi, malheureusement, un cas fatal, qui confirme le pronostic sinistre porté sur l'issue commune de cette redoutable affection; mais elle montre également combien l'opération de la trachéotomie serait indiquée dans un cas semblable.

OBS. — Un enfant de 7 ans, lymphatique, d'une constitution faible, affecté de goître et portant quelques traits du crétinisme, entra à l'hospice des Orphelins de Strasbourg. Des renseignements qui ne parvinrent qu'après son décès apprirent qu'il était sujet depuis quelque temps à des accès de suffocation.

Bientôt après son admission, il fut pris d'accès de toux très-violents avec menace de suffocation. Le 16 novembre M. Tourdes le vit pour la première fois. Il montrait une vive anxiété; par moment l'asphyxie semblait imminente; la respiration était alors bruyante, sifflante, convulsive, accompagnée d'une toux rauque; l'expiration paraissait beaucoup plus pénible que l'inspiration.

Entre les accès il y avait toujours dyspnée, voix rauque, altérée; toux assez fréquente, sifflante et enrouée, sans expectoration. Pas de fausse membrane visible dans l'arrière-bouche. La compression du larynx n'était pas douloureuse. Pas de ganglions cervicaux engorgés. Peau chaude; circulation très-accélérée.

Un corps étranger dans les voies aériennes, le croup, durent successivement être éliminés, rien n'en confirmant l'existence. Par exclusion on arrivait à soupçonner un polype du larynx. La trachéotomie proposée ayant été jugée contre-indiquée par MM. Rigaud et Wieger, elle ne fut pas exécutée. On employa des vomitifs à doses fractionnées et la cautérisation aussi directe, aussi profonde que possible, ainsi que des insufflations d'alun.

Les accès allèrent en redoublant de fréquence et d'intensité. Une pleurésie double s'ajouta à l'affection première, et le petit malade succomba le 24 novembre.

A l'autopsie on constata qu'une tumeur rougeâtre, assez molle, bosselée, ayant le volume et la forme d'une fraise aplatie, occupait le ventricule gauche du larynx et s'étendait sur les cartilages aryténoïdiens jusqu'au ventricule droit qui était intact. La partie postérieure et latérale gauche de la glotte était fermée par ce polype qui occupait environ les trois quarts de son ouverture. Cette tumeur adhérait au larynx par une très-large base.

Les glandes thyroïdes étaient très-développées et se rejoignaient en avant sur la trachée-artère. Une couche épaisse de fausses membranes, molles et albumineuses, tapissait les deux plèvres; le tissu pulmonaire n'offrait que de l'engouement; les bronches contenaient une grande quantité d'écume. La muqueuse aérienne était saine.

Les détails de l'autopsie prouvent que la trachéotomie aurait évidemment sauvé le petit malade, ou du moins prolongé ses jours. Il est permis de supposer que si l'on avait connu à temps les antécédents, le diagnostic eût acquis par là une évidence suffisante pour que cette opération ne trouvât plus de contradicteurs; mais en l'absence de tout commémoratif, les symptômes laissaient des doutes. Si l'on consulte, en effet, les différentes observations de polype du larynx qui ont été publiées, on voit qu'il n'existe aucun caractère pathognomonique, et que c'est la marche de la maladie, sa durée, ainsi que le développement graduel des accidents, qui ont toujours fourni les signes décisifs.

DE L'HYDROCÈLE SPERMATIQUE; par M. SÉDILLOT.

L'existence de l'hydrocèle spermatique ne saurait être mise en doute, dit l'auteur, et cette variété nouvelle doit prendre rang dans l'histoire pathologique des tumeurs des bourses.

La dénomination d'*hydrocèle spermatique* est celle qui convient le mieux à cette maladie, en raison de la nature de l'affection (tumeur liquide des bourses) et de l'impossibilité dans le plus grand nombre des cas de la distinguer nettement des hydrocèles ordinaires.

La cause de ces hydrocèles paraît devoir être attribuée à la rupture d'un ou de plusieurs canaux efférents du testicule. (M. Sédillot l'a vu se développer au moment où l'individu, dans un violent état de paroxysme génital, avait fait un effort suprême pour empêcher l'acte de s'accomplir entièrement.)

La présence d'un kyste, primitivement développé autour du produit épanché, explique la difficulté du traitement.

Toutes les fois que le liquide des hydrocèles sera lactescent, il faudra l'examiner au microscope et en noter avec le plus grand soin tous les caractères particuliers pour arriver à découvrir quelques symptômes nouveaux et pathognomoniques de cette espèce d'hydrocèle, qu'une ponction exploratrice peut seule faire aujourd'hui reconnaître.

Le pronostic sera très-réservé dans tous les cas d'hydrocèles spermatiques, en raison de la fréquence des récidives et de la persistance d'une partie de la tumeur.

Le traitement aura pour principale indication de provoquer l'inflammation énergique et même un commencement de suppuration dans l'intérieur du kyste spermatique pour en déterminer l'oblitération.

OPÉRATION CÉSARIENNE, SUIVIE DE LA MORT DE L'OPÉRÉE; ENFANT SAUVÉ; par M. STOLTZ.

Quoiqu'elle ait été suivie de la mort de la mère, cette opération n'en est pas moins digne de l'attention des praticiens. Outre les détails intéressants qu'elle contient sur le développement de l'ostéomalacie, l'observation de M. Stoltz est surtout une preuve de la nécessité où l'on se trouve parfois, dans le cas de bassin très-rétréci, de faire l'opération césarienne, même dans l'intérêt de la mère, qui ne pourrait pas être délivrée autrement, fût-ce par l'embryotomie.

OBS. — Une femme de 37 ans a déjà eu cinq couches faciles, mais d'enfants qui sont morts très-jeunes et rachitiques. Dès après sa première couche, elle éprouva des douleurs de membres, qu'on qualifia de rhumatismales, mais qui s'exaspérèrent pendant la cinquième grossesse, au point que, durant les quatre derniers mois, elle ne pouvait plus sortir ni même marcher dans la chambre sans se soutenir aux meubles.

Elle se rétablit incomplétement après l'accouchement; mais au bout d'un an elle eut des douleurs dans tout le corps par suite de l'habitation d'un logement humide. Pendant près de deux ans elle ne put plus sortir, et fut obligée de rester couchée ou assise.

En 1846, elle se rendit à Baden, dont les eaux très-alcalines consolidèrent sa charpente osseuse, à tel point que, en en revenant, elle put marcher. Mais elle resta le corps incliné légèrement vers le côté droit; et l'on remarquait qu'elle était devenue plus petite qu'avant sa maladie.

Une sixième grossesse étant survenue vers le mois de novembre, la maladie ne revint pas pendant sa durée. Elle arriva heureusement à terme et commença à sentir les douleurs le 14 août 1846. Elles s'interrompirent, puis reparurent le 17. Le travail n'avançant point, M. Stoltz fut appelé le 20. Le doigt arrivé à la hauteur du détroit supérieur distinguait facilement l'étroitesse de l'arcade pubienne. En avant, il se trouvait serré entre les deux corps des pubis; sur les côtés, les branches horizontales de ces os faisaient une saillie dans l'aire pelvienne. En arrière, on atteignait aisément l'angle sacro-vertébral. La tête du fœtus était élevée et fortement appuyée sur le détroit supérieur sans y faire la moindre saillie.

Concluant de cet examen qu'il avait affaire à une étroitesse absolue du bassin, M. Stoltz reconnut que, même en mutilant son enfant, d'ailleurs encore bien vivant, on ne pourrait pas délivrer cette femme par les voies naturelles. Il proposa, en conséquence, l'opération césarienne, qui fut acceptée et exécutée de suite par une incision sur la ligne médiane. Aucun accident ne vint en compliquer l'exécution; on apporta une attention scrupuleuse à ce qu'il ne s'épanchât pas de sang dans la cavité péritonéale. L'enfant fut extrait; il était moyennement développé, respira immédiatement et, peu d'instants après, jeta des cris. On appliqua quatre points de suture à la plaie des parois abdominales.

Tout s'annonça d'abord bien; mais au bout de vingt-quatre heures, la malade devint inquiète, agitée; les extrémités se refroidirent; malgré l'administration de stimulants diffusibles, le pouls devint petit, s'éteignit enfin peu à peu, trente-quatre heures après l'opération.

A l'autopsie, on ne trouva de traces ni de péritonite, ni d'hémorrhagie. La malade avait probablement succombé à un épuisement nerveux.

La portion lombaire du rachis est fortement inclinée à droite. L'affaissement, le presque effacement de l'aile droite du sacrum, et la presque oblitération du trou sacré antérieur de ce côté en ont été la conséquence.

Les second et troisième trous sont aplatis de haut en bas et ont la forme de boutonnières. La grande aile gauche du sacrum est au contraire plus large et presque plane. Néanmoins, comme dans tous les bassins ostéomalaciques, la moitié supérieure du sacrum est affaissée sur l'inférieure et cette dernière est très-recourbée et saillante en dehors et en arrière.

Les os iliaques sont peu déformés. Le détroit supérieur a la forme d'un cœur de carte à jouer, très-resserré vers sa pointe et très-échancré à sa base (chapeau à trois cornes), un peu plus évasé à gauche qu'à droite. Le diamètre sacro-cotyloïdien droit, pris à l'endroit le plus large n'a que 4 centimètres et demi; le gauche, 5 centimètres. Le diamètre transverse, immédiatement au devant de l'angle sacro-vertébral, 7 centimètres. Du milieu de l'angle sacro-vertébral à la partie supérieure de la symphyse pubienne, 7 centimètres. Les diamètres diagonaux ordinaires, 10 centimètres.

Le détroit inférieur est rétréci dans les mêmes proportions. L'arcade pubienne n'offre que 3 centimètres d'ouverture. D'une tubérosité sciatique à l'autre, il n'y a que 6 centimètres: de la pointe coccygienne à la partie inférieure de la symphyse, 8 centimètres.

VI. JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.

Les numéros de janvier, février et mars 1853 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Études et observations obstétricales*; par M. Passot. 2° *Extraction d'un corps étranger introduit dans le canal de l'urètre*; par

M. Barrier. 3° *Sirop de feuilles de frêne*; par M. Mouchon. 4° *Note sur les maladies régnantes*; par M. Girin. 5° *Thérapeutique des maladies des articulations*; par M. Bonnet. (Extrait de l'ouvrage que l'ingénieux et savant chirurgien de Lyon vient de publier sous ce titre.) 6° *Note sur la thoracentèse dans la pleurésie aiguë avec épanchement considérable*; par M. Bouchet.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 27 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

SUR LE PIAN, MALADIE DES RÉGIONS TROPICALES.

M. Guyon présente à l'Académie une note sur le pian, maladie des régions tropicales. A cette note sont joints trois dessins coloriés représentant la figure entière, le tronc et la tête d'un nègre du Soudan, affecté du pian. Voici cette note :

Le pian ou yaw est, comme on le sait, une maladie éruptive, qui consiste en des pustules assez semblables, pour la forme et pour la couleur, au fruit du framboisier, et de là le nom de *frambæsia* sous lequel elle a été décrite par les nosologistes.

L'état encore peu avancé de nos connaissances sur cette maladie tient à ce que, aux Antilles, les médecins ont rarement occasion de la voir, son traitement y étant abandonné à des nègres connus sous le nom de *panseurs de pian*, comme ceux chargés du traitement de la morsure des reptiles le sont sous celui de *panseurs de serpents*. Le traitement employé par les *panseurs de pian* n'est pas le même pour tous. Cependant la plupart administrent un *decoctum* de salsepareille et de sulfure d'antimoine. Quelques médecins appelés à traiter le pian lui ont opposé, et à ce qu'ils croient avec avantage, des mercuriaux joints à des tisanes de gaïac et de salsepareille. Du reste, quel que soit le traitement employé, sa durée est ordinairement de quatre à cinq mois.

Le pian ou yaw passe aux Antille pour être contagieux et transmissible par la génération. Sa transmissibilité par inoculation nous semble démontrée par deux faits rapportés à la suite de cette note.

Les premiers navigateurs qui abordèrent dans les régions tropicales de l'Amérique, y trouvèrent le pian, tant parmi les Indiens continentaux que parmi les insulaires; plus tard il y fut également observé sur les nègres provenant des contrées tropicales de l'Afrique par voie de la traite. Cette même voie le portait de temps à autre en Algérie, avant l'occupation française de ce pays, où nous avons eu occasion d'en voir des traces sur des nègres de Tombouctou et du Bournou. Nous en avons même rencontré des cas dans ce même pays, et sur des nègres qui y étaient nés et sur des indigènes, Maures, Kabyles et Arabes, qui n'en étaient jamais sortis.

En Algérie, les *tebib* ou médecins indigènes considèrent le pian comme une sorte de syphilis, et ils le traitent comme telle. La base de ce traitement consiste principalement dans une diète de quarante jours, diète sous l'influence de laquelle le mal disparaît; mais il ne tarde pas à se remontrer dès que le sujet reprend de l'alimentation. D'où nous devons conclure que l'apparente guérison du pian ou yaw, produite par la diète dont nous parlons, n'est qu'un phénomène qui se rattache au retrait de toutes les parties molles, à l'amaigrissement général, en un mot, qu'on observe en même temps chez l'individu.

(Comm. : MM. Serres, Magendie et Rayer.)

EMPLOI SIMULTANÉ DE L'IODURE POTASSIQUE INTÉRIEUREMENT ET LA SOLUTION D'IODE EXTÉRIEUREMENT.

M. Crosell adresse de Saint-Pétersbourg une note sur ce sujet.

L'auteur fait remarquer que chacun de ces deux médicaments a été employé isolément de la manière indiquée, mais qu'il croit être le premier à les avoir employés simultanément; il ajoute que l'expérience a pleinement confirmé les espérances qu'il avait conçues de ce mode de traitement, et entre dans quelques détails destinés à guider les médecins praticiens qui voudraient répéter ces essais.

— M. le ministre de l'intérieur invite l'Académie à lui faire connaître le jugement qu'elle aura porté sur les procédés mis en usage par M. Baudelocque dans le traitement de la surdité congéniale.

La commission qui a été nommée à cet effet, à l'occasion de deux communications successives de M. Baudelocque, est invitée à se mettre le plus promptement possible en mesure de faire son rapport à l'Académie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le ministre du commerce transmet des rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales de Cambo-Biarrits et des eaux chaudes (Basses-Pyrénées) sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1852; de M. Tailhade sur les eaux de Capvern, Hautes-Pyrénées); de M. Privat sur les eaux de Lamalou (Hérault); de M. Mistlès sur les eaux de Chatennis (Bas-Rhin); de M. Bnissard sur les eaux de Lamotte (Isère); de M. Lebret sur les eaux de Balaruc (Hérault); de MM. Chevalier et Roussel sur les eaux de Bagnols et de Lachaldette (Lozère).

M. le ministre de l'instruction publique transmet :

1° Un travail imprimé de M. Barracano sur le choléra;

2° Un mémoire de M. Apostolides sur la ligature des artères;

3° Une lettre de M. Ledoré relative à un traitement du croup. (Comm. : MM. Louis, Grisolle, Requin.)

— M. Fumey, de Cuiseaux (Saône-et-Loire), adresse un mémoire sur la variole et la vaccine. (Comm. de vaccine.)

— M. Szokalski (de Savigny-sous-Beaune) communique la relation d'un cas d'extraction de l'orbite d'un fragment de bois long de 2 pouces et demi. (Com.: M. Huguier.)

— M. Dutrouleau, médecin en chef de la marine à la Guadeloupe, adresse un nouveau mémoire sur la fièvre jaune observée à Saint-Pierre (Martinique) pendant les derniers mois de l'année 1852. (Comm. : MM. Louis, Londe et Gérardin.)

SUR L'ORGANISATION ET LES AFFINITÉS DES LIMNANTHÉES ET DES TROPÉOLÉES.

M. Chatin, candidat pour la section d'histoire naturelle médicale, lit un mémoire sur l'organisation et les affinités des limnanthées et des tropéolées; analogies médicales et différences botaniques entre les limnanthées, les tropéolées et les crucifères.

L'auteur résume son mémoire par les conclusions suivantes :

1° *a.* L'organisation des limnanthacées les éloigne des géraniacées et des tropéolées, avec lesquelles les botanistes les ont jusqu'à ce jour réunies; elle les rapproche, au contraire, des coriariées, près desquelles elles doivent former une famille distincte.

b. L'organisation des tropéolées les éloigne des géraniacées (et des limnanthacées) avec lesquelles on les a généralement confondues. Cette organisation les rapproche des hypocastanées et surtout des malpighiacées, près desquelles elles doivent constituer une famille distincte.

2° *a.* La loi développée par de Candolle sur les rapports qui existeraient entre les analogies médicales et les analogies botaniques offre deux séries générales d'exception, savoir : 1° d'un des groupes très-naturels, tels que les ombellifères, les renonculacées, helléborées, les légumineuses, papilionacées, etc. Des espèces ont des propriétés contraires à celles du type. 2° On trouve des propriétés analogues ou des principes semblables chez les plantes appartenant à des familles très-éloignées les unes des autres dans la série végétale. C'est ainsi que la caféine existe dans les rubiacées et les caméliacées, la saponine dans les caryophyllées, les sapindacées, les hypocastanées, les smilacées, etc.

b. Les limnanthacées se rapprochent des crucifères par leur saveur piquante, pas leur essence azotée, sulfurée, et par leurs propriétés antiscorbutiques; elles s'en éloignent beaucoup, au contraire, par leur organisation.

Le limnanthes Douglasii (R. Br.) est le succédané du cresson, qu'il est appelé à remplacer, en une certaine mesure, par la facilité avec laquelle on peut le cultiver dans les lieux non inondés, dans les jardins notamment, où la plante a été introduite depuis quelques années pour la beauté de ses fleurs.

c. Les tropéolées (capucines) se rapprochent des crucifères par leur saveur piquante, par leur huile volatile azotée sulfurée et par leurs qualités antiscorbutiques; leur organisation les en éloigne cependant beaucoup.

Les limnanthacées et les tropéolées offrent entre elles les analogies médicales les plus grandes, en même temps que les différences botaniques les plus tranchées.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur les conclusions du rapport de M. Bouchardat sur un mémoire de M. Berthé, relatif à la composition chimique des huiles de foie de morue et de raie, et à une préparation d'huile iodo-phosphorée.

HUILES DE FOIE DE MORUE ET DE RAIE; HUILE IODO-PHOSPHORÉE.

M. H. Gaultier de Claubry présente quelques observations critiques sur la préparation proposée par M. Berthé et sur le rapport lui-même, sa principale critique porte sur ce qu'il n'est pas exact que l'huile de foie de morue renferme du phosphore libre, ainsi que le prétend l'auteur du mémoire: tout le phosphore contenu dans l'huile de morue s'y trouve à l'état de phosphate. M. Gaultier de Claubry termine en exprimant la crainte que si l'Académie donnait son approbation à cette préparation, elle n'eût à regretter plus tard l'abus qu'on en pourrait faire.

M. Soubeiran répond aux critiques de M. Gaultier de Claubry, particulièrement en ce qui concerne la présence du phosphore libre dans l'huile de foie de morue, dont il voit la preuve dans la présence de cette substance au milieu des produits de la distillation.

M. Guibourt exprime les mêmes craintes que M. Gaultier de Claubry à l'égard de l'usage qui pourrait être fait par la suite de l'approbation de l'Académie. Il ne lui paraît pas du tout démontré d'ailleurs que l'huile iodo-phosphorée puisse remplacer l'huile de foie de morue; et il croit même que l'usage de cette préparation ne doit pas être exempt d'inconvénients.

M. Bouvier a employé l'huile iodo-phosphorée de M. Berthé, quand il était chargé du service des scrofuleux à l'hôpital des Enfants, et il n'a pas constaté les inconvénients qu'on vient de signaler.

M. Bouchardat : La commission n'a nullement prétendu que l'huile iodo-phosphorée, pas plus que l'huile iodée, puisse remplacer l'huile de foie de mo-

rue. Le produit obtenu par M. Berthé est-il utile? Là est toute la question. Il pense qu'il y aurait de l'injustice à ne pas remercier M. Berthé et à méconnaître ce qu'il a fait d'utile en consacrant deux années de travail assidu à des recherches d'analyse sur les huiles de foie de morue et les huiles iodées.

M. Gibert, comme MM. Gaultier de Claubry et Guibourt, ne voudrait pas qu'on donnant une approbation à cette préparation, on s'exposât à en voir faire un abus, ainsi que cela a été fait pour l'huile iodée. Il n'est pas vrai que les huiles iodées puissent remplacer les huiles de foie de morue, et il voudrait que cela fût très-expressément dans le rapport.

M. Bouchardat ne se refuse nullement à ce que cette opinion, qui est la sienne, soit exprimée dans le rapport, et il consent à l'y introduire.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

La conclusion du rapport consistant à proposer qu'il soit adressé une lettre de remercîments à l'auteur est également mise aux voix et adoptée.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre la lecture des conclusions du rapport sur la vaccine.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie chirurgicale, ou de l'anatomie dans ses rapports avec la pathologie externe et la médecine opératoire; par M. Jarjavay. — Premier volume. — Paris, 1852; chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le devoir de dire notre impression sur cet ouvrage nous a placé, nous n'hésitons pas à l'avouer, dans un singulier embarras. Fruit soigneusement mûri des études de prédilection d'un travailleur sérieux et intelligent, représentant presque officiellement les tendances actuelles et les découvertes les plus récentes de l'école de Paris, approuvé déjà par les organes principaux de la presse médicale, nous l'avions parcouru avec une préoccupation tout particulièrement favorable, lorsque nous nous aperçûmes que beaucoup des sujets qu'on s'attend à rencontrer dans un traité de ce genre, qui en forment le fond obligé, la substance essentielle, y étaient à peine effleurés. En y regardant de plus près, en lisant au lieu de feuilleter, la cause de notre surprise s'est expliquée. L'auteur a son ordre à lui : il envisage l'anatomie chirurgicale sous deux aspects distincts, et dans le premier volume, le seul publié jusqu'ici, il n'en considère qu'un. Il y aurait donc injustice à vouloir apprécier définitivement aujourd'hui une œuvre qui ne pouvait être, qui n'est qu'ébauchée; et sans faire à l'auteur une excuse plénière de ses promesses pour l'avenir pour ses omissions actuelles, nous devons purement et simplement examiner ce que nous avons, à présent, de lui sous les yeux.

Et d'abord, c'est d'une anatomie exclusivement *chirurgicale* qu'il est question dans ce traité. Renonçant volontairement à continuer l'utile réforme ouverte dans ce sens par l'un de ses plus méritants devanciers, par M. Pétrequin, l'auteur ne s'est point proposé d'exploiter le point de vue *médical* proprement dit. Certes, il avait le droit de limiter, comme il l'entendait, le cadre de ses recherches; mais la critique, si elle n'est pas autorisée à lui en faire un reproche, peut bien toutefois exprimer le regret qu'il ait négligé les déductions si utiles, si pratiques à tirer, sous ce rapport, de l'étude des organes et des appareils considérés d'un coup d'œil d'ensemble. Nous le déplorons d'autant plus fortement que cette partie de la description nous semble receler encore des côtés inexplorés, et que M. Jarjavay était bien homme à en faire jaillir d'utiles et intéressantes notions. Nous le disons sans compliment : car si l'éloge s'adresse à l'auteur, la prévision serait surtout justifiée par le plan qu'il a choisi.

Ce qu'il y a, en effet, de nouveau dans l'ouvrage de M. Jarjavay, c'est que, au lieu de faire comme ses prédécesseurs exclusivement de l'anatomie de *plans*, de *couches*, de *régions*, il envisage d'abord les *divers appareils* qui constituent le corps humain. Cette division physiologique a un avantage saillant; elle permet de réunir des corollaires de pathologie et de thérapeutique, qui, non-seulement seraient isolés, disséminés, mais qui n'auraient même pas pu prendre naissance sans le secours de cette classification. On peut ainsi embrasser l'évolution naturelle de toute une maladie; car c'est souvent par son extension successive aux différentes parties d'un même système d'organes qu'elle mérite le plus de fixer l'attention du médecin. Il est beaucoup de régions où l'ordre inverse, l'ordre topographique n'engendrerait que confusion et désappointement, obligerait notamment l'écrivain d'abandonner une conséquence au moment où elle s'offre le plus naturellement à son esprit, au moment où elle serait présentée avec le plus d'avantages pour le lecteur. Ne se trouverait-il pas, par exemple, désorienté en se voyant forcé de passer sans transition de l'étude de l'organe le plus complexe, le plus intéressant, à la sèche description d'un muscle, d'un ligament, par cela seul qu'ils sont voisins l'un de l'autre? Et comme le remarque avec raison M. Jarjavay, quel rapport existe-t-il entre l'œil comme appareil de la vision et le squelette constituant les parois de l'orbite? En quoi la kératite, la conjonctivite, l'iritis ont-ils des relations avec eux? Si l'on songe encore que des lésions sont quelquefois étendues à tout un appareil, qu'il en est même qui sont mobiles, se déplacent souvent, on a droit de se demander dans quelle région on devrait s'en occuper. Est-ce, par exemple, à l'occasion de la région trachéale qu'il convient de faire ressortir les symptômes des corps étrangers dans les voies aériennes? Mais ces corps qui, à un moment donné, occupent l'intérieur de ce tube, sont portés tantôt dans le larynx, tantôt dans les bronches. Des calculs cheminent dans toute l'étendue des voies urinaires, et amènent des accidents qui retentissent, non-seulement dans la localité qu'ils occupent, mais encore dans toutes celles où divers organes de l'appareil sont placés, etc., etc.

Les auteurs qui se sont attachés à la description par couches ont bien senti les imperfections, les morcellements inévitables qui devaient en résulter. On le reconnaît aux transitions forcées, aux rapprochements laborieux qu'ils ont cherché à introduire pour lier entre eux des objets que leur plan séparait, et que l'intérêt de l'étude demandait de réunir. Tantôt c'est la contiguïté de deux organes qui leur sert d'occasion pour passer de l'un à l'autre; tantôt c'est la migration possible d'une collection purulente, ou le trajet d'un cordon nerveux, ou les embranchements d'un fascia qui fourniront ce prétexte recherché. M. Jarjavay a franchement rompu avec ces précédents : l'anatomie des appareils lui semble aussi utile à faire que l'anatomie des régions. Eh bien! il ne sacrifie pas l'une à l'autre; bien moins encore s'efforce-t-il d'établir entre elles une fusion qui ne serait pas sans préjudices. Il tranche le problème, et consacre un volume à la première, un volume à la seconde.

Ces explications font comprendre comment la première partie de l'ouvrage risque de paraître entachée de lacunes. Ce n'est point une portion d'un traité; c'est un traité complet, ayant son but distinct, ses principes particuliers de division, s'imposant des limites et n'empiétant point sur l'autre traité qui doit prochainement le compléter. Mais autant il nous a paru équitable de faire valoir cette circonstance en faveur de M. Jarjavay, autant nous devons résister au mouvement naturel qui nous porterait, par cela seul qu'il n'a paru que la première moitié de l'ouvrage, à affirmer que la seconde le complétera et formera un tout irréprochable. Le volume que nous avons sous les yeux est une monographie à part, monographie qui manquait jusqu'ici à la science, nous l'avouons volontiers; c'est l'*anatomie générale chirurgicale*. Elle serait, même consultée à part, un livre précieux; on en pourrait faire le complément très-utile de tous les traités d'anatomie topographique publiés jusqu'à présent. Mais enfin, sans retirer un seul de ces éloges, la manière dont M. Jarjavay a accompli cette partie de sa tâche ne peut, en aucune manière, nous éclairer sur le mérite de celle qu'il lui reste à terminer; car, à part deux légères excursions incidentes dans les organes de la vision et de l'ouïe, son premier volume ne contient pas la moindre notion d'anatomie topographique proprement dite. Bien qu'il ait déjà fourni la moitié de sa carrière, il est donc impossible de savoir, parce qu'il a fait, comment il couronnera son œuvre, lorsqu'il se trouvera aux prises avec les difficultés d'un sujet où la comparaison avec les travaux de ses prédécesseurs lui fera plus laborieusement acheter le succès.

Dès aujourd'hui cependant nous pouvons faire ressortir quelques-unes des qualités, ainsi que certains défauts qui paraissent liés à la manière de M. Jarjavay. Il faut parmi celles-là mettre en première ligne la variété, l'abondance et en même temps la sobriété des déductions pathologiques et opératoires qu'il rattache aux considérations anatomiques. Travailleur assidu plus qu'écrivain original, il n'a ni le bagage, si fatigant pour le lecteur, de théories personnelles à faire prévaloir, ni la manie non moins incommode d'occuper à chaque instant le premier plan de la scène par des récriminations ou des discussions de priorité. Tout son temps, au contraire, est franchement consacré à l'application pratique; il sait quitter une idée sans se borner à l'indiquer, sans trop la développer non plus, double écueil qui attend tout auteur d'anatomie topographique, et que bien peu ont su éviter d'une manière constante : tant il est difficile à celui qui aime la science de résister toujours à la tentation incessamment offerte de se montrer érudit en énumérant tous les points de vue que renferme un détail anatomique, ou d'approfondir un sujet de prédilection qui vient pour ainsi dire provoquer votre plume.

Un second mérite de cet ouvrage, c'est qu'il est partout à la hauteur des recherches le plus récemment exécutées sur les divers points qui constituent son très-vaste programme. Peut-être l'École de Paris, les bulletins de la Société anatomique et de la Société de biologie tiennent-ils ici une place un peu trop large avec leurs petits faits et leurs grands mémoires; mais enfin, et quoique placé au centre de ce butin, M. Jarjavay a su y faire

un choix, et d'ailleurs il est aisé de voir que la littérature étrangère lui a fourni des tributs non moins précieux. Sous ce rapport, il a parfaitement raison en présentant comme motif suffisant pour justifier la publication de son livre, le besoin de mettre cette partie de la science en rapport avec les progrès qui se sont opérés depuis dix ans qu'a paru le plus récent de tous, celui de M. Pétrequin.

Nous avons déclaré ne vouloir, pour le moment, prendre aucun parti définitif ni pour ni contre ce livre, avant que la fin ne fût venue nous éclairer sur ce qui peut jusqu'ici nous sembler incomplet ou obscur. Et néanmoins, dans l'intérêt même de son œuvre, M. Jarjavay nous permettra sans doute une dérogation à cette règle toute de convenance. Nous craignons donc — ce ne peut être encore qu'une appréhension — que certaines questions, sur lesquelles il n'aura probablement guère occasion de revenir que s'il cherche cette occasion, ne demeurent un peu trop sommairement traitées sous le rapport pratique. Ainsi le canal de l'urètre chez l'homme a été décrit dans cette première partie, quant à sa texture, quant aux diverses couches qui le composent, etc. Et cependant nous avons presque vainement cherché les notions si utiles qui doivent surgir de cette étude relativement à la manœuvre du cathétérisme. L'auteur, nous l'espérons, saura trouver le moyen de revenir sur ce sujet, que tout lecteur va d'emblée chercher dans un livre de ce genre, parce que tout médecin, tout élève a immédiatement besoin des notions précises qu'il comporte.

L'indécision, le défaut de parti pris, est plus qu'excusable en médecine : c'est quelquefois un devoir rigoureux. Mais en est-il de même dans les sciences anatomiques? Là où la vérification est facile, celui qui écrit un traité, qui aspire à l'honneur de devenir un auteur classique, est tenu, ce nous semble, d'avoir une opinion arrêtée sur tous les points. Dès qu'il y a conteste, il doit dire ce qu'il a vu ; car ce n'est pas sur des autorités, mais sur des dissections, que repose le dogme en pareille matière. Ce n'est donc point sans étonnement — et nous lui devons cet avis — que nous avons vu un homme aussi compétent que M. Jarjavay s'arrêter parfois en face de deux opinions contraires, sans chercher où se trouve la vérité entre elles, sans même faire un effort pour savoir ce que chacune peut renfermer d'admissible ou seulement de spécieux. Citons pour exemple (il frappera sans doute le lecteur aussi bien que nous) la manière dont il envisage les lymphatiques des séreuses, des synoviales. Tandis que M. Cruveilhier en voit un magnifique réseau à la surface de ces membranes, M. Sapey y nie l'existence des vaisseaux de cet ordre, et M. Jarjavay expose l'une et l'autre opinion, puis passe, sans un mot de critique, à un autre sujet.

L'ordre dans lequel les considérations pathologiques succèdent à l'exposé anatomique est ici des plus heureux : c'est naturellement, sans transition ni séparation tranchée, que l'auteur les a mêlées, laissant découler à chaque instant la conséquence de ses prémisses pour colorer et rendre attrayante la matière. Nous préférons, et de beaucoup, cet arrangement sans prétention à la symétrie factice qui éloigne les applications d'où elles dérivent, dans l'intention de donner à chacune une plus large part. M. Jarjavay a prudemment employé le seul moyen qu'ait un auteur pour se prémunir contre cette tendance instinctive, presque irrésistible, qui le porte à dire sur un sujet tout ce qu'il sait, qui expose le lecteur à avoir un chapitre entier de pathologie chirurgicale à propos du plus mince détail graphique. C'est là l'écueil le plus à craindre, celui dans lequel on tombe d'autant plus aisément qu'on est plus instruit. Nous devons donc, à ce titre, féliciter doublement M. Jarjavay de l'avoir su éviter. Il a compris — et le triste exemple de prédécesseurs fameux l'eu avertissait suffisamment — qu'un traité d'anatomie topographique ne doit être ni un prétexte ni une occasion de disserter *de omni re scibili*, et que, sur un sujet où tant d'entraînements sollicitent l'écrivain aux digressions de toute espèce, c'est à celui qui sait le mieux se borner qu'appartient légitimement la palme.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

— M. Adrien de Jussieu, membre de l'Académie des sciences (section de botanique) et président en exercice, officier de la Légion d'honneur, professeur administrateur du Muséum d'histoire naturelle, professeur à la Faculté des sciences, est mort le 29 juin, en son domicile, au Jardin-des-Plantes.

— M. le docteur Thirion (de Namur) membre de l'Académie de médecine de Belgique, vient de succomber à l'âge de 50 ans.

— M. Van de Vivere, pharmacien à Bruges, qui venait d'être nommé membre de l'Académie de médecine de Belgique, vient de mourir à l'âge de 42 ans.

— Par décret en date du 5 juillet :

1° La chaire de botanique rurale, vacante au Jardin-des-Plantes par la mort d'Adrien de Jussieu, est supprimée ;

2° Une chaire de paléontologie est créée en remplacement de la chaire de botanique rurale.

M. Alcide d'Orbigny, docteur ès sciences, est nommé professeur de paléontologie au Muséum d'histoire naturelle de Paris.

— Par arrêté, en date du même jour, de M. le ministre de l'instruction publique, à l'avenir, les professeurs chargés de l'enseignement des diverses branches de la botanique au muséum d'histoire naturelle, dans les Facultés des sciences et de médecine et dans les Écoles supérieures de pharmacie, seront tenus de faire, pendant la belle saison, des excursions scientifiques dans lesquelles ils exerceront les élèves à reconnaître sur place les caractères et les familles des plantes.

— La médaille que le corps tout entier des officiers de santé de l'armée belge a fait frapper en l'honneur de M. Vleminckx, inspecteur général du service de santé de l'armée, a été remise à ce dernier par une commission composée de MM. le baron Seutin, médecin en chef de l'armée; Fallot, médecin en chef honoraire; Lebeau, médecin de garnison; Verheyen, inspecteur vétérinaire; Versé, Gosse et Delhaye, médecins de régiment; Havet, médecin de bataillon de première classe, et Demaret, pharmacien de seconde classe.

« Nous sommes heureux, monsieur l'inspecteur général, a dit M. le baron » Seutin, d'être les délégués du corps des officiers du service sanitaire de l'ar» mée, pour vous offrir la médaille qu'il vous a décernée comme un témoi» gnage durable de sa reconnaissance pour les services que vous ne cessez » de rendre au corps dont vous êtes le chef. »

M. Vleminckx a remercié avec effusion les commissaires délégués. « Ce té» moignage de reconnaissance du corps distingué dont j'ai l'honneur d'être le » chef, a-t-il dit, est la plus belle récompense que je puisse ambitionner. S'il est » le prix des efforts faits pour améliorer votre position, pour vous faire obtenir » des droits trop longtemps contestés, c'est en même temps un puissant exci» tant pour travailler à faire de nouvelles conquêtes. Tant de gratitude m'im» pose de nouveaux devoirs. Je tâcherai de les accomplir.

» Je remercierai individuellement les membres du corps pour cette marque » de haute distinction qu'ils ont bien voulu me décerner. Quant à vous, mes» sieurs les délégués, recevez en particulier l'expression de toute ma recon» naissance. »

Cette manifestation est d'autant plus flatteuse, dit l'INDÉPENDANCE BELGE, qu'il s'agit d'un hommage rendu à l'unanimité, à l'homme qui, placé depuis vingt-trois ans bientôt à la tête de ce service, a eu naturellement plus d'une prétention à combattre, plus d'une espérance à contrarier et par conséquent à exciter plus d'un mécontentement.

PROGRÈS DE LA PETITE VEROLE DANS LA VILLE DE GLASGOW (ÉCOSSE).

Années.	Population.	Morts causées par la petite vérole.
1835	230,860	473
1836	238,950	577
1837	247,040	352
1838	255,390	388
1839	264,010	406
1840	272,900	455
1841	282,134	347
1842	289,934	334
1843	297,735	151
1844	305,534	99
1845	313,334	195
1846	321.134	»
1847	328,934	592
1848	336,734	300
1849	344,534	366
1850	352,336	456
1851	360,138	618
1852	370,000	584

— On écrit de Londres :

« La distribution annuelle des prix et des diplômes a eu lieu à King's College; l'archevêque de Canterbury et d'autres fonctionnaires éminents du clergé anglican assistaient à la séance où la profession médicale était représentée par sir Benjamin Brodie, sir H. Inglis et le docteur Jelf, principal du collége.

» Parmi les dons faits à cet établissement en 1852, on cite un legs de 125,000 f. du Rev. Dr. Walford pour la création de dispenses de frais universitaires en faveur d'un certain nombre d'étudiants.

» La même solennité a eu lieu à l'University College, sous la présidence de R. M. Milnes, M. P., en présence de MM. Robinson et Grote et d'une nombreuse assistance. »

— A une assemblée de médecins présidée par le docteur Waner à Philadelphie en décembre 1852, le témoignage suivant a été rendu à l'unanimité en faveur de M. le docteur Brown-Séquard. Il a été résolu que des remercîments seraient offerts à ce médecin pour l'agrément et le profit que nous avons retiré de ses intéressantes leçons. Nous recommandons leur lecture à tous les membres de la profession qui n'ont pas eu l'avantage de les entendre, et nous émettons le vœu que M. le docteur Brown-Séquard revienne prochainement en poursuivre le cours parmi nous.

— Une brebis appartenant à M. Whiting (de Northampton) est morte subitement. Elle était très-grosse et on la supposait hydropique. On a trouvé dans son corps 6 très-beaux agneaux.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

MÉTAMORPHOSES DE LA SYPHILIS. — MÉDECINE ÉTIOLOGIQUE.

Un rapport fait dans la dernière séance de l'Académie nous fournit l'occasion de rappeler les principes auxquels la GAZETTE MÉDICALE s'est vouée depuis bientôt vingt années. Un honorable praticien d'Avignon, M. le docteur Yvaren, a entrepris de signaler les nombreux déguisements qu'emprunte si souvent la maladie vénérienne : c'est ce qu'il appelle les métamorphoses de la syphilis. Cette entreprise, aussi louable dans son but qu'importante dans son application, pouvait être exécutée à deux points de vue différents : comme étude étiologique, ou comme enseignement empirique et pratique. C'est le second de ces points de vue qu'a adopté l'auteur, nous ne disons pas *préféré*, car il n'a point mentionné le premier, et il n'a même point paru se douter qu'il méritât d'être pris en considération. En cela il est fort excusable, puisque l'honorable rapporteur de l'Académie n'a pas semblé non plus croire qu'il y eût deux manières d'envisager le sujet. Cependant, si nous ne nous trompons, l'étude étiologique des métamorphoses de la syphilis était bien propre à quelque autre chose qu'à une énumération de faits rapportés sans critique ni preuves ; elle pouvait utiliser tous les aperçus, la plupart du temps hasardeux et incomplets, de l'observation ancienne au profit de l'observation moderne ; elle pouvait se servir des indications souvent utiles de l'une à la condition de les soumettre à la vérification plus scrupuleuse de l'autre ; finalement elle pouvait constituer un intéressant chapitre de cette médecine étiologique qui est destinée à porter la lumière dans le chaos de l'empirisme et des systèmes. C'est en suivant l'auteur du mémoire et le savant rapporteur de l'Académie dans leurs énonciations et déterminations, que l'on comprendra mieux la différence des deux points de vue.

La première idée de M. Yvaren est que la plupart des maladies sont susceptibles d'être produites par les dégénérescences de la syphilis. Cette doctrine, reproduite d'après Sauvages, Hufeland, Jos. Frank, Baillou, Bosquillon et autres auteurs plus modernes, est une assertion que, malgré notre déférence pour les noms qui lui servent de passe-port, nous qualifierons volontiers d'erreur, si elle n'était plutôt une méprise. Affirmer, en effet, que *la* phthisie, *la* goutte, *le* rhumatisme, l'hémoptisie, *le* cancer, *la* rachialgie, *le* mal de Pott, etc., peuvent être produits par le virus syphilitique, c'est commettre le plus grave abus des mots, si ce n'est ouvrir la porte aux plus graves confusions des choses. Il est à peu près probable que le virus syphilitique peut se mêler à beaucoup de maladies, prendre une part quelconque à leurs symptômes ; mais quel est le caractère de cette intervention ? Jusqu'où domine-t-elle leur pathogénie et leur morphogénie ? C'est ce que M. Yvaren et après lui M. Gibert auraient bien fait de rechercher avant d'enregistrer sans scrupule tous les méfaits, toutes les métamorphoses dont on accuse la syphilis. Mais, nous le répétons, leur travail, conçu uniquement au point de vue empirique, n'a eu d'autre but en réalité que de rappeler aux praticiens que l'élément syphilitique peut directement ou indirectement se mêler à beaucoup de choses, compliquer beaucoup de maladies, et à ce titre fournir une indication utile à leur traitement. Cela n'est pas nouveau : tous les auteurs du dernier siècle sont pleins de cette doctrine, et l'école de Montpellier n'a pas manqué de la consacrer dans ce qu'elle a de concordant avec ses croyances. Jusque-là donc, l'œuvre de M. Yvaren n'est qu'une compilation plus ou moins méthodique, dont le principal mérite serait de rappeler l'attention sur un ordre de faits dont on n'a pas toujours assez tenu compte. Ce qu'il eût fallu faire dès le début, c'était de rechercher la valeur générale étiologique de l'élément syphilitique dans la production des groupes symptomatiques auxquels il imprime son cachet. Là, en effet, était la première et nous osons dire la plus grande difficulté. Envisagée dans sa généralité, elle touche à la médecine tout entière : elle domine la nosologie ; elle met en question la physiologie pathologique : elle est la clef du diagnostic ; enfin elle change la face de la thérapeutique. A la place de cette préoccupation, auteur et rapporteur ont préféré continuer cette erreur traditionnelle qui est la rouille des plus anciennes vérités, à savoir que « les mêmes maladies peuvent être produites par des causes différentes. » Car qu'est-ce autre chose qu'une application particulière de ce principe général, que l'idée d'attribuer à la syphilis la faculté de produire la goutte ou le rhumatisme ?

Nous ne saurions le méconnaître, l'ancien aphorisme : « *Naturam morborum ostendit curatio,* » n'a pas peu contribué à entretenir les esprits dans cette funeste erreur. Tant que la science a vécu de l'idée que les *mêmes* maladies peuvent être d'une nature différente, elle a dû regarder comme une chose précieuse l'avertissement donné par la médication, et elle s'est reposée aveuglément pendant plus de deux mille ans sur cette énorme méprise. Mais en y réfléchissant, en donnant au réactif thérapeutique toute sa portée, on aurait vu qu'il ne sert pas seulement à dévoiler la nature des maladies, mais encore et surtout à mettre à nu l'erreur des médecins qui persistent à confondre comme analogues ou identiques ce que le remède leur dit être différent. Voilà cependant où en est encore la médecine d'aujourd'hui, du moins celle des livres et de l'enseignement traditionnels ; et voilà ce que tendent à perpétuer le travail de M. Yvaren et le rapport de M. Gibert. C'est uniquement au point de vue pratique, dira-t-on, que l'un et l'autre ont envisagé la question ; mais ce point de vue, pour être vrai et fécond, avait besoin d'être inspiré et surtout rectifié par le point de vue scientifique.

Nous devons bien reconnaître, pour ne laisser aucune prise à la contradiction, que les énonciations de l'auteur et les analyses du rapporteur laissent quelque peu soupçonner, dans le langage plutôt que dans l'intention, certaines restrictions propres à faire croire qu'ils ont sous-entendu la doctrine que nous leur reprochons de n'avoir pas fait servir de base à leurs applications. Ainsi l'auteur, voulant caractériser la *céphalalgie*, l'*odontalgie*, l'*épilepsie*, les *convulsions* et autres maladies du système nerveux produites par la syphilis, a énuméré en fait quelques particularités diagnostiques de leur évolution ; M. le rapporteur lui-même a parlé assez souvent des *apparences*, des *simulations* qu'affecte la syphilis ; mais à côté de ces réserves de langage, plus que d'idée, on lit que « la rachialgie syphilitique peut présenter *tous* les symptômes du mal de Pott. » On rencontre à chaque pas des déclarations de principe qui ne laissent aux réserves dont nous venons de parler d'autre alternative que d'être une contradiction. Il est de fait que si, au lieu de continuer les croyances et les traditions de la science ancienne, l'auteur et le rapporteur avaient voulu placer leur œuvre sous le jour de la médecine étiologique, ils auraient commencé par cette déclaration : la syphilis peut *simuler* une foule de maladies, mais elle n'en reproduit aucune ; tout ce qu'elle produit lui appartient. Les apparences peuvent être trompeuses, mais elles ne sont que superficielles : la loi de

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

Nº IX.

LES MÉDECINS SOUS LES PREMIERS EMPEREURS ROMAINS, ET NOTAMMENT A LA COUR D'AUGUSTE.

A M. Lemaire, chef du bureau des hôpitaux au ministère de la guerre.

Rome, 20 février 1853.

Nombre d'écrivains, feuilletant les auteurs de l'antiquité, en ont exhumé tout ce qui a rapport à la médecine et aux médecins de ce temps-là. Ne voulant pas les répéter, nous n'avons nulle envie de tracer ici un portrait complet ; nous nous bornerons à jeter sur le papier quelques traits épars, dont la plupart sont encore inédits. Pour compléter les documents connus, nous irons fouiller un terrain vierge encore : c'est sur les inscriptions lapidaires et sur les pierres sépulcrales que nous chercherons à lire le passé.

Comme les siècles civilisés se ressemblent à travers les temps, sous certains rapports du moins ! De Caton l'Ancien à Molière, on a lancé des sarcasmes contre les médecins, et toujours, néanmoins, chacun leur a donné son obole en échange de leur science. L'austère Caton avait coutume de répéter à son fils : « Les Grecs veulent nous exterminer tous avec leurs médecins ; je t'interdis les médecins. » Sénèque accusait les médecins d'aggraver et de prolonger les maladies, afin de les soigner plus longtemps et plus lucrativement. Pline les traite de fieffés charlatans et prétend, dans sa vanité patricienne, que la dignité romaine dédaigne de s'abaisser à l'art de guérir, et en laisse l'exercice aux étrangers. Tibère soutient, qu'à moins d'être un sot, tout homme arrivé à 30 ans doit savoir se soigner, sans recourir à un médecin. Pline rapporte l'épitaphe accusatrice d'un individu qui se plaint d'avoir succombé sous le nombre des médecins : *Turbâ se medicorum perisse.*

Tout cela était bel et bon à dire au *triclinium*, après un copieux souper, ou dans l'*Exedra* de Lesbie ; mais chacun, grave ou débauché, n'en avait pas moins recours aux médecins, qui croissaient toujours en nombre, en considération, en honneurs et en richesses.

Le grave Caton, si rabâcheur avec son *delendaque Carthago*, avait donc une double marotte ! Il avait juré à la fois extermination de la cité africaine et de la médecine alors naissante à Rome. On ne trouve plus que les ruines de la première ; mais la seconde, si elle n'a la fin de la tour de Babel, s'élèvera toujours de plus en plus haut.

Pline, amiral et grand babillard, est bien chatouilleux sur l'honneur romain ! Comme tous les gens qui parlent et écrivent beaucoup, il écrit quelquefois à tort et à travers. On se souvient peut-être que nous l'avons mis en contradiction avec

subordination des effets aux causes, des caractères qu'elles produisent à l'essentialité de leur action, ne permet aucune méprise. Là où l'analogie extérieure existe, le fond est différent. Pénétré de cette vérité, on n'eût pas seulement changé d'idée, mais de langage : la tumeur blanche syphilitique eût cessé de s'appeler tumeur blanche ; on eût pu conserver la nomenclature des états organiques, mais on se fût borné à les indiquer comme *siége*, mais non comme *formes* de la maladie.

La question que nous venons de soulever, et simplement soulever, est d'une importance telle, que nous ne saurions avoir d'autre prétention en ce moment que de la signaler à la méditation des hommes sérieux. Ajoutons cependant, pour montrer où elle aboutit—au risque encore d'encourir le reproche de conclure en passant à pieds joints sur les prémisses—que la doctrine de la différence des formes subordonnée à la différence des causes a pour conséquence nécessaire la promulgation de cet autre aphorisme : « *Naturam morborum ostendunt symptomata.* »

A défaut d'une démonstration immédiate, qu'il nous soit permis d'ajouter que nos travaux, depuis vingt ans, ne sont que le commentaire de cet aphorisme.

J. Guérin.

ÉPIDÉMIES.

Notice sur une épidémie de suette miliaire qui a régné en 1851 dans plusieurs communes du canton de Roisel, et notamment dans celles de Lierramont, Sorel et Nurlu ; par M. Bucquoy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Péronne.

L'arrondissement de Péronne, si douloureusement frappé par la suette miliaire en 1849, vient de voir encore une fois plusieurs de ses communes désolées par cette maladie. Déjà depuis plus d'un mois, elle régnait au village de Lierramont, mais bénigne et simple, lorsque dans les premiers jours de juillet, elle se manifesta tout à coup à Sorel, distant de Lierramont de quelques kilomètres, et fit en moins de quinze jours, dans cette commune, 14 victimes adultes. De Sorel la maladie gagna le village de Nurlu, où deux femmes en quelques jours succombèrent à ses atteintes. En même temps quelques cas apparaissaient à Ecquancourt, à Fins, où elle frappait mortellement, dans la même maison et dans l'espace de vingt-quatre heures, le mari et la femme; enfin l'épidémie vint s'éteindre où elle avait commencé, à Lierramont, après une recrudescence plus grave que la maladie primitive, puisque jusque-là, c'est-à-dire depuis plus de deux mois, elle n'avait fait que 2 victimes dans cette commune, et qu'elle en fit alors 4 dans l'espace seulement d'une huitaine de jours.

La suette miliaire de 1851 a offert ceci de particulier qu'elle s'est montrée plus grave là où les conditions hygiéniques paraissaient être les plus favorables. En effet, bénigne et simple, en général, dans les communes de Lierramont et de Nurlu, c'est surtout à Sorel qu'elle a exercé ses ravages, et cependant le village de Sorel est parfaitement situé; les rues en sont larges et propres, les maisons bien bâties et saines, on n'y rencontre aucun foyer d'infection miasmatique; et lorsque la maladie sévissait à Lierramont et à Nurlu, principalement sur les classes indigentes et par des temps très-différents, elle ne s'est guère adressée ici qu'à des personnes aisées, et tant qu'a duré l'épidémie la saison a été magnifique.

Si, au reste, la suette miliaire de 1851 a présenté cette particularité que je viens de signaler, et déjà observée dans l'épidémie de 1849, je dois dire tout de suite qu'à bien des égards et par ses caractères symptomatiques généraux, elle a notablement différé de celle-ci. Le caractère de la suette de 1849 a été presque partout franchement *inflammatoire* ; les battements du cœur étaient violents et tumultueux, le pouls large et développé, la peau chaude et moelleuse au toucher, la face rouge et vultueuse; tout le volume du corps paraissait augmenté et tuméfié, et lorsque la mort avait lieu, c'était le plus souvent dans les vingt-quatre ou les quarante-huit premières heures, et comme par l'effet d'une violente congestion des centres nerveux, au milieu de palpitations et d'étouffements effrayants, ou dans un état apoplectique. Le caractère de la suette de 1851 était généralement *gastrique*. Le pouls était fréquent, assez large, mais facilement dépressible; la peau présentait à travers son humidité une chaleur âcre et mordicante; la langue était saburrale; il y avait de l'oppression et souvent de la sensibilité à l'épigastre, des nausées, des vomissements de matières bilieuses, quelquefois de la diarrhée, et lorsque la mort survenait, c'était ordinairement au bout de quelques jours de maladie, dans un paroxysme qui tout à coup prenait un caractère *malin*, et comme par l'effet d'une *sidération* subite du système nerveux. Par suite de cette différence qu'a présentée la maladie dans sa forme, on s'explique d'avance comment, dans les cas graves, les évacuations sanguines générales et locales se sont surtout montrées avantageuses dans l'épidémie de 1849, tandis que dans l'épidémie de 1851, ç'a été principalement les vomitifs et le sulfate de quinine.

Voici d'ailleurs le tableau des symptômes qui s'offraient le plus souvent dans cette dernière épidémie.

Après un ou plusieurs jours d'un malaise inaccoutumé, accompagné d'un sentiment de lassitude et de brisement général, de céphalalgie, d'anorexie, d'un peu de gêne et d'oppression vers l'estomac, d'autres fois tout à coup et sans aucun symptôme précurseur, les malades étaient pris de quelques frissons, suivis bientôt d'une fièvre plus ou moins forte et d'une sueur plus ou moins abondante. Cette fièvre et cette sueur continuaient pendant plusieurs jours, avec des exacerbations marquées tous les soirs, durant lesquelles la céphalalgie et l'oppression épigastrique devenaient plus intenses, et s'accompagnaient souvent des palpitations de cœur et d'une agitation générale plus prononcée. Au bout de deux ou trois jours apparaissait, sur une étendue plus ou moins grande de la peau, l'éruption vésiculo-pustuleuse particulière à la maladie, précédée communément d'une démangeaison fort incommode et quelquefois d'une chaleur brûlante par tout le corps. Cette éruption consistait dans de petites granulations rougeâtres, du volume d'un grain de millet, entourées d'une auréole d'un rouge très-vif, et contenant un liquide qui, clair d'abord, ne tardait pas à perdre sa transparence et à devenir blanchâtre. Elle se faisait ordinairement dans l'espace de vingt-quatre heures, et durait deux ou trois jours, pendant lesquels la sueur continuait de couler et les symptômes généraux persistaient dans le même degré d'intensité. Après cela la fièvre et la sueur commençaient à diminuer; l'éruption pâlissait, s'éteignait; bientôt l'épiderme flétri se desquammait; les malades n'avaient plus que quelques mouvements fébriles irréguliers, et la convalescence s'établissait d'une manière plus ou moins franche.

A Sorel la maladie commençait de la même manière; seulement on re-

---

lui-même dans notre lettre sur les sépultures. Ici il est en contradiction avec les faits.

On sait qu'*Archagatas*, né dans le Péloponèse, fut le premier médecin qui s'établit à Rome, en l'an 535 de l'ère de Romulus; qu'on lui accorda le droit de cité, et qu'on lui donna un établissement aux frais du trésor. Pendant quelque temps, les médecins furent tous des Grecs, mais ils firent bientôt des élèves parmi les Romains. Seulement ceux-ci allaient, les uns achever, les autres commencer et compléter leur instruction médicale en Grèce. N'inspirait point de confiance qui n'avait point été étudier de l'autre côté de l'Adriatique. Sous Auguste, bon nombre de Romains exerçaient déjà la médecine, or, de la mort de ce premier empereur à celle de Pline, qui périt par la grande irruption du Vésuve en 79 après Jésus-Christ, il y a 63 années, pendant lesquelles la propagande avait dû se continuer. Si Pline eût parlé de la dignité sénatoriale, et non de la dignité romaine en général, on eût pu comprendre avec son opinion. César avait donné aux médecins le droit de cité; Auguste, pendant une famine, avait expulsé de Rome tous les étrangers, excepté les médecins ; mais la munificence impériale ne s'arrêta pas là, car le vainqueur d'Antoine leur accorda l'anneau d'or, ce qui veut dire qu'il les fit chevaliers. Pline est donc un raconteur, car les plébéiens romains, au lieu de déroger en s'occupant de médecine, yenssent gagné de passer dans une caste plus élevée; les chevaliers, en se faisant médecins, eussent trouvé leurs pairs; restent donc les seuls patriciens, que nous abandonnons volontiers au narrateur.

La médecine passe pour avoir été libre à Rome : se disait médecin et pratiquait qui voulait. Cela n'a pu être que passager, car, du temps d'Auguste, par exemple, que de plébéiens ne se fussent pas dits disciples d'Esculape pour monter d'un cran dans la hiérarchie sociale! On sait que Sylla, plus de trente ans avant Auguste, punissait d'exil et même de mort les accidents imputables à l'impéritie des médecins. Cette loi paraît ne pas avoir duré; elle était, en effet, peu sage et peu prévoyante : il faut prévenir, et non punir pour des fautes accomplies. Il semblerait, d'après les autorités anciennes (Ulpien, cité par le Digeste), que les décurions et les propriétaires agréaient les médecins, après s'être enquis de leur capacité. N'exerçait donc point qui voulait.

Il nous reste un critique, l'horrible Tibère, le monstre de Caprée. Que ne s'est-il brisé la tête la première fois qu'il descendit la roide montagne sur laquelle est perché son château, pour aller se plonger dans la mer azurée qui borde son île! Le mot de Tibère est peut-être une sorte de réaction amenée par la foule onéreuse de médecins qu'engraissait son prédécesseur Octave Auguste.

Pline accusait, avons-nous dit, les médecins d'être de fieffés charlatans. C'est le cas de répéter que les siècles se ressemblent, car, certes, il devait y en avoir alors comme aujourd'hui, et comme il y en aura toujours.

Les médecins se trouvaient encore, comme de nos jours, de pair et compagnie avec les orateurs, les avocats et autres hableurs, qui ne leur cédaient pas en charlatanisme, témoin celui qui, les jours où il plaidait, louait une bague en sardoine, afin de paraître un homme opulent qu'on ne peut que grassement payer, et témoin aussi le passage où Quintilien leur reproche de piller leurs clients, *piraticus mos*. Il faut bien le dire, les médecins consultants d'alors avaient des altercations point du tout parlementaires, et quelquefois, sur le lit

marquait que les exacerbations fébriles nocturnes étaient généralement plus prononcées, les symptômes gastriques plus marqués, la langue plus saburrale. L'épigastre était souvent sensible à la pression; il y avait des nausées, des vomissements de matières bilieuses; la chaleur de la peau était âcre et mordicante. Quand la maladie devait prendre un caractère plus grave, les paroxysmes fébriles commençaient par se montrer plus violents, précédés de frisson et accompagnés d'un grand abattement physique et moral; mais le plus souvent c'était subitement qu'elle prenait ce caractère de gravité; alors tout à coup et sans qu'on eût rien observé d'extraordinaire chez le malade, il était pris d'une céphalalgie atroce, de délire; la sueur se supprimait; un état comateux et convulsif ne tardait pas à se manifester; puis des défaillances, des syncopes, en un mot tous les symptômes d'une affection maligne portée à son plus haut degré, et la mort arrivait dans l'espace de quelques heures. Cette fâcheuse terminaison avait presque toujours lieu la nuit.

J'ai fait remarquer que lorsque la maladie s'était généralement offerte bénigne et simple dans les différentes communes qu'elle avait envahies, à Sorel 14 personnes adultes avaient aussi succombé en moins de quinze jours, sans qu'on en puisse trouver la raison dans aucune circonstance locale; c'est que, comme je le faisais observer déjà dans mon rapport sur la suette de 1849, l'essence de cette maladie est véritablement inconnue. Le principe qui la fait naître, développé probablement dans l'atmosphère, s'épuise quelquefois dans le lieu de son origine, d'autres fois il se répand sur une étendue de pays plus ou moins vaste; ici simple et bénin, là malin et dévastateur, sans qu'on puisse même soupçonner comment il naît, comment il se propage, ce qui fait qu'ici il se montre si simple et là si grave. Cette remarque, au reste, il faut bien en convenir, peut s'appliquer à la plupart des maladies épidémiques, à la fièvre typhoïde, à la dyssenterie, au choléra-morbus, etc.; la cause prochaine en est généralement inconnue. C'est en vain que, dans le besoin que nous éprouvons de tout expliquer, nous la voulons trouver dans des influences sidérales, météorologiques, topographiques, dans certaines conditions hygiéniques réputées mauvaises. Chaque jour l'observation vient donner aux assertions de la science les démentis les plus formels; c'est ainsi que nous voyons la santé publique se conserver intacte et parfaite au milieu d'une foule de causes d'insalubrité réunies, tandis qu'une épidémie meurtrière ravage tout près de là une localité placée dans les meilleures conditions de salubrité; c'est ainsi que lorsque tous les auteurs qui ont écrit sur la suette s'accordent à signaler comme une cause, ou au moins comme une circonstance aggravante de cette maladie, l'habitation de lieux bas et marécageux, une température tiède et humide, nous la voyons aujourd'hui apparaître et prendre à Sorel un caractère de gravité tout à fait effrayant, malgré les bonnes conditions de salubrité où se trouve placée cette commune, malgré la température sèche et élevée qui n'a pas cessé de régner pendant toute la durée de l'épidémie. C'est qu'ici, je le répète, comme dans la plupart des autres maladies épidémiques, tout est encore mystère pour nous, et qu'après tant de siècles passés en recherches de toute nature, nous en sommes encore à cet égard au *quid occultum, quid divinum* du père de la médecine.

La suette miliaire est-elle contagieuse? En 1849, je n'ai point hésité pour répondre négativement à cette question. Je n'avais en effet rien observé qui pût me faire croire que cette maladie se produisît d'une autre manière que sous l'influence d'un principe morbide répandu dans l'atmosphère, et par une sorte d'intoxication miasmatique. Le fait suivant, arrivé sous mes yeux dans l'épidémie dernière, est venu ébranler ma conviction à cet égard et me faire croire que, comme la fièvre typhoïde et le choléra-morbus, la suette pourrait bien, dans quelques cas, se transmettre aussi par l'absorption des miasmes exhalés par les malades. Deux jeunes époux de la commune de Fins vinrent à Sorel, au fort de l'épidémie, pour rendre les derniers devoirs à un parent qui venait de succomber à la maladie. La maison mortuaire où ils furent reçus renfermait encore un malade gravement attaqué de la suette. Le lendemain de leur retour à Fins, tous deux étaient pris de la maladie, et deux jours après tous deux étaient morts.

On m'a assuré que tous les cadavres des sujets morts de la suette à Sorel avaient offert tout de suite une teinte livide et verdâtre, et très-promptement des signes de putréfaction; je n'ai point été à même de vérifier cette assertion, ni de faire aucune autopsie. Ce qu'il me reste à dire pour compléter l'historique de la maladie, c'est qu'elle attaquait de préférence les personnes qui déjà l'avaient éprouvée en 1849 : les sujets adultes de 20 à 40 ans, d'une constitution robuste; les femmes, chez lesquelles elle hâtait presque toujours le retour des règles; qu'elle a déterminé l'avortement chez toutes celles qui étaient enceintes; de la dysurie chez beaucoup de malades; et que, comme dans l'épidémie de 1849, la convalescence s'est montrée généralement longue, difficile, souvent retardée par des rechutes plus ou moins graves et par des troubles variés et opiniâtres dans les fonctions digestives.

Le traitement de la suette de 1851, comme celui de la suette de 1849, a dû nécessairement varier selon qu'elle était bénigne ou compliquée d'accidents plus ou moins graves, et dans ce dernier cas, selon la nature de ces accidents. Dans la suette bénigne, c'est-à-dire dans presque les trois quarts des cas observés, le repos au lit, sous des couvertures légères; l'usage des boissons délayantes, acidules, émulsionnées, prises en petite quantité à la fois et à une température fraîche ou presque fraîche; des lavements émollients ont suffi, presque toujours, pour amener la maladie à une solution favorable. Dans la suette compliquée de symptômes gastriques, on s'est souvent bien trouvé de recourir à l'ipécacuanha, après en avoir fait, dans quelques cas, précéder l'administration d'une application de sangsues à l'épigastre. Dans la suette compliquée d'accidents nerveux, soit que ces accidents provinssent de la frayeur ou de la constitution naturelle du sujet, on avait recours avec avantage aux antispasmodiques, aux calmants, à l'éther, aux opiacés, aux dérivatifs promenés sur les extrémités inférieures. Enfin, dans ces graves complications malignes qui ont rendu la maladie si meurtrière à Sorel, on a employé avec un succès remarquable le sulfate de quinine.

L'importance de ce remède pour prévenir et pour combattre les symptômes de malignité, qui le plus souvent survenaient d'une manière si brusque et si traîtreusement dans l'épidémie qui nous occupe, mérite qu'on s'y arrête d'une manière toute particulière. J'ai fait remarquer qu'en 1849, lorsque la maladie s'est terminée d'une manière funeste, ç'a presque toujours été dans les vingt-quatre ou dans les quarante-huit premières heures; ici ce n'a guère été en général qu'au bout de plusieurs jours, et alors, quoique au premier aperçu les symptômes malins semblassent survenir le plus souvent d'une manière brusque et inattendue; presque toujours, pourtant, le médecin attentif les pouvait, jusqu'à un certain point, deviner. En effet, non-seulement les paroxysmes, dans ces cas, étaient plus marqués et toujours précédés de frissons; mais l'éruption prenait presque constamment une teinte livide particulière, et les malades, en proie à des frayeurs

---

d'un moribond, on allait bien plus loin encore !!! Bah! par exercice gymnastique, la chose étant en grand honneur à Rome! MM. les avocats ne se traitaient certainement pas mieux entre eux : témoin le prince des orateurs romains, qui, lorsqu'il le voulait, savait mieux dorer la pilule que le plus habile pharmacopole, et qui pourtant, dans ses discours, va jusqu'à appeler son adversaire *le plus vil non-seulement des hommes, mais aussi des animaux terrestres*. De là au coup poing il n'y aurait qu'un pas, si les avocats étaient aussi forts sur le faire que sur le dire.

En consultant l'histoire, on est bien obligé de reconnaître que le charlatanisme semble avoir été fort de mode chez les médecins : beaucoup de ceux qui ont fait époque et fortune, sont arrivés à ce but en flattant les goûts régnants et en décriant leurs devanciers, au système desquels ils en substituaient un autre tout opposé. Asclépiade, du temps de Pompée, arrêtant un cercueil qu'on portait et déclarant que l'individu n'était pas mort, artifice préparé d'avance sans aucun doute; Asclépiade criant partout qu'il consentait à passer pour un sot s'il était jamais malade, fanfaronnade dans laquelle les événements lui furent favorables; Asclépiade enfin, avec ses moyens faciles, commodes, voluptueux même, par exemple ses bains chauds suspendus et balancés, ne vous paraît-il pas un insigne charlatan? Autre temps, autres mœurs, dira-t-on; ces manières d'être étaient peut-être alors monnaie courante. Cela n'est pas probable, car, dans ce cas, on n'eût point songé à qualifier injurieusement des faits normaux et considérés comme non répréhensibles. Il me semble fort que si ce petit Hippocrate refusa de se rendre à la cour de Mithridate, c'est qu'on était mieux à Rome que dans le royaume du Pont. A sa louange on doit dire qu'il composa pour Mithridate, roi un peu médecin, des traités qu'il écrivit peut-être par reconnaissance. *Antonius Musa*, disciple d'Asclépiade, voulut attirer les clients en préconisant des moyens opposés à ceux qu'employait son maître, les bains froids, toujours froids, au lieu des bains chauds, toujours chauds. Par ce système, il sauva Auguste d'une grave maladie; mais Dion prétend qu'il tua *Marcellus*. *Chamis*, tout jeune médecin, arrivé de Marseille, fit également fortune à Rome en allant à l'encontre de ses devanciers.

Sous Auguste, les médecins se multiplièrent énormément; c'était, en effet, une profession fort appétissante, puisqu'elle donnait la dignité chevaleresque, comme nous l'avons vu, et de beaux et bons millions, comme nous le verrons bientôt. A cette époque déjà, toutes les familles riches avaient leurs médecins habitant la maison; si les uns portaient l'anneau d'or, on en rencontrait d'autres parmi les esclaves. La cour d'Auguste donnait le ton; les médecins étaient décidément à la mode.

C'est ici que, pour établir cette proposition, nous allons commencer l'ingrat métier de déchiffreur de vieilles inscriptions brisées par le temps et usées par les mousses et les intempéries des météores.

On dit généralement que le premier archiâtre date de Néron. Or voici une curieuse inscription, publiée d'abord par Mercurialis (1), commentée plus tard

(1) Mercurialis, DE ARTE GYMNASTICA, lib. I, cap. 7.

et à un découragement moral très-grands, offraient quelque chose de l'état de stupeur et de prostration qu'on remarque dans les affections typhoïdes. Quand on voyait ces choses apparaître, on pouvait être à peu près certain qu'un paroxysme malin menaçait le malade, et qu'il succomberait si on restait dans les moyens généraux. Le sulfate de quinine était, dans ce cas, la seule ancre de salut; c'est alors qu'il devait être donné immédiatement et à grandes doses, et l'on peut assurer avec vérité que toutes les fois qu'il a pu être administré à doses suffisantes et à temps, il a prévenu le danger, il a sauvé les malades. Tous ceux qui sont morts à Sorel, ou n'avaient pas pris de sulfate de quinine, ou l'avaient vomi, ou ne l'avaient pris qu'après l'invasion des symptômes de malignité.

Je n'essayerai pas d'expliquer l'action bienfaisante du sulfate de quinine ici; il suffit qu'il soit bien constaté qu'il est le remède par excellence des accidents malins qui viennent compliquer la suette épidémique, comme il est celui des accidents pernicieux qui viennent compliquer les fièvres intermittentes. Après cela, existe-t-il quelque analogie entre le principe miasmatique inconnu qui produit la suette miliaire et les miasmes paludéens qui produisent les fièvres intermittentes? Le quinquina exerce-t-il une propriété spécifique à l'égard de toutes les maladies produites par l'infection miasmatique, ou seulement à l'égard des accidents malins, quelle qu'en soit la cause? J'avoue que je n'en sais rien. Je dirai seulement que, toutes les fois que la suette épidémique se présentera quelque part avec les caractères qu'elle a offerts à Sorel, c'est-à-dire lorsque l'agent morbide ira, comme il l'a fait ici, brusquement et grièvement attaquer le principe vital dans les centres nerveux, il sera prudent, à l'apparence du moindre danger, de recourir à ce remède, et que, même en présence des accidents déjà survenus, il sera bon de l'administrer encore, comme le meilleur moyen de détourner ce danger, en même temps que par les cordiaux et les dérivatifs les plus énergiques, on s'efforcerait de soutenir et de relever l'action nerveuse prête à s'éteindre.

J'ai dit que le sulfate de quinine devait être donné immédiatement et à grandes doses; c'est qu'ayant voulu d'abord attendre, pour l'administrer, que les symptômes fébriles fussent tombés, et l'ayant voulu ensuite donner aux doses ordinaires, nous avons eu douloureusement à nous en repentir. Le danger éloigné par le remède n'était pas conjuré; et après un paroxysme affaibli, un paroxysme violent venait emporter le malade; c'est donc à grandes doses, c'est-à-dire à la dose d'un ou de plusieurs grammes, qu'il faut tout de suite administrer le sulfate de quinine, et cela sans avoir égard à la fièvre qu'il n'augmente pas, sans avoir égard aux symptômes gastriques qui, loin de s'exaspérer, ont semblé souvent diminuer sous son influence.

Le vrai traitement hygiénique de la suette miliaire bien connu, quoi qu'on en ait dit en 1849, de tous les médecins, ainsi que le témoigne l'instruction populaire adressée aussitôt l'invasion de l'épidémie, par le conseil de salubrité de l'arrondissement aux populations envahies par la maladie, a été exactement observé dans toutes les communes où la maladie vient de sévir. Nulle part nous n'avons plus trouvé, cette année, ce préjugé funeste qu'il fallait à tout prix exciter ici des sueurs abondantes. Partout les malades sont restés dans leur lit, légèrement couverts, les fenêtres de leur appartement ouvertes; nulle part on n'a craint de les changer de linge aussi souvent qu'ils le demandaient. Il n'est pas besoin de dire qu'une diète sévère était observée durant toute la période de la maladie, et que ce n'était qu'après la cessation complète de la fièvre qu'on permettait au malade, d'abord quelques bouillons légers, puis de petits potages, et enfin des aliments plus substantiels, dont on augmentait chaque jour la quantité par degrés et avec précaution; quelques boissons amères, quelques préparations de quinquina, quelque eau minérale gazeuse étaient employées avec avantage dans la convalescence, pour rétablir l'action des organes digestifs, toujours notablement troublés, et par suite, pour relever les forces générales, toujours profondément abattues par la maladie.

L'épidémie qui a régné cet été dans plusieurs communes du canton de Loisel est venue confirmer les conclusions qui terminent mon mémoire sur la suette de 1849. J'y disais que la gravité de la suette provenant de complications fort différentes, non-seulement dans chaque épidémie, mais dans la même épidémie, la raison ne permettait pas de croire qu'on pût jamais lui opposer un traitement exclusif, et que partout l'expérience s'était montrée à cet égard d'accord avec la raison. Eh bien! on a beau soutenir le contraire, il n'est pas vrai, et j'en appelle de nouveau aux témoignages, non pas de quelques officiers de santé obscurs, mais de tous les médecins de quelque valeur qui ont eu l'occasion d'observer l'épidémie, non-seulement dans le canton de Chaulnes, mais dans tous les cantons de l'arrondissement de Péronne, il n'est pas vrai que les évacuants et surtout les vomitifs se soient montrés spécifiques dans la suette miliaire de 1849. A part quelques cas où ils ont été rationnellement employés, et où leur administration a paru vraiment utile; à part ceux beaucoup plus nombreux où ils auraient pu ne l'être pas, la maladie n'ayant jamais eu ou ne présentant plus déjà aucune gravité lorsqu'ils ont été donnés; les vomitifs n'ont point empêché l'épidémie de faire des victimes à Marché-le-Pot, à Fresnes, à Saint-Christ, où ils ont été pendant quelque temps employés presque exclusivement, et on ne peut que regretter la facilité avec laquelle l'Académie de médecine semble avoir accueilli cette audacieuse assertion, qu'aucun malade traité par l'ipécacuanha ne serait mort de la suette, dans l'arrondissement de Péronne. Considérée dans son ensemble, l'épidémie de 1849 a présenté, je le répète, dans cet arrondissement, un caractère franchement inflammatoire; le danger provenait évidemment de la congestion sanguine des centres nerveux; les évacuations sanguines étaient donc rationnellement indiquées, elles ont été presque partout employées, et lorsqu'elles l'ont été dans une sage mesure, loin d'avoir été *mortelles*, comme on l'a dit, elles ont rendu d'immenses services. L'épidémie de 1851 a présenté généralement un caractère gastrique; le danger paraissait provenir de cet état de désordre profond de l'action nerveuse qu'on est convenu d'appeler *malignité*; on a dû être fort sobre des évacuations sanguines; elles n'ont été mises en usage qu'avec une excessive réserve et seulement pour remplir quelques indications particulières; les vomitifs et le sulfate de quinine ont été, au contraire, très-souvent employés et l'ont été avec un avantage incontestable. Quand on a eu occasion d'observer un certain nombre de maladies épidémiques, on sait, au reste, qu'il en est presque toujours ainsi, qu'il n'en est aucune qui présente constamment la même forme, et que par conséquent on puisse toujours traiter de la même manière. Mais dans les épidémies les plus meurtrières, la moitié au moins des malades guérissent par les seuls efforts de la nature, lorsqu'elle n'est pas trop contrariée ou troublée, et ce sont ces malades que les hommes sans expérience croyent souvent avoir guéris par leurs remèdes, quand ces remèdes n'ont pas eu d'autre avantage que de n'avoir pas nui.

---

par Grater (1), et enfin par Gorins (2), pierre trouvée près San-Sebastiano, hors des murs de Rome, et qui, d'après le dernier auteur par nous cité, pourrait bien provenir d'un columbarium de la maison de Livie, et faire ainsi remonter l'archiâtrie à Auguste.

M . LIVIO . CELSO . TABVLARIO
SCHOLAE . MEDICORVM
M . LIVIVS . EVTICHVS
ARCHIATROS . OLL . D . D
IN . FR . PED . IIII

Cette inscription nous fait également connaître l'existence d'une école de médecine, qu'on sait avoir été établie sur l'Esquilin. Si cette pierre a l'antiquité que *Gorius* serait porté à lui attribuer, il en résulterait qu'une école de médecine existait du temps d'Auguste, époque où précisément les Romains eux-mêmes commencèrent à se livrer à cette étude. Il serait, du reste, fort étonnant que cet empereur, sous lequel les lettres, les arts et les sciences fleurirent à un si haut degré, n'eût pas institué d'école de médecine, lui qui protégeait si hautement cette science et admettait à sa cour tant de disciples d'Esculape.

Le personnel médical de la maison d'Auguste et de Livie était fort nombreux (1); il avait son organisation, sa hiérarchie, des subordonnés et des chefs. Ceux-ci avaient le titre de décurions, ou étaient qualifiés par ces mots : *supra medicos*, ou encore *superpositus medicorum*, comme en témoignent les pierres suivantes, trouvées dans le columbarium de la maison d'Auguste et de Livie (Gorius) :

M . LI
BOETH
DEC
MEDICΩ

Le reste de la pierre est brisé. Le texte se rétablit ainsi : MARCUS LIVIUS BOETHUS DECURIO MEDICORUM.

Voici l'autre inscription :

M. LIVIVS
LIVIAE . L. ORESTES
SVPRA . MED

Gruter parle (INSCRIPTION DLXXX, 7) d'un autre *superposé* aux médecins de la cour d'Auguste : T. FLAVIUS POEDEROS ALCHIMIANUS AUGUSTI LIBERTUS SUPERPOSITUS MEDICORUM.

A un médecin militaire, habitué à obéir humblement à des gens qui ne con-

(1) Gruterius, INSCRIP. ANTIQ., DCXXII, 4.

(2) Fr. Gorius, MONUMENTUM SIVE COLUMBARIUM LIBERTORUM ET SERVORUM LIVIÆ AUGUSTÆ, etc., p. 122.

(1) Dans Guther (DE OFFICIIS DOMUS AUGUSTÆ, Paris, 1708) on ne trouve pas un mot sur les médecins de la cour impériale.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES NOUVELLES SUR L'HELMINTHOGÉNÉSIE ET SUR LE TRAITEMENT DIATHÉSIQUE DES OXYURES ET DES ASCARIDES LOMBRICOÏDES ; par MM. ADOLPHE BEAUCLAIR et PIERRE VIGUIER, internes des hôpitaux de Lyon.

La maladie vermineuse est sans contredit une des plus communes du cadre nosologique. La thérapeutique de l'enfance est pour ainsi dire dominée ou tout au moins influencée par l'élément vermineux. L'âge adulte lui-même, quoique infiniment moins exposé à ses atteintes, n'en est pas toujours à l'abri, et certaines maladies graves, à caractères putrides, ont pour conséquence de développer chez lui cette affection. Une question aussi sérieuse a de tout temps occupé la sagacité des médecins les plus éminents, tels que Welschuis, Linné, Rhodius, Forestus, Malpighi, Leclerc, Andry, Tyson, Bonnet, Müller, Block, Bréra, Goeze, Verner, etc., etc. On est frappé, en lisant les ouvrages des anciens, de l'importance qu'ils accordaient à la production vermiculaire et de l'influence qu'ils lui reconnaissaient dans une foule de maladies. Aussi admettaient-ils dans leur longue *helminthiase*, une fièvre vermineuse, une colique, une dyssenterie vermineuse, des convulsions vermineuses, etc., etc.

La présence des helminthes dans le tube digestif des enfants surtout était pour eux une chose si commune que les mères et les matrones, s'appuyant de leur exemple, recouraient et recourent encore aujourd'hui aux vermifuges avant de s'adresser à la science.

Nous aurions bien des pages à écrire si nous voulions relater ici tous les remèdes préconisés contre les vers, et leur liste serait d'ailleurs sans intérêt. Cet exposé ne ferait que montrer la richesse de la matière médicale à l'endroit des *vermifuges* et des *vermicides ;* cependant, malgré ces moyens nombreux et infaillibles de détruire les vers, nous voyons tous les praticiens mécontents de leur emploi à la recherche de remèdes nouveaux. Pourquoi, lorsqu'on possède tant de spécifiques, ce besoin d'en trouver d'autres? Et pourtant il serait impossible d'être mieux servi, thérapeutiquement parlant, si la mort et l'expulsion des entozoaires était tout. Cette richesse n'est donc qu'apparente!

C'est parce qu'on n'a point considéré la maladie sous son véritable point de vue, qu'on a jusqu'ici, en combattant les vers, fait la médecine du symptôme plutôt que celle de la cause qui le produit, que le traitement des affections vermineuses est resté insuffisant. C'est dans un autre ordre de faits qu'il faut rechercher de vraies indications curatives. Ce que nous voulons démontrer, c'est que le ver n'est point l'élément principal de la maladie vermiculaire, qu'il n'est qu'une manifestation, une conséquence naturelle de l'état constitutionnel, qu'un produit morbide dont l'élimination est moins importante que la destruction du principe qui l'engendre.

En parcourant les auteurs qui ont traité de la production vermineuse, on remarque qu'ils avaient pressenti l'importance d'une médication diathésique; mais cette idée n'est qu'accessoire chez eux, ils l'effleurent à peine, tandis qu'ils consacrent de longs chapitres à la série des anthelmintiques. Toutefois plusieurs d'entre eux, et Bréra notamment, ont signalé comme devant être combattue simultanément, l'asthénie qui accompagne la pluralité des maladies vermineuses, et ont conseillé les toniques comme devant achever la guérison. Ceci est en rapport avec l'observation; mais quelle corrélation existe-t-il entre l'asthénie et la production vermiculaire? C'est là toute la question.

L'asthénie *helminthogénésique* est une asthénie spéciale qui a ses caractères propres et résulte d'un état particulier de nos humeurs, d'une suspension ou d'une perversion des fonctions de la peau, d'une accumulation de produits *acescents* dans le fluide sanguin ; cette disposition particulière, qui a pour résultat la production des vers, constitnera la *diathèse vermineuse*, qui sera plus ou moins complète, suivant le degré de saturation de l'économie.

M. Baumès, dans un savant traité qu'il a publié récemment sur les diathèses, ne néglige point d'instituer celle dont résulte la production vermiculaire; mais l'important, c'est de constater, d'élucider s'il est possible, ce qui produit et constitue cette diathèse; et c'est aussi ce que nous allons essayer d'établir, bien persuadés d'avance de toute la difficulté d'une semblable question.

Avant de développer ce point capital, il est indispensable d'expliquer quelques considérations primordiales relatives à l'origine des vers dans le corps humain.

Comment les vers qu'on trouve dans les organes y ont-ils pris naissance?

C'est là, il faut l'avouer, une question complexe, qui a été l'objet de bien des recherches, de bien des écrits, et sur laquelle on est loin d'être entièrement d'accord. Toutefois, les mystères qui entourent leur existence chez l'homme ne sont pas assez impénétrables pour éloigner le médecin de l'étude d'un phénomène aussi curieux pour la physiologie qu'important pour la thérapeutique. L'observation minutieuse des faits peut fournir des données précieuses et mettre sur la voie de renseignements positifs.

Deux théories se trouvent ici en présence : l'une, assez généralement accréditée, prétend que les œufs des vers sont transportés par les aliments dans le tube digestif, pour y éclore sous certaines influences; l'autre, au contraire, veut que ces entozoaires se développent de toutes pièces chez les animaux. A laquelle de ces deux théories doit-on ajouter foi? Les opinions des auteurs sont divergentes. La plupart d'entre eux, frappés sans doute par la ressemblance apparente de forme et d'organisation, ne veulent voir dans les helminthes que des animaux apportés du dehors, qui vivent dans notre corps, y exécutent leurs fonctions de nutrition et de reproduction exactement comme dans leur milieu naturel. L'évolution spontanée, d'ailleurs, est un fait qui répugne à leurs traditions scientifiques : ils veulent l'infaillibilité de l'aphorisme *omne vivum ab ovo*.

Pour quelques-uns cependant, cette évolution primordiale est la seule qui puisse rester en harmonie avec l'analyse et l'observation attentive des faits; c'est aussi celle que nos recherches nous ont fait adopter et que nous allons, dans ces aperçus, essayer de discuter.

Les anciens, et Aristote surtout, admettaient la génération spontanée. Leur opinion a eu cours jusque vers la fin du dix-septième siècle, où Rhedi chercha à prouver que tous les vers, tous les insectes trouvés dans les eaux dormantes principalement, provenaient d'œufs auparavant déposés par les animaux. Mais plus tard Noedham détruisit cette assertion en montrant que si la putréfaction ne produit pas d'insectes, elle fait naître de petits animalcules microscopiques jusqu'alors inconnus, les *infusoires*. Wrisberg, O.-F. Müller, Ingenhouz, Gruithnisen, Schultze et G.-R. Treviranus se li-

---

naissent rien à son art, l'idée vient immédiatement de se demander si ces décurions et ces superposés n'auraient pas été des sortes d'intendants comme les nôtres, n'étant pas de la robe et commandant à la robe. Heureusement rien n'en était. *Pæderos*, qualifié *alchimianus*, était évidemment un médecin, ou quelque chose de bien approchant. Quant à *Boethus*, le doute n'est pas permis, car, avant de trouver sa dernière demeure dans une *olla* de ce *columbarium*, il avait généreusement donné un *loculus* à *Speratus* et à *Iole*, et le *titulus* de cette pierre indique que le donateur était médecin :

M. LIVIVS BOETHVS MEDICVS . DAT M . LIVIO . SPERATO . ET IOLE . L. SVAE

Dans ce même columbarium, on a trouvé les deux pierres suivantes, nous transmettant les noms d'autres médecins de la cour d'Octavien Auguste et de l'impératrice Livie : TYRANNUS LIVIÆ MEDICUS ; — PROCULUS L. AUG. L. HILARUS C. MEDICUS CHIRURGUS. Gruter a publié l'inscription d'un autre médecin-oculiste appartenant à la maison impériale : TI. JULIUS AUG. ET AUGUSTÆ L. CUTISONUS MEDICUS OCULARIUS. H. S. E. Si nous avons bien fait cette petite addition, cela nous donne, pour la cour d'Auguste, six médecins dont les noms sont parvenus jusqu'à nous. Nous devons ajouter, parmi bien d'autres, le plus célèbre d'entre eux, *Antonius Musa*, et cet *Eudemius* que Tacite dit médecin et ami de Livie. Mais quand on songe au titre de décurion, de *supra medicos, superpositus medicorum*, donnés à des médecins, quand on pense que ces inscriptions nous sont parvenues à travers les siècles et malgré les ravages des barbares du Nord, sans compter les profanations des modernes, qui emploient trop souvent de précieuses inscriptions comme moellons à bâtir, quand on réfléchit à tout cela, on trouve ces documents bien suffisants pour établir que le personnel médical de la cour d'Auguste était fort nombreux et régulièrement organisé.

Comme preuve, rien n'est plus authentique que les inscriptions ; ce sont des originaux, et non des manuscrits plus ou moins altérés par les copies successives. Aussi est-il fort intéressant de chercher sur ces vieilles pierres historiques quelles étaient les différentes dénominations données aux médecins, selon qu'ils se livraient à telle ou telle spécialité. Nous avons vu le *medicus*, sans aucune autre appellation, le *medicus chirurgus*, le *medicus ocularius*, l'*alchimianus* ; sur une pierre incrustée aujourd'hui dans le portail de l'église Sainte-Marie-de-la-Minerve, à Assisi, on lit le nom d'un *medicus clinicus chirurgicus ocularius :*

P. DECIMIVS . P. L. EROS
MERVLA . MEDICVS
CLINICVS . CHIRVRGVS
OCVLARIVS . VI . VIR
HIC . PRO . LIBERTATE . DEDIT . HS . 1000 .

Enfin, on sait qu'il y avait des chirurgiens herniaires et des dentistes. Nous dirons un mot des *coloratores*.

On n'a pas découvert l'inscription d'*Antonius Musa*. Au rapport de *Gorius*;

vièrent à des expériences que les limites de ce travail ne nous permettent pas de reproduire, prouvant d'une manière irrécusable la génération spontanée d'êtres animés. Dès lors, si des vers, des insectes peuvent se développer spontanément dans la nature, pourquoi ne pourrait-il en être de même dans le corps humain? Peut-on nier que les cellules vivantes appelées hydatides, que les zoospermes, etc., prennent naissance de toutes pièces dans les organes où on les rencontre? Ces êtres sont ils le résultat de germes, d'œufs introduits dans le tube digestif, et puis absorbés et transportés par le torrent circulatoire dans certains organes, où ils y subissent un développement spécial? Mais ces germes, ces œufs, quels qu'ils soient, ont évidemment un volume trop considérable pour pouvoir passer dans les vaisseaux lymphatiques pour circuler dans les capillaires sanguins qui, d'après les micrographes, n'ont que 0,00025° de pouce de diamètre. Nous ne tenons nullement compte de l'opinion hasardée qui a voulu supposer que les plus petites parcelles de substance reproductive des animaux fussent tout aussi aptes que l'œuf entier à les propager. Voudrait-on admettre, avec Ehrenberg, que les animalcules spermatiques sont inoculés à chaque animal dans l'acte de la génération? Cette hypothèse n'a jamais pris rang dans la science, car la micrographie en démontre encore l'erreur par ce fait que les fœtus ne possèdent ni zoosperme ni germe de ces animalcules. Et si le zoosperme existe chez l'animal adulte, c'est bien qu'il a pris naissance de toutes pièces, en vertu d'une sécrétion nouvelle due à l'impulsion, à la modification profonde que subit le sang et l'économie sous l'influence de la puberté. Mais, disons-le en passant, ces êtres sont ici le résultat d'une sécrétion physiologique, la disposition de l'organisme qui les produit n'est point un état pathologique, contrairement à ce qui a lieu pour les entozoaires intestinaux qui, comme nous le verrons, doivent leur naissance à un principe morbifique particulier, à une diathèse en un mot. Des faits ci-dessus exposés, il résulte que l'évolution spontanée dans le corps des animaux en général et de l'homme en particulier est un fait prouvé et incontestable.

La considération des vers du tube intestinal va nous démontrer encore mieux la conversion primordiale d'une matière animale non encore organisée en certains êtres.

Les helmintes, suivant les physiologistes, diffèrent complétement pour l'organisation de tous les entozoaires qui vivent hors du corps animal. Il n'y a que très-peu de ces vers qu'on rencontre à la fois dans différentes espèces d'animaux. Le ténia n'appartient qu'à l'homme, et la plupart des animaux ont leurs parasites propres qui diffèrent des autres quant à l'espèce. Beaucoup de vers intestinaux ne vivent que dans certains organes; ces êtres meurent en général hors du corps animal, ce qui ne devrait pas être s'ils étaient de la même espèce que ceux analogues qui prennent naissance dans la nature.

D'après la simple énumération de toutes ces particularités, il est évident que les entozoaires intestinaux sont des êtres à part, avec une organisation à eux propre, ayant une existence toute spéciale qui ne peut nullement convenir à aucun autre animal du monde extérieur, et qu'il est absurde de les faire provenir d'œufs fournis par des animaux qui en diffèrent d'une manière si radicale, qui n'ont avec eux qu'une ressemblance grossière, ne pouvant suffire à établir une identité. Mais allons plus loin, ce qui prouve que les aliments, comme on l'a dit, ne peuvent être le véhicule de ces germes, c'est qu'on en a observé jusque dans les embryons et l'existence des vers chez ces derniers, où ils n'ont pu arriver par les aliments ni par l'absorption capillaire, comme cela a été démontré impossible, ne peut être que le résultat d'une évolution spontanée.

Passons maintenant à ce que nous avons appelé *diathèse vermineuse*, à cet état de l'économie qui favorise le développement nécessaire de l'élément vermineux. C'est par l'observation des diverses fonctions importantes de l'organisme et des troubles qu'elles éprouvent que nous établirons les données d'où résultera comme conclusion naturelle la *diathèse helminthogénésique* que nous voulons démontrer.

L'examen physiologique des émonctoires de l'homme en santé va nous mettre sur la voie des altérations qui ont pour conséquence la production vermicolaire.

Les sécrétions de nos organes à l'état sain se divisent en deux grandes classes par leur réaction chimique: 1° les sécrétions acides; 2° les sécrétions alcalines. Au nombre des premières sont rangés la transpiration cutanée, le mucus intestinal, le suc gastrique et l'acide carbonique exhalé par les poumons. Les secondes sont formées par la salive, la bile, le suc pancréatique, les larmes, les sécrétions des séreuses et le sperme. Quelle est l'importance relative de ces deux classes dans le jeu des phénomènes de la vie, et à quel but sont-elles destinées d'une manière générale?

Examinons en première ligne les sécrétions acides: 1° la *peau*. Pour juger de l'importance de la transpiration, qu'on réfléchisse à la quantité des liquides excrétés par les téguments, quantité qui égale presque à elle seule toutes les autres sécrétions du corps humain réunies ensemble, qui souvent les surpasse et excéderait un kilogramme par vingt-quatre heures, d'après Lavoisier et Seguin.

Les expériences de Cruickshanks, Sanctorius, Spallanzani, le comte de Milly, Ingen-Houss, Pricetley, Jurine (de Genève), Berthollet, Fourcroy, Davy, Thénard, Anselmino, prouvent d'une manière irréfragable l'acidité de ce liquide excrémentitiel. Si de la peau nous passons aux reins, nous constatons encore que le liquide qu'ils sécrètent est une liqueur contenant des acides à l'état neutre et des acides à l'état libre. A l'appui de ce fait nous citons les travaux de Vieussens, Mariotte, Schell, Fourcroy, Vauquelin, Berzélius, Provot, Thénard, Margraff, qui ont prévalu dans la science malgré l'opinion contraire de Haller et Boerhaave la disant alcaline. Les travaux précités constatent aussi que les urines ont une composition chimique d'une analogie parfaite avec l'exhalation cutanée et que la diminution de la transpiration et de son acidité s'accorde toujours avec un état semblable du côté de la sécrétion des reins. Il nous reste à voir si le tube digestif possède aussi une sécrétion acide. Nous n'avons pour le prouver qu'à citer les noms de Wridet, Carminati Werner, M. Chevreuil, Proust, Braconnot, Tiedmann, Gmelin, dont les recherches nous ont appris que les intestins aussi bien que l'estomac fournissent des liqueurs acides. Voilà donc trois émonctoires qui ont tous pour but de débarrasser l'économie d'un produit acide. Les fonctions d'un ou plusieurs de ces appareils ne peuvent être altérées impunément; la suite va nous en convaincre.

Après avoir étudié la nature de ces sécrétions, il est naturel de rechercher les effets produits par leur altération. On sait que le sang est une liqueur composée d'eau, d'albumine, de fibrine, d'une matière particulière colorante et coagulable et de différents sels avec excès d'oxyde, au milieu desquels la soude libre domine. Il est utile de rappeler sommairement ce fait, parce que c'est sur le fluide nourricier que va se traduire l'altération des sécrétions que nous venons d'exposer. Remarquons que la nature a tout disposé, comme le dit M. Turck, pour rejeter le plus promptement

---

qui ne l'a point vue, mais qui a recueilli ce bruit, on aurait trouvé dans la partie supérieure, la plus noble, du columbarium dont nous avons parlé, une pierre avec le nom d'ANTONIUS MUSA DISCREPTUS A POPOLO; mais nous sommes porté à croire qu'un si haut personnage, qui avait une statue d'airain dans le temple d'Esculape, fut enseveli sur la *via Appia*, ou sur toute autre voie consulaire, sous l'abri d'un monument digne de sa fortune et de sa réputation.

On a disserté sur les médecins femelles dans l'ancienne Rome. Leur existence a paru prouvée à quelques savants par le mot *medica*, mais d'autres archéologues nous semblent avoir établi que cette expression ne voulait pas dire que les femmes auxquelles elle s'applique, pratiquassent la médecine en général; ce mot signifierait simplement *obstetrix*, accoucheuse. L'*obstetrix* de l'impératrice Livie était *Antonia Thallusa*, comme nous l'apprend l'inscription suivante, rapportée par Gruter (INSCR. DCXXXVI, 5):

ANTONIAE : AVG. L
THALLVSAE
OBSTETRIC

On doit supposer qu'à la cour de Livie, dans une organisation médicale aussi complète, on n'avait pas oublié le *valetudinarium*, infirmerie destinée, selon toute probabilité, à recevoir les gens de la maison, quand ils tombaient malades. Nous trouvons, en effet, à Florence deux pierres faisant mention de préposés au *valetudinarium*: HELPIS LIVIÆ AD VALETUDINAR, et PHILARGYRUS..... AD VALETUD. La première est relative à une infirmerie de la maison de Livie, la seconde à un infirmier dont le patron est inconnu, son nom, remplacé par des points dans notre citation, ayant été écorné par le temps.

Les bains, qui commencèrent à être en grande faveur sous Auguste, époque où l'édile Agrippa ouvrit pour la première fois des thermes au public, devaient également être, à la cour de Livie, l'objet d'un soin particulier. On a trouvé, dans le columbarium de ses gens, les inscriptions suivantes, qui nous transmettent le souvenir d'un baigneur et le nom d'un employé, chargé probablement de veiller sur l'aménagement et sur l'emploi des eaux: LIVIÆ AUGUSTÆ L. THERMOTARIO (le nom manque sur cette pierre brisée); — SECUNDIO LIVIÆ AUG. AQUARIUS DAT OLLA ADVENÆ CONJUGI PLE.

Voici une autre inscription qui mérite commentaire:

ANTEROS
LIVIAE
COLORATOR

S'agit-il encore ici d'un médecin, ou bien d'un peintre, ou bien de l'enlumineur des joues impériales de Livie? La question paraît étrange au premier abord. On se demande quels rapports il peut y avoir entre un peintre en bâtiments et un docte disciple d'Esculape. Mais il paraît qu'on appelait autrefois *medici coloratores* ceux qui, par des moyens surtout hygiéniques, aidés quelquefois de médicaments, et consistant surtout dans l'exercice, l'habitation à la campagne, l'insolation, rendaient au corps sa force, aux chairs leur fermeté et leur frais *coloris*, *colorem*, d'où *coloratores*.

possible hors de l'économie les produits acides; les sécrétions qui les fournissent sont toutes excrémentitielles. A peine la transpiration est-elle formée qu'elle est déjà en dissolution dans l'atmosphère; il en est de même de l'acide carbonique lancé par les poumons. Les urines, le lait, produits acides, sont aussi éliminés. A la suite des substances acides, nous ne devons pas oublier le mucus intestinal qui est un acide d'une nature particulière, destiné à être expulsé du corps. Le transport des acides hors du sang et de l'économie est donc une condition nécessaire de santé. Si les émonctoires qui les font disparaître fonctionnent peu ou pas du tout, ces éléments viciés, puisqu'ils sont excrémentitiels, rentrent dans la masse du sang, et l'altèrent en neutralisant l'alcali qui y est à l'état libre. Mais comme c'est l'équilibre des éléments constitutifs du sang et la nature alcaline surtout qui en fait la force, il est nécessaire d'examiner quel rang important joue l'alcalinité dans les transformations successives de l'aliment, comment l'économie disperse les liqueurs alcalines et combien elle multiplie ses efforts pour les utiliser. L'étude de la digestion va principalement nous en prouver l'importance.

L'aliment introduit dans l'orifice buccal est d'abord imbibé d'un liquide alcalin (la salive), puis d'un liquide acide (suc gastrique), qui est presque immédiatement neutralisé par un nouveau liquide alcalin (la bile et le suc pancréatique), et donne enfin pour résumé de toutes ces qualités le chyle, liqueur alcaline qui elle-même se transformera en sang, dont l'alcalinité est plus grande encore; car il est démontré que ce produit de l'élection des vaisseaux lactés intestinaux est un fluide quelquefois neutre et toujours moins alcalin que la masse sanguine dont il est destiné à réparer les pertes continuelles. Mais ce chyle a besoin pour devenir sang parfait d'être en quelque sorte épuré par les sécréteurs acides qui, en augmentant son alcalinité, le rendent plus vital et partant plus propre à reconstituer les déperditions du torrent circulatoire. Nous voyons donc le sang, ce moteur de l'économie, la quintessence de l'aliment, se distinguer par des propriétés remarquables d'alcalinité. Dès lors toute action qui aura pour conséquence de retenir dans les humeurs un produit acide et excrémentitiel tendra à neutraliser l'alcalinité du fluide nourricier et devra porter un trouble plus ou moins profond dans l'économie. Si un pareil état se prolongeait sans compensation aucune, le jeu des organes en serait bientôt tellement influencé que l'équilibre vital serait rompu et la mort en serait la conséquence. Mais la nature a des efforts critiques : elle tend toujours à rétablir cet équilibre détruit, et ses moyens passent souvent inaperçus aux yeux des observateurs qui considèrent comme un mal ce qui n'est que le résultat naturel, qu'un effort médicateur sur l'essence duquel il ne faut point se méprendre, comme nous le verrons pour la sécrétion vermiculaire dans la diathèse vermineuse. Poussons plus loin nos investigations pour mieux démontrer l'importance des sécrétions alcalines.

Cette circonstance, que la nature a multiplié ses efforts pour les utiliser et pour en faire rentrer les éléments dans la circulation, nous indique bien leur utilité. Toutes les liqueurs produites par les sécrétions de cette espèce sont récrémentitielles ou du moins excrémento-récrémentitielles, à l'exception du sperme, contrairement à ce qui a lieu pour les sécrétions acides qui toutes sont destinées à être éliminées. En effet, constatons, avec M. Turck, ce qui se passe physiologiquement pour les membranes séreuses qui contiennent un liquide albumineux où se trouve de la soude libre, pour la synovie, les larmes, la salive, la bile, le suc pancréatique, dont les propriétés alcalines sont bien établies. Toutes sont absorbées; le sperme seul est évacué, mais sous certaines conditions et en petite quantité. L'effet des pertes trop absorbantes de ce fluide, la faiblesse qui en résulte, prouvent de la manière la plus évidente combien les alcalis sont nécessaires à l'économie animale. Nous reconnaissons cependant une grande influence à l'ébranlement nerveux qui accompagne les émissions spermatiques, tout en faisant remarquer qu'on ne saurait accuser cette influence chez les malades atteints de pertes séminales involontaires. Toutes ces considérations mettent hors de doute ce fait que le manque d'équilibre des éléments constituant le sang, leur désalcalisation est ce qui en fait la faiblesse.

C'est ici le lien, en analysant les sécrétions de ceux qui ont des vers, de montrer que l'asthénie, si bien remarquée par Bréra, n'est due qu'à l'altération précitée du fluide nourricier. Or ce fluide, cette chair coulante, comme le disait Borden, est-ce autre chose que la constitution?

L'observation clinique et les auteurs, Bréra entre autres, nous apprennent que les femmes, les enfants, les individus en un mot qui ont la fibre molle, la peau délicate, sont de préférence sujets aux maladies vermineuses, et précisément ils sont dans les conditions les plus favorables à une altération fonctionnelle du tégument, à cause de sa délicatesse et de son impressionnabilité. Mais ceci devient plus concluant quand la maladie est établie; la peau est ordinairement sèche, décolorée, flasque, sans vitalité aucune. Elle ne remplit plus ses fonctions physiologiques ayant pour but, ne l'oublions pas, d'extraire de la masse des humeurs un produit acide. D'un autre côté, la respiration peu large exhale moins d'acide carbonique, les urines sont crues, peu acides ou même neutres, comme nous avons eu souvent l'occasion de le constater, par les réactifs ordinaires. Voilà trois appareils destinés chez l'homme sain à chasser des liqueurs acides, dont les fonctions sont perverties dans la maladie vermiculaire, et dont la souffrance doit altérer évidemment la constitution. La sécrétion du canal digestif et de l'intestin surtout, est, elle aussi, modifiée, mais d'une manière bien différente; ce dernier sécrète avec abondance un mucus épais et d'une acidité plus grande qu'à l'état normal, comme nous l'avons expérimenté, et c'est dans ce mucus qui est l'excrétion critique, le diverticulum par lequel le sang se purge de l'excès d'acide que l'inertie des émonctoires que nous venons de signaler accumule dans sa masse, que le vers prend naissance. Une partie de ce mucus se transforme en helminthes, en vertu de l'évolution spontanée et parce que l'asthénie et l'adynamie, conséquences de l'état général, développent dans l'intestin une fermentation putride, un état favorable en un mot à cette évolution (1). On pourra nous objecter que cet état de l'organisme, décrit comme particulier à la diathèse vermineuse, est applicable à une foule d'autres dispositions morbides. Ce fait ne peut détruire en aucune façon les désordres fonctionnels que nous signalons comme propres à ceux qui sont atteints de vers; il prouverait seulement (ce qui d'ailleurs est notre opinion) que les mêmes causes peuvent, suivant les idiosyncrasies, produire des effets différents, nonobstant leur analogie en apparence impossible. Nous avons donc eu raison de poser dans nos prémisses la production vermineuse comme une manifestation, une conséquence naturelle de l'état constitutionnel, un produit morbide dont l'élimination est moins importante que la destruction du principe qui l'engendre. Ceci ne veut pas dire que le vers ne puisse à son tour influencer

(1) L'analyse chimique nous a démontré que le vers produit est beaucoup plus acide que le mucus où il a pris naissance.

La cosmétique touche de bien près à la médecine et à l'hygiène, quand il ne lui arrive pas d'aller tout à fait à leur encontre. La galante Livie n'a pas dû oublier ce que cet art était susceptible d'ajouter de charmes à sa personne, ni l'apparence menteuse qu'ils pouvaient lui emprunter quand les années les eurent flétris. Aussi trouve-t-on des inscriptions d'*ornatrices* en général, une autre relative à une *ornatrix auricularum*, enfin des *unctrices*. Auguste lui-même avait des *unctores*, expression qui ne représente pas seulement des parfumeurs, mais des individus, espèces de masseurs, dont les fonctions avaient une toute autre importance au point de vue médical.

La cosmétique et en général tout ce qui peut ajouter aux attraits et ralentir en apparence les ravages des ans, a été poussé à un plus haut point que chez nous, dans l'ancienne Rome, où la beauté physique, plastique, était l'objet d'un véritable culte. Notre époque n'a pas été témoin d'extravagances pareilles à celle de Poppée, femme de Néron, qui, en voyage, se faisait suivre par cinq cents ânesses nourrices, afin de pouvoir prendre en tous lieux ses bains de lait!! Pline rapporte qu'il était reçu de son temps que, pour entretenir la fraîcheur du visage, la souplesse et la douceur de la peau, il fallait se laver soixante-dix fois par jour avec du lait d'ânesse. On trouvera dans Desobry (ROME AU SIÈCLE D'AUGUSTE) une pittoresque description de la toilette d'une femme; le boudoir de nos plus raffinées courtisanes n'a jamais vu rien de semblable.

Il nous reste à faire connaître le degré de considération dont jouissaient les médecins du temps d'Auguste et sous les premiers empereurs, et à rechercher si cet art menait facilement à la fortune.

Il n'est pas douteux que les médecins, rangés dans la classe des chevaliers, ne fussent très-considérés à l'époque dont nous parlons. Nous avons dit, d'après Tacite, qu'*Eudemius* était non-seulement médecin, mais encore ami de Livie. On sait qu'on éleva à *Antonius Musa*, qui venait de guérir l'empereur d'une grave maladie, une statue d'airain dans le temple d'Esculape. Il est bien certain que ce ne fut pas la seule qu'on lui érigea, car l'Esculape, belle statue de marbre du Vatican, dans le nouveau bras Chiaramonti, n'est autre, selon toute probabilité, que *Musa* lui-même, représenté avec les attributs du dieu d'Épidaure. Si l'on peut juger des honneurs accordés aux disciples d'après le culte décerné au dieu leur patron, on ne peut nier que la médecine ne fût en odeur de sainteté, car les statues d'Esculape qui nous sont parvenues figurent dans les musées en nombre qui rivalise avec celui des effigies des grandes divinités de l'Olympe. Les villas étaient sous la protection d'Esculape, qui y avait toujours un temple ou un simulacre. La moderne villa Borghèse, à la porte de Rome, a perpétué ce souvenir; on y voit une statue d'Esculape sous une belle arcade, bâtie au sommet d'un rocher d'où l'eau tombe en cascade, et un riche temple dédié à ce dieu, au milieu d'une île plantée de rosiers et baignée par un lac entouré de grands arbres.

Ce qui fit la faveur des médecins au siècle d'Auguste, ce fut non-seulement la haute protection accordée par ce prince aux lettres et aux sciences, mais probablement aussi le fréquent besoin qu'il avait de leurs secours. *Tranquillus* dit, dans la VIE D'AUGUSTE, que cet empereur fut sujet pendant toute sa vie, mais principalement après ses victoires sur les Cantabres, à de graves et fréquentes maladies, qu'il qualifie de cette manière : *Quasdam et anniversarias ac tempore certo recurrentes expertus est. Nam sub natalem suum plerum-*

l'organisme et développer dans l'économie des troubles nouveaux; mais il ne faut voir ici, comme le recommandait le professeur Lafabrie (de Montpellier), qu'un effet qui devient cause à son tour et qui n'a qu'un rapport secondaire avec la diathèse helminthogénésique. Cette diathèse est donc une chose établie, un fait prouvé. Quelle est l'indication thérapeutique qui en ressort? Avant de répondre à cette question et d'exposer les moyens que l'expérience nous a démontrés si efficaces, passons en revue les remèdes généralement vantés dans les maladies vermineuses, et montrons que leur insuffisance tient à la fausse appréciation de la cause de la maladie.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les numéros du deuxième semestre 1852 et du premier trimestre 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Carie étendue du tarse et des extrémités articulaires du tibia et du péroné; amputation tibio-tarsienne;* par MM. Black, Crockatt et Monro. 2° *Nouvelle manière d'appliquer les sangsues;* par M. Sloan. 3° *Tribut à la pathologie et à la pratique obstétricales;* par M. Simpson. 4° *Lésion des valvules du cœur par un violent exercice musculaire;* par M. Peacock. 5° *Sur la stricture de l'urètre et de son traitement par l'incision externe;* par M. Fides. 6° *De l'origine épidémique des éruptions furonculeuses;* par M. Kinglake. 7° *Cas d'hydrophobie;* par M. Lawrie. 8° *Sur l'érysipèle;* par M. Begbie. 9° *Sur les maladies du nez et du pharynx;* par M. Syme. 10° *De l'albuminurie temporaire dans les fièvres et autres maladies aiguës;* par M. Begbie. 11° *Sur le mode de développement dans les tissus des embryons des mammifères;* par M. Drummond. 12° *Fracture de la base du crâne avec perte de la matière cérébrale;* par M. Grabam. 13° *Mort par administration du chloroforme;* par M. Brown. 14° *De l'incarcération de la hernie fémorale;* par M. King. 15° *Sur la provocation de l'accouchement prématuré;* par M. Thomson. 16° *Corps étranger logé quatre ans et demi dans les voies aériennes; abcès gangréneux du poumon droit;* par M. Stratbers. 17° *Nouveau moyen de traiter les corps cartilagineux du genou;* par M. Syme. 18° *Des maladies du larynx et du pharynx;* par M. Bennett. 19° *Salivation grave et dangereuse, suite d'un traitement ectrotique contre la variole par les frictions mercurielles;* par M. Paterson. 20° *Administration du fer dans le traitement de l'inflammation;* par M. Crigbton. 21° *De la combustion spontanée ou non;* par M. Gregor. 22° *Pathologie de la membrane muqueuse broncho-pulmonaire;* par M. Black. 23° *Rhumatisme aigu suivi de chorée et de maladie du cœur;* par M. Begbie. 24° *Tribut à la toxicologie;* par M. Maclagan. 25° *Tribut à la médecine rationnelle; maladies spasmodiques;* par M. Wood. 26° *Sur l'anévrisme thoracique;* par M. Gairdner. 27° *Absence complète du vagin, avec état rudimentaire de l'utérus, et déplacement remarquable des ovaires et de leurs dépendances, aussi à l'état rudimentaire, chez une femme mariée âgée de 74 ans;* par M. Braid. 28° *Deux cas d'empoisonnement par l'acide carbonique dans des circonstances remarquables;* par M. J. Law.

NOUVELLE MANIÈRE D'APPLIQUER LES SANGSUES; par M. SLOAN.

Voyant des sangsues tarder à mordre la peau, M. Sloan se rappela que ces annélides sont très-remarquablement influencées par les changements météorologiques. En conséquence, il eut l'idée de les soumettre à l'action du vide, en les plaçant sous un vase dont il raréfia l'air au moyen d'une pompe. Aussitôt, en effet, un changement frappant s'opéra dans leurs allures. Elles déployèrent une activité inaccoutumée et telle qu'on ne la voit que rarement aux plus vigoureux de ces animaux.

A quoi tient cette différence? Est-ce une action directe de l'air raréfié sur la vitalité des sangsues? Est-ce, au contraire, que ce vide favorise ensuite la sortie du sang hors des vaisseaux? Cette double influence peut simultanément agir. Mais, quoi qu'il en soit, il faut signaler les avantages d'un procédé aussi facile à exécuter, et qui, comme le remarque l'auteur, peut faire équivaloir deux sangsues à trois, sous le rapport de la quantité de sang qu'elles évacuent.

RÈGLES SUR LA MANIÈRE DE PRATIQUER LA PARACENTÈSE; par M. SIMPSON.

En Angleterre, on pratique la ponction de l'abdomen, le malade étant assis; et, comme la syncope arrive aisément dans cette attitude, on a soin de placer d'avance autour du ventre un bandage serré, dont la partie antérieure est percée d'un trou à travers lequel on peut enfoncer le trocart. Mais la manœuvre est assez embarrassante, et nous n'avons pas été surpris d'entendre M. Simpson avouer qu'il est fort difficile de serrer de plus en plus le bandage à mesure que l'abdomen se désemplit, de manière à ce que l'ouverture du bandage corresponde, pendant toute la durée de l'opération, à la canule du trocart.

Comme moyen de parer à ces inconvénients, c'est le procédé usité en France que M. Simpson vient recommander, c'est-à-dire la ponction faite dans l'attitude horizontale ou presque horizontale, puis la précaution de ne serrer la bande destinée à comprimer le ventre qu'après que la totalité du liquide est sortie.

Un danger attaché à la ponction des kystes de l'ovaire est la pénétration de l'air dans la cavité morbide. Cet accident tient à ce qu'on ne comprime pas assez exactement le kyste au moment où le liquide en sort. On neutralisera cette source de danger, en faisant coucher le malade sur le côté gauche, si c'est l'ovaire gauche qui est le siége de la tumeur cystique que l'on se propose de vider.

On détermine, en général, le lieu de la ponction sur la ligne blanche ou sur le trajet d'une ligne fictive, qui va de l'épine iliaque antérieure à l'ombilic. Mais différentes causes peuvent forcer de changer ce lieu d'élection. Ainsi, il faut éviter avant tout de léser la vessie et la vider, par conséquent, avant l'opération. Secondement, l'utérus est quelquefois élevé de manière à se trouver devant le kyste; pour éviter de le blesser, on devra donc n'enfoncer le trocart que dans un point de la tumeur qui soit manifestement fluctuant. En troisième lieu, on voit quelquefois les ovaires affectés de kystes subir une telle torsion sur leur axe, que la trompe de Fallope est située sur leur face antérieure : on s'abstiendra, dans cette vue, de plon-

---

que languebat; et initio veris præcordiorum inflatione tentabatur; austrinis autem tempestatibus gravedine.

Oui, certes, le temps d'Auguste et de ses premiers successeurs était un bon temps pour les médecins! *Cassius*, médecin de l'empereur, recevait annuellement 250,000 sesterces ou 50,000 fr. *Stertinius*, également attaché à la famille impériale, disait qu'il avait bien voulu se contenter du modeste traitement de 500,000 sesterces, ce qui veut dire près de 100,000 fr. par an, et il prétendait en gagner en outre 600,000 en ville, ou près de 120,000 fr. Lui et son frère, Napolitains d'origine, après avoir dépensé des sommes énormes à embellir royalement leur ville natale, laissèrent à leur mort 30 millions de sesterces ou près de 6 millions de francs. Les chirurgiens gagnaient davantage encore: *Chamis*, jeune médecin marseillais, demanda 200,000 sesterces ou près de 40,000 fr. pour aller faire une cure à la campagne, et *Alconte* amassa en peu d'années 10 millions de sesterses ou près de 2 millions de francs. Que devait donc gagner *Antonius Musa*, le médecin de l'empereur? Peut-être un million par an! Pline, car c'est lui je crois, avait donc bien raison de dire: L'art de guérir est devenu le plus lucratif de tous. Les orateurs paraissent, en effet, avoir fait de moins colossales fortunes; ainsi l'encyclopédiste cite deux orateurs de son temps *Marcellus Epirus* et *Vibius Secundus*, qui amassèrent chacun, dans leur profession, 3 millions de sesterses, ou à peu près 550,000 fr. Quelle misère!

Il est curieux de rapprocher ces chiffres des sommes gagnées par les acteurs à la même époque. Or l'humanité a toujours été aussi sotte et aussi injuste : on paye davantage son plaisir que son utilité, on est moins généreux pour la vaillante épée d'un grand capitaine que pour le larynx d'un sot chanteur ou pour la déclamation d'une tragédienne quelquefois sans cœur! Le célèbre tragédien Roscius gagna jusqu'à 600,000 sesterces ou 122,750 fr. par an, et *Æsopus*, autre tragédien en renom, laissa à son fils, malgré de monstrueuses prodigalités, 20 millions de sesterces ou 4 millions de francs, amassés sur la scène! Nous sommes, sous ce rapport, bien au-dessous des Romains, et c'est tant mieux; mais s'ils payaient bien leurs acteurs, ils payaient mieux encore leurs fonctionnaires, tandis que chez nous c'est tout le contraire, et c'est bien tant pis.

Ces sommes paraissent fabuleuses quand on se reporte à la rareté du numéraire à cette époque. Il est vrai que cette rareté était réelle partout hors de Rome, mais que la capitale du monde était comme un abime où venait s'engouffrer l'or de toutes les nations. Aussi voyons-nous les dépenses de tout genre en rapport entre elles quant à leur énormité, de sorte qu'on ne peut pas taxer d'exagération ce que nous avons dit relativement à la médecine. Auguste donne 20,000 fr. a un pauvre Grec qui lui avait remis quelques vers à sa louange; un simple particulier, *Nomentanus*, fait présent de près de 200,000 fr. à son chasseur, pour épingles sans doute; *Lollia Paulina*, qui devient plus tard femme de Caligula, avait sur elle pour plus de 8 millions de francs de pierreries, à un repas presque sans cérémonie. Il y a quelques jours à peine, j'ai vu, dans les mêmes lieux, après dix-huit siècles, la princesse de Piombino porter pour un peu plus d'un million de diamants; la pauvre femme disait n'en pouvoir plus sous sa charge. *Claudius*, la victime de Milon, avait acheté sa maison plus de 3 millions de francs; le consul Pison, gouverneur de Macédoine, recevait annuellement plus de 3,500,000 fr., sans compter chars, mules, vaisseaux, tentes, palais, lits, argenterie, équipage militaire, et cela avant Auguste, avant

ger le trocart dans l'endroit où l'on sentirait comme une corde dense et inégale sous la paroi abdominale. On se rappellera également que, parfois, la veine-cave inférieure, obstruée par la compression que le kyste exerce sur elle, est remplacée par des veines superficielles de l'abdomen très-dilatées. On aura le soin de reconnaître cette disposition avant de choisir la région où la ponction va être faite. Enfin, il est à peine nécessaire de faire remarquer qu'on devra se préoccuper de déterminer par le palper la situation de l'artère épigastrique, pour ne pas y porter l'instrument piquant.

FAITS RELATIFS A LA PATHOLOGIE DU COEUR ET DES ARTÈRES; LÉSION DES VALVULES DU COEUR A LA SUITE DE VIOLENTS EFFORTS MUSCULAIRES; par M. THOMAS B. PEACOCK, médecin adjoint de l'hôpital Saint-Thomas de Londres.

Les cas de rupture des différentes parties de l'appareil valvulaire du cœur sur lesquels se fonde ce travail sont au nombre de 10, auxquels il faut ajouter une observation propre à l'auteur. De ces 11 faits, il y en a 6 de relatifs à des lésions des valvules aortiques, 4 à des ruptures des colonnes charnues des valvules mitrales, 1 à une déchirure d'une colonne musculaire de la valvule tricuspide. Sur 4 cas de lésions des valvules aortiques où l'autopsie a permis d'étudier le siége précis de la déchirure, 2 fois il y avait séparation complète de l'angle d'attache de deux valvules, une fois il y avait rupture de l'un des angles valvulaires sans séparation complète, une fois le bord convexe de l'une des valvules avait cédé. Pour les déchirures mitrales, sur 3 cas examinés, 3 fois les colonnes charnues de la valvule étaient déchirées et les cordes tendineuses correspondantes flottaient librement dans le ventricule. Il paraît donc que les valvules aortiques, à raison de leur structure et de la pression du sang à laquelle elles sont exposées, sont plus fréquemment lésées pendant les efforts musculaires.

Un seul cas est relatif à une femme, celui de la rupture d'une colonne de la valvule tricuspide. L'âge des malades a varié de 22 à 44 ans. Dans les ruptures des valvules aortiques, la vie a duré, après l'accident, de vingt et un jours à vingt-sept mois; dans les ruptures de la valvule mitrale, la vie s'est maintenue de neuf jours à vingt et un mois; dans le cas de rupture de la valvule tricuspide, la mort est survenue au bout d'un petit nombre d'heures; mais il faut remarquer que, dans ce cas, le malade était atteint d'une phthisie très-avancée. A la suite des déchirures des valvules aortiques entraînant l'insuffisance de cet orifice, il y a quelquefois au bout d'un temps fort court hypertrophie du ventricule gauche.

Les symptômes de ces lésions valvulaires qui surviennent ainsi pendant les efforts violents sont une douleur soudaine à la région précordiale, rarement précédée d'un sentiment de déchirure au cœur; cette douleur s'étend du sternum à l'épine dorsale, quelquefois elle s'accompagne de syncope, de dyspnée, d'oppression, de palpitation. A ces signes s'ajoutent les signes physiques de l'obstruction simple ou accompagnée de régurgitation à l'orifice aortique ou de régurgitation des orifices auriculaires. Dans quelques cas, il y a eu hémoptysie; dans l'une des observations que rapporte Quain, le malade a perçu immédiatement après l'accident un bruit particulier s'étendant à la poitrine, au cou et aux oreilles.

Après les symptômes propres à la déchirure, on observe ceux de l'inflammation consécutive qui masque quelquefois les premiers pour disparaître ensuite et ne laisser subsister que les signes physiques dus à la lésion valvulaire.

Le traitement de ces affections devra consister, suivant Peacock, en déplétions locales légères, en médicaments altérants doux et en diurétiques; après les premiers moyens palliatifs viendront les toniques associés à une diète nutritive et stimulante.

DE L'ALBUMINURIE ÉPHÉMÈRE, ET PLUS PARTICULIÈREMENT DE CELLE QUI SE MONTRE DANS CERTAINES AFFECTIONS FÉBRILES OU AIGUES; par J.-W. BEGBIE.

Pour les lecteurs qui prennent intérêt à cette question, nous indiquerons le numéro de juillet du MONTHLY JOURNAL et le MEDICAL TIMES AND GAZETTE du 19 juin 1852, dans lesquels on trouve le résumé de la discussion qui eut lieu à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg entre Christison, Wood et Gairdner au sujet de la lecture du mémoire que nous allons analyser. On peut dire, avec l'auteur du mémoire, qu'à l'heure actuelle il n'y a pas de symptôme dont la valeur soit plus fréquemment mal interprétée que la présence de l'albumine dans les urines. Cela tient à une connaissance imparfaite des causes ou des conditions dans lesquelles on observe ces urines coagulables, ou bien encore à de fausses inductions tirées du fait de la coagulabilité.

Sous la dénomination d'*albuminurie par desquammation*, le docteur Beghie comprend l'albuminurie qui s'observe pendant la scarlatine, le choléra, l'érysipèle. Dans la scarlatine, l'albumine se montre, dans la grande majorité des cas, d'un à huit jours après que la desquammation de l'épiderme cutané a commencé; elle est en quantité peu considérable. On y trouve à l'analyse microscopique beaucoup d'épithélium provenant des différentes parties de l'appareil urinaire. L'auteur croit avoir trouvé un rapport fixe entre la quantité d'épithélium ainsi éliminé et la durée ainsi que l'étendue de la desquammation des couches épidermiques de la peau.

Dans le choléra épidémique observé à Édimbourg, les caractères de la première urine rendue par les malades étaient les suivants : couleur foncée, aspect boueux, densité moindre, réaction acide prononcée, donnant par l'acide nitrique la réaction caractéristique de la matière colorante de la bile, et par la chaleur et l'acide nitrique présentant un précipité d'albumine, diminution notable de l'urée et présence sous le microscope d'une grande quantité d'épithélium en lamelles. Dans quelques cas seulement, la quantité d'albumine était très-notable; dans les autres, l'urine était *légèrement* ou *à peine* coagulable. Ces particularités de l'urine cholérique sont plus marquées dans les cas graves.

Pour l'érysipèle, Begbie a trouvé de l'albumine dans les urines, dès le début de la convalescence, dans un grand nombre de cas graves. La quantité d'albumine était alors peu considérable; mais dans tous les cas où il y a albuminurie, on trouve dans les urines une quantité notable de cellules d'épithélium.

A ces trois affections qui donnent lieu au passage de l'albumine dans les urines par un mécanisme identique, on pourrait ajouter la variole et certaines affections fébriles de la peau, qui pourraient rentrer dans le même cadre, sous le titre d'albuminurie temporaire par desquammation.

Dans une seconde catégorie de cas, on peut appeler ***albuminuries inflammatoires*** ces albuminuries qui marchent avec les hydropisies par suite de scarlatine. L'urine, très-diminuée dans ces cas au début, contient souvent du sang, des corpuscules d'exsudation, des cellules granuleuses, composées de beaucoup d'épithélium et les moules fibrineux des tubes

---

le faste impérial. Pompée, après ses conquêtes, versa un trésor près de 140 millions de francs, donna 1,228 fr. à chaque soldat, et dota sa patrie d'incommensurables richesses en vases d'or, pierreries, objets d'art, etc. César, le grand, le sage César, prétendit dépenser en un repas les revenus d'une province; lui et ses convives mangèrent en une seule fois 21 millions de francs! C'est là un appétit vraiment impérial.

Je suis ébloui, ébahi! Les pierreries, les couronnes d'or, les banquets sardanapalesques, les triomphes et les millions tournoient dans ma tête! Grâce, en voilà bien assez! Nous sommes à dix-huit siècles de ce bon temps. Oui, *Cassius, Stertinius, Chamis, Alconte*, vous avez gagné des millions; mais arrière votre souvenir; car comment ferai-je pour suivre pédestrement dans la boue, sans murmurer, mon régiment d'infanterie, et que deviendrait la philosophie du médecin de village, réveillé la nuit durant la tempête, pour aller chercher, bien loin dans la campagne, une malheureuse pièce de cent sous, juste le QUARANTE-MILLIÈME de la bagatelle demandée par le jeune *Chamis?*

FÉLIX JACQUOT.

— Notre célèbre confrère, M. le baron Sentin, chirurgien en chef de l'armée belge, vient d'être nommé sénateur.

—HÔPITAL DE LA VILLE DE LONDRES POUR LES AFFECTIONS DE POITRINE. L'anniversaire de la fondation de l'hôpital de la ville de Londres pour les affections de poitrine a été célébré ces jours derniers à *London Tavern*. Le banquet, composé de 300 patrons de l'œuvre, a été présidé par lord John Campell. Il résulte d'un rapport qui a été lu séance tenante, que depuis 1848, date de la fondation de l'hôpital, 14,756 malades externes ont été soignés. — Les frais pour l'année 1852 sont évalués à 1,755 l. s. (43,875 fr.). Le nouvel hôpital dit *Victoria Parc*, pour lequel 3,000 l. s. ont été dépensées, et qui demandera encore 6,000 l. s. pour être complété (en tout 350,000 fr.), sera ouvert aux malades internes au commencement de l'été.

A la fin de la séance, M. Hater a déclaré que les souscriptions de la journée se montaient à 6,000 l. s.

— On lit dans le COURRIER DE L'AIN :

« Il est né, chez un cultivateur de la commune de Ceyzériat, un veau ayant six jambes bien conformées. Les deux de devant n'offrent rien de particulier; les quatre autres appartiennent au train postérieur et ont toutes à peu près les mêmes proportions; deux de celles-là sont dans la position naturelle, les deux autres placées en dedans de celles-ci s'articulent à la partie inférieure du pubis; dès leur origine elles sont tournées en sens inverse des premières, comme si l'animal devait marcher à reculons. Une autre particularité de ce phénomène remarquable, c'est que l'ouverture naturelle des voies intestinales est imperforée; les organes génitaux sont assez mal développés pour qu'on ne puisse déterminer le sexe mâle de l'animal qu'après un examen très-attentif. »

rénaux. Il y a douleur lombaire quelquefois très-prononcée et un mouvement fébrile marqué. Dans les affections semblables, l'albuminurie dure plus longtemps que dans les cas précédents, et il est démontré que l'affection de temporaire peut devenir organique.

D'autres observations sont relatives à *l'albuminurie critique*, signalée dans la pneumonie et dans le typhus. Dans la pneumonie, l'urine, de claire et de transparente ou de pâle qu'elle était, devient tout à coup foncée en couleur et bourbeuse, chargée d'urates amorphes qui se déposent bientôt par leur densité plus considérable. L'urine ainsi rendue, débarrassée, par une première application de la chaleur, de l'urate d'ammoniaque, donne ensuite, par la chaleur et par l'acide nitrique, la réaction caractéristique de l'albumine. L'auteur dit avoir vérifié ce fait un grand nombre de fois; sous le nom de période critique de la pneumonie, il désigne l'époque à laquelle la résolution commence, lorsque l'exsudation qui avait rendu imperméable une portion du poumon vient à disparaître. L'albuminurie coïncidait, dans ces cas, avec le râle crépitant de retour et un son moins mat sur les points où siégeait l'inflammation; elle durait un temps variable, qui n'était pas moindre de cinq à six jours.

Dans la pneumonie chronique, l'albuminurie dure ordinairement plusieurs semaines. La quantité d'albumine excrétée peut aussi varier; toujours sensible aux réactifs, elle s'élève, dans quelques cas, à des proportions considérables.

Dans le typhus, l'albuminurie s'observe presque exclusivement dans les cas où les dépôts typhiques se forment dans les organes internes, dans ceux où il y a pendant la vie une diarrhée grave, et où l'on trouve après la mort des dépôts hétéromorphes dans les glandes intestinales. Dans ces cas, l'albumine se montre dans l'urine à une période avancée, ou tout au moins caractérisée, de la maladie. Les caractères de l'urine sont ceux des urines albumineuses et critiques de la pneumonie: c'est d'après ces considérations que l'auteur a été porté à classer parmi les urines critiques l'albuminurie temporaire qu'on observe dans le typhus.

OBSERVATIONS SUR DES MALADIES DU LARYNX ET DU PHARYNX QUE L'ON PREND SOUVENT POUR DES PHTHISIES PULMONAIRES, ET QUI ACCOMPAGNENT QUELQUEFOIS CETTE AFFECTION; par J. H. BENNETT, professeur à l'Université d'Édimbourg.

Le professeur Bennett rapporte sept observations, dont quelques-unes manquent un peu de précision et de détails, et dont il tire les conclusions suivantes: 1° on prend assez souvent pour des phthisies pulmonaires des affections de la muqueuse pharyngienne ou laryngienne; 2° même dans les cas de phthisie pulmonaire, la plupart des symptômes fatigants pour le malade ne tiennent pas tant à des maladies du poumon qu'à des complications laryngiennes ou pharyngiennes; 3° un traitement local peut non-seulement faire disparaître ou rendre moins graves ces complications, mais combiné à des moyens généraux, il tend d'une manière marquée à arrêter la marche de la maladie du poumon.

OBSERVATION DE RHUMATISME AIGU, SUIVI DE CHORÉE ET D'AFFECTION DU CŒUR; par M. J. W. BEGBIE.

La relation qui existe entre le rhumatisme et la chorée a été reconnue depuis quelques années et est généralement admise aujourd'hui; il ne lui manque qu'une explication basée sur des faits bien observés. C'est pourquoi nous faisons mention du cas rapporté par le docteur Begbie. Cette observation, semblable à beaucoup d'autres qui ont été déjà enregistrées dans la science, ne diffère de celles que le docteur Kirkes a publiées (MÉD. GAZ., 1850) que parce que l'affection du cœur s'est dévoilée après l'invasion des symptômes choréiques. Ici les accidents nerveux ont brusquement succédé au rhumatisme qui a donné naissance simultanément à la maladie du cœur. Il s'agirait de savoir quel rôle peut jouer dans ces cas la maladie du cœur par elle-même, et pour cela il faudrait trouver des observations de chorée survenue dans le cours d'affections du cœur non rhumatismales. Begbie en rapporte un cas observé sur un enfant de 7 ans. Quant aux diverses théories admises pour expliquer ces faits, nous n'avons pas à nous en occuper ici.

OBSERVATIONS SUR LES MALADIES SPASMODIQUES; par M. A. WOOD, professeur à Edimbourg.

Ce mémoire, dans lequel l'auteur s'efforce de classer les maladies spasmodiques et de rationaliser leur étude, se termine par une série de propositions dont nous indiquerons seulement les plus importantes.

1° Le défaut d'alimentation et d'aération sont des circonstances qui favorisent le développement des maladies convulsives.

2° Il ne faut pas chercher à traiter ses accès dans les affections analogues, pas plus dans l'hydrophobie et le tétanos que dans la chorée et l'épilepsie.

3° Les sédatifs et les débilitants, la saignée, par exemple, créent de toute pièce ces affections ou les rendent plus graves. On fera donc un usage modéré de ces médications. Le chloroforme et les affusions froides n'ont pas réussi dans le *delirium tremens*, pas plus que la saignée dans la chorée. On doit donc chercher à fortifier et à nourrir autant que possible. La stimulation convient dans quelques cas, la révulsion dans d'autres. On aura soin d'épargner aux malades les excitations de tout genre. Amstrong dit en effet que dans le tétanos les malades qui guérissent sont ordinairement ceux chez lesquels on n'a point fait usage de médications actives, et qu'on a nourris pour ainsi dire pendant les accès.

REMARQUES SUR LA FIÈVRE JAUNE QUI S'EST MONTRÉE DANS CES DERNIÈRES ANNÉES SUR LES CÔTES DU BRÉSIL; par WILLIAM M'KINLAY, médecin de la marine britannique.

Jusqu'à ces dernières années, on avait considéré la côte du Brésil comme très-salubre; et en effet, on n'observait point dans ces parages les fièvres des tropiques, et il ne s'y était montré ni maladie endémique ni maladie épidémique. Les fièvres d'accès s'observaient bien à l'embouchure des rivières, mais jamais elles ne s'étendirent au loin et ne firent de ravages. Le choléra a aussi complétement épargné ces localités. Quant à la fièvre jaune, on trouvait bien au Brésil toutes les causes locales qui semblent présider à son développement; mais il est douteux qu'elle s'y soit jamais montrée avant la fin de 1849. *De la Rosa*, *Labat*, *Santos*, et d'autres historiens parlent de certaines années, 1686, 1723, 1808, qui ont été meurtrières. *De la Rosa*, par exemple, parle d'une épidémie qui se montra à Pernambouc, s'étendit très-rapidement à Bahia, envahit toutes les maisons, ne sévissant que sur la population blanche, spécialement sur les marins et les étrangers; mais il ne décrit point les symptômes de cette affection. *Santos*, médecin de Rio, dit qu'en 1808, 1809, il y eut dans cette ville une fièvre accompagnée de vomissements et de jaunisse. Cette affection n'était pas grave, du reste, et il en fut de même de certains cas observés tous les ans d'une manière sporadique. Il paraîtrait que, de 1846 à 1849, le nombre de ces affections a graduellement augmenté au Brésil et à Bahia en particulier. Quoi qu'il en soit de ces assertions, qui ne me paraissent pas fondées sur une étude bien précise des faits, l'auteur fait remonter au 3 novembre 1849 le premier cas de fièvre jaune qui se montra à Bahia. En février 1850, la maladie avait atteint son summum d'intensité; elle avait notablement diminué en juillet. A Pernambouc, où l'invasion eut lieu le 17 décembre, l'épidémie n'atteignit son apogée qu'au mois de mars. A Rio, qui possède 300,000 habitants, la maladie commença le 14 décembre; elle prit, en mars 1850, tout son accroissement, et disparut au mois d'août. L'auteur évalue à 15000 le nombre des personnes qui moururent dans cet intervalle. Au sud de Rio, l'épidémie ne s'étendit pas au delà du 27° de latitude, et à Montevideo, malgré l'arrivée de plusieurs navires ayant la fièvre jaune à bord, la maladie ne fit aucun progrès dans la ville.

Le docteur M'Kinlay pense que la fièvre jaune n'a point été importée au Brésil, qu'elle s'y est développée à la façon des endémo-épidémies. Sans se prononcer d'une manière absolue contre la contagion, il pense que la propagation de la maladie une fois développée, sa multiplication se fait par l'atmosphère. Nous ne le suivrons pas, du reste, dans la discussion des faits d'importation; ces faits demandent, pour être élucidés, un ensemble de documents et de preuves qui ne se rencontrent pas dans ce mémoire et qu'on trouve, du reste, rarement rassemblés.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

SUR LA GANGRÈNE DES DIABÉTIQUES.

M. MARCHAL (de Calvi) communique une note sur ce sujet, dont nous publions un résumé.

Il y a deux ans, dit l'auteur, j'ai observé un cas de gangrène dite *spontanée* chez un diabétique, qui perdit un petit orteil et qui, continuant à rendre du sucre dans les urines, a fini par succomber dernièrement à la gangrène de la presque totalité du pied. Ce fut la recherche de la cause générale de la gangrène du petit orteil qui me conduisit, dans ce cas, à reconnaître le diabète, qui datait de plus de quinze ans.

Depuis la publication de ce premier fait, M. le docteur Landouzy (de Reims) a communiqué à l'Académie de médecine un cas de gangrène des deux jambes chez un diabétique.

J'observe en ce moment un fait de même nature, et je m'empresse de le com-

muniquer à l'Académie. Appelé en consultation, près de Paris, par un praticien recommandable, je constatai chez son malade deux foyers gangréneux dans la région dorsale, dont l'un très-vaste, et une large plaque phlegmoneuse et œdémateuse tout le long du côté externe de la cuisse gauche. Dans l'impossibilité de rattacher ces graves lésions à aucun autre vice général, je soupçonnai que le sujet pouvait se trouver sous l'influence de la diathèse glucosurique, et je l'interrogeai dans ce sens : il me répondit que, depuis longues années, il boit et urine beaucoup. L'urine, examinée immédiatement par un habile chimiste, M. Duroy, pharmacien, contenait de 95 à 100 grammes de glucose par litre.

Comme mon premier malade, celui dont il s'agit est sujet depuis longtemps à des furoncles, qui se produisent sur toutes les parties du corps.

Je me borne aujourd'hui à ce simple énoncé ; bientôt je publierai un travail général sur la gangrène dans la glucosurie. J'ai, d'ailleurs, déjà indiqué le mode présumable suivant lequel se produit cette gangrène.

INVENTION D'UN PROCÉDÉ D'AMPUTATION DES OS DU MÉTACARPE.

M. E. Chassaignac adresse sur ce sujet la réclamation de priorité suivante :

« Le procédé pour l'amputation des os du métacarpe, attribué à M. Courty dans la séance du 20 mars dernier, a été décrit et mis en pratique il y a plus de dix ans. On en trouve la description textuelle dans le premier volume des Mémoires de la Société de chirurgie, p. 465. De plus, dans le même recueil, se trouve décrite l'aiguille qu'il convient d'employer pour passer la scie à chaîne sous les métacarpiens. Je ne doute pas qu'une fois cette citation vérifiée, la loyauté bien connue de M. Courty ne le porte à rectifier de lui-même l'attribution qui lui serait faite d'un procédé qui ne lui appartient pas. »

Cette lettre est renvoyée à l'examen de la commission nommée pour le mémoire de M. Courty.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. de la Montagne, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Neufchâteau, sur une épidémie de fièvre gastro entérite, qui a régné dans la commune de Bulqueville depuis le 8 avril 1853 jusqu'au 9 juin dernier ;

2° Le rapport final de M. Gruizard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lons-le-Saulnier, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Marigny depuis la fin de janvier 1853 jusqu'au 1er avril de la même année, et qui a reparu pendant le mois de mai ;

3° Deux rapports de M. le docteur Desguerrois, membre du conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de l'Aube, sur une épidémie présentant les caractères de la fièvre typhoïde, qui s'est manifestée récemment dans la commune de Fresnoy.

— Le même ministre transmet un mémoire manuscrit relatif aux expériences auxquelles l'association médicale d'Eure-et-Loir s'est livrée sur les affections charbonneuses de l'homme et des principales espèces d'animaux domestiques.

— Le même ministre transmet des échantillons d'un extrait de pavot provenant d'Algérie. (Commissaires : MM. Chevallier, Grisolle et Bouchardat.)

— M. Liegey (de Rambervillers) transmet une note intitulée : Un mot sur une épizootie typhique, choleriforme, actuellement régnante chez les gallinacées dans le département de la Meurthe. (Commissaires : MM. Huzard et Leblanc.)

— M. Baud, médecin inspecteur des eaux de Contrexeville, communique des observations sur l'emploi médical des eaux minérales de Contrexeville (Vosges.)

DEUX ESPÈCES NOUVELLES DE LA FAMILLE DES ROSACÉES.

M. Ch. Robin, candidat pour la section d'histoire naturelle médicale, lit un mémoire sur deux espèces nouvelles de la famille des rosacées, qu'il a découvertes dans le jardin botanique de la Faculté. L'une de ces espèces appartient au genre *frambœsia* et l'autre au genre *spiræa*. L'une de ces espèces serait à la fois alimentaire et médicinale. (Commission nommée pour le mémoire de M. Chatin.)

DES MÉTAMORPHOSES DE LA SYPHILIS.

M. Gibert (au nom d'une commission composée de MM. Gimelle, Lagneau et Gibert, rapporteur) lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Prosper Yvaren (d'Avignon) sous ce titre : Des métamorphoses de la syphilis, recherches sur le diagnostic des maladies que la syphilis peut simuler et sur la syphilis a l'état latent.

L'auteur convaincu des nombreux désordres produits dans la société par la propagation incessante de la syphilis, convaincu notamment de la fatale influence que cette maladie exerce sur la dégradation physique des populations, s'élève avec force contre les abus engendrés par la négligence, l'incurie, aggravées encore sous l'influence de certaines théories modernes et signale les suites dangereuses de l'abandon à eux-mêmes des phénomènes primitifs, les conséquences fatales des traitements palliatifs et tout à fait insuffisants qu'on leur oppose trop souvent. La disparition des premiers accidents entraîne fréquemment une sécurité trompeuse, et tôt ou tard le mal, temporairement dissimulé, fait explosion sous une forme ou sous une autre et amène des désordres qu'il n'est pas toujours facile de rattacher à leur véritable source. Ce sont ces sortes de métamorphoses, si propres à égarer le praticien, que l'auteur a entrepris de révéler et qui ont fait l'objet de nombreuses et intéressantes recherches dont se compose le volumineux travail que nous avons eu à examiner.

D'après M. P. Yvaren, ces métamorphoses que subit trop souvent la syphilis, ces déguisements qu'elle emprunte, égalent presque en nombre les espèces morbides de nos cadres nosologiques. Or jusqu'ici très-peu d'observateurs ont entrevu quelques-unes de ces formes insolites de la syphilis, aucun n'en a fait l'objet d'une étude suivie et spéciale de manière à en offrir le tableau complet. M. P. Yvaren s'est efforcé de combler cette lacune autant que le lui permettaient ses propres observations jointes à celles qu'il a réunies au nombre de plus de cent éparses dans un grand nombre d'écrits où elles avaient été insérées dans un tout autre but que celui que notre auteur s'est proposé dans son intéressant mémoire.

Selon Sauvages une foule de maladies diverses et même des maladies fébriles peuvent être produites par le virus syphilitique. D'après Hufeland, il n'y a pas une seule maladie chronique dont la maladie vénérienne ne puisse revêtir les apparences.

Mais, d'autre part, il ne manque pas d'auteurs modernes qui ont cherché à révoquer en doute la syphilis *larvée* et protéiforme de leurs prédécesseurs, et bien qu'aujourd'hui une réaction peut-être exagérée en sens contraire paraisse sur le point de s'opérer et que les incertitudes, les difficultés, et les méprises y abondent, pour mon compte particulier, dit M. le rapporteur, et bien que j'aie eu occasion de traiter un très-grand nombre de vénériens, surtout de ceux attaqués de syphilis secondaire et constitutionnelle, je n'ai guère rencontré de syphilis *larvée* que sous la forme de *névroses* ou de *cachexies* lymphatiques ou pulmonaires. N'omettons pas de noter à ce propos que la *phthisie* proprement dite, une phthisie tuberculeuse tout à fait réfractaire aux antisyphilitiques, peut très-bien coïncider avec la cachexie vénérienne et même être amenée secondairement par cette cachexie. Quant à la lésion du foie signalée dans ces derniers temps par un jeune observateur, cette reproduction d'une ancienne hypothèse, appuyée de nos jours sur de prétendus caractères anatomiques, ne me paraît pas encore bien solidement établie.

M. P. Yvaren étudie, dans un premier chapitre, les maladies du système nerveux que la syphilis peut simuler. C'est, en effet, dans cette classe d'affections que les observateurs de tous les temps ont en le plus souvent l'occasion de reconnaître la syphilis larvée et surtout d'appuyer sur les résultats favorables du traitement la certitude du diagnostic.

L'auteur s'occupe d'abord de la *céphalalgie* ou *céphalée*, qui se montre souvent au début d'autres formes syphilitiques, coïncide la plupart du temps avec d'autres lésions plus ou moins caractéristiques, mais peut aussi exister seule pendant un certain temps, et devenir alors d'un diagnostic très-difficile. Les principaux caractères qui servent alors à établir ce diagnostic sont les suivants : 1° la violence de la douleur ; 2° la durée plus ou moins prolongée du mal ; 3° le retour ou l'exacerbation nocturne de la douleur ; 4° l'incurabilité par les remèdes ordinaires ; 5° enfin le rapide amendement sous l'influence de la médication spécifique.

La première observation rapportée dans ce chapitre est tirée de la pratique particulière de l'auteur ; la douleur de tête simulait une névralgie occipito-frontale.

Dans la deuxième, également propre à l'auteur, la syphilis simulait le tic douloureux de la face.

La troisième observation, empruntée à B. Bell, est un exemple de céphalée vénérienne qui a persisté trois ans sans lésion matérielle appréciable du crâne.

Dans la quatrième observation tirée des centuries d'Amatus Lusitanus, le mal simulait une névralgie oculo-syncipitale.

La cinquième observation est empruntée à Baillou ; la céphalalgie s'accompagne de carie des os du crâne.

L'auteur cite ensuite des exemples d'*odontalgie*, de *névralgies intercostale*, *brachiale*, *sciatique*, syphilitiques. Ce paragraphe se termine par une observation empruntée à M. Baumès, observation dans laquelle la syphilis larvée déterminait des accidents nerveux très-divers.

Les maladies convulsives syphilitiques et en premier lieu l'*épilepsie* sont étudiées avec soin. Le plus ordinairement la syphilis larvée *épileptiforme* s'accompagne de lésions du crâne qui deviennent la cause directe des accès convulsifs. Mais il peut arriver aussi qu'aucune lésion apparente ne se montre et que la syphilis simule l'épilepsie idiopathique, comme le prouvent entre autres deux observations publiées par Cullerier l'ancien dans le journal de Sedillot.

Les circonstances suivantes sont signalées par l'auteur comme propres à éclairer le diagnostic de l'*épilepsie syphilitique*.

1° L'absence des causes ordinaires de l'épilepsie ;

2° L'âge où se produit l'invasion de l'affection convulsive ;

3° L'invasion nocturne des accès ;

4° La coexistence de phénomènes syphilitiques caractéristiques, etc.

Dans les chapitres qui suivent, l'auteur cite des observations de tétanos, d'aliénation mentale, de paralysies diverses et notamment d'amaurose, de paraplégie que l'on a dû rapporter au vice syphilitique.

Dans un appendice au chapitre des névroses syphilitiques, M. P. Yvaren rappelle l'opinion de Jos. Frank sur la possibilité de voir l'infection vénérienne donner lieu accidentellement à des accès de fièvre intermittente, et il emprunte à Cardan, à Baillou, à Deidier, à Bosquillon et à divers autres observateurs des faits et des remarques propres à étayer cette opinion. Il ajoute à ces faits la triste observation de notre malheureux confrère Hoormaun, chez lequel la syphilis, après avoir provoqué des accès fébriles fugaces, simula plus tard une lésion organique cérébrale.

L'auteur passe ensuite en revue les lésions diverses des appareils des sens, telles que le *coryza*, l'*ophthalmie*, l'*otite* syphilitique.

Existe-t-il, en effet, comme le prétend M. Yvaren, des affections *gastro-intestinales* que l'on puisse regarder comme syphilitiques? Les quelques faits que l'auteur emprunte à l'ouvrage de M. Baumès, à la clinique du professeur Andral, et à sa propre pratique, tendraient à faire admettre que diverses souffrances abdominales, le plus ordinairement jointes à d'autres accidents, peuvent être entretenues par la syphilis larvée et céder au traitement méthodique de celle-ci.

M. Yvaren admet encore un *rhumatisme* et une *goutte syphilitiques*, dont il distingue soigneusement l'arthrite *blennorrhagique*, bien connue de tous les praticiens.

Mais, dans ce chapitre comme dans quelques-uns de ceux qui précèdent, peut-être l'auteur a-t-il eu le tort de réunir à quelques faits plus caractéristiques les cas où les accidents qui peuvent simuler la goutte ou le rhumatisme n'ont qu'une durée de quelques jours, par exemple, et ne peuvent être considérés tout au plus que comme les prodromes de l'éruption d'une syphilide.

L'auteur étudie ensuite la *tumeur blanche* syphilitique. Le chapitre suivant traite de la *rachialgie* syphilitique, rachialgie qui peut présenter tous les symptômes du *mal de Pott*.

En tête des lésions viscérales que peut simuler la syphilis larvée, l'auteur place la *phthisie* laryngée et pulmonaire. Bien que cette forme de la syphilis puisse entraîner la mort, il n'est pas rare de voir des malades qui avaient été jugés incurables et même désespérés comme atteints de phthisie tuberculeuse, et qui ont dû un rétablissement complet et assez rapide à la médication spécifique.

L'auteur, après avoir passé en revue les faits qui se rattachent à l'asthme, à l'angine laryngée œdémateuse, aux affections du cœur et aux anévrismes dans lesquels on peut reconnaître ou du moins soupçonner une étiologie syphilitique, arrive à étudier les lésions du viscère où la plupart des auteurs du seizième siècle plaçaient le siége principal de la syphilis constitutionnelle, je veux parler du *foie*.

Tout récemment, notre éminent collègue M. Rayer n'a pas hésité à attribuer à la cachexie vénérienne certaines altérations du foie révélées par la nécropsie.

On sait assez qu'un autre observateur a publié depuis des faits d'anatomie pathologique qui lui paraissent des exemples de lésions vénériennes du foie chez le nouveau-né.

Le temps nous apprendra si ce retour aux opinions des écrivains des seizième, dix-septième et dix-huitième siècles est justifié par des observations suffisamment probantes.

Plus d'une fois la syphilis larvée s'est montrée sous les apparences du squirrhe et du cancer. Deux cas de squirrhe des mamelles par cause syphilitique sont empruntés par l'auteur à la nosologie de Sauvages. Il rapporte ensuite plusieurs exemples d'ulcères ou de tumeurs diverses simulant le cancer et cédant au traitement spécifique après avoir résisté à toutes les autres médications.

Le chapitre cinquième offre un résumé général des recherches relatives au diagnostic des métamorphoses de la syphilis. Dans ce chapitre, où l'auteur passe en revue les circonstances capitales des nombreux faits qui ont servi de base à son travail, le titre de syphilis larvée ou de métamorphoses de la syphilis se trouve tout d'abord justifié par cette remarque générale qui ressort de l'étude des faits, savoir : que dans plus de la moitié des cas, le médecin, induit en erreur par de trompeuses apparences, avait d'abord méconnu la nature syphilitique de la maladie. Ajoutons que celle-ci s'est montrée rebelle à toute médication qui n'attaquait que la forme ou du moins n'en a reçu qu'une modification passagère, tandis qu'en général elle a cédé rapidement dès qu'on a eu recours au traitement spécifique.

Une autre remarque générale importante, c'est que dans 35 cas, sur les 125 relatés dans le mémoire de M. Prosper Yvaren, aucun traitement mercuriel antérieur n'avait eu lieu; que dans 31 autres, il n'y avait eu que des essais de traitement irréguliers et incomplets. Dans 11 cas seulement, les premières manifestations de la syphilis avaient été méthodiquement traitées.

Le travail de M. P. Yvaren se termine par une sorte d'appendice qui traite de la syphilis à l'état latent. On sait qu'une théorie moderne s'efforce de révoquer en doute cet état qui a existé indubitablement dans un assez grand nombre des observations rapportées par l'auteur. Aussi M. P. Yvaren ne craint pas de produire en termes formels l'opinion que nous-même avons défendue dans plusieurs écrits.

« Il est démontré, dit-il, que le principe de la vérole peut rester dans le corps un certain espace de temps, *un certain nombre d'années*, sans y déceler sa présence par des signes apparents; il y sommeille, mais il y vit; il y existe en un mot à l'*état latent*. »

Un fait curieux à rapprocher de celui-là, c'est la possibilité de l'infection par voie d'hérédité d'enfants qui naissent de parents jadis infectés, mais actuellement exempts de tout symptôme vénérien appréciable. L'auteur cite deux exemples de ce cas.

La cause la plus commune du passage de la syphilis à l'*état latent* est sans contredit l'abus, si commun de nos jours, de ces traitements incomplets ou palliatifs qui dissipent les symptômes actuels sans opérer une guérison radicale, et le peu de sévérité qu'on apporte généralement dans le régime. On sait cependant que, dans plusieurs cas, il a suffi d'un régime sévère pour dissiper les accidents les plus graves de la syphilis, soit *primitive*, soit surtout *consécutive*. M. P. Yvaren insiste avec raison sur ce point si important du traitement des maladies vénériennes.

M. le rapporteur, après avoir déclaré que le travail de M. Yvaren est un écrit tout à fait hors ligne, tant par son étendue que par sa nature, exprime le vœu qu'il fût au pouvoir de l'Académie d'en provoquer ou du moins d'en encourager la publication dans un but d'utilité publique. Il soumet à la sanction de l'Académie les conclusions suivantes :

1° Une lettre de remerciments sera adressée à l'auteur, avec invitation à publier son intéressant ouvrage;

2° Le manuscrit restera déposé honorablement dans les archives de la compagnie;

3° M. Prosper Yvaren sera désigné, pour être inscrit sur la liste des candidats, à la future commission chargée de présenter une nouvelle élection de membres correspondants.

M. Bérard : L'une des citations faites dans le rapport que vous venez d'entendre a rappelé dans mon esprit un souvenir pénible. Il est très-vrai que M. Hourmann a succombé à une syphilis constitutionnelle; mais on n'a pas oublié dans quelles circonstances M. Hourmann a contracté cette maladie. On sait que c'est dans l'exercice de ses fonctions à l'hôpital de Lourcine, dont il était alors médecin. Je tenais à rappeler cette circonstance, parce que M. Hourmann était l'homme le plus pur et le plus chaste que j'aie connu.

M. J. Cloquet : Je suis étonné que l'auteur n'ait pas signalé parmi les effets de la syphilis la stérilité, stérilité dont on accuse beaucoup trop souvent les femmes, tandis qu'elle provient très-fréquemment, sans aucun doute, des maladies syphilitiques anciennement contractées par l'homme.

M. Gibert : Si l'auteur n'a pas cité ces exemples, c'est qu'il a probablement jugé qu'ils étaient très-connus.

M. Moreau donne son entière approbation aux conclusions du rapport; il voudrait même, tant le travail de M. Yvaren lui paraît important, qu'il fût inséré dans les mémoires de l'Académie. Quant aux faits que vient de signaler M. Cloquet, ils sont très-fréquents. M. Moreau rappelle, en outre, les exemples non moins communs de femmes qui, après avoir fait successivement plusieurs fausses couches sous l'influence d'une affection vénérienne, amènent leur grossesse à terme après avoir subi un traitement antivénérien.

M. J. Cloquet : Il y a encore une autre circonstance, qui n'est pas moins importante à signaler, c'est qu'il y a des femmes qui, n'ayant pas pu avoir d'enfant d'un premier mari syphilitique, se remarient avec un homme sain et en ont des enfants.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

NOUVELLE MÉTHODE OPÉRATOIRE POUR LA TRACHÉOTOMIE.

M. Chassaignac lit un mémoire destiné à faire connaître une nouvelle méthode opératoire pour la trachéotomie.

La principale, l'unique source peut-être des difficultés dans la trachéotomie, c'est, dit M. Chassaignac, l'excessive mobilité des parties sur lesquelles se fait l'opération. Toute méthode dans laquelle il n'est pas tenu compte de ce fait est vicieuse et infidèle. Tant que ces moyens sûrs de stabilité n'auront pas été institués, l'opération aura toujours quelque chose de hasardeux.

Il fallait donc, avant tout, immobiliser la région ou du moins l'organe sur lequel l'opération se pratique.

Tel est le but que l'auteur s'est proposé d'obtenir par le procédé qu'il a imaginé et qu'il a déjà plusieurs fois appliqué.

M. Chassaignac divise l'exécution du procédé opératoire en quatre points : 1° Fixation du cartilage cricoïde; 2° incision de la trachée; 3° dilatation de la plaie; 4° introduction de la canule.

L'appareil instrumental au moyen duquel il accomplit ces différents temps de l'opération, se compose : d'un ténaculum cricoïdien; d'un dilatateur de la trachée; et de la canule.

Voici comment, à l'aide de ces instruments, on exécute chacune des phases de l'opération.

Premier temps : *Implantation du ténaculum cricoïdien cannelé.* — C'est d'une remarque anatomique que sont nées les modifications apportées à la trachéotomie. Le cartilage cricoïde est un point de repère tellement certain qu'il peut être toujours reconnu à travers la peau, quels que soient l'âge, le sexe et l'état d'embonpoint du sujet qu'il s'agit d'opérer; que s'il reste le moindre doute au moment d'implanter le ténaculum, une très-petite incision des téguments suffit à lever toute incertitude.

Cette précieuse propriété de constituer un point résistant dans un système où tout est flexible et fuyant sous le doigt, le cartilage cricoïde, la doit à ce que seul dans l'arbre aérien, il forme un anneau complet. De sorte que si on le comprime, il ne s'affaisse pas comme le thyroïde ou les anneaux de la trachée; mais il réagit avec toute la force d'élasticité d'un cercle cartilagineux.

Ce n'est donc exiger rien qui ne soit très-sûrement exécutable que de demander à l'opérateur d'implanter, soit d'emblée à travers la peau, soit après une petite incision cutanée, le ténaculum sur le bord inférieur du cartilage cricoïde. Ce dernier est généralement assez facile à sentir pour qu'on puisse se dispenser de tracer des règles propres à en faciliter la recherche. Toutefois, nous dirons que s'il y avait quelque hésitation à ce sujet, on la ferait cesser bien vite en remontant avec le doigt, à partir de la fourchette sternale jusqu'à la rencontre du premier point résistant qui se fera sentir sur ce trajet ascendant.

Voilà donc l'arbre aérien solidement fixé au moyen de l'érigne cricoïdienne. Quelle difficulté y a-t-il donc, malgré l'audace apparente de cette manœuvre, à plonger sans hésitation le bistouri dans la trachée en se guidant sur la cannelure que présente ce nouveau ostheter.

On divise alors d'un seul coup les trois ou quatre anneaux dont la section est indispensable pour l'introduction de la canule, cette section peut se faire impunément chez l'adulte avec le bistouri ordinaire. Chez l'enfant, il est de rigueur

d'employer le bistouri mousse aussitôt qu'une voie suffisante lui a été ouverte.

Dès que la section des anneaux est opérée, on fait pénétrer le dilatateur qui, à raison de l'exiguïté de sa pointe s'insinue facilement entre les lèvres de la plaie, et trouve, lui aussi, dans la cannelure du crochet, un conducteur sûr. A peine introduit, il permet, sans coup férir, le placement de la canule.

L'auteur termine en appelant l'attention de l'Académie sur les conclusions :

1° La saillie formée par le cartilage cricoïde est le meilleur guide que possède la médecine opératoire, pour l'introduction à travers la peau des instruments destinés à agir sur la trachée.

2° On peut, chez l'immense majorité des sujets, faire pénétrer un ténaculum sous le cartilage cricoïde, sans incision préalable, conduire sur ce ténaculum cannelé, un bistouri aigu et faire à la fois l'incision de la peau et des anneaux cartilagineux.

3° Une condition essentielle pour les dilatateurs de la trachée consiste à prévenir leur sortie ou échappement involontaire pendant l'opération. Les dilatateurs coudés paraissent avoir cet avantage. (Comm. : MM. Velpeau, Robert et Laugier.)

ALBUMINE IODÉE.

M. Lecanu lit, en son nom et celui de M. Hervez de Chégoin, un rapport sur un mémoire de M. Renault, pharmacien à Paris, ayant pour titre : Nouvelle préparation d'iode, considérée au point de vue thérapeutique. Cette préparation, composée d'albumine et d'iode, est désignée par l'auteur sous le nom d'albumine iodée. Les commissaires croient pouvoir considérer ce nouvel agent comme de nature à fournir à la thérapeutique d'utiles et précieuses ressources. M. le rapporteur propose en conséquence :

1° D'ordonner l'insertion dans le recueil des travaux de l'Académie du procédé de préparation de l'albumine iodée, tel qu'il est décrit au présent rapport;

2° De réclamer de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, en faveur de ce nouveau médicament, les bénéfices du décret du 3 mai 1850.

M. Robinet annonce qu'il a un rapport à faire prochainement sur un sujet analogue; il désirerait, à cause de cela, qu'on ajournât le vote des conclusions du rapport.

Cette circonstance, jointe au petit nombre de membres présents et à l'importance même des conclusions proposées, détermine M. le président à renvoyer la discussion et le vote des conclusions après l'insertion du rapport au Bulletin.

La séance est levée avant cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR QUELQUES SIGNES PROPRES A CARACTÉRISER LE DÉBUT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE; par M. Hippolyte Bourdon. — (Extrait des Actes de la Société de médecine des hôpitaux de Paris.)

ESSAI HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR LA CONNAISSANCE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE CHEZ LES ANCIENS ET CHEZ LES MODERNES; par M. Emile Garimond. — Dissertation inaugurale. — Montpellier, 1851.

Le mémoire de M. Bourdon contient des recherches intéressantes sur les *symptômes gastriques*, les *symptômes hépatiques* et la *douleur thoracique* dans la phthisie pulmonaire, surtout au début de cette affection. Depuis la découverte de l'auscultation, on s'est occupé principalement de l'étude des signes physiques de la tuberculisation pulmonaire, et après avoir tiré de ces signes tout ce qu'on pouvait en tirer pour le diagnostic de la lésion locale et confirmée, on a voulu demander au même procédé d'exploration ce qu'il ne donnera probablement jamais, le moyen de diagnostiquer l'existence d'un très-petit nombre de tubercules pulmonaires, de tubercules d'un très-petit volume, le moyen de reconnaître la phthisie à son début.

De toutes les recherches qui ont été entreprises à ce sujet, il m'est resté le souvenir des efforts et de la persévérance des observateurs distingués dont les noms se sont inscrits dans l'histoire de l'auscultation; mais si j'ai pu croire d'abord en théorie que certains caractères du bruit respiratoire, que des différences légères dans le rapport des bruits d'inspiration et d'expiration pouvaient servir au diagnostic de la période initiale de la phthisie, l'application patiente et minutieuse de ces données à la pratique est venue me convaincre que ces mêmes signes se rencontrent chez des sujets qui ne sont point tuberculeux. Je ne parle ici, bien entendu, que des altérations légères du bruit respiratoire. Lorsque ces altérations se caractérisent davantage, lorsqu'elles sont persistantes, lorsqu'il nous est donné de suivre les malades pendant un certain temps, alors le diagnostic de la lésion peut se fonder uniquement sur l'étude des signes physiques. Mais dans ces cas mêmes le pronostic et la thérapeutique reposent autant sur l'étude de l'économie tout entière que sur l'art de préciser les limites de la lésion pulmonaire. M. Bourdon a bien senti cette vérité en ce qui a trait au diagnostic de la phthisie commençante, et il rappelle fort à propos l'opinion de Laennec, de M. Andral, de M. Louis lui-même relativement à cette question de diagnostic. Les hommes éminents doutent, et quand on consulte les ouvrages qui font véritablement autorité sur la matière, on y trouve des réserves et des exceptions à ces prétendues lois du diagnostic physique.

En réfléchissant à ce problème, on reconnaît que ce diagnostic n'est pas nécessairement renfermé dans l'auscultation; avant que la matière tuberculeuse ne se dépose et ne se concrète, il y a peut-être des troubles généraux, fièvre, lésion de nutrition, ou des symptômes locaux siégeant dans d'autres organes que dans ceux de l'appareil respiratoire.... M. Bourdon s'occupe principalement des symptômes qui semblent se rattacher à l'estomac et au foie; ils ont dans cette question une part d'importance, et de toute façon il importe de savoir si ces troubles sont particuliers à la phthisie.

1° Du côté de l'estomac, on a noté des *nausées*, des *vomissements*, des *douleurs épigastriques*, des *phénomènes dyspepsiques*.

Sur 157 phthisiques, 112 ont présenté des symptômes gastriques : 70 fois *vomissements*, 25 fois *nausées*, 16 fois *douleurs épigastriques*, une fois *dyspepsie*. Les nausées et les vomissements qui ont existé dans 95 cas se montraient ordinairement pendant la toux et souvent après le repas; la douleur épigastrique a été observée en somme 66 fois, dont 16 non accompagnés de vomissements ni même de nausées; elle a été constatée chez plus de la moitié des malades qui présentaient ces derniers phénomènes; 25 fois elle n'existait qu'à la pression ou à la percussion de la région de l'estomac, et alors souvent elle *ne consistait même qu'en une sorte de sensibilité exagérée;* 21 fois il y a eu des douleurs spontanées plus ou moins vives, plus ou moins durables, exaltées en général après les repas. Quelquefois ces divers symptômes ont précédé les signes rationnels, la toux, la dyspnée, l'hémoptysie, les sueurs nocturnes. Mais de tous le plus fréquent sous ce rapport, c'est sans contredit le vomissement qui accompagne ou suit les quintes de toux. Pour les altérations anatomiques, l'auteur pense que sur un bon nombre des malades qui présentent les symptômes ci-dessus énumérés, il n'existe aucune lésion de l'estomac; lorsque ces accidents ne s'accompagnent pas de douleur, il y a assez souvent un état mamelonné de la muqueuse gastrique; chez ceux qui ont eu des douleurs et surtout des douleurs spontanées, il existe un degré plus ou moins marqué de ramollissement de cette membrane.

2° Les symptômes hépatiques se sont rencontrés 71 fois sur 157 phthisiques. Dans 24 cas l'organe augmenté de volume dépassait plus ou moins le bord libre des fausses côtes sans autre phénomène morbide; 45 fois la même augmentation de volume s'accompagnait de quelque souffrance; 2 fois enfin il y avait douleur sans augmentation de volume. Le foie a été examiné dans 28 autopsies, 20 fois seulement il a été trouvé altéré de la manière suivante : dégénérescence graisseuse, 11 fois; pâleur anormale, 2 fois; rougeur anormale, 5 fois.

L'auteur a soin de faire observer que dans la bronchite les nausées et les vomissements sont très-rares, même lorsqu'elle s'accompagne de violentes quintes de toux, car ces symptômes n'ont été observés par lui qu'une fois sur 30, tandis que dans la phthisie il les a rencontrés 22 fois sur 30. Si l'on a affaire à des malades chez lesquels des symptômes existent simultanément du côté du cerveau, de la poitrine et de l'abdomen avec une fièvre continue redoublant vers le soir et pouvant faire croire aussi bien à l'existence d'une fièvre typhoïde qu'à celle d'une phthisie aiguë, l'examen du foie pourra être d'une grande utilité; si l'on trouvait cet organe augmenté de volume et surtout s'il était en même temps douloureux, ce serait une raison puissante pour croire à la phthisie.

M. Bourdon termine ce travail par quelques considérations sur la *douleur thoracique*. Sur 157 observations, 31 malades ont présenté quelque souffrance à l'occasion de la percussion de la poitrine; dans la moitié de ces cas seulement, c'était une véritable douleur; dans tous, le phénomène morbide existait au sommet de la poitrine; dans un cas seulement, il s'étendait à tout le côté; chez presque tous il se montrait au-dessous de la clavicule, au niveau des première, deuxième et troisième côtes et dans leur intervalle. Cette douleur existe toujours du côté des tubercules; quand les deux poumons sont malades, ce serait celui dont les lésions sont le plus étendues au niveau duquel la percussion les déterminerait.

Il resterait à déterminer maintenant jusqu'à quel point les données nouvelles qu'apporte M. Bourdon sont applicables à la pratique; mais avant d'aborder cette question, voyons comment il résume lui-même ses conclusions :

« Lorsqu'on observera des troubles dans les fonctions digestives et surtout une dyspepsie prolongée et des vomissements résistant à tout traitement et auxquels on ne peut reconnaître une cause bien légitime, un lors-

qu'en l'absence d'hépatite ou de maladie du cœur, on observera un développement anormal du foie avec exagération de la sensibilité, que ces phénomènes morbides se montreut indépendamment de toute autre affection, ou qu'ils surviennent dans le cours d'une maladie comme la chlorose, la fièvre typhoïde, la rougeole, l'idée de phthisie pulmonaire devra venir à l'esprit. »

C'est bien là un progrès dans le sens de la question que nous avons posée en débutant; mais avant de dire quelle est la valeur réelle de ce progrès, il faudrait savoir si, dans d'autres séries de faits et par les mêmes méthodes d'exploration, on arrivera à des résultats qui confirment les précédents; c'est seulement sous cette réserve que nous acceptons les faits énoncés par l'auteur.

Ainsi, nous venons de reconnaître l'insuffisance de l'auscultation pour le diagnostic de la phthisie, à cette époque où il serait peut-être encore possible de la prévenir ou de la guérir; nous avons vu en même temps que l'attention presque exclusive portée à l'auscultation avait fait négliger la description de certains symptômes, et nous avons pensé qu'une étude complète de la phthisie devait comprendre tous les symptômes, tous les changements qui s'opèrent chez les sujets tuberculeux, qu'ils soient en rapport direct ou éloigné avec l'organe respiratoire. Le travail de M. Garimond peut aussi servir à l'élucidation de cette question; mais c'est avec des moyens tout autres que ceux qu'a employés l'auteur du mémoire précédent. M. Garimond cherche à reconstituer l'histoire de la phthisie pulmonaire, en réunissant aux descriptions des anciens les données plus exactes qui résultent des découvertes modernes sur l'auscultation et la percussion, ainsi qu'en anatomie pathologique. Il serait sans doute intéressant au point de vue bibliographique, et il pourrait être utile pour la pathologie de faire l'inventaire de ce que nos devanciers nous ont laissé de descriptions exactes et d'idées pratiques sur la phthisie pulmonaire, mais je pense que ce travail aurait besoin d'un commentaire étendu et d'une discussion approfondie; car si, à l'heure actuelle, on retrouve dans les auteurs anciens quelques faits qui nous étonnent par leur précision, et des aperçus d'une grande portée pratique, il faut avant tout se demander si, dans l'état d'imperfection de la science ancienne, ces vérités étaient susceptibles d'une application précise, si, étant le résultat d'une induction régulière, elles pouvaient servir à leur tour de base à de nouvelles recherches, ou bien si, comme il paraît infiniment probable, elles étaient à l'état de vérité pressentie, isolée et stérile.

A part cela, l'Essai historique et critique contient des recherches bibliographiques importantes que l'auteur a distribuées sous les titres suivants: *Définition, Causes, Symptômes, Diagnostic, Pronostic, Anatomie pathologique.* Nous empruntons à ces différents chapitres les faits suivants:

Le siége d'élection des tubercules est quelquefois précisé dans les auteurs anciens (Bonet, Morton, Morgagni), mais ce qui semble leur avoir échappé, c'est la constance de ce siége; cependant Valsalva avait remarqué que, chez tous les phthisiques soumis à son étude, l'ulcère et la lésion des poumons existaient constamment à la partie supérieure; c'est Morgagni luimême qui rapporte cette opinion dans sa 22e lettre.

Ce n'est que dans le seizième et le dix-septième siècle que la signification du mot *tubercule* commence à être déterminée d'une manière exacte; on le définit alors comme « une intumescence formée par l'abondance d'une sérosité coagulée qui remplit les vésicules pulmonaires; c'est lui qui, dispersé çà et là dans le parenchyme, s'enflamme tôt ou tard, ulcère le poumon et amène la consomption. » Morton, qui donne cette définition, dit qu'au premier degré il y a d'abord infarction du poumon causée par la sérosité du sang sécrétée abondamment en ce lieu. Cette *infarction* n'est autre chose, pour M. Garimond, que l'infiltration gélatiniforme de Laennec ou le plasma liquide de Vogel. Mais on se demande si la description de Morton n'est pas toute théorique, et s'il y a quelque analogie entre cette théorie et celle toute moderne de l'infiltration du plasma, qui ne repose point non plus sur l'observation directe.

C'est au milieu de cette matière liquide, que personne n'a vue ni touchée, que se forme plus tard le tubercule, cette matière sablée de Willis signalée plus tard par Van Swieten, le tubercule miliaire indiqué par Bonet. Ces tubercules prennent différentes dimensions et ont différentes consistances; on trouve dans Morgagni, de Haen, Bonet, Fernel, des faits particuliers qui montrent qu'ils peuvent se ramollir, contenir une matière grasse, blanche, plus ou moins consistante, ou tendre à se résorber, devenir durs, rudes au toucher, contenir de petites pierres friables ou des calculs, *gypseæ pituitæ duritiæ.*

Van Swieten indique nettement le mode de production des vomiques tuberculeuses ou cavernes: « Souvent, dit-il, les tubercules naissent, suppurent, sont excrétés et détruisent le poumon; mais si plusieurs tubercules se trouvent au voisinage l'un de l'autre et qu'ils tendent à se rompre, ils peuvent former une grande vomique. »

Willis décrit avec précision le mécanisme de la formation des cavernes: « Quelquefois cette caverne, de la grosseur d'une noisette, est unique; d'autres fois on en trouve deux; leurs parois sont formées de callosités qui les entourent de toutes parts, de sorte que les matières qui s'y rassemblent ne sont pas transportées dans la masse du sang, mais sont rejetées au dehors; elles ne sont guère autre chose que du pus formé par les parois de la caverne. »

A propos de la définition, M. Garimond cite une opinion de Dumas (Discours préliminaire du Traité des fièvres de Grimaud): « Les méthodes naturelles de classement sont celles où les maladies se trouvent classées d'après un ensemble de caractères qui indiquent leur nature réelle et qui fixent leur véritable traitement. Dans l'esprit de ces méthodes, on doit ramener au même genre toutes les maladies qui demandent le même traitement, et regarder comme espèces différentes tous les cas particuliers où il faut des modifications essentielles et particulières du traitement approprié à la maladie générique. » Ces idées sur la classification des maladies résument les doctrines anciennes; elles ont été probablement un des grands obstacles apportés aux connaissances de nos devanciers sur la phthisie. Tant que la spécificité de la maladie n'a point été démontrée d'une manière positive par l'anatomie pathologique, les connaissances flottaient dans le vague, on soupçonnait bien une diathèse, mais cette diathèse n'était ni définie, ni déterminée. La solution de cette question, telle que l'ont posée Laennec et M. Louis, forme un immense progrès et sépare d'une manière complète les doctrines anciennes des connaissances modernes.

Tholozan.

VARIÉTÉS.

— L'administration de l'assistance publique à Paris vient de publier le compte de l'exercice 1852. Nous résumons les faits principaux de ce travail. Voici d'abord ce qui concerne les résultats matériels:

Dans l'année 1852, les hôpitaux dépendant de l'administration ont reçu 90,486 malades; 12,117 vieillards infirmes ou aliénés ont été entretenus dans les hospices et maisons de retraite, soit ensemble 102,603 individus. En 1851, le chiffre n'est que de 98,754; l'augmentation est de 3,849.

Au 1er janvier 1853, le nombre des enfants abandonnés étaient de 14,111, dont 282 à l'hospice, 13,829 à la campagne.

Au 31 novembre 1852, les ménages inscrits dans les bureaux de bienfaisance étaient au nombre de 33,741, comptant 77,999 individus.

Les recettes ordinaires ont été de 12,767,290 fr., les dépenses de 12,238,703 f. Dans les recettes, les domaines et revenus mobiliers de l'administration dépassent 3 millions. Les produits éventuels sont de 464,557 fr.; les droits attribués aux hospices sur les concessions de terrains dans les cimetières, les droits sur les spectacles et les versements du mont-de-piété, sont de 1,427,600 fr.; les remboursements de dépenses s'élèvent à 2,883,723 fr.; la subvention municipale entre pour 4,421,813 fr. dans les recettes totales.

Toutes les femmes enceintes qui se présentent dans les hôpitaux sont interrogées sur leurs nom, prénoms et domicile, et un bulletin de leur déclaration est immédiatement envoyé à l'administration centrale, qui, dans les vingt-quatre heures, en fait vérifier l'exactitude. Si la déclaration est reconnue fausse, ou si la femme n'est pas domiciliée dans le département de la Seine depuis un an, elle est renvoyée de l'établissement, à moins que l'accouchement soit imminent ou que la femme soit atteinte de maladie.

Lorsque ta mère est accouchée, elle est obligée d'allaiter son enfant et de l'emporter en quittant l'établissement, sauf les cas d'empêchement absolu. Aux accouchées qui manquent de linge, on donne une demi-layette; pour celles qui ne peuvent payer, on place leur enfant en nourrice. Aux mères qui nourrissent leur enfant, on accorde un secours en argent, outre l'assistance qu'elles peuvent recevoir des sociétés de charité maternelle ou d'autres institutions charitables.

Le nombre des femmes assistées à la suite de leurs couches, dans le courant de l'exercice, a été de 5,490, dont 2,543 accouchées dans les hôpitaux, qui ont reçu 49,511 fr. sur la fondation Montyon, et 2,917 accouchées à domicile, entre lesquelles il a été distribué une somme de 40,000 fr. sur le fonds spécial de 60,000 fr. destiné à prévenir les abandons.

Jusqu'à présent une somme de 30 ou 50 fr. était payée par le patron à l'élève au moment de sa majorité, quelle que fût d'ailleurs son aptitude ou sa force physique. Maintenant il n'est pas rare que l'on obtienne un pécule de 100 ou 200 fr., et même supérieur; et pour en assurer le payement, on exige que les sommes stipulées soient versées partiellement à des époques déterminées, afin que l'élève puisse les avoir reçues intégralement avant l'époque de sa majorité. La direction a même prescrit le versement successif à la caisse d'épargne de la partie du salaire de l'élève adulte qui n'est pas indispensable à ses besoins.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE ET SES SUCCÉDANÉS. — LA SUETTE MILIAIRE.

L'Académie a aussi ses moments de repos, ses intermèdes ; après les grandes discussions et les discours étudiés, elle a ses rapports sur les remèdes secrets et les improvisations de nos honorables collègues de la section de pharmacie. Depuis la discussion sur la surdi-mutité, ils ont eu leur tour, et ils ont pris une large revanche. Ce serait injustice que de ne pas donner à leurs efforts l'attention qu'ils méritent. Parmi les nombreux sujets dont ils se sont occupés dans les trois dernières séances, il en est un en particulier qui est digne de fixer l'attention de nos lecteurs, tant à cause des questions de principe qu'il soulève que des applications pratiques dont il est susceptible ; nous voulons parler de l'*huile de foie de morue* et de ses succédanés : l'*huile iodée*, l'*huile phosphorée*, l'*huile iodo-phosphorée*, l'*albumine iodée*. A la première lecture, ces préparations exhalent une odeur de pharmaco-industrie qui dispose peu en leur faveur. C'est de l'huile de poisson en amorce. Ainsi que l'a dit M. Gibert, à propos de l'albumine iodée, les lauriers des Miltiades de la pharmacie empêchent les Thémistocles de la drogue de dormir. Cela n'est guère contestable : aussi notre spirituel collègue a-t-il rencontré peu de contradicteurs lorsqu'il a mis à nu le vrai mobile de toutes ces merveilles pharmacologiques. Jusque-là rien de mieux. Mais, comme on le dit vulgairement, c'était s'arrêter à la bagatelle de la porte ; et quelque peu sérieuses que soient en général les prétentions des auteurs de toutes ces élucubrations d'officine, il était permis d'aborder le côté sérieux et utile de la question ; c'est ce que notre savant collègue s'est abstenu de faire, préférant s'en tenir au côté industriel et amusant. Il y a sans doute parfaitement réussi ; mais un succès n'empêchait pas l'autre ; il n'avait pas grand effort à faire pour les obtenir tous les deux.

Or le côté sérieux de la discussion est celui-ci : En quoi se distinguent les nouvelles préparations iodées qui sont soumises à l'approbation de l'Académie? Est-ce comme succédanés d'un médicament en usage; ou bien comme préparations pharmaceutiques nouvelles, résultant d'une association nouvelle de divers médicaments connus; ou bien enfin comme association propre à favoriser l'administration d'un remède dont elles ne changent en rien les propriétés ? Les diverses préparations ci-dessus étaient présentées comme se partageant ces trois ordres d'avantages : M. Gibert leur en a trouvé un quatrième, celui de servir de prétexte à une spéculation mal déguisée. Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'un n'empêchait pas l'autre ; et dût l'inventeur avoir eu plutôt en vue le dernier que les premiers, on eût bien fait de lui rendre justice. Un résultat utile qu'on obtient sans le chercher ne perd rien de son utilité parce qu'on ne le cherchait pas.

Les succédanés de l'huile de foie de morue possèdent-ils réellement les vertus de cette célèbre panacée ? On a à peine songé sérieusement à poser la question; mais surtout on n'a pas songé à la question préalable : « L'huile de foie de morue a-t-elle véritablement les vertus qu'on lui prête ? » Jusqu'ici il n'y a guère que les fabricants et les marchands qui se soient livrés à cette recherche ; et c'est merveille avec quelle facilité on les a laissés célébrer sur tous les tons les mérites de cette précieuse drogue. D'expériences sérieuses, de recherches cliniques sévères, de résultats pratiques concluants, point ; du moins nous n'en connaissons guère. L'huile de foie de morue s'est installée parmi nous à la façon de ces chevaliers inconnus qui viennent on ne sait d'où, tout chamarrés de rubans et d'or, qui se donnent les plus beaux titres, mais à qui personne n'a songé à demander les papiers. Ce n'est que lorsqu'ils ont fait longtemps et beaucoup de dupes qu'on s'aperçoit de la facilité avec laquelle on les a accueillis. Ainsi, l'huile de foie de morue passe pour guérir le rachitisme, la scrofule, l'affection tuberculeuse, la phthisie ; c'est le remède obligé des enfants qui grandissent trop ou qui ne grandissent pas assez ; nous l'avons vu préconiser pour les difformités de l'épine et les luxations congénitales.

C'est un des succès les plus inouis qui aient illustré la pharmacologie : il n'y a guère que l'huile de Cajeput contre le choléra qui ait eu un moment cette vogue ; et encore ne l'a-t-elle eue qu'un moment. Cependant qu'y a-t-il de fondé, de légitime dans cet engouement ? Quels sont les titres de cette noble aventurière ? Elle serait très-embarrassée de les produire : nous entendons des titres en règle, des titres sérieux. Or à défaut de discussion complète, approfondie, qu'il eût été utile de voir s'engager sur ce point à l'Académie, voici quelques renseignements préparatoires.

Pendant sept années, nous avons, sur la foi des succès dont on nous étourdissait, expérimenté l'huile de foie de morue dans les deux principales maladies contre lesquelles on l'avait préconisée avec le plus d'engouement : le *rachitisme* et les *scrofules*. Nous étions disposé à croire, et théoriquement nous avions quelque motif d'espérer qu'elle nous rendrait quelque service, surtout dans les affections scrofuleuses. Or, nous le confessons dans toute la sincérité de notre âme, nous n'avons observé aucun fait probant ; ce que nous avons constaté de plus clair, c'est que, dans beaucoup de circonstances, l'huile de foie de morue a fatigué l'estomac des malades; elle a provoqué des nausées, de l'inappétence, des vomissements même. Quelques sujets qui la supportaient mieux ont paru, sous son influence, acquérir de l'embonpoint; mais chez aucun nous n'avons vu les suppurations tuberculeuses tarir, les ulcères scrofuleux se cicatriser, les engorgements glanduleux se résoudre. A l'égard du rachitisme, nous n'avons pas même obtenu l'apparence d'un succès. Nous provoquions il y a quelques jours un des praticiens qui ont le plus employé et préconisé l'huile de foie de morue contre cette maladie, M. le professeur Trousseau. Nous avons été peu surpris d'apprendre que notre habile confrère avait abandonné la précieuse huile ; en place, il fait manger du beurre à ses petits malades. Convaincu, en effet, que l'huile de foie de morue, comme médicament spécifique, ne possède aucune des vertus qu'on lui prête, il ne lui reconnaît d'autre avantage que celui des corps gras, de l'huile simple, du beurre, qui, selon lui, auraient la vertu de faire engraisser les enfants. Cette opinion, que nous ne pourrions confirmer par nous-même, aurait été inspirée à notre savant confrère par l'usage, très-répandu parmi le peuple anglais, de donner des corps gras, beaucoup de lard aux enfants, et de les engraisser par ce procédé. La théorie de M. Trousseau est-elle une extension de la théorie chimique qui a été un instant en vogue, à savoir : que les éléments organiques existent en nature dans les substances alimentaires et ne font que passer, en vertu d'une sorte de réduction élective, de ces substances, dans l'organisme. Ou bien, comme d'autres chimistes le pensent, l'ingestion des corps gras aurait-elle pour effet de fournir plus de matériaux, plus de carbone à la combustion pulmonaire? Quoi qu'il en puisse être, ce n'est déjà plus au profit des éléments médicamenteux, des

---

Feuilleton.

PROMENADE EN ALLEMAGNE.

(Deuxième partie) (1).

A M. le docteur Jules Guérin.

La Hongrie, la Bohême, voyez sur une carte d'Europe la place qu'occupent ces deux vastes contrées, et dites s'il n'est pas permis à tant de millions d'hommes de réclamer le droit d'être quelque chose. Mais laissons cette thèse soutenue à coups de canon, et bornons-nous à dire que, dans ces plaines immenses où le sol paraît fertile, la population clair-semée offre au voyageur l'aspect de la misère. Le paysan qui laboure, le berger qui garde son troupeau, les femmes qui partagent leur rude besogne et sont employées aux travaux de terrassement du chemin de fer, sont couverts de haillons, pieds nus, et tout indique une vie de privations et de souffrances. Les causes de maladies ne sont pas rares au milieu de ce pays que traversent de grands fleuves, que coupent des marais sans nombre, où l'habitant, mal nourri, mal vêtu, résiste difficilement aux influences climatériques et devient la proie obligée des épidémies. Un médecin hongrois, le docteur Mandl, habile micrographe demeurant depuis longtemps à Paris, pourrait mieux que moi traiter cette haute question d'étiologie ; mais j'en ai vu assez pour comprendre l'importance de cette étude. Que n'écrit-on pour la Hongrie un traité *de aere, locis et aquis*?

A Vienne, nous avions eu beaucoup à nous louer de la bienveillance empressée de M. le docteur Jacobovics, qui, Hongrois lui-même, nous a fourni bien des renseignements curieux sur son pays natal. Sa dissertation inaugurale, MORBUS TSOMOR, CRITICÈ ILLUSTRATUS (*Pestini*, 1837) renferme des observations curieuses sur les causes générales qui altèrent la santé des populations hongroises ; j'y renvoie le lecteur désireux d'étudier les étranges dérogations aux lois hygiéniques que l'on se permet dans ces contrées lointaines.

La Bohême est moins malheureuse sous ce rapport ; le pays, plus salubre, se rapproche des grands centres de la civilisation germanique. La Saxe, la Prusse, la Bavière et le Wurtemberg sont voisins; les moyens de communications sont faciles; l'industrie et le commerce y sont florissants : par conséquent le peuple a plus de ressources ; il vit mieux et est moins souvent malade. Prague est une ville qui a joué un grand rôle dans l'histoire de l'Allemagne centrale : c'est un foyer de lumières où les sciences et les arts furent toujours en honneur ; son Université, la plus ancienne de l'Allemagne, date de 1348 : voyons donc ce que le médecin touriste pourra y recueillir,

(1) Voir le nº 47, 22 novembre 1851.

Cette longue interruption est due à des causes qui n'intéresseraient en aucune façon les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE.

principes occultes qu'elle renferme, que l'huile de foie de morue serait bonne à quelque chose. Du reste, on n'a pas oublié que deux habiles médecins belges, MM. Gluge et Thiernesse, ont cherché dès longtemps à démontrer que l'huile de foie de morue n'agit pas autrement que comme huile neutre, comme corps gras. Ce qui tend encore à l'établir, c'est l'exiguïté des proportions d'iode, de phosphore et autres principes médicamenteux, trouvés dans ce médicament.

S'il en est ainsi, que deviennent les imitations, les succédanés de l'huile de foie de morue ? En tant que succédanés du médicament en titre, elles suivent sa destinée : l'efficacité des unes vaut l'efficacité de l'autre. Il n'y a aucune raison de ne pas les mettre toutes sur la même ligne : ce sont des préparations huileuses.

Mais il est un autre point de vue auquel on ne s'est pas suffisamment arrêté : c'est le point de vue expérimental. Il est arrivé assez souvent qu'en cherchant à obtenir un effet, on en a produit un autre. Des expériences avec l'huile iodée, avec l'huile iodo-phosphorée, avec l'albumine iodée, n'auraient-elles pas pu produire des résultats nouveaux, inattendus? car, ainsi que l'a fait remarquer M. Gibert, et surtout M. Soubeiran, en associant deux substances, on en produit souvent une troisième, et l'iode uni à l'albumine serait dans ce cas; dès lors c'est un nouveau médicament, susceptible de produire comme tel des effets nouveaux. C'est à l'expérience à décider jusqu'où ces effets existent et jusqu'où ils sont salutaires. Telle était la conclusion à laquelle l'honorable rapporteur M. Lecanu, avait été conduit à propos de l'albumine iodée. A ce titre, il réclamait le bénéfice du décret du 3 mai 1850, en faveur de ce médicament, à savoir son insertion au Codex. Mais l'Académie n'ayant pas voulu scinder la nouveauté pharmacologique du médicament de sa nouveauté thérapeutique, a demandé un supplément d'information. Cependant, pour être complétement juste envers l'albumine iodée, que l'honorable M. Lecanu avait prise sous son patronage, il convient de reconnaître qu'elle constitue une combinaison médicamenteuse nouvelle, et que les malades la prennent et la supportent mieux que les autres préparations d'iode. C'est ce qu'ont attesté MM. Nervez de Chégoin et Soubeiran. Cela mérite quelque attention. Mais n'en serait-il pas de la nouveauté et de la portée de cette merveille comme il en a été des biscuits au deutochlorure de mercure et des pilules de fer ayant l'albumine pour correctif et véhicule? Le plus grand avantage de ces deux préparations, aujourd'hui fort connues, n'a-t-il pas été de rendre populaires les deux noms qui les ont produites? Les biscuits d'Olivier et les pilules de Valette tirent de même leur principal mérite de la combinaison de leur base avec l'albumine; n'auraient-elles pas empêché de dormir l'auteur de l'albumine iodée? C'est ce que l'expérience et M. Gibert décideront.

M. Robinet s'était aussi chargé de faire connaître à l'Académie une sorte d'*albuminate de fer* et de *quinine*. L'honorable membre a fait lui-même justice de cette nouvelle découverte : nous n'avons aucune raison de nous montrer plus difficile que lui.

— Le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE renferme un mémoire de M. le docteur Bucquoy sur une épidémie de suette. Dans ce mémoire, que notre impartialité peut-être exagérée nous a fait un devoir d'insérer, l'auteur ne se fait pas faute de battre en brèche les doctrines et les hommes que nous avons pris sous notre patronage et comme académicien et comme journaliste. En raison du premier de ces titres, nous nous sommes dispensé de remarquer l'attaque de M. Bucquoy; un de nos confrères attaqués, qui n'avait pas le même motif de réserve, a relevé comme il le devait la provocation de notre savant contradicteur. La réponse de M. Foucart à M. Bocquoy nous ayant paru aussi convenable pour la forme que concluante pour le fond, nous sommes heureux de l'admettre et de la présenter comme notre propre réponse (1).

J. GUÉRIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES NOUVELLES SUR L'HELMINTHOGÉNÉSIE ET SUR LE TRAITEMENT DIATHÉSIQUE DES OXYURES ET DES ASCARIDES LOMBRICOÏDES; par MM. ADOLPHE BEAUCLAIR et PIERRE VIGUIER, internes des hôpitaux de Lyon.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Les anthelmintiques se divisent en *vermicides* et en *vermifuges*, suivant qu'ils détruisent ou expulsent les vers. Jetons un coup d'œil rapide sur les plus importants de la première catégorie, à savoir : *le mercure, l'antimoine, le semen-contra, la racine de grenadier* et *la fougère mâle*.

Le mercure, l'antimoine et l'arsenic agissent en détruisant les vers et leurs fœtus, en cela leur action est bien constatée; mais quelle est leur influence sur l'état de l'économie? Évidemment par leurs propriétés altérantes ils désaltèrent le sang et les humeurs diverses, les rendent moins propres à la nutrition interstitielle, débilitent la constitution, augmentent en un mot l'asthénie qui est l'essence de la maladie. Leur usage prolongé doit donc devenir dangereux pour le malade et augmenter le mal qu'ils sont destinés à combattre, si on a bien en regard les opinions que nous avons émises. Le semen-contra, la racine de grenadier et la fougère mâle, tant vantés dans la pratique, sont doués de propriétés helminthagogues non équivoques, mais ils n'ont qu'une action purement vermicide et la constitution n'en retire aucun bénéfice. Tous les végétaux fortement amers, et en tête il faut placer l'armoise, la tanaisie, l'absinthe, la santeline, la fève de Saint-Ignace, la noix vomique, l'angusture, le quassia-amara, la gentiane, etc., si parfois ils modifient avantageusement la maladie vermiculaire, c'est apparemment à l'alcaloïde de leur principe amer qu'ils le doivent.

Viennent maintenant les vermifuges, qui comprennent les purgatifs (les drastiques surtout) et les vomitifs. Nous pouvons adresser à ces deux derniers modes de traitement les mêmes reproches qu'aux altérants. Le purgatif et le vomitif peuvent bien éliminer le vers du tube digestif; mais leur action hyposthénisante augmentera la faiblesse du malade et le mettra dans des conditions encore plus favorables à leur développement. Chacun a pu voir d'ailleurs combien les helminthes repullulent après l'administration de semblables moyens.

De l'exposé de tous ces remèdes, il résulte que l'idée thérapeutique qui en guidait l'emploi n'avait d'autre but que de détruire le vers ou d'amener son expulsion comme corps étranger, sans tenir compte de l'état général

(1) Voir à la CORRESPONDANCE.

Un grand hôpital, bien situé sur une hauteur, dans un quartier excentrique, renferme les éléments ordinaires d'une instruction médicale solide. Nous avons été gracieusement accueillis par M. le docteur Janek, professeur de clinique interne, praticien célèbre; il nous a fait voir, avec M. le docteur Bochdalek, professeur d'anatomie, le musée situé dans les bâtiments de l'Université, et nous avons acquis une preuve nouvelle de ce fait, à savoir qu'un cabinet d'anatomie normale et pathologique puise sa valeur principale dans l'esprit, le caractère, la passion de celui qui le dirige. C'est ici ou jamais le cas de dire : Tant vaut l'homme, tant vaut la chose! Avec des moyens restreints, peu d'argent, peu de gloire en perspective, un savant modeste, mais ardent à la besogne, poussé par l'amour de la science, réunit un grand nombre d'objets du plus haut intérêt, les classe avec sagacité, les expose avec talent, produit enfin de son propre fond une collection qui a peu de rivales en Allemagne, même parmi les musées les plus richement dotés.

Mais Prague nous réservait une autre surprise. Il y a dans la belle rue Kolowratz un palais qui renferme des objets d'histoire naturelle, des antiquités et beaucoup de choses également instructives.

Nous avions trouvé dans M. Dormitzer un guide dont la science et la complaisance étaient inépuisables; nous avions visité la magnifique collection de bois fossiles, de feuilles, de fruits appartenant à la flore antédiluvienne, et nous souhaitions que tant de richesses tombassent sous la main habile de M. le professeur Brongniard, lorsque le plus heureux hasard nous mit en rapport avec M. le docteur Ellenberger, aide-naturaliste du muséum de Paris. Ce savant, qui ne se borne pas à recueillir des espèces nouvelles et à comparer celles que nous possédons avec les échantillons des musées étrangers, a étudié l'action de certaines substances vénéneuses sur l'homme, sur les divers animaux et même sur les plantes, dans le but de neutraliser ces effets délétères. De nombreuses expériences l'ont conduit à des résultats tellement certains qu'il a pu, séance tenante, nous donner l'émouvant spectacle que je vais vous dire.

Un domestique, envoyé chez le pharmacien le plus voisin, rapporte 15 décigrammes (30 grains) d'acétate de morphine. Le médicament passe sous l'œil du maître : il est reconnu de bon aloi; mais pour plus de certitude, M. Orfila prend un flacon d'acide nitrique et soumet à l'épreuve une parcelle de cette substance. Elle rougit au contact de l'acide, assez lentement, il est vrai, parce que celui-ci n'était pas pur; mais enfin la réaction est sensible, et il ne peut rester de doutes sur la nature de la substance explorée. Ceci fait, M. Ellenberger prend cette masse d'acétate de morphine, la met sur sa langue, la roule dans la salive et l'avale aussitôt. Parmi les trois témoins de cet acte si téméraire, il s'en trouvait un et peut-être deux qui frissonnaient de la tête aux pieds, et il y avait de quoi, on en conviendra. M. Dormitzer, accoutumé à ces expériences, paraissait pleinement rassuré sur leurs suites. Une minute après l'ingestion de cette substance si énergiquement toxique, M. Ellenberger tire de sa poche un petit paquet d'une substance pulvérulente, de couleur blanchâtre, de saveur fortement sucrée; il l'avale comme il avait avalé l'acétate de morphine, et dès lors le poison est annihilé. Nous sommes restés avec ce hardi expérimentateur assez longtemps pour nous convaincre que les effets immédiats de cet agent étaient nuls; nous avons appris de M. Dormitzer que des faits de ce genre se renouvelaient fréquemment sous ses yeux; que les animaux et même les végétaux

de la diathèse qui, comme nous nous efforçons de le démontrer, doit à elle seule établir toute la médication.

C'est en employant l'huile de foie de morue sur des enfants rachitiques et atteints de vers intestinaux que nous avons été éclairés sur les propriétés anthelminthiques d'un médicament qui depuis quelques années a pris une place importance dans la thérapeutique. Ce remède, uniquement dirigé contre le rachitisme, en même temps qu'il améliorait la constitution, faisait disparaître les helminthes qui avaient résisté à l'usage des moyens ordinaires. L'étude d'un effet inespéré a dirigé nos recherches sur la cause de la maladie vermineuse. De nouvelles expériences ont été tentées dans le même sens et ont toujours été couronnées de succès, comme on en jugera par les observations qui terminent ce travail. Quelle est donc l'action thérapeutique et physiologique de l'huile de foie de morue?

L'huile de foie de morue a une action tonique incontestable; elle est administrée avec un succès toujours croissant par tous les praticiens dans les maladies à humeurs viciées, telles que la scrofule, le rachitisme, etc. Dans les diarrhées chroniques des enfants, elle ne réussit pas moins bien, quoique généralement on ne s'adresse point à elle en pareil cas. C'est donc un fait avéré que l'huile de foie de morue est un remède constitutionnel, diathésique, c'est-à-dire qui porte son action sur la masse des humeurs. Sous son influence, on remarque les effets physiologiques suivants: la sécrétion rénale est augmentée, son acidité devient graduellement plus prononcée; par une action simultanée et sympathique, la peau prend de la vitalité, de sèche qu'elle était elle devient souple et le siége d'une transpiration manifeste; la respiration elle-même se fait plus largement. Ces trois émonctoires, peau, reins, poumons, ont donc une action plus active et débarrassent l'économie des principes acides que leur inertie y accumulait, rendent au sang son alcalinité normale et partant ses propriétés reconstituantes. Cette huile agit-elle par l'iode, par les sels qu'elle contient, ou bien par des propriétés spéciales qu'il est impossible de rapporter d'une manière particulière à aucun de ses principes constituants? C'est une question que nous n'oserions trancher. Quoi qu'il en soit, l'action existe, on ne peut la nier. D'un autre côté, le diverticulum acide qui s'opérait sur l'intestin, se faisant maintenant par les exhalants naturels, cesse de s'effectuer, le mucus intestinal devient moins abondant, moins acide, enfin il n'a plus l'aptitude morbide, les qualités qui permettent l'évolution spontanée des vers, et la maladie vermineuse se trouve guérie: *sublatâ causâ tollitur effectus*.

C'est avec intention que nous avons séparé la *mousse de Corse* des autres vermifuges. Ce remède si populaire a un mode d'action qui présente assez d'analogie avec celui de l'huile de poisson; aussi remarquons-nous qu'elle a toujours survécu aux autres helminthagogues, malgré la défaveur que lui a attirée la lenteur de ses effets. Il faut donc lui reconnaître une action spéciale et durable. L'helminthocorton est un mélange de céramium, d'ulva, de coralline, de diverses conferves et d'un grand nombre de fucus. L'analyse chimique constate dans les fucus et les varechs une assez grande quantité de soude; c'est dans ces algues qu'elle a fait la découverte de l'iode. La mousse de Corse présente en cela la plus grande analogie chimique avec l'huile de foie de morue. Son usage, longtemps continué, se traduit, d'après notre observation, par une activité plus prononcée des émonctoires qui nous ont occupés plus haut. Son action est lente, il est vrai, mais elle s'adresse à la constitution qu'elle fortifie, tout en modifiant avantageusement la diathèse vermineuse. Si elle est vermicide, ce n'est là que son action secondaire, bien moins importante que ses effets sur l'économie.

Avant d'étayer par des observations concluantes les principes que nous avons établis, nous croyons devoir donner un résumé du traitement que nous avons entièrement déduit des idées faisant la base de ce travail.

On sait déjà que le remède principal est l'huile de foie de morue. Son administration est fort désagréable pour les malades; il en est beaucoup qui ne peuvent surmonter leur répugnance pour cette substance; d'autres dont l'estomac est entièrement réfractaire à sa digestion. Ces désavantages, inséparables de l'huile de foie de morue, ont toujours fait redouter l'emploi de ce médicament et ml'ont certaines bornes à sa propagation. Les praticiens se sont efforcés d'en masquer la saveur et l'âcreté par une foule de mélanges, qu'il serait trop long d'énumérer ici, et qui d'ailleurs n'atteignent nullement le but qu'ils ont en vue (1).

En proposant une application nouvelle de cette huile, nous devions naturellement rechercher une préparation qui, sans altérer les propriétés du remède, fût d'une administration, sinon agréable, du moins exempte de répugnance. De nombreuses recherches, dans lesquelles M. Guillermond fils, pharmacien, déjà si bien posé dans la science, a bien voulu nous prêter son concours, nous ont fait découvrir un moyen fort simple et presque agréable d'offrir l'huile de foie de morue aux malades, surtout aux enfants. Ce mélange ne les dégoûtant plus et n'excitant pas leurs nausées, devient par cela seul d'une digestion plus facile, et le bicarbonate de soude qui entre dans sa composition achève en outre de la favoriser.

Cette préparation est sous forme d'*opiat* dont voici la formule:

OPIAT POUR LES ENFANTS (2).

Prenez:	Huile de foie de morue brune. . .	20	grammes.
	Sucre pulvérisé	25	—
	Bicarbonate de soude.	1	—
	Essence de menthe.	6	gouttes.
	— d'amandes amères. . .	1	—

M. s. a.

OPIAT POUR LES ADULTES (3).

Prenez:	Huile de foie de morue brune. . .	20	grammes.
	Carbonate de potasse.	1	—
	Sucre pulvérisé	25	—
	Essence de menthe	6	gouttes.
	— d'amandes amères. . .	2	—

M. s. a.

(1) On lit dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (juillet 1851), que M. Benedetti, dans le RACCOGLITORE MEDICO, propose comme moyen avantageux d'administrer l'huile de foie de morue, le mélange de cette substance avec l'amidon. Cette préparation, que nous avons essayée, est tellement imparfaite qu'elle modifie à peine la saveur désagréable de ce remède, sans en faciliter nullement la digestion.

(2) On donne à cet *opiat helminthagogue* une apparence agréable à l'œil et engageante, en le colorant en rose, soit avec un peu d'orcanette, soit avec un peu de carmin.

(3) Nous distinguons, par la formule n° 1, l'opiat des enfants, et par celle n° 2, celui des adultes. Quant à l'huile de foie de morue dirigée contre toute autre affection que les vers, nous la saponifions dans ce cas par une très-petite quantité de magnésie calcinée (20 centigr. pour 20 grammes d'huile). Ce *saccharolé* est la forme nouvelle proprement dite d'administrer cette substance.

échapperaient par ce procédé à l'intoxication de la morphine, et que l'antidote employé réussissait toujours quand il était administré en temps utile.

Là est le point essentiel. Combien de temps peut s'écouler, sans danger, entre l'ingestion de la substance vénéneuse et l'administration du remède qui doit l'anéantir? A quelle dose faut-il employer le remède? Ce sont des questions très-graves, et M. Orfila en a bien adressé d'autres à l'expérimentateur. Elles seront traitées tout au long dans un mémoire que M. Ellenberger doit envoyer à l'Institut et à l'Académie de médecine de Paris. Attendons ces éclaircissements.

J'ajouterai que ce savant ne s'est pas borné à cette seule espèce de poison. Croira-t-on qu'il soit possible d'ingérer deux décigrammes (4 grains) de strychnine pure sans éprouver presque immédiatement de convulsions mortelles? Et cependant M. Ellenberger dit avoir réalisé cet effrayant programme, et cependant il espère aller plus loin encore, et mettre aux mains du public une substance capable de détruire instantanément les effets terribles de ces alcaloïdes végétaux. Faisons des vœux pour qu'il réussisse, et surtout pour qu'il ne soit pas victime de sa témérité (1).

Pour le maître de la toxicologie moderne, un tel fait avait une haute valeur; aussi M. Orfila ne manquera pas d'en tirer parti. Pour moi, médecin spécialiste, j'écoutais M. Ellenberger raconter les phénomènes qui se manifestent en lui sous l'influence de l'acétate de morphine, les hallucinations de l'ouïe et autres troubles des fonctions sensoriales, et je tenais bonne note de ces accidents nerveux artificiels, capables de mettre sur la voie de ceux qui surviennent spontanément.

Prague ne nous eût-il offert que cette nouveauté, nous nous serions déclarés satisfaits; mais combien cette ville est riche en monuments de toute espèce, depuis l'antique forteresse de Libussa, cette héroïne de la Bohême, jusqu'au Hradschin, ce palais colossal qui domine le fleuve et les autres quartiers de la ville moderne! Il ne m'appartient pas de céder à cet enthousiasme descriptif qui s'empare de tout voyageur visitant cette capitale; laissez-moi vous dire seulement que j'ai salué avec un vif intérêt le monument funèbre élevé à la gloire de Tycho-Brahé, mort à Prague en 1601. Ce savant astronome est enterré dans l'église de Tein, près de l'hôtel de ville. Une longue inscription raconte les principaux traits de sa vie laborieuse, et au-dessus de cette tête puissante on lit ce vers:

Non fasces, nec opes, sola artis sceptra perennat.

Il y a toujours quelque bénéfice à fureter dans les églises, surtout dans celles qui sont revêtues de cette livrée vénérable que le temps seul peut donner. A Vienne, sur la foi d'un renseignement que je devais croire exact, j'avais cherché, dans l'église des Augustins, la tombe révérée de Van Swieten, mais en vain; je n'ai vu là que deux squelettes magnifiquement vêtus, et avec cette particularité bizarre que les habits de soie et d'or étaient disposés de façon à laisser

(1) Le 22 mars 1852, le docteur Ellenberger est mort à Prague, des suites d'une tentative semblable à celle dont nous avons été témoin. (Voir le n° 15 p. 238, de la GAZETTE MÉDICALE du 10 avril 1852.)

Le sucre donne à cet opiat une consistance molle, rend son âcreté moindre par ses vertus absorbantes; le bicarbonate de sonde à son tour, en le saponifiant, augmente son homogénéité, et les essences de menthe et d'amandes amères achèvent de masquer la saveur du médicament en même temps qu'elles en aident l'action.

L'opiat des adultes a une alcalinité plus grande que celui des enfants, on en conçoit aisément le motif.

La dose précitée s'administre à jeun en une fois à un adulte, et en deux à un enfant. Une légère infusion de café ne peut avoir que de bons effets quelques minutes après l'ingestion de l'opiat.

Si la consistance de ce saccharure était par hasard un obstacle à son ingestion chez les enfants, il suffirait de le délayer dans du lait, où il est très-soluble, et ce nouveau liquide serait accepté sans difficulté (1).

Nous conseillons en même temps les bains alcalins tièdes, dans lesquels le malade doit rester d'une demi-heure à trois quarts d'heure, et que nous composons ainsi qu'il suit :

Pour une baignoire d'enfant de 3 à 8 ans :

Prenez :	Potasse d'Amérique, ou sous-carbonate de potasse du commerce	150 grammes.
	Sel marin	1000 —
	Colle de Flandre	50 —

On peut augmenter cette dose graduellement, jusqu'à concurrence de 300 grammes de potasse et 2,000 grammes de sel.

Pour une baignoire d'adulte :

Prenez :	Potasse	200 grammes.
	Sel marin	1500 —
	Colle de Flandre	70 —

On arrive aussi graduellement jusqu'à 600 grammes de potasse et 3,000 grammes de sel marin.

Les bains de vapeurs ammoniacales peuvent venir en aide à ces moyens, quand les fonctions de la peau sont longues à se rétablir. Nous croyons qu'ils sont appelés à rendre de grands services.

Recommandons aussi les bains d'air atmosphérique introduits depuis peu dans la thérapeutique, et à si juste titre préconisés. Ils activent les fonctions exhalantes des poumons, élargissent le thorax et sont donc en rapport direct avec nos principes.

Tous ces moyens seront puissamment secondés par une nourriture tonique et réglée, l'exercice au grand air, la gymnastique chez les enfants, l'insolation méthodique, comme la recommandent MM. Trousseau et Pidoux, enfin, par tout ce qui donne de l'activité aux fonctions cutanées et respiratoires. La persévérance et la ponctualité sont les premières conditions d'un traitement qui, bien manié, aura non-seulement pour but de guérir la diathèse vermineuse, mais encore celui d'établir une constitution robuste, et d'épargner surtout aux jeunes filles les fatigues et les dangers qui entourent l'établissement de la menstruation.

Cette médication a été particulièrement dirigée par nous contre les oxyures. Les ascarides lombricoïdes ont également cédé à ces moyens. Le ténia est le seul qui réclame un traitement à la fois diathésique et local. Ce vers est en effet si vivace, d'une organisation telle, qu'il vit nonobstant la disparition de l'état qui lui a donné naissance. On doit diriger contre lui des vermicides puissants, qui cependant ne puissent avoir une influence fâcheuse sur l'organisme.

Nous citons ici la préparation que nous avons toujours vue admirablement réussi entre les mains de M. Rodet, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille.

Prenez :	Limaille d'étain pur	32 grammes.	
	Racine de fougère pulvérisée	15 —	
	Semen-contra en poudre	8 —	
	Jalap en poudre	4 —	
	Sulfate de potasse	4 —	(1)
	Miel de Narbonne	q. s.	
	M. s. a.		

OBS. I. — M. Alphonse S., élève en médecine, d'un tempérament lymphatique sanguin, âgé de 19 ans, était atteint d'ascarides vermiculaires depuis deux ans, sans qu'il eût pu s'en débarrasser par les nombreux moyens qu'on lui avait successivement conseillés : le semen-contra, l'écorce de grenadier, les purgatifs, les vomitifs, les lavements de sel marin, de sublimé, les suppositoires d'onguent napolitain, etc., etc., tout avait échoné, malgré l'expulsion fréquente des oxyures, et la maladie semblait prendre une activité nouvelle sous l'influence de remèdes qui délabraient la constitution. La mousse de Corse donnait quelques soulagements, mais elle était abandonnée à cause de la lenteur de ses effets, et parce qu'elle ne s'adressait pas aussi directement aux helminthes.

Ce malade nous ayant confié son état, nous constatâmes, en outre des phénomènes accusant l'existence des vers, que la peau était sèche, décolorée, délicate, que ses fonctions se faisaient mal; la respiration était courte, les urines tantôt très-peu acides, tantôt neutres et peu abondantes. Des douleurs erratiques dans les membres se joignaient à ces symptômes. L'appétit était irrégulier, les selles grasses et enveloppées par des mucosités rougissant fortement le papier de tournesol. Il était facile de reconnaître, dans ce cas, un état général de l'économie dû à la torpeur, à l'inertie des organes exhalants.

L'huile de foie de morue est aussitôt prescrite à la dose de 20 grammes par jour, concurremment avec les bains alcalins et le bicarbonate de sonde à la dose d'un gramme (2) dans une verrée de tisane de chicorée amère.

Huit jours de ce traitement ont suffi pour rétablir les fonctions cutanées, la sécrétion physiologique des urines et tonifier sensiblement la constitution. Les oxyures ont en même temps disparu avec tous les phénomènes qui tourmentaient le malade, sans que leur réapparition ait, depuis un an, démenti cette cure radicale.

M. A. S., qui a continué ce traitement pendant un mois et demi à deux mois, a pris de la vigueur, des forces, et jouit aujourd'hui de la santé la plus parfaite.

OBS. II. — Mademoiselle Marie D., non encore réglée, âgée de 13 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution frêle, habitant une rue de Lyon humide et sombre (rue Buisson), ayant un commencement de chlorose, se

(1) Un de nos amis, M. Auban, pharmacien à Lyon, qui s'occupe avec ardeur et succès de recherches pharmaceutiques, frappé de la manière avantageuse dont l'huile de foie de morue se trouve masquée dans nos préparations, s'est évertué à perfectionner encore ces dernières. Nous nous plaisons à constater ici que, sans s'écarter de nos formules, il a rendu notre *helminthagogue* encore plus homogène et aussi agréable au goût que possible.

(1) Cet électuaire se prend par cuillerées à café toutes les deux heures.

(2) Nous avons depuis incorporé le bicarbonate sodique à l'huile de foie de morue.

voir, par des interstices ménagés exprès, tous les os du bienheureux ainsi exposé à la vénération des fidèles. Je n'ai jamais rencontré jusqu'ici toilette plus somptueuse, plus complète et plus étonnante. Et puisque je reviens aux églises de la capitale de l'Autriche, je dirai que, dans la cathédrale de Saint-Étienne, j'ai trouvé le tombeau d'un personnage inconnu, mais qui doit intéresser le corps médical : il s'agit d'un certain Paul de Sorbait, mort en 1691, et qui possédait bien des mérites divers, puisque son épitaphe le qualifie de : *Musicus, orator, philosophus, miles, medicus, professor, rector magnificus, mendicus* et se termine par ce mot : *Nihil!* Au sommet de cette pierre si fastueusement prolixe, on a inscrit ces paroles du psalmiste :

De stercore erigens pauperem.

Si le début est modeste, la paraphrase de tous les titres ne l'est guère, et j'ai rarement lu plus pompeux éloge d'un défunt.

Mais quittons Prague pour Dresde; gagnons les bords de l'Elbe; côtoyons cette Suisse saxonne si riche en paysages charmants, où la botanique et la minéralogie ont tant à récolter. J'aurais voulu pouvoir visiter Tœplitz et Carlsbad, les deux plus grands établissements thermaux de l'Allemagne centrale; mais en pareille course, ne s'arrête pas qui veut; il fallait céder à la locomotive ardente, dévorer des espaces pleins de choses d'un haut intérêt, et arriver au but dans le moins de temps possible. Nous voici donc à Dresde, non pas seulement pour visiter l'Université, les professeurs et les collections scientifiques, mais aussi un peu pour admirer la plus merveilleuse galerie de tableaux qui se puisse voir. Raphaël, Le Corrége, Titien, les Carraches, quelles superbes toiles! quels chefs-d'œuvre! J'ai vu les Uffizi à Florence, le Vatican à Rome; j'ai vu le musée royal de Madrid, *primus inter pares*, et après ceux-ci, la galerie de Dresde ne paraît le céder à aucune autre. Disons cependant que le local actuel n'est pas digne de ces trésors, et l'on est si bien de cet avis que le gouvernement fait construire un palais où ces œuvres immortelles des plus grands peintres connus seront convenablement exposées.

Il en est de même des collections d'anatomie normale et pathologique de l'Université saxonne. Beaucoup de belles choses ne peuvent être vues, de véritables richesses sont entassées dans un local étroit, mal éclairé; un conservateur exercé peut seul retrouver les objets qu'on lui demande, et le public qui a besoin de voir ne saurait s'y reconnaître. C'est bien le cas d'insister sur l'importance de la mise en œuvre. Les meilleures choses perdent beaucoup de leur valeur quand on ne les fait pas valoir, il faut mettre en relief tout ce qui est destiné à l'étude, c'est le grand art de l'exposition, et pour rester dans le vrai, je dois dire que les preuves de cet art sont peu communes en Allemagne.

M. le professeur Carus, médecin du roi de Saxe, a publié depuis longtemps d'intéressants travaux sur l'anatomie cérébrale, on lui doit de savantes recherches sur la structure du crâne, sur le développement proportionnel des divers organes encéphaliques; sa collection de têtes humaines et autres a de la réputation, nous ne pouvions manquer de la visiter et nous eûmes le bonheur d'être reçus par M. Carus lui-même. Le savant professeur a mis la meilleure grâce à nous présenter ses trésors. Il possède en original ou en *fac-simile*, beaucoup de têtes de personnages historiques, et de ce rapprochement d'objets de même espèce, mais infiniment variables dans les détails, M. Carus tire des conséquences

trouvait en même temps affectée d'ascarides vermiculaires depuis sept ou huit mois. Cet état s'accompagnait d'une irritabilité nerveuse très-prononcée. Les traitements ordinaires n'avaient pas été épargnés chez elle, mais leur résultat, loin d'être satisfaisant, indiquait au contraire une aggravation de la maladie. Quand cette jeune fille a été soumise à notre observation, son visage était pâle, plombé, amaigri, les yeux étaient éteints, ils étaient entourés d'un demi-cercle azuré, et les pupilles avaient une dilatation anormale. Le sommeil était inquiet et le caractère influencé par cet état morbide était devenu morose, de gai qu'il était auparavant. Les digestions s'exécutaient mal et étaient suivies de renvois très-acides. La peau, fine et très-sèche, était privée de son exhalation, la respiration avait si peu de largeur que le moindre exercice déterminait de l'anhélation, ce qui avait surtout frappé l'attention de la mère. Les urines étaient ordinairement presque neutres et offraient de temps en temps une lactescence critique dont l'acidité contrastait avec leur état habituel et coïncidait toujours, qu'on le remarque bien, avec un amendement de la santé générale.

Nous instituâmes le traitement suivant : huile de foie de morue, bicarbonate de soude dans l'infusion de chicorée amère, frictions sèches sur la peau ; bains alcalins, régime tonique, gymnastique, insolation.

Trois semaines de ce traitement ont suffi pour métamorphoser la constitution de cette jeune malade et déterminer la disparition graduelle des vers, qui n'ont plus reparu depuis.

Six mois après, la menstruation, que tout annonçait devoir être orageuse, s'est établie sans secousse.

Cette observation nous paraît concluante.

Obs. III. — Léonie F., âgée de 5 ans, née de parents scrofuleux et rachitiques, a joui jusqu'à l'âge de 3 ans d'une santé passable. Elle marchait bien, était assez vigoureuse quoique un peu bouffie. Tout à coup elle devient maladive, ses membres perdent leur rectitude et leur force, une diarrhée colliquative survient, des lombrics paraissent dans les selles, et au bout d'un an, la santé générale est dans un délabrement tel, que toutes les fonctions sont dans une profonde souffrance.

La peau est sèche et chaude, le pouls constamment animé d'un mouvement fébrile. La malade se soutient à peine en s'appuyant sur le bras de la garde qui la soigne ; l'appétit est anéanti et l'amaigrissement porté à sa dernière limite.

L'un de nous administre l'huile de foie de morue avec l'intention de s'adresser au rachitisme. Ce moyen, secondé par des bains alcalins, a déjà, au bout d'un mois, arrêté la diarrhée, rendu aux membres une certaine force, réveillé l'appétit, et, chose remarquable, pendant que cet heureux changement s'opère du côté de la constitution, les lombrics ont totalement disparu des selles. C'est un des cas qui nous ont mis sur la voie de l'essai des propriétés vermifuges de l'huile de foie de morue.

Deux mois de persévérance et d'exactitude dans l'emploi de ces moyens ont redonné à cette enfant une santé jusqu'alors inconnue.

Obs. IV. — Cette observation a été recueillie par l'un de nous durant son séjour à l'hospice du Perron.

Il s'agit de la femme d'un cultivateur de Pierre-Bénite, Françoise D., âgée de 28 ans, offrant une constitution forte en apparence et un tempérament quasi-scrofuleux. Durant son enfance, elle a eu à plusieurs reprises des glandes engorgées sous le cou. L'établissement convenable de la menstruation a été long et difficile.

Adressée aux internes de l'hospice par M. le curé de sa commune, elle expose les détails suivants : sa faiblesse est extrême, *ses jambes ont peine à la porter*, elle est sujette à des évanouissements subits et à des pesanteurs de tête presque continuelles. Sa bouche est pâteuse, sa langue blanche et saburrale, son haleine fétide. Ses digestions sont accompagnées de rapports acides et coïncident avec une douleur épigastrique purement nerveuse. Ses règles, excessivement abondantes la dernière fois qu'elle a vu, avaient produit chez elle un affaiblissement extrême, et depuis cette époque (il y a trois mois), elles n'ont plus reparu. Le ventre est météorisé, les selles sont parfois diarrhéiques et renferment alors tantôt un, tantôt deux lombrics.

Ce qui frappe dans l'examen de cette malade, c'est qu'elle jouit, nonobstant une asthénie évidente, d'un certain embonpoint, son teint est fortement coloré, quoique les muqueuses soient pâles et préchlorotiques.

Tous ces phénomènes coexistent avec une sécheresse notable de la peau. La transpiration est nulle et le passage des urines, habituellement rares, est de temps à autre signalé par une cuisson insolite que la malade ne manque pas d'accuser.

Les moyens suivants sont mis en usage : huile de foie de morue, bicarbonate de soude, pilules de Meglin, grands bains avec le sel marin tous les trois jours, frictions sèches et aromatiques sur tout le tégument, exercice modéré, insolation méthodique. Ce traitement donne déjà au bout de huit jours des résultats satisfaisants, et au bout de quatre semaines le flux menstruel est rétabli et la malade ne rend plus de lombrics. En même temps, nous le signalons à dessein, la peau est onctueuse et le siége d'une exhalation manifeste ; en outre, l'écoulement plus abondant des urines n'occasionne plus de sensation pénible. Pour bien assurer la guérison, on lui recommande la continuation durant un mois de cette médication.

Nous avons appris dernièrement que la femme dont il s'agit jouit depuis de la santé la plus parfaite.

Obs. V. — Joséphine B. (de Lyon), âgée de 9 ans, avait toujours eu une santé chancelante. Grande pour son âge, elle avait un teint pâle et mat, une poitrine étroite et osseuse. Son amaigrissement était extrême, et nonobstant un appétit dévorant, elle ne prenait point de chairs. Le ventre offrait de la tuméfaction et de l'empâtement, il était tendu et parfois douloureux. Enfin la peau sèche et délicate et la décoloration des muqueuses ne laissèrent aucun doute sur un état asthénique très-prononcé. Ce cortége de symptômes coïncidait avec la présence d'ascarides lombricoïdes dans le tube intestinal qu'on avait souvent l'occasion de constater dans les selles de la malade.

L'huile de foie de morue fut conseillée, et son usage prolongé pendant trois mois a donné de la force, de la tonicité à cet organisme, sans réaction et sans vitalité. Un embonpoint satisfaisant a succédé à la maigreur, les joues ont pris de la rondeur et de la coloration, le ventre s'est rétracté, les tissus sont devenus durs et résistants, et cette jeune malade poursuit actuellement son développement dans les conditions les plus favorables.

Obs. VI. — M. Auguste D., un de nos amis, employé dans une maison de commerce de Lyon et ayant l'âge de 22 ans, était sujet aux ascarides vermiculaires depuis l'âge de 7 ou 8 ans. Ces vers disparaissaient pendant deux ou trois mois, et au moment où ils semblaient entièrement détruits par tous les vermifuges auxquels le malade avait recours, ils repullulaient avec une activité nouvelle, au grand découragement de M. D., qui, en dernier lieu, se bornait à pallier par des quarts de lavements froids le prurit incommode que ces parasites lui occasionnaient dans le rectum.

L'examen minutieux de ce malade nous fait reconnaître chez lui un état de faiblesse non douteux ; ses muqueuses indiquent un certain degré de pauvreté du sang. La peau, sèche et inerte, est le siége de temps à autre d'une éruption exanthémateuse diffuse, accompagnée d'un peu de fièvre. Cet état annonce presque toujours un amendement du côté de l'élément vermineux, circonstance qui nous paraît digne de remarque. Les urines sont fort peu acides ordinairement, et charrient parfois un dépôt briqueté se collant au fond du vase ; alors leur acidité est très-prononcée.

Tous ces phénomènes se trouvant en parfaite harmonie avec les cas que nous avions déjà observés, nous soumettons M. D. à nos moyens habituels : huile de foie de morue associée au carbonate de potasse, bains alcalins, frictions sèches et aromatiques sur la peau, exercice, insolation.

---

scientifiques qui ont le tort, du moins à mes yeux, de paraître la vraie continuation du système de Gall. Que la science ait fait des progrès depuis l'inventeur de la cranioscopie, que la philosophie anatomique des Meckel, des Geoffroy-Saint-Hilaire, etc., ait éclairé le développement de la vertèbre cérébrale, que M. Carus considère abstractivement l'amplitude de la première à l'égard de la seconde et de la troisième, qu'il cherche à poser une séparation entre l'œuvre empirique de son prédécesseur et son propre travail, plus savant, plus relevé, je le veux bien ; mais la distinction ne me paraît pas assez saillante pour que l'on puisse oublier l'origine et le but de ces tentatives malheureuses.

On doit à M. le professeur Carus un ingénieux procédé à l'aide duquel il obtient le profil rigoureusement exact d'un crâne quelconque. Ce trait, d'une précision mathématique, permet de réunir sur une même planche deux, trois et même quatre crânes différents, indiqués par des couleurs particulières, et de cette sorte, l'on peut comparer les contours, la position des sutures, la saillie ou la dépression de certaines parties, et prendre une idée exacte des qualités physiques d'une tête. Voyez ainsi réunies la tête de Napoléon, celle de Talleyrand, celle de Schiller et celle d'un idiot, et vous aurez un terme de comparaison très-propre à servir de base à un jugement quelconque. Mais c'est précisément ce jugement dont la rigueur n'est pas sans appel. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette doctrine un tant soit peu matérialiste, cette influence souveraine de la forme, du volume, de la quantité opposée à la qualité et aux autres particularités d'organisation intérieure, une pareille thèse ressemble aujourd'hui à un anachronisme, et l'on me dispensera de la traiter plus au long.

La collection de crânes de l'Université de Dresde a une importance extrême. Plus de 1,500 têtes sont réunies et classées par races, par familles humaines ; c'est un musée anthropologique qui n'a probablement pas de rival en Europe. A côté de ces têtes normales se rencontrent les altérations pathologiques de la forme, les micro et les macrocéphales, l'hypertrophie de la substance osseuse, sa raréfaction, son amincissement qui permet aux os de se développer sous l'influence d'une cause intérieure, comme la bulle de savon grandit sous l'action du souffle d'un enfant, il y a là des pièces du plus haut intérêt et bien faites pour servir de base à des recherches curieuses sur l'importance relative de la forme et du fond, du contenant et du contenu.

En pareil cas l'erreur est facile. On connaît le mot du fabuliste : *belle tête, mais de cervelle point!* Comment apprécier la valeur de cette intelligence servie, il est vrai, par des organes, mais qui ne peut être dominée par ceux-ci ? Ne vous fiez pas à la mine, *nimium ne crede colori*, c'est de la sagesse antique, et qui trouve son application à Dresde même, tout près du musée anthropologique, dans le palais du roi de Saxe ; sur le fronton de la principale entrée, vous lisez ces mots : *Jehova vexillum meum!* fière enseigne, à vrai dire, à laquelle répond assez mal l'édifice lui-même. Quelques siècles ont passé sur ses murailles dégradées ; les quatre tourelles où sont les escaliers sont couvertes d'arabesques et de bas-reliefs très-frustes, mais dont le caractère naïf rappelle les œuvres de la renaissance ; les fenêtres solidement grillées, les portes garnies de gros clous en relief et de serrures armuriées ont un air de prison assez peu agréable à voir ; en un mot tout cet extérieur n'indique rien des surprises qui attendent le visiteur de ce donjon.

Que de têtes sont comme ce vieux palais ! Allez au delà de l'enveloppe, pé-

Cette médication, suivie exactement pendant six semaines, a amené le retour des forces chez ce malade, augmenté l'hématosine du sang et donné de la vie au système cutané. De plus, les urines sont constamment plus acides que par le passé, et les oxyures n'ont pas reparu depuis cinq ou six mois. Tout fait donc espérer que cette guérison ne sera pas démentie par une récidive.

Nous pourrions citer encore à l'appui des faits nouveaux que nous avançons plusieurs autres observations également probantes, si nous ne tenions à ne pas étendre davantage les limites de ce travail. Toutefois, nous osons espérer que celles qu'on vient de lire parleront assez éloquemment en faveur de nos idées sur la diathèse vermineuse et du traitement qu'on peut lui opposer.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA SUETTE MILIAIRE ÉPIDÉMIQUE ; par M. le docteur A. FOUCART.

A M. le Rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur et très-honoré maître,

Vous avez publié dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE une NOTICE SUR UNE ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE, etc., par M. Bucquoy, médecin des épidémies de l'arrondissement de Péronne. Comme je suis, dans cette notice, attaqué d'une manière assez violente, sinon nominativement, du moins au moyen d'allusions d'une transparence qui ne laisse aucun doute, j'ose espérer que vous voudrez bien accueillir une courte réponse à ces attaques et quelques réflexions sur la notice elle-même.

Je m'empresserai tout d'abord de complimenter M. Bucquoy sur son changement d'opinion quant à la nature de la suette. Lorsqu'en 1849, je fus envoyé par M. le ministre du commerce dans le canton de Chaulnes, je ne trouvai pas un médecin qui ne fût persuadé de la nature inflammatoire de la suette, et qui ne la traitât en conséquence. Je me trompe, j'en trouvai deux qui regardaient la maladie comme *septique* principalement, avec complication d'embarras gastrique bien prononcé, MM. Lauglet (de Proyart, aujourd'hui à Albert) et Lefèvre (de Montdidier). Je me rappelle, et s'il le fallait j'invoquerais son témoignage, que M. Lefèvre me dit le 29 mai 1849, à Marché-le-Pot, où nous nous rencontrâmes, que sur plus de 400 malades il n'avait trouvé que *quatre fois* l'occasion de pratiquer des émissions sanguines.

Je le répète, hors ces deux confrères, je ne trouvai personne, M. Bucquoy compris, qui ne regardât la suette comme *parfaitement inflammatoire*. Pendant tout le temps de mon séjour dans l'arrondissement de Péronne, et depuis, tant dans mon rapport au ministre que dans le mémoire que j'adressai à l'Académie, je m'élevai contre cette doctrine ; je soutins que la suette était une affection septicémique, comme les fièvres éruptives, les typhus, et présentait à considérer trois groupes de phénomènes : phénomènes de septicité, phénomènes gastriques, phénomènes nerveux, et j'ajoutais en forme de commentaire :

1° Phénomènes de septicité se traduisant, entre autres caractères, par le mode d'invasion, l'état du sang, la rapidité de la putréfaction après la mort.

2° Phénomènes gastriques, *état saburral* constant, *non inflammatoire*, des voies digestives.

3° Phénomènes nerveux, dépendant essentiellement des deux premiers, et constituant le danger presque unique de la maladie. (*Séance de l'Académie de médecine, 26 juin 1849.*)

Aujourd'hui M. Bucquoy écrit dans sa notice : Le caractère de la suette de 1851 *était généralement gastrique*. N'ai-je pas raison de dire qu'il a changé d'opinion et qu'il s'est rallié à la manière de voir basée sur l'expérience et sur l'observation ? Il est vrai qu'il ajoute : Le caractère de la suette de 1849 était *presque partout inflammatoire*. Comprenez-vous une maladie qui, inflammatoire en 1849, ne le serait plus en 1851, et n'est-il pas évident que ce n'est là qu'un correctif, un palliatif, un membre de phrase ajouté pour sauvegarder l'amour-propre ?

Comme conséquence de cette modification dans la manière d'envisager la nature de la maladie, M. Bucquoy a modifié le traitement : « Par suite » de cette différence, dit-il, qu'a présentée la maladie dans sa forme, on » s'explique d'avance comment, dans les cas graves, les évacuations sanguines générales et locales se sont surtout montrées avantageuses dans » l'épidémie de 1849, tandis que dans celle de 1851, ça été principalement » les vomitifs et le sulfate de quinine. »

Quant aux résultats avantageux des émissions sanguines en 1849, j'ai déposé à l'Académie avec mon mémoire un tableau qui m'a été officiellement adressé par M. Dufossé, alors sous-préfet de Péronne, tableau dressé sur les listes des maires du canton de Chaulnes, et duquel ressort ce fait que : sur 1,167 malades traités par les émissions sanguines, il y eut 46 morts ; tandis que sur 915 traités par les vomitifs et les purgatifs, pas un seul ne succomba. On jugera par ce simple fait des effets comparatifs des deux médications.

Ce que je veux constater ici maintenant, c'est que M. Bucquoy s'est enfin rallié à l'opinion *gastrique* et *saburrale*, et à la médication vomitive. Sa conversion a été lente à s'opérer ; mais enfin elle s'est faite. Passons.

Il en est de même de la contagion ou plutôt de la transmissibilité. Dans le mémoire que j'ai déposé à l'Académie en 1849, j'écrivais ceci : « Raisonnant par analogie et tenant compte des points de contact qui existent » entre la suette miliaire et les fièvres éruptives, comme aussi des rapports » qu'elle peut avoir avec certaines affections desquelles elle se rapproche » par sa nature et dont la transmission infectieuse est possible, le choléra, » le typhus, la fièvre typhoïde, raisonnant par analogie, je pense que la » suette miliaire *peut* et *doit même* être transmissible par voie d'infection, » qu'elle l'est probablement dans des circonstances données. »

En 1849, M. Bucquoy « n'a pas hésité à répondre négativement à cette question de la contagion. » Aujourd'hui, il déclare qu'un fait, qu'il rapporte, « arrivé sous ses yeux, est venu ébranler sa conviction à cet égard » et lui faire croire que, comme la fièvre typhoïde et le choléra-morbus, » la suette pourrait bien, dans quelques cas, se transmettre aussi par l'absorption des miasmes exhalés par les malades. » Voilà donc encore une conversion opérée sur un second point de l'histoire de la suette.

Encore une épidémie et vous verrez que M. Bucquoy finira par être complétement d'accord avec nous.

J'en viens à ce qui m'est personnel, monsieur le rédacteur, et peut-être me permettrez-vous, bien que vous ayez depuis longtemps montré que

---

nétrez dans ce mystérieux asile où s'élabore la pensée, écoutez la parole, idée concrète, qui jaillit en éclats lumineux ; le génie se développe en liberté, l'esprit étincelle au travers des murailles de ce sépulcre, le brillant papillon quitte la chrysalide obscure et dédaignée, et l'on reconnaît à des signes certains l'âme immortelle qui remonte à sa source divine !

Donc vous ne tiendrez pas compte de l'aspect peu rassurant des salles basses de cette royale maison, vous pénétrerez sans crainte sous la voûte verte (Grune Gewoellhe) et vous y trouverez un étrange amas de richesses en tout genre. Bronzes, ivoires, mosaïques, vases en pierres précieuses, figurines d'or émaillé, bijoux merveilleux, diamants et perles enchassés de telle façon que le travail surpasse la matière, en un mot tout ce que l'art de Benvenuto Cellini a pu enfanter de chefs-d'œuvre se trouve là à profusion, et quand on sort de cet asile mystérieux, on croit avoir rêvé ; songe heureux, tout resplendissant d'azur et d'or, excursion fantastique au milieu du palais enchanté des MILLE ET UNE NUITS !

Il ne serait pas difficile de citer un exemple contraire. Un autre édifice, somptueux bien que non terminé, renferme une énorme collection d'armes de toutes les époques, immense bric-à-brac qui ne dit rien à l'esprit et montre un art quelquefois habile, mais inutilement prodigué à la décoration de ces outils de carnage si fort en honneur au quinzième siècle. Ce qui m'a surtout frappé dans ce musée belliqueux, ce sont les pantoufles de Calvin, une paire de bottes ayant appartenu à Napoléon, les souliers de satin que portait l'empereur le jour du sacre, les bottes en maroquin rouge de Murat, et quelques autres chaussures également remarquables. Un palais pour des bottes, une prison pour des bijoux ravissants, fiez-vous donc à la mine et à l'étiquette du sac ! N'est-ce pas une image fidèle de la phrénologie, de ses illusions, de ses erreurs, de ses mécomptes, et ne faut-il pas se mettre en garde contre les préventions qui naissent de ces apparences si trompeuses ?

Vous me pardonnerez, je l'espère, cette excursion un peu ambitieuse sur un domaine étranger. Les accidents du voyage entraînent les idées et la plume. Les musées de Dresde occupent une si grande place dans cette ville artistique, que l'on cède tout naturellement au désir de parler de ce que l'on voit. Comment passer sous silence la galerie des statues antiques, ces groupes dus au ciseau savant des sculpteurs de Rome ou d'Athènes, ces faunes et ces hermaphrodites si gracieusement enlacés et que la pruderie anglaise ou napolitaine reléguerait infailliblement dans des lieux réservés ? Il y a là des mystères d'une anatomie charmante ; mais, encore une fois, je dois m'abstenir, et il est temps de dire adieu à la capitale des Saxons.

P. MÉNIÈRE.

(La suite au prochain numéro.)

— M. le docteur Crocq vient d'être nommé membre de l'Académie impériale des Curieux de la nature siégeant à Breslau. Cette Académie, l'une des plus anciennes Sociétés savantes de l'Europe, compte plus de deux siècles d'existence ; elle a été fondée en 1652.

vous êtes passé maître dans l'art de vous défendre vous-même, de signaler à M. Bucquoy quelques passages où, croyant m'attaquer, c'est à l'auteur du remarquable rapport sur la suette, lu devant l'Académie de médecine, qu'il s'en prend.

« Le vrai traitement hygiénique de la suette miliaire bien connu, quoi » qu'*on en ait dit en* 1849, de tous les médecins, ainsi que le témoigne » l'instruction populaire adressée, aussitôt l'invasion de l'épidémie, par le » conseil de salubrité de l'arrondissement..., etc. »

Quoi qu'*on* en ait dit : ce *on*, monsieur le rédacteur, c'est moi. Hélas ! oui. J'ai soutenu en 1849, et je soutiens encore aujourd'hui, qu'en 1849, le 27 mai, jour où je suis arrivé, pas un médecin, dans le canton de Chaulnes, ne connaissait le vrai traitement hygiénique de la suette, découvrement des malades, boissons fraîches, aération, etc.; ou si peut-être le connaissaient-ils, pas un ne l'employait, et la preuve, monsieur Bucquoy, c'est que lorsque, le 28 mai, à dix heures du matin, vous êtes venu à Chaulnes avec M. Alexandre (d'Amiens), vous allâtes voir avec lui un honorable confrère qui, alors malade de la suette, s'ensevelissait littéralement sous ses édredons et ses couvertures, et que j'eus toutes les peines du monde à décider à se découvrir. Faudra-t-il que je vous rappelle son nom, et nierez-vous le fait, que je prierais, au besoin, ce médecin de vous attester lui-même?

Vous parlez de la circulaire du conseil de salubrité; mais cette circulaire n'a été rédigée que le 29, le lendemain, le surlendemain peut-être de votre visite à Chaulnes, au moment où vous aviez pu juger par vous-même de l'efficacité constante de la nouvelle méthode dirigée contre l'épidémie. Je dois vous désabuser, du reste, si vous pensez que j'aie la prétention d'avoir inventé ce traitement hygiénique. Il y a plus de cent ans qu'il est indiqué par les auteurs; seulement il était ou inconnu, ou oublié, ou négligé, et je ne réclame d'autre mérite que celui de l'avoir fait revivre.

Au surplus, laissons cette circulaire; elle sera publiée en son lieu.

M. Bucquoy dit plus loin : « *Il n'est pas vrai* que les évacuants, et » surtout les vomitifs, se soient montrés *spécifiques* dans la suette miliaire » de 1849. A part quelques cas où ils ont été rationnellement employés et » où leur administration a paru vraiment utile; à part ceux, beaucoup » plus nombreux, où ils auraient pu ne l'être pas, la maladie n'ayant jamais eu ou ne présentant plus déjà aucune gravité lorsqu'ils ont été donnés, les vomitifs n'ont point empêché l'épidémie de faire des victimes » à Marché-le-Pot, à Fresnes, à Saint-Christ, où ils ont été pendant quelque temps employés presque exclusivement, et l'on ne peut que regretter » la facilité avec laquelle l'Académie a accueilli *cette audacieuse assertion*, qu'aucun malade traité par l'ipécacuanha ne serait mort de la suette » dans l'arrondissement de Péronne. »

Je serai bref dans ma réponse à ce dernier paragraphe, et comme les injures ne sont pas des raisons, je tâcherai de me servir d'expressions plus courtoises que celles de M. Bucquoy.

« *Il n'est pas vrai* que l'ipéca ait été le spécifique de la suette. » M. Bucquoy ne s'imaginait guère, mon très-honoré maître, qu'en écrivant ces mots, c'était à vous-même qu'il donnait un démenti, à vous qui, dans le premier Paris du 23 juin 1849, disiez ceci : « *L'ipécacuanha comme* » *vomitif, voilà le spécifique de la suette.* » et qui, dans le lumineux rapport de 1851, rappelant cette sorte d'aphorisme proposé par vous après un examen scrupuleux et impartial des faits, faisiez suivre cette expression d'un appel à l'observation dans une nouvelle épidémie.

Chose singulière ! c'est l'ennemi le plus déclaré de cette médication qui répond à cet appel, observe deux ans après, dans le même arrondissement, la même épidémie, et apporte naïvement, à l'appui de sa croisade contre l'ipéca..., des faits constatant la réussite et l'efficacité de l'ipéca ! Que pouvions-nous demander de plus?

Quant à la négation que m'oppose M. Bucquoy, je n'y insisterai pas. Comme je l'ai dit plus haut, ce n'est pas moi qui ai fait les chiffres : ils sont consignés sur des pièces officielles, émanées de la sous-préfecture de Péronne, légalisées par la préfecture d'Amiens, et dont les originaux ont passé sous les yeux de l'honorable rapporteur.

Je renvoie donc à qui de droit ce démenti, infligé au sous préfet de l'arrondissement et à tous les maires du canton, par un fonctionnaire public, médecin officiel des épidémies, me contentant de m'étonner de la légèreté du procédé.

Encore un mot, et j'ai terminé.

Il s'agit de mon *audacieuse assertion*. Je dis, moi, que M. Bucquoy s'est, comment dirai-je?... *audacieusement trompé* en affirmant qu'à Fresnes il y eut des victimes de la suette pendant et après l'emploi des vomitifs. Avant mon arrivée, il y eut à Fresnes-Mazancourt soixante-dix neuf malades, parmi lesquels cinq succombèrent à la suette et deux au choléra. J'y ai vu et traité par la médication vomi-purgative, et toujours accompagné du maire, du curé ou d'un membre du conseil municipal, M. Robida, soixante-dix autres malades, desquels *pas un seul* n'a succombé à la suette.

Restent Marché-le-Pot et Saint-Christ, deux villages où je n'ai pas soigné un seul malade : à Saint-Christ, parce que je n'y suis pas allé; à Marché-le-Pot, parce que j'y ai trouvé deux médecins qui ne partagèrent pas ma manière de voir.

Et puis, l'avouerai-je, je l'ai déjà dit dans mon mémoire à l'Académie, je trouvai regrettablement instructif et concluant jusqu'à un certain point pour moi de parcourir toutes les localités environnantes, d'éteindre la mortalité tout autour de Marché-le-Pot, et de laisser seul au milieu du théâtre ce village avec sa médication antiphlogistique, comme *criterium*, comme point de comparaison. L'expérience me réussit trop parfaitement, puisque la mortalité était partout éteinte depuis plus de quinze jours, autour de cette commune, que l'on mourait encore à Marché-le-Pot, comme le témoignent des lettres que je possède.

De ce que je défends avec tant d'insistance la médication vomitive, M. Bucquoy se serait-il cru autorisé à conclure que je me posais comme l'inventeur de cette médication? Je me hâte de le désabuser. J'ai dit hautement avec reconnaissance, et écrit dans mon mémoire à l'Académie, que j'avais puisé la première idée de ce traitement dans une conversation avec M. Jules Guérin, quelques heures avant mon départ de Paris. Je ne revendique pour moi que l'honneur de l'avoir employée le premier sur une grande échelle, avec une énergie fondée sur la conviction la plus profonde; de l'avoir *systématisée*, pour me servir de l'expression de l'honorable rapporteur. Le succès a été pour moi, dans toute cette affaire, la plus douce des récompenses à laquelle je pusse prétendre. Cette récompense, je suis fier de l'avoir obtenue, puisque l'événement a forcé mes adversaires eux-mêmes à employer après moi, ce que je n'osais espérer, la méthode qui m'avait si bien réussi.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

(Suite.)

CORPS ÉTRANGER LOGÉ DANS LES VOIES AÉRIENNES PENDANT QUATRE ANS ET DEMI, AYANT CAUSÉ UN ABCÈS GANGRÉNEUX DU POUMON DROIT ; par M. STRUTHERS.

Ce cas montre l'une des terminaisons possibles des accidents, souvent latents pendant une longue période, qui succèdent à la présence des corps étrangers dans les voies respiratoires.

OBS. — En octobre 1844, Thomas Neal, âgé de 22 ans, mangeait de la volaille et riait en même temps, lorsqu'il fut tout à coup pris d'un accès de toux avec suffocation. Il sentit qu'un corps étranger avait pénétré à ce moment dans le conduit aérien. Ces symptômes cessèrent au bout d'une heure pour ne plus revenir; la déglutition continua à s'accomplir sans difficulté.

Trois mois après, quoiqu'ayant presque immédiatement repris sa santé primitive et ses occupations ordinaires, il commença à rendre des crachats blancs et écumeux. L'expectoration alla en augmentant d'abondance pendant les douze mois suivants. Au bout de ce temps, il remarqua pour la première fois que ses crachats étaient teints de sang et avaient une odeur fétide. Ces divers caractères devinrent de plus en plus prononcés durant les deux années qui s'écoulèrent ensuite.

Pendant la plus grande partie de 1848, il y eut toutes les deux ou trois semaines des époques où l'abondance des crachats, ainsi que leur aspect sanguinolent et leur fétidité étaient beaucoup plus marqués. En décembre de cette année, il entra à l'infirmerie royale d'Édimbourg, se plaignant d'une toux violente accompagnée d'expectoration purulente et sanguine. Le côté droit de la poitrine donnait à la percussion un son mat; l'auscultation y dénotait l'augmentation de la résonnance vocale, du gargouillement au milieu et en arrière, ailleurs des râles sibilants et muqueux. Le côté gauche paraissait dans les conditions normales. A cette époque ses forces étaient encore assez bien conservées, l'appétit bon, la voix sans altération.

Sorti de l'infirmerie au commencement de février 1849, il demeura six semaines dans un état supportable; mais vers le milieu de mars l'appétit se perdit, il devint maigre, la soif et un mouvement fébrile se déclarèrent, quoiqu'il ne souffrît pas. Le 21, il eut de la dyspnée, une toux très-fatigante et d'abondants crachats teints de sang et plus fétides que jamais. M. Struthers reconnut que son haleine et ses crachats avaient l'odeur caractéristique de la gangrène. Grande faiblesse, 45 inspirations et 130 pulsations par minute. Le côté droit de la poitrine, entièrement mat, faisait entendre presque partout du gargouillement. Pendant les trois jours suivants, le malade s'affaiblit rapidement, les inspirations s'éle-

vèrent à 68 et le pouls à 140; il expectorait par jour deux pintes d'un pus clair mêlé de sang. Il succomba dans la matinée du 29.

AUTOPSIE. Apparence grêle et émaciée. En ouvrant la poitrine, on trouve le poumon droit adhérent à la paroi thoracique partout, excepté à la partie inférieure de son bord antérieur. Le sommet de ce poumon est occupé par une cavité de la capacité que représenterait le volume d'une orange; sa face interne est très-irrégulière et présente des débris de tissu pulmonaire désorganisé. Elle contient un liquide brun, ayant la consistance de la crème et une odeur gangréneuse très-prononcée. Au milieu de la face postérieure du même organe existe une autre cavité plus petite renfermant le même liquide et s'ouvrant dans un tuyau bronchique d'un certain calibre. En ouvrant l'autre extrémité de cette bronche, à la bifurcation de la première bronche droite, on trouva une petite pièce d'os entièrement libre dans le tube aérien et n'ayant déterminé sur la partie de la muqueuse qu'elle touchait que de l'épaississement sans altération ni rougeur. Elle ressemblait à un morceau de vertèbre d'un animal, offrait quelques aspérités à sa surface et avait à peu près un centimètre de longueur. Le reste de ce poumon était parsemé de cavités plus petites contenant le même liquide, les unes closes, les autres s'ouvrant dans les bronches, celles-ci tapissées à l'intérieur d'une membrane, celles-là anfractueuses et constituées par du tissu pulmonaire désorganisé. Le poumon gauche était comparativement sain; une petite partie de son bord inférieur était hépatisée. Il n'y avait de tubercules nulle part, ni dans le droit ni dans le gauche. Les glandes bronchiques, surtout du côté droit, étaient très-hypertrophiées; quelques-unes offraient le volume d'un œuf de pigeon.

Il est certain que le corps étranger resta toujours fixé, depuis le moment de son introduction, dans le lieu où on le trouva à l'autopsie. Sans cela, s'il avait été libre, il aurait de temps en temps remonté vers le larynx et y aurait déterminé un ensemble de symptômes bien différents de ceux qu'on a observés. C'est donc à sa permanence dans le même point qu'on doit attribuer l'absence si prolongée d'accidents graves chez ce malade. Mais il n'est pas moins étonnant qu'un corps tel que celui-ci, à surface inégale, ait pu demeurer aussi longtemps en contact avec la membrane muqueuse sans produire d'autre altération qu'un léger épaississement de son tissu.

Aucune opération n'a jamais été proposable pour l'extraction de ce corps, dont rien n'indiquait le siége dans un endroit à la portée des instruments. Il faut même croire que sa sortie, si elle ne s'était faite qu'en dernier lieu, n'aurait pas arrêté le cours de la désorganisation pulmonaire. On en a vu des exemples significatifs. Une fois la tuberculisation ou la gangrène bien déclarées, la suppression de la cause qui les avait occasionnées ne suffit plus pour en enrayer les progrès.

NOUVEAU MOYEN DE TRAITER LES CORPS CARTILAGINEUX DU GENOU; par M. SYME.

M. Syme revendique pour son compte (1) l'idée d'avoir appliqué la méthode sous-cutanée au traitement des corps fibro-cartilagineux du genou. Mais cette opération, toute sûre qu'elle est, ne convient pas dans tous les cas; son manuel est difficile, et parfois l'on ne peut réussir à la conduire à bien.

Voulant trouver un procédé plus simple, M. Syme a imaginé de diriger le corps cartilagineux vers le côté externe de l'articulation, et de le pousser en bas du condyle externe du fémur, aussi près que possible de la tête du péroné. Il le maintient dans cette position avec un doigt de la main gauche, et introduit alors obliquement un ténotome jusqu'à ce qu'il en ait porté la lame sur la concrétion même. Il coupe enfin sur lui, dans sa substance, de manière à être sûr que la membrane synoviale a été largement divisée. On termine l'opération en appliquant un vésicatoire sur la partie, puis l'on établit un bandage contentif pour maintenir le corps étranger dans la même place. Dans l'espace de dix à quinze jours, il se fixe dans cette position, y adhère, diminue ensuite progressivement de volume, et n'apporte désormais plus de gêne dans les fonctions du membre.

M. Syme a déjà pratiqué cinq fois cette opération avec le résultat avantageux que nous venons d'indiquer. Dans un de ces cas, le malade fut entièrement guéri au bout de trente-cinq jours. M. Mackensie a retiré de ce procédé le même succès.

II. MEDICAL TIMES AND GAZETTE.

Les numéros de janvier, février et mars 1853 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Sur la médecine clinique et la pathologie*; par M. Burrows. 2° *Sur le prolapsus de la paroi antérieure du vagin comme occasionnant des urines fétides, phosphatiques, muqueuses*; par M. Golding Bird. 3° *Polype de l'utérus coexistant avec la grossesse*; par M. Ramsbotham. 4° *Tableau analytique du traitement de la fièvre par de hautes doses de sulfate de quinine à l'hôpital Saint-Georges*; par M. Barclay. 5° *Instrument contre l'hémorrhagie utérine*; par M. Hoveli. (Il s'agit d'un bandage à deux pelotes, l'une appuyant sur le sacrum, l'autre sur l'utérus; il est destiné à remédier aux hémorrhagies par inertie de l'utérus après l'accouchement.) 6° *Cas remarquable de perte de toutes les dents de la mâchoire supérieure*; par M. Inman. 7° *Cas de cardite rhumatismale*; par M. Gramshaw. 8° *De la cure des fièvres continues par le cinchonisme*; par M. Dundas. 9° *Observations suivies de remarques*; par M. Aldis. 10° *Considérations sur le traitement de la diarrhée par l'acide sulfurique*; par M. North. 11° *Cas d'insertion du placenta sur le col*; par M. Waller. 12° *Sur l'emploi du mercure dans l'hydrophobie*; par M. Brodhurst. 13° *Cas de grossesse extra-utérine (grossesse utéro-tubaire)*; par M. Langley. 14° *Observations d'hydatides de l'utérus, suivies de remarques*; par M. Ramsbotham. 15° *De la trachéotomie dans le croup*; par M. H. Smith. (L'auteur a fait plusieurs fois la trachéotomie durant la première période du croup, mais sans succès. Ce n'est donc pas le retard qu'on met à se décider à faire l'opération, qui est la cause unique de ses dangers.) 16° *Opération césarienne pratiquée à terme pour une tumeur fibreuse volumineuse occupant la cavité du bassin*; par M. Waller. 17° *Observations d'hémorrhagie après la délivrance accompagnée de tranchées graves*; par M. Ramsbotham.

DES MALADIES DE LA MEMBRANE MUQUEUSE BRONCHIQUE DANS LE COURS DES AFFECTIONS CHRONIQUES DES REINS; par M. G. BURROWS et SENHOUSE KIRKES, de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres.

On sait avec quelle facilité les membranes muqueuses et séreuses sont sujettes à s'altérer dans le cours des maladies chroniques des reins. Ces altérations consistent en troubles fonctionnels divers et quelquefois en inflammations plus ou moins aiguës, suivies ordinairement d'une sécrétion ou d'une exhalation abondante. Le catarrhe chronique et la diarrhée chronique accompagnés de vomissements sont des symptômes secondaires très-fréquents et très-opiniâtres des lésions rénales confirmées; ordinairement ils ne s'accompagnent pas de lésion de tissu; quelquefois cependant les observateurs dont nous analysons le travail ont rencontré dans les gros intestins des ulcérations analogues aux ulcérations dyssentériques. Dans la généralité des cas, quand les deux membranes sont affectées simultanément, l'une l'est toujours plus que l'autre, et une fois le siége de la localisation déterminé, les lésions ou l'altération fonctionnelle ne s'étendent pas, ne se généralisent pas. Quand les membranes muqueuses sont le siége de sécrétions abondantes, on n'a point à craindre les accidents cérébraux, ni les épanchements dans les séreuses. Ces affections des membranes muqueuses s'observent également au début et à la fin des lésions rénales albuminuriques ou autres; elles dépendraient, suivant les auteurs, de l'altération du sang qui s'observe dans ces maladies et auraient pour effet d'éliminer de la masse sanguine les matériaux azotés accumulés provenant de la nutrition des tissus.

DU PROLAPSUS DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU VAGIN, COMME OCCASIONNANT LA SÉCRÉTION D'URINES FÉTIDES PHOSPHATIQUES, MUQUEUSES; par M. GOLDING BIRD.

On observe assez souvent, surtout chez des femmes qui ont passé l'âge critique, que l'urine devient phosphatique, répand une odeur ammoniacale et contient un dépôt muqueux. Les malades se plaignent en outre qu'il sort involontairement une petite quantité d'urine toutes les fois qu'elles font un effort soudain, soit pour tousser, soit pour changer tout à coup de situation. Ces incommodités s'accompagnent de difficulté à marcher, de douleur à la partie inférieure de l'abdomen, et, ce qui est le plus pénible, d'envie d'évacuer la vessie à chaque instant.

La cause de pareils désordres peut résider dans une lésion plus ou moins sérieuse des organes du petit bassin; mais M. Golding Bird avertit de ne jamais manquer, en pareil cas, d'examiner la paroi antérieure du vagin, car il a parfois trouvé que les symptômes précités reconnaissent pour unique origine le prolapsus de la vessie vers la paroi antérieure du vagin, en d'autres termes, un léger degré de cystocèle. La poche que la vessie déplacée forme alors entre les deux lèvres, empêche le réservoir urinaire de se vider complétement à chaque contraction, et la manière dont cette évacuation partielle suscite les phénomènes morbides mentionnés est justement assimilée par M. Bird aux effets analogues de l'engorgement de la prostate chez l'homme.

Le remède le plus expéditif et le plus simple consiste à vider entièrement la vessie par l'usage quotidien du cathéter; on voit alors l'urine reprendre bientôt son apparence normale, et le mucus y diminuer rapidement de quantité.

Il est un autre moyen de hâter et de consolider la guérison, et celui-ci est

(1) Nous avons déjà (GAZ. MÉD., 1841, p. 654) apprécié à sa juste valeur cette prétention que nous nous étonnons de voir l'illustre chirurgien d'Édimbourg élever itérativement ici.

connu, même des plus ignorantes matrones, ainsi que nous l'apprend le récit suivant de l'auteur.

Obs. — Une femme, attachée de confiance à une dame de haut rang, avait été traitée par les médecins les plus distingués pour un calcul vésical, dont elle offrait effectivement tous les symptômes; mais aucune médication ne l'avait soulagée. Elle se décida enfin à aller consulter une espèce de sorcière qui demeurait dans un village voisin. Cette sibylle lui dit qu'elle avait une chute de matrice, et qu'elle serait bientôt guérie. A la visite suivante, elle lui introduisit dans le vagin quelque chose qui n'entra pas sans causer beaucoup de douleur. Mais à sa grande satisfaction, l'irritabilité de la vessie fut diminuée et l'urine perdit ses propriétés âcres. Après être restée ainsi quelques mois, elle vint se faire examiner par M. G. Bird. Il reconnut qu'on lui avait placé un de ces larges et lisses cailloux de silice qu'on trouve dans le lit des ruisseaux. Il le remplaça par un pessaire qui procura encore plus de soulagement.

Outre ces moyens, l'auteur conseille encore l'emploi d'une injection faite dans le vagin trois fois par jour avec une infusion de noix de galle, l'usage d'une ceinture abdominale avec une pelote périnéale, enfin l'administration à l'intérieur du fer et du quinquina, conjointement avec l'acide phosphorique dilué.

RAPPORT SUR LE TRAITEMENT DES FIÈVRES DE LONDRES PAR DES DOSES ÉLEVÉES DE SULFATE DE QUININE; par M. Whyte Barclay, M. D. registrar médical à l'hôpital Saint-George.

Ce travail présente le résumé de tous les cas de fièvres admis à l'hôpital Saint-George depuis le 15 mai jusqu'au 15 novembre 1852, et permet d'étudier les résultats comparatifs du traitement par des doses élevées de quinine et par la méthode expectante. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas précisé davantage dans sa statistique la nature et la gravité des maladies auxquelles on a eu affaire; il indique vaguement la diarrhée, l'état de la langue, celui des forces, les taches rosées ou pétéchiales, mais presque tous les autres symptômes sont omis, et n'ont point été recueillis. Il est dit seulement que les fièvres régnantes se rapprochaient plutôt du type typhoïde que du vrai typhus. Dans une aussi grande variété de cas, il a été impossible de s'assurer si les effets curatifs de la quinine étaient plus marqués dans telle ou telle forme morbide, dans tel ou tel degré de maladie. On a pu reconnaître d'une manière générale que la quinine n'exerçait sur le cours de ces affections aucune influence avantageuse. La dose du médicament variait en vingt-quatre heures d'un à plusieurs grammes. De semblables expériences faites pendant une épidémie de typhus fever jugeraient la question pour cette dernière affection, comme elle l'a été dans les hôpitaux de Paris pour la fièvre typhoïde et dans un sens probablement aussi négatif, malgré les assertions de quelques partisans du cinchonisme.

CAS REMARQUABLE DE PERTE DE TOUTES LES DENTS DE LA MACHOIRE SUPÉRIEURE; par M. Inman.

L'auteur avoue ne pouvoir assigner de cause même probable à la série d'accidents extraordinaires qu'il a vus se dérouler chez son malade. Ne pouvant que l'imiter en ceci, nous nous bornerons, comme lui, à la relation sommaire de ce cas vraiment singulier.

Obs. — M. S.., âgé de 40 ans, consulta en novembre 1851 M. Inman. Il y a un an il avait déjà perdu une dent. Il y a une semaine, il fut subitement atteint d'une faiblesse telle qu'il ne regagna son domicile qu'avec beaucoup de peine. Il prit un bain chaud et se mit au lit. La faiblesse continua jusqu'au jour suivant, s'accompagnant d'une douleur excessive sur une partie circonscrite du dos du pied. La débilité commença alors à diminuer. La douleur envahit le lendemain le tibia, le surlendemain le fémur. Elle y persista environ un jour, puis finit par disparaître. Il resta alors avec une très-légère, presque imperceptible douleur de la face, s'accompagnant d'un peu d'enflure. A part cela, il se portait très-bien. Le jour suivant, une molaire de la mâchoire supérieure tomba, et il sortit ensuite de l'alvéole un écoulement âcre. Le lendemain, la canine voisine se détacha à son tour, ayant l'aspect d'une dent complétement morte.

L'autre molaire, qu'il avait perdue il y a un an, était tombée dans des circonstances absolument semblables. Un écoulement fétide continua quelques semaines; quelques fragments osseux s'exfolièrent, et les parois de l'alvéole même parurent avoir été entamées par la résorption.

En examinant la bouche, M. Inman trouva quelques points ulcérés superficiellement autour des incisives, et dans le voisinage des alvéoles récemment vidées. Aucune portion d'os n'était dénudée. Il prescrivit des attouchements avec une solution de nitrate d'argent sur les ulcères et l'iodure de potassium à l'intérieur.

En octobre 1852, à la suite d'un refroidissement, les mêmes symptômes se manifestèrent et lui coûtèrent encore une dent. Une portion osseuse de la mâchoire se détacha, puis deux autres dents tombèrent, ouvrant la voie à un écoulement fétide par les alvéoles vidées.

L'examinant de nouveau alors, M. Inman ne le trouva point malade, mais seulement un peu pâle. Il n'y avait pas d'ulcérations dans la bouche. Il lui recommanda le même plan de traitement, mais sans en retirer aucun succès; car le dentiste l'informa que peu à peu toutes les dents de la mâchoire supérieure étaient tombées l'une après l'autre, de la même manière. Celles de la mâchoire inférieure sont restées entièrement intactes. Il faut remarquer que pendant ce temps il n'eut ni douleurs de la face ni signes d'inflammation notable des gencives ni des alvéoles.

Cet homme était d'une complexion assez délicate, mais capable néanmoins de supporter aisément la fatigue. Il avait eu la syphilis vingt ans auparavant, mais en avait été traité sans mercure, et n'en avait pas pris depuis lors pour d'autres maladies. Il n'avait jamais salivé. Une dyspnée accidentelle, plus tard la jaunisse avec une dyspepsie légère, telles étaient les seules maladies qu'il pût se rappeler. Il ne se souvenait non plus d'avoir subi sur cette partie aucune violence traumatique.

REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE PAR L'ACIDE SULFURIQUE; par M. S.-W. North.

Pendant les deux ou trois dernières années, l'auteur de cette note a eu occasion de traiter un grand nombre de diarrhées et d'essayer comparativement les effets de différents médicaments. Quand il règne un grand nombre de diarrhées, on peut reconnaître dans ces affections deux formes distinctes.

La première, diarrhée simple, caractérisée par des évacuations féculentes, copieuses et fréquentes, avec nausées légères, coliques et ténesme; elle tient le plus souvent à l'influence du régime, et cesse spontanément au bout d'un ou de deux jours, ne laissant après elle qu'un peu de faiblesse. Rarement elle exige d'autre traitement que les purgatifs huileux légers, et quelquefois l'administration de la *mixture calcaire associée à l'opium*.

L'autre forme de diarrhée présente des symptômes plus graves et a de la tendance à dégénérer en fièvre continue; les évacuations sont très-liquides, ressemblent à une eau sale et contiennent à peine quelques matières solides; le malade a des nausées et des vomissements abondants, des douleurs spasmodiques siégent à *l'estomac et dans les intestins*, il y a des crampes souvent violentes aux extrémités, le pouls est petit et fréquent, la langue humide ou légèrement brunâtre, la peau froide et visqueuse, il y a de l'anxiété dans le regard; ces symptômes, suivis de fièvre, présentent une durée variable de quatre ou cinq jours à deux semaines; ils se rapprochent évidemment du choléra asiatique.

C'est dans les diarrhées qui revêtent ce caractère que le docteur North a retiré de bons effets de l'administration de l'acide sulfurique dilué, à la dose d'un *demi-drachme*, associé à un *drachme* de *teinture composée de cardamons* dans une once d'eau, et à des intervalles de une à trois heures, suivant la gravité des cas. L'effet immédiat était la cessation des vomissements et de la diarrhée. Six ou huit doses suffisaient généralement pour arrêter les vomissements et les selles, et la convalescence s'établissait en deux ou trois jours. Dans les cas semblables traités par les stimulants et les astringents ordinaires, les nausées et la diarrhée continuaient pendant plusieurs jours, la langue se chargeait d'un enduit brunâtre, il survenait de la céphalalgie, de la soif et d'autres symptômes fébriles.

L'acide sulfurique est agréable aux malades; il fait cesser promptement les vomissements, les crampes, la diarrhée; à cause de son prix peu élevé, il est d'une application facile dans la médecine des classes pauvres; aussi nous pensons que, dans certains cas de diarrhée cholériforme, ce médicament est appelé à rendre de véritables services.

OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE A TERME POUR UNE TUMEUR FIBREUSE VOLUMINEUSE DU BASSIN; par M. Waller.

Obs. — Une femme âgée de 41 ans, mariée depuis quinze mois, avait déjà eu deux fausses couches, mais était cette fois arrivée à terme lorsque les douleurs expultrices commencèrent à se déclarer le 5 février; mais elles ne se reproduisaient qu'à longs intervalles. M. Evans examina les parties, et trouva le bassin si complétement fermé par une difformité que deux doigts pouvaient à peine s'y engager, de sorte qu'il ne put sentir ni le col utérin ni aucune présentation distincte. Les choses restèrent à peu près dans le même état jusqu'au 7 février où M. Waller vit la malade pour la première fois. Les douleurs étaient un peu plus fortes; mais elle était tranquille, le pouls presque naturel. L'inspection directe lui apprit que l'utérus était presque entièrement chassé hors du bassin, formant une proéminence ovalaire au milieu de l'abdomen. Dans le vagin, on sentait une tumeur ayant la dureté osseuse qui paraissait adhérer à la face antérieure du sacrum dont aucune pression ne put parvenir à la séparer. Elle remplissait la cavité du bassin; l'espace qu'elle laissait entre elle et la symphyse pubienne n'était que d'un pouce et 3 huitièmes.

L'enfant, même mutilé, ne pouvant être extrait à travers un passage aussi étroit, on se décida à pratiquer l'opération césarienne qui fut faite dans la chambre même de la malade, après qu'on en eut élevé la température au degré convenable. On essaya de la placer sous l'influence du chloroforme; mais la toux que ces inhalations provoquaient força d'y renoncer.

M. Waller fit le long de la ligne blanche une incision de 7 pouces et demi de longueur, aux téguments d'abord, puis, et avec les précautions ordinaires, à toute l'épaisseur de la paroi abdominale. On ouvrit ensuite l'utérus qui était

revêtu du péritoine comme des viscères herniés le sont de leur sac. Le placenta ne correspondant pas au lieu de l'incision, ce fut l'enfant (une petite fille) que l'on rencontra et qui fut immédiatement extrait. Il était vivant.

Jusque-là tout s'était bien passé; mais la patiente fut saisie à ce moment d'un irrésistible accès de toux dont les efforts firent sortir les intestins en masse, accident qui se reproduisit trois fois et obligea d'employer ensuite la suture pour en prévenir le retour.

Peu de sang avait été perdu durant l'opération, que la malade supporta très-bien. Elle éprouva un violent frisson en se remettant dans son lit. Le pouls se releva bientôt, s'éleva à 120; elle fut très-fatiguée par des quintes de toux, résultat d'une affection qui, d'ailleurs, préexistait à l'opération. Elle alla en s'affaiblissant rapidement sans aucun signe d'inflammation aiguë et succomba trente-six heures après l'opération.

Autopsie. — Un peu de matière adhésive était déjà épanchée entre les lèvres de la plaie. Il n'y avait ni effusion de liquide dans le péritoine, ni aucune autre trace d'inflammation de cette membrane. Une volumineuse tumeur fibreuse, de la grosseur de la tête d'un petit fœtus, occupait la paroi postérieure de la matrice, du côté gauche, derrière le col, et était descendue entre le vagin et l'utérus. Sa fermeté extrême avait donné durant la vie l'idée qu'elle était de nature osseuse. Autour d'elle existaient plusieurs noyaux représentant des tumeurs semblables à la première période de leur développement. Les ovaires étaient parfaitement sains.

Une portion de cette tumeur fut examinée au microscope par MM. Bristowe et Rainey, qui lui reconnurent tous les deux une structure manifestement fibreuse, correspondant à celle de l'utérus lui-même.

L'enfant, allaité par une nourrice, se porte très bien.

L'auteur exprime la pensée que, en l'absence de l'affection bronchique, cette femme aurait eu des chances de se rétablir, quoique le développement d'une pareille lésion de l'utérus ne lui permît guère d'espérer que sa vie se prolongerait beaucoup. Quoi qu'il en soit, le parti qui a été adopté ne doit laisser aucun regret malgré cette fatale terminaison; car c'était le seul qui pût être pris dans l'intérêt même de la femme, qui aurait eu ici plus à perdre qu'à gagner à la stricte application du principe anglais de sacrifier autant que possible l'enfant à sa mère.

NOTE SUR LE CHOLÉRA DE L'INDE; par M. ALEXANDRE THOM.

Nous relèverons dans ce travail le fait suivant comme un exemple remarquable de l'influence des causes occasionnelles sur le développement du choléra, en faisant observer toutefois que des cas semblables ont été maintes fois relatés, surtout par les médecins qui ont exercé dans l'Inde et qui ont vu le choléra sévir sur des troupes en marche.

En janvier 1847, six mois environ après l'irruption si grave du choléra à Kurrachee, le 86e régiment de retour du Scinde arrivait à Bombay sur des steamers. Pendant le débarquement, une compagnie reçut une averse qui mouilla complétement les effets des hommes, qui restèrent jusqu'à la nuit sans changer de vêtements. Cette nuit même et le jour suivant, 6 cas de choléra entrèrent à l'hôpital; il y en eut ensuite un certain nombre d'autres, ils appartenaient tous au détachement qui avait reçu la pluie. Les autres troupes qui étaient venues de Kurrachee sur le même steamer, qui avaient couché dans la même salle, ne présentèrent pas un seul cas de choléra. Tous les cas se déclarèrent vingt-quatre heures après l'action de la cause occasionnelle. Pendant trois semaines que le régiment resta caserné à Bombay, il n'y eut plus de cas de choléra; mais en se mettant en route pour Poonah, les mêmes hommes après le premier jour de marche présentèrent 7 cas de choléra.

Il y avait là, dit l'auteur, une diathèse cholérique dont les effets se manifestaient sous l'influence de causes différentes: le froid humide, les fatigues de la route. Il est bon de rappeler que ce régiment, six mois avant, avait eu de 400 à 500 cas de choléra et qu'il avait perdu 250 hommes.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

DES RÈGLES A OBSERVER DANS L'EMPLOI DU CHLOROFORME.

M. Baudens lit sous ce titre un mémoire, dont nous reproduisons les conclusions:

Conclusions. — On écrit beaucoup sur l'historique, la physiologie et la pathologie du chloroforme, fort peu sur les moyens d'éviter les risques de l'anesthésie.

Cependant son nécrologue est gros de plus de cinquante faits, la morale publique s'alarme, la responsabilité professionnelle est à découvert, les tribunaux interviennent.

Les cas de mort tournent peu au profit de la science, parce que chacun agit à peu près à sa guise, sans guides certains, sans se rallier à quelques principes généraux. Ce qui manque, c'est la synthèse, ou, si l'on veut, une bonne réglementation du chloroforme.

La base d'une bonne réglementation existe, elle a été posée, d'une main sûre, par M. Flourens, dont les belles découvertes ont fait connaître la marche successive et progressive du chloroforme, allant des lobes cérébraux au cervelet, à la moitié postérieure et aux racines sensitives de la moelle épinière, puis à la moitié antérieure et aux racines motrices de cette même moelle, et finalement à la moelle allongée et au nœud vital.

Ainsi, l'animal soumis au chloroforme perd d'abord l'intelligence et l'équilibre de ses mouvements; il perd ensuite le sentiment, puis le mouvement. A ce moment suprême, chassée de proche en proche, la vie se concentre dans la moelle allongée. Seule celle-ci survit dans son action, et l'animal périrait bientôt, car, ajoute M. Flourens, le chloroforme qui ôte la douleur ôte aussi la vie.

La plupart des chirurgiens admettent comme vraies ces précieuses découvertes; mais ils pensent aussi qu'il se présente des cas exceptionnels. Ainsi, M. J. Guérin le premier, et M. Robert depuis, ont cité des faits de mort par sidération, alors même, disent-ils, que l'action du chloroforme n'avait pas dépassé l'abolition du sentiment.

Les sept faits invoqués par M. Robert en faveur de la sidération, j'en ai fait voir toute l'inanité. La sidération n'est rien moins que démontrée. La mort a eu lieu parce que l'inhalation a été portée à ses limites extrêmes; et nous sommes fondés plus que jamais à dire que dans l'anesthésie il ne faut jamais dépasser avec intention la limite de la perte de la sensibilité cutanée.

Voici comment nous avons formulé les principes d'une réglementation dont, pour la deuxième fois, nous prenons l'initiative.

Les soins que demande la chloroformisation sont de trois ordres: *avant, pendant* et *après*.

Avant. Contre-indications. Explorer à fond la constitution du malade; ausculter le cœur et les poumons, pour s'assurer qu'il n'existe pas de lésions organiques qui seraient une contre-indication. L'asthme, les anévrismes, la phthisie pulmonaire même peu avancée, la chlorose, l'anémie, la pyoémie, la chorée, la prédisposition aux congestions cérébrales, etc., etc., seraient dans ce cas. Le moral devra être calme: pour cela, parler du chloroforme comme d'un bienfait, quand il est sagement administré.

Le malade ainsi rassuré doit désirer en outre vivement l'anesthésie et avoir une entière confiance dans son médecin. S'il manifeste une vive appréhension, à plus forte raison s'il éprouve de sinistres pressentiments, refuser obstinément la chloroformisation.

De tout temps des malades sont morts d'épuisement nerveux, sidérés en quelque sorte, soit par la frayeur, soit par la douleur, avant, pendant, ou peu d'instants après l'opération. Il ne faut pas oublier que tous les cas de mort provenant de cette source passent inaperçus aujourd'hui et vont grossir le nécrologue du chloroforme.

On ne doit recourir à l'anesthésie tant que des doutes subsisteront sur ses risques, alors même qu'elle est donnée sagement, que pour des opérations d'une certaine importance; le malade devra être à jeun.

On tiendra grandement compte des effets de la commotion consécutive aux grandes lésions traumatiques, de l'épuisement après des pertes de sang et des suppurations considérables, en un mot, de toutes les causes débilitantes, qui ôtent à l'organisme de sa puissance de résistance aux agents anesthésiants, comme le conseille M. J. Guérin.

Le local sera grand, facile à ventiler par le renouvellement de l'air. On aura à sa disposition tous les agents nécessaires pour porter secours en cas de danger.

Pendant. L'administration du chloroforme devrait être une spécialité incombant dans les hôpitaux à un aide intelligent et exercé, et en ville, dans la pratique civile, à des médecins spéciaux, comme on voit des ventouseurs.

L'opérateur agirait sans préoccupation aucune, et les mêmes personnes donnant toujours le chloroforme, il serait alors possible de les astreindre à des règles uniformes.

Voici celles que nous proposons:

1° Pour se rendre un compte exact de la quantité de chloroforme employé, mettre ce liquide dans de petits flacons allongés et gradués gramme par gramme, comme l'a fait M. J. Guérin.

2° Compter, à l'aide d'une montre à secondes, le temps employé à l'inhalation, le nombre des pulsations du pouls et des inspirations pulmonaires; observer la force et la fréquence des battements du cœur. S'ils tombent au-dessous de 60 pulsations, cesser l'inhalation.

3° Le malade étant couché, la tête soulevée par un oreiller, lui donner le chloroforme versé sur un mouchoir gramme par gramme, en commençant par un gramme progressivement et à doses de plus en plus concentrées, comme le conseille M. Sédillot.

4° Tenir d'abord le mouchoir à distance de la bouche et des narines; rassurer le malade par de douces paroles; rapprocher le mouchoir de la bouche, dont une partie restera toujours découverte pour éviter sûrement une asphyxie par insuffisance d'air.

5° Dès le début, pincer doucement la main du malade et lui dire sans interruption: qu'est ce que je vous fais?

6° Du moment où le malade, jusque-là calme, répond avec une humeur croissante: vous me pincez, vous me pincez! se tenir sur ses gardes, car il touche au moment de la perte des perceptions et du sentiment.

7° Dès qu'il ne répond plus le sentiment est aboli; il faut se hâter d'ôter le

mouchoir et de faire l'opération, car il ne faut jamais arriver avec intention jusqu'à la résolution musculaire.

8° Une agitation légère, de la loquacité, des paroles incohérentes, des hallucinations, accompagnent souvent le premier degré de l'anesthésie et indiquent que le mouchoir doit être enlevé, loin d'être maintenu, comme on le fait.

9° Le moment est venu de redoubler d'attention du côté du pouls, du cœur et des actes respiratoires. S'il y a ralentissement manifeste, si les effets de l'inhalation se continuent, s'ils augmentent même, si l'on est arrivé involontairement au deuxième degré, à la résolution générale, on mettra en œuvre immédiatement quelques-uns des moyens qui seront indiqués pour rétrograder au plus vite jusqu'au premier degré de l'anesthésie.

10° S'il survient des spasmes du larynx, une toux répétée, de l'écume à la bouche, une dépression notable du pouls, de la gêne respiratoire marquée, quelque indice d'imminence syncopale ou de congestion cérébrale, on suspendra à l'instant l'inhalation.

11° Dès que le malade perd ou va perdre la conscience de ses actes, il survient parfois un peu d'agitation. Si elle est légère, si rien n'indique un danger, il faut résister; quelques secondes suffiront; mais si l'agitation est extrême, si la face est congestionnée, avec écume à la bouche, à plus forte raison si le malade dit : j'étouffe ! il faut ôter de suite le mouchoir, respecter cet avertissement de l'organisme et ne pas lutter.

12° Quand l'opération doit durer longtemps, les inhalations seront données avec intermittences, suspendues et reprises dès que le malade, par un léger gémissement, annonce le retour de ses perceptions. Ainsi je suis parvenu à abolir la douleur pendant plus d'une heure sans interruption. Cette pratique est également celle d'un éminent professeur, M. Velpeau.

Après. Quand tout s'est passé naturellement, il n'y a rien à faire; le malade revient promptement à lui. Mais lorsque la saturation du système nerveux par le chloroforme a été portée à ses limites extrêmes, quand il y a imminence de mort, il faut, sans perdre un seul instant, user de toutes les ressources de l'art :

Chasser l'atmosphère chloroformique par la brusque irruption de l'air d'une fenêtre ouverte; placer le malade horizontalement sur le dos pour rétablir plus facilement la circulation. M. Nélaton conseille même de mettre la tête en bas, et M. le professeur Piorry fait soulever les quatre membres pour faire refluer le sang vers le cœur. Enlever l'écume de la bouche, qui pourrait obstruer l'entrée de l'air; introduire le doigt au fond de la gorge pour la stimuler, à l'exemple de M. Chassaignac; provoquer une respiration artificielle par la compression alternative des parois thoraciques et abdominales; jeter à la face des verres pleins d'eau froide, sous forme de douches brusques; insuffler de l'air à l'aide d'une pompe à asphyxie, et, à défaut, de bouche à bouche, à l'imitation de M. Ricord; ingurgiter une cuillerée d'eau additionnée de quelques gouttes d'ammoniac; diriger sur la surface rectale, d'après l'avis de M. Jobert, des antispasmodiques, pour favoriser le rappel des mouvements du cœur, réduit à l'état d'oscillations ou de résolution complète; ne pas négliger les cautérisations sur la bouche, le pharynx avec l'ammoniaque, comme l'a conseillé M. J. Guérin; recourir à l'électricité.

Nous avons rappelé sommairement les moyens conseillés. L'expérience, qui heureusement nous manque, fera connaître ceux d'entre eux qui ont le plus d'efficacité.

DE L'ÉLECTRICITÉ COMME AGENT THÉRAPEUTIQUE.

M. ALPH. AMUSSAT présente le résumé des résultats qu'il a obtenus de l'électricité employée comme agent thérapeutique.

En employant, dit l'auteur, un fil de platine chauffé au blanc lumineux, au moyen d'une batterie électrique composée de piles de Bunsen, j'ai pu : 1° cautériser l'intérieur d'une grenouillette du volume d'une grosse amande, et en obtenir la guérison; 2° cautériser l'intérieur d'une vaste cavité anfractueuse, occupant toute la face postérieure de la glande mammaire droite chez une femme de 24 ans, et en obtenir la cicatrisation; 3° cautériser extérieurement et intérieurement le col de l'utérus dans les engorgements avec ulcération de cette partie de l'organe; 4° faire l'ablation de deux tumeurs cancéreuses, l'une siégeant dans la paume de la main, ayant 10 centim. en longueur et 8 centim. en largeur; l'autre, plus volumineuse encore, placée dans la région mammaire.

Pour faire l'ablation de ces tumeurs, j'ai employé le procédé suivant : Je traverse la base de la tumeur avec une aiguille portant une anse de fil de platine; lorsqu'elle est parvenue au côté opposé, je la retire en coupant l'anse. J'ai alors deux fils distincts, dont les extrémités sont mises en rapport avec les pôles de deux batteries électriques, composées de grandes piles de Bunsen. En tirant doucement les fils en sens opposés, on fait l'ablation de la tumeur; il reste ensuite une surface cautérisée sur laquelle on applique d'abord des réfrigérents, et que l'on panse ensuite avec des compresses trempées dans de l'eau simple jusqu'à cicatrisation complète.

Le nombre des éléments doit être tel, que la température du fil de platine soit assez élevée pour se casser facilement, quand on sectionne la base de la tumeur, afin d'obtenir une cautérisation suffisante.

M. Amussat annonçant l'intention de soumettre prochainement au jugement de l'Académie un travail plus étendu sur le même sujet, on attendra l'arrivée de son mémoire pour nommer une commission.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BACQUART

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Maugenest (de Saint-Amand), médecin des épidémies, sur une épidémie de fièvre gastrique simple, qui a régné en 1853 dans la commune de Sidiailles (Cher);

2° Un rapport de M. le docteur Guizard (de Lons-le-Saulnier) sur une épidémie de fièvre varioliqne qui a régné dans la commune de Veseles (Jura) pendant les mois d'avril et mai 1853;

3° Une caisse d'eau minérale, puisée à Aulus (Ariége), avec demande d'avis sur l'opportunité d'exploiter cette source.

M. le ministre de l'instruction publique transmet un rapport de M. le docteur Vial (de Saint-Étienne) sur une épidémie de variole qui a régné dans plusieurs localités de l'arrondissement de Saint-Étienne (Loire), depuis le mois de septembre 1852 jusqu'aux derniers jours de mars 1853.

— M. DRUHEN (de Besançon) adresse une histoire des épidémies de dothinentérie observées dans le département du Doubs jusqu'en 1850.

(Toutes ces communications sont renvoyées à la commission des épidémies.)

— M. MASLIEURAT-LAGÉMARD adresse l'observation de la nommée Bouquier de Lauriére (Haute-Vienne), qui a subi une opération césarienne, en réponse aux réflexions de MM. Lacaux, Pontis et Bouyer. (Commission nommée; M. Depaul, rapporteur.)

M. HEYFELDER (d'Erlangen) adresse un mémoire sur l'ablation totale de la mâchoire inférieure. (Commissaires : MM. Huguier et Larrey.)

— M. PONS, de Bez (Gard), adresse un travail sur la certitude que l'anatomie est venue donner à la médecine. (Commissaires : MM. Grisolle et Requin.)

M. JOULIN adresse la description et les dessins d'un nouvel appareil pour l'application du spéculum. (Commissaires : MM. Jobert et Cazeaux.)

— M. GIGON (d'Angoulême) adresse des observations sur la variole et la vaccine.

COW-POX.

M. DECÈS (de Reims) adresse une note relative au cow-pox. L'auteur s'exprime en ces termes : « J'ai cru reconnaître, il y a peu de temps, tous les caractères du véritable cow-pox dans une éruption siégeant aux mains et datant de neuf jours. Hortense Kenoop, âgée de 18 ans, qui me l'offrait, était fille de basse-cour; elle me dit que ses boutons s'étaient développés sur des points piqués par une épingle. J'ouvris ces vésicules, qui me fournirent une petite quantité de virus, et l'inoculai aussitôt, le 30 avril dernier, sur les bras d'un enfant de la Maternité, âgé de 5 mois. De belles pustules s'élevèrent pendant les jours suivants et me fournirent assez de vaccin pour huit enfants et pour emplir plusieurs tubes, que je mis de côté. Chacune des vaccinations que j'ai pratiquées depuis cette époque m'ont fourni des éruptions de plus en plus belles. J'en ai abandonné plusieurs à leur marche naturelle, et j'ai pu remarquer que les croûtes vaccinales qui leur succèdent ne se dessèchent que du dix-huitième au vingtième jour, et ne sont tombées que du vingt et unième au vingt-cinquième. »

M. Decès offre à l'Académie deux tubes de ce nouveau vaccin.

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Sebert, notaire à Paris, qui communique un extrait du testament de M. Orfila, par lequel il lègue à l'Académie son portrait en costume de professeur, en souvenir du bon accueil qu'il en a reçu.

— M. RICORD demande la parole à l'occasion du procès-verbal et au sujet du rapport lu dans la dernière séance par M. Gibert.

L'Académie, dit M. Ricord, a voté dans sa dernière séance les conclusions du rapport de M. Gibert sans discussion, sauf un point relatif à la transmission héréditaire de la syphilis. Je n'ai rien à redire à cela. Je tenais cependant à constater que je n'étais pas présent à la lecture du rapport. Si j'avais été présent, tout en rendant justice à l'auteur du mémoire et au savant rapporteur, j'aurais protesté contre les propositions foncières du mémoire de M. Yvaren et un peu aussi contre quelques-unes des propositions de M. Gibert. Je demanderais à ce sujet qu'à l'avenir il fût pris des mesures pour que l'ordre du jour nous fût communiqué huit jours à l'avance, afin que ceux d'entre nous qu'intéresseraient plus particulièrement tels rapports qui devront être lus puissent s'y trouver.

ALBUMINE IODÉE.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Lecanu sur l'albumine iodée.

Sur la demande de quelques membres, M. LECANU donne de nouveau lecture de son rapport, dont nous avons fait connaître l'objet et reprodnit les conclusions dans le numéro dernier. On se rappelle qu'il s'agit d'une préparation iodée nouvelle imaginée par M. Renault. Ce pharmacien ayant fait cette observation qu'en agitant l'huile de foie de morue avec une dissolution aqueuse de tannin, on lui enlève une matière azotée dans laquelle l'iode existe en combinaison tellement intime que, pour en rendre la présence manifeste, il faut avoir recours à la calcination après mélange avec potasse, a été conduit par cette observation, d'un côté, à se demander si l'huile de foie de morue ne devrait pas tout ou partie de ses propriétés thérapeutiques qui la distinguent à la présence du composé dont il vient d'être parlé; d'un autre côté et secondairement, à

tenter de produire entre l'iode et certaines matières animales des combinaisons pourvues de propriétés physiologiques plus ou moins analogues à celles qui sembleraient appartenir à ce même composé. De là M. Renault a été conduit à imaginer une préparation nouvelle, composée d'iode ou d'albumine, qui, d'après les commissaires, aurait subi avec avantage l'épreuve de l'expérience clinique.

M. le rapporteur proposait pour conclusion : 1° d'ordonner l'insertion dans le recueil des travaux de l'Académie du procédé de préparation de l'albumine iodée, tel qu'il est décrit au rapport ;

2° De réclamer de M. le ministre, en faveur de ce nouveau médicament, les bénéfices du décret du 3 mai 1850.

La parole est à M. Gibert.

M. Gibert : Malgré la haute estime que je professe pour la personne et les travaux de notre collègue, je ne puis m'empêcher de croire qu'il s'est laissé influencer dans son rapport par des préoccupations que ne saurait admettre la compagnie. Ce travail est tellement élogieux, il se hâte si fort de proclamer les vertus et de solliciter l'approbation académique d'un produit nouveau de cette industrie qui, sous couleur de progrès, déborde de toute part, surtout dans les sciences qui, comme la pharmacie, ont nécessairement un côté mercantile, que je ne puis trop engager l'Académie à bien mûrir la décision qu'elle est invitée à porter sur l'*albumine iodée*. Voilà depuis bien peu de temps le troisième succédané qui nous est offert pour remplacer l'huile de foie de morue. Après l'huile iodée, l'huile iodo-phosphorée; après celle-ci, l'albumine iodée... Les lauriers de Miltiade empêchaient Thémistocle de dormir !

Mais d'abord, ne faudrait-il pas commencer par établir d'une manière plus rigoureuse ce fait capital qui sert de base à tous ces prétendus perfectionnements, fait que M. le rapporteur, préoccupé surtout du point de vue chimique, s'est un peu hâté, selon moi, de proclamer, savoir que c'est à l'iode qu'elle contient qu'il paraît rationnel d'attribuer les vertus thérapeutiques de l'huile de foie de morue ?

Il n'y a pas si longtemps que la présence de l'iode dans l'huile de foie de morue était contestée ou du moins regardée comme douteuse, et aujourd'hui encore je ne sais trop si les chimistes sont bien d'accord sur la certitude rigoureuse des procédés à l'aide desquels certains expérimentateurs croient être arrivés à évaluer d'une manière précise la quantité d'iode qu'ils disent y avoir reconnue. Or ce point est fort important; car depuis que l'iode est en vogue, on le retrouve partout, dans l'eau que nous buvons, dans l'air que nous respirons... Assurément il est difficile d'admettre qu'il y soit contenu à dose médicamenteuse. Mais je vais plus loin : qui ne sait que, dans les composés, un principe peut subir telle modification qu'il perde toutes les propriétés qu'il avait à l'état simple? L'huile iodée, par exemple, n'offre-t-elle pas un composé dans lequel l'iode a subi de profondes modifications? En effet, sans parler de la difficulté que l'on a à retrouver ce principe dans le composé qu'il forme avec l'huile, l'iode pur donné plusieurs jours de suite, à la dose de 5 centigrammes seulement, provoque chez la plupart de nos malades des accidents d'irritation gastro-intestinale, tandis que, dans sa combinaison avec l'huile, il peut être administré à une dose quadruple sans qu'aucun indice de son action se produise, et cela, autant de temps qu'on voudra. Pour ma part, je regarde comme très-probable que, dans plus d'un cas, l'huile de foie de morue, et sans doute aussi l'huile iodée, n'ont pas agi autrement que ne l'aurait fait l'huile ordinaire.

Rappelons-nous le fait signalé dans un mémoire académique de Delpech sur le traitement de la gale, il y a une vingtaine d'années. L'huile de dentelaire passait pour spécifique de cette affection à Montpellier, depuis le prix décerné par la Société royale de médecine à l'auteur d'un mémoire sur l'emploi de la dentelaire contre les maladies de la peau. Eh bien! Delpech ayant appris que les pharmaciens de Montpellier, manquant de dentelaire, fournissaient, au lieu d'huile de dentelaire, de l'huile ordinaire, constata en effet que l'huile ordinaire suffisait à guérir la gale.

Il est évident, d'ailleurs, que l'huile de foie de morue a un arome, une saveur, un principe animalisé qui décèlent une action autre que celle de l'iode; enfin l'expérience clinique prouve qu'elle peut être utile dans des cas où l'iode serait nuisible, et d'autre part, que les préparations iodurées agissent là où l'huile de foie de morue serait impuissante. Affirmer, comme l'a fait l'honorable rapporteur, que l'huile de foie de morue agit par l'iode qu'elle contient, et partir de ce fait pour proposer comme succédanés de ce médicament une série de composés artificiels iodurés, c'est aller beaucoup au delà de ce que nous savons: c'est s'engager dans une voie où l'industrialisme ne tend que trop à nous pousser, sans profit réel pour la science.

Quant à l'*albumine iodée* en particulier, c'est un médicament encore bien nouveau, bien peu expérimenté, et véritablement l'approbation qu'on sollicite de nous me paraît prématurée. Et d'abord, ne nous laissons pas abuser par les mots : l'*albumine iodée* est-elle bien encore de l'albumine, et surtout de l'albumine alimentaire? Rappelons-nous ce qui est arrivé pour la gélatine, si longtemps considérée comme un précieux aliment pour l'homme, au dire des chimistes, et aujourd'hui regardée comme une drogue plus nuisible qu'utile, et qu'on ne saurait donner impunément même à des chiens. Rappelons-nous l'opinion, bien peu ancienne encore, des chimistes sur les combinaisons du sublimé avec l'albumine, regardées comme à peu près inertes et réduisant le sublimé à l'état de calomel insoluble, tandis qu'aujourd'hui *nous avons changé tout cela*. Ne sait-on pas que les substances alimentaires peuvent subir, même sans que la chimie puisse en découvrir la cause, des altérations tellement capitales que l'aliment soit transformé en véritable poison?

Je ne sais pas ce qui advient de l'albumine desséchée, traitée par la teinture d'iode et convertie en tablettes... Chimiquement, c'est peut-être bien encore de l'albumine, mais hygiéniquement, j'en doute fort, et il ne faut pas perdre de vue que c'est dans l'espoir d'une assimilation plus facile qu'on donne ainsi l'iode sous la forme d'albumine iodée. Je ne fais d'ailleurs que répéter ici pour l'albumine ce qu'un médecin distingué de l'hôpital de la Charité disait, il y a plus de trente ans, à la commission chargée de la dégustation du *bouillon de gélatine* : « Chimiquement, ce peut bien être encore du bouillon ; mais hygiéniquement et culinairement, ce n'est pas du vrai bouillon. » Et notez que la chimie elle-même a fini par lui donner raison. J'avoue que je me défie beaucoup, en hygiène et en thérapeutique, des progrès chimiques qui tendent à remplacer ou à perfectionner les produits naturels; je crois qu'un corps savant surtout ne doit les proclamer qu'avec beaucoup de prudence et de réserve, et lorsque le temps et l'observation ont suffisamment parlé en leur faveur.

Enfin j'arrive à une objection plus sérieuse, et qui suffit, selon moi, pour empêcher l'adoption des conclusions du rapport. Il est d'usage que des expériences directes et suffisamment répétées soient faites par les membres de la commission et résumées dans le rapport, avant que l'Académie prononce définitivement sur la valeur du remède nouveau soumis à sa sanction. C'est la marche qui a été suivie dans le rapport de M. Guibourg sur l'huile iodée. C'est faute de l'avoir suivie qu'un rapport antérieur de M. Bricheteau sur l'extrait de jusée n'a pas reçu la sanction académique. Eh bien! évidemment, le rapport actuel est tout à fait défectueux sous ce point de vue.

La commission, réduite à deux membres par le décès de notre regretté collègue M. Reveillé-Parise, et presqu'à un seul, par la longue maladie de M. Hervez de Chégoin, n'a pu se livrer aux expériences cliniques indispensables en pareil cas. Aussi M. le rapporteur, juge très-compétent assurément au point de vue chimique et pharmaceutique, mais beaucoup moins au point de vue thérapeutique, ce dont il conviendra lui-même, je n'en doute pas, avec la parfaite loyauté qui le caractérise, a cru devoir suppléer aux faits précis qui lui manquaient par des renseignements, des certificats, des attestations puisées en dehors de l'Académie et dont celle-ci ne peut assumer la responsabilité. Les quelques mots empruntés à M. Hervez de Chégoin, seul membre de la commission dont l'autorité peut être invoquée ici, sont évidemment insuffisants pour établir la valeur thérapeutique de l'*albumine iodée*, et surtout sa *supériorité* sur l'huile de foie de morue; car, n'en doutez pas, messieurs, ici comme pour l'huile iodée, comme pour l'huile iodo-phosphorée, c'est là que l'on veut en venir à l'aide du rapport qui vous est soumis pour l'albumine iodée... : c'est à déclarer ce produit pharmaceutique non-seulement équivalent, mais bien réellement supérieur à l'huile de foie de morue.

Je me résume et je dis :

Le nouveau composé qu'on nous présente comme succédané de l'huile de foie de morue manque encore complétement de la sanction du temps et de l'expérience.

Le rapport, évidemment élaboré par un seul membre, et par celui dont l'autorité incontestée comme chimiste ne peut plus être invoquée comme clinicien, manque de la condition essentielle, d'une expérimentation probante faite au moins par deux membres de la compagnie.

En conséquence, réduisant le rapport à l'appréciation chimique et pharmaceutique, et supprimant tout ce qui a trait à la thérapeutique (partie dont il serait par trop facile d'abuser), je propose cette seule conclusion, destinée à remplacer celles, selon moi, hasardeuses et prématurées du rapport :

« Adresser des remercîments et des encouragements à l'auteur du mémoire. »

C'est d'ailleurs, je dois le rappeler, la même conclusion que celle adoptée tout récemment par l'Académie, sur le rapport de M. Bouchardat, relatif à l'huile iodo-phosphorée.

M. H. Gaultier de Claubry regarde les essais qui ont été faits par la commission comme tout à fait insuffisants, tant au point de vue chimique qu'au point de vue thérapeutique. Sous le premier point de vue, il faudrait savoir d'abord, avant d'insérer la formule au Bulletin, à quel état se trouve la substance qui forme la base du médicament; quant à l'approbation donnée par M. Hervez de Chégoin, elle lui paraît ambiguë. Si, en présence de cet état de choses, on considère l'usage que l'on pourra faire de l'approbation de l'Académie, on ne devra pas hésiter à repousser les conclusions de la commission.

M. Lecanu pense que le rapport est suffisamment garanti au point de vue thérapeutique par les expériences de M. Hervez de Chégoin. Quant aux objections de M. Gaultier de Claubry au point de vue chimique, elles ne lui paraissent pas fondées; il n'est pas absolument nécessaire de connaître l'état exact de combinaison où se trouve l'iode, pourvu que l'expérience en ait fait constater les bons effets et la facile administration; or ces deux conditions sont remplies, d'après les expériences qui ont été faites.

M. Soubeiran a été consulté par un médecin pour un malade qui ne pouvait pas supporter l'iode; il lui a conseillé de le donner combiné avec l'albumine et d'incorporer cette combinaison dans des pastilles de chocolat. Il rapporte à ce sujet plusieurs faits qui tendent à démontrer les avantages de ce mode d'administration; mais il n'en conclut pas qu'il y ait lieu d'adopter les conclusions du rapport. Il existe assez de moyens de varier l'administration de l'iode pour qu'on puisse se dispenser d'adopter une nouvelle formule.

M. Lecanu comprend que, si l'Académie n'est pas suffisamment éclairée, elle renvoie le rapport à la commission; mais il ne comprend pas le rejet d'une formule qui est reconnue bonne, et qui, à son avis, est évidemment supérieure à l'huile iodée.

La discussion est close.

La conclusion proposée par M. Gibert étant appuyée, est mise aux voix et adoptée.

M. Gibert demande en outre qu'on supprime toute la partie du rapport qui a trait aux expériences thérapeutiques. (L'Académie adopte.)

SUR QUELQUES CIRCONSTANCES RELATIVES AUX PHASES DE L'ÉVOLUTION DENTAIRE.

M. HERVIEUX lit sous ce titre un travail, qu'il résume par les conclusions suivantes :

1° L'ordre dans lequel apparaissent le plus habituellement les dents de la première dentition est le suivant :
a. Incisives moyennes inférieures ;
b. Incisives moyennes supérieures ;
c. Incisives latérales supérieures ;
d. Incisives latérales inférieures ;
e. Canines ;
f. Petites molaires ;
g. Secondes molaires.

2° Les incisives moyennes inférieures percent la gencive du onzième au douzième mois, les moyennes supérieures du douzième au treizième mois, les latérales vers la fin de la seconde année, en telle sorte qu'à deux ans l'enfant est pourvu de toutes ses incisives.

3° L'éruption des canines a lieu du vingtième au vingt-quatrième mois, celle des premières molaires de vingt à vingt-six mois, et celle des secondes molaires de trente à trente-six mois.

4° L'intervalle dans lequel s'accomplit l'évolution des premières dents s'étend ainsi de la fin de la première année à la fin de la troisième.

5° Ces règles n'ont rien d'absolu ; elles souffrent de nombreuses exceptions, et dans certains cas si nombreuses qu'on a pu prendre quelquefois celles-ci pour la règle. (Commissaires : MM. Oudet, Danyau et Cazeaux.)

ASSOCIATION DE CERTAINS MÉDICAMENTS A L'ALBUMINE.

M. ROBINET lit, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. Jourdain, pharmacien aux Ternes. Ce mémoire a pour objet l'étude du parti qu'on peut tirer, pour l'administration de quelques médicaments, de leur association à l'albumine.

M. Jourdain a associé à l'albumine quelques substances, deux principalement, le fer et la quinine, qui, suivant lui, produiraient dans cet état sur l'économie des effets meilleurs, plus sûrs que ceux qu'on obtient des préparations ordinaires de ces deux substances.

Les expériences thérapeutiques tentées dans le but de vérifier les prévisions de l'auteur n'ayant pas paru suffisantes à la commission, elle est d'avis qu'il n'y ait pas lieu pour le moment d'accéder au désir de M. Jourdain, qui voudrait que les formules de ses préparations reçussent une publication légale.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

EAUX DE PLOMBIÈRES. — CLINIQUE MÉDICALE. — DU RHUMATISME ET DE SON TRAITEMENT PAR LES EAUX MINÉRALES DE PLOMBIÈRES ; par M. le docteur LHÉRITIER, inspecteur adjoint des eaux de Plombières, etc. — Première année. — 1853. Paris, chez Germer Baillière.

Nous avons souvent appelé de nos vœux des études sérieuses et suivies sur les effets thérapeutiques des eaux minérales, cette mine inépuisable d'observations et de faits cliniques d'un haut intérêt, qu'on a trop souvent négligée en la sacrifiant à la préoccupation exclusive du point de vue chimique. Nous sommes heureux de voir un de nos plus savants inspecteurs, M. le docteur Lhéritier, répondre à cet appel. M. le docteur Lhéritier s'est proposé en effet de publier annuellement ou bisannuellement, suivant que l'abondance des matériaux le lui permettra, l'ensemble des faits qui lui auront paru offrir le plus d'intérêt dans la série des maladies qui se dérouleront sous ses yeux, en un mot de rédiger la *clinique médicale* des eaux de Plombières. Le volume que nous avons sous les yeux est un commencement d'exécution de cet important projet ; il y question spécialement du *rhumatisme* et de son traitement par les eaux de Plombières.

Ce premier volume devant servir d'introduction à l'ensemble du travail projeté, l'auteur a fait précéder l'histoire du rhumatisme d'un aperçu sur les eaux minérales de la France en général, et sur les eaux de Plombières en particulier. Bien que nous eussions plus d'un point intéressant à signaler dans cette première partie du volume, soit sur le gisement des eaux minérales, sur la théorie de leur origine, sur la cause de leur température ; soit sur les propriétés thérapeutiques des eaux minérales et en particulier sur celles de Plombières, nous consacrerons plus spécialement ces quelques lignes à l'examen de la partie clinique du livre de M. Lhéritier. Cependant nous ne pouvons nous empêcher, avant d'aborder ce sujet, de dire en quelques mots comment M. Lhéritier comprend l'étude du mode d'action thérapeutique des eaux minérales.

Pour notre auteur la méthode chimique et la méthode clinique ne s'excluent pas plus dans l'explication des effets des eaux minérales que la doctrine humorale et la doctrine solidiste ne s'excluent dans l'explication des phénomènes de la vie ; mais il veut que, pour juger de l'influence curative des eaux, la première abandonne ses prétentions théoriques à l'expérience clinique, et que celle-ci ne se borne pas simplement à enregistrer des résultats empiriques ; il désire, en un mot, qu'on étudie les vertus des eaux minérales d'après les principes généraux qui s'appliquent à l'étude de tous les agents thérapeutiques. Mais si la méthode expérimentale clinique est son principal guide dans le choix et dans la détermination des propriétés des sources thermales, il n'en déprécie pas pour cela les enseignements de la chimie. — Quelles sont les indications que chacune des deux méthodes peut fournir dans l'application thérapeutique des eaux minérales ? C'est dans cette question ainsi posée que se trouve réellement la solution du problème.

Or, de l'étude des effets généraux des eaux minérales sur l'économie, il résulte ce fait que toutes les eaux minérales, abstraction faite de la connaissance de leur composition chimique et des effets spéciaux qui peuvent y être inhérents, ont une action stimulante commune appropriée à la débilité cachectique également commune à toutes les affections chroniques. Là est l'indication capitale que fournit l'observation clinique ; ce qui explique à la fois et comment une même source peut guérir des maladies fort diverses, et comment souvent aussi la même maladie peut être traitée avec le même avantage dans des sources différentes. Là est le secret de ces *arcana miraculis plena* comme dit l'auteur. Point n'est besoin pour apprécier ces effets de recourir aux lumières de la chimie. Mais où commence le rôle de la chimie, le voici.

La débilité cachectique, qui constitue le fond commun on, pour parler plus exactement, le résultat général de toutes les affections chroniques, n'est point un état simple, une expression morbide essentielle pour parler un langage scolastique ; cette débilité provenant soit d'une lésion organique primitive et de ses irradiations morbides, soit d'une dyscrasie spéciale, en reflète les caractères, et emprunte à son origine ce cachet de spécificité qui devient la source d'indications thérapeutiques souvent aussi importantes que l'indication générale elle-même. De même que dans les traitements ordinaires la médication tonique générale est avantageusement modifiée par l'adjonction de certains agents plus particulièrement appropriés à la nature spéciale de la cachexie qu'on se propose de combattre, de même le médecin doit rechercher, dans le choix d'une eau minérale, celles des propriétés particulières dont elle est douée qui lui paraîtront devoir le mieux remplir l'indication spéciale en question. C'est ici que la chimie vient efficacement en aide à la clinique, pour guider le médecin dans cette recherche en lui signalant la présence de tels ou tels principes dont la prédominance rend au moins très-probable, sinon certaine, la manifestation des effets thérapeutiques qui leur sont communément attribués à l'état libre. Cela soit dit, toutefois, sous la réserve de la sanction par l'expérimentation clinique.

Ainsi donc, action générale et commune résultant de l'ensemble des éléments dont se compose une eau minérale considérée comme agent thérapeutique complexe, et révélée par l'observation purement clinique ; action spéciale pour la détermination de laquelle il est nécessaire de faire concourir avec l'observation clinique les lumières fournies par la chimie, et appropriation de ces deux ordres d'action aux indications multiples, générales et spéciales que présentent les affections chroniques, tel est le fait-principe au développement duquel l'auteur a consacré l'un des meilleurs chapitres de ce livre, et qu'il applique ensuite à l'étude des propriétés thérapeutiques des eaux de Plombières.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ces généralités ; si nous nous sommes plu à les rappeler, c'est parce qu'elles sont d'une importance fondamentale dans l'espèce, et nous devons le dire aussi, parce que nous avons été heureux d'y trouver l'application et le développement des principes que nous avons plusieurs fois émis dans ces colonnes. Cela dit, nous arrivons à l'objet plus spécial de ce livre, le rhumatisme.

Le rhumatisme, le rhumatisme chronique s'entend, étant une des affections les plus communes qui se traitent à Plombières, il était assez naturel que M. Lhéritier commençât par là sa *clinique*. Le rhumatisme, d'ailleurs, autant peut-être à cause de sa fréquence qu'à cause des questions intéressantes qu'il soulève et de l'obscurité même de sa nature, a toujours eu le privilége d'exercer la sagacité des pathologistes et des cliniciens. Nous laisserons donc, pour le moment, de côté les eaux de Plombières pour indiquer rapidement quelques-uns des faits et des aperçus nouveaux que les recherches de M. Lhéritier ont apportés en contingent à l'histoire de cette affection.

L'état du sang et des excrétions dans le rhumatisme chronique a dû naturellement préoccuper M. Lhéritier, à qui l'un des premiers revient l'honneur d'avoir appelé l'attention des médecins sur les altérations du sang. Il pouvait paraître d'autant plus intéressant de rechercher, par les procédés

modernes d'analyse, quelles pouvaient être les altérations subies par le sang ou par les excrétions dans le rhumatisme, que ces recherches semblaient devoir vérifier ou infirmer les idées des anciens sur la matière morbide spéciale du rhumatisme. Ces recherches malheureusement ont été jusqu'ici sans résultat, et elles laissent la question de l'altération humorale dans le rhumatisme, dans le même état qu'au temps d'Hippocrate et de Galien, c'est-à-dire à l'état d'hypothèse. M. Lhéritier, à peu près à la même époque que MM. Andral et Gavarret, a bien constaté l'accroissement constant de la partie fibrineuse du sang dans la forme aiguë de la maladie, c'est-à-dire dans le rhumatisme fébrile; mais il n'attache avec raison lui-même aucune importance à cette prédominance de l'élément fibrineux du sang, en tant au moins qu'elle soit liée à la *nature* du rhumatisme.

Rien de semblable, en effet, ne se présente dans le rhumatisme chronique, qui peut à juste titre être considéré, plus que le rhumatisme aigu, comme le type de cette affection. En effet, M. Lhéritier a constaté qu'à mesure que le rhumatisme s'éloigne de sa période d'acuité, ou bien lorsqu'on étudie le sang des malades atteints de rhumatisme chronique primitif, on n'arrive à aucun résultat digne de remarque; lorsqu'on n'obtient pas la moyenne normale de ses éléments constitutifs, on se tient tantôt au-dessus, tantôt au-dessous d'elle, en oscillant toujours dans un cercle extrêmement étroit.

Il en est de même de l'urine: comme le sang, elle conserve le plus souvent son caractère normal. Mais, suivant l'auteur, on n'a pas fait une assez grande attention aux qualités de la sueur dans les différentes formes du rhumatisme, notamment à cette odeur aigre particulière qu'il signale et qui disparaît ou diminue, quand la maladie se transporte par métastase sur quelque organe interne. L'auteur est porté à admettre, d'après les recherches de Simon et de Jordan, que cette odeur aigre est due tantôt à la présence de l'acide acétique, tantôt à celle de l'acide phosphorique. L'un des caractères des sueurs du rhumatisme, d'après M. Lhéritier, serait leur *viscosité*, circonstance qui n'avait pas échappé à la plus vulgaire observation, mais dont il reste à préciser la valeur et à rechercher la liaison avec les causes et la nature du rhumatisme.

L'auteur, après avoir fait une description générale du rhumatisme chronique, complète ce tableau par la relation d'un grand nombre d'observations particulières, intéressantes, parmi lesquelles nous avons remarqué quelques exemples de variétés de rhumatisme rares, tels que le rhumatisme des seins, le rhumatisme préabdominal, le rhumatisme des muscles de l'œil, des paupières, etc.

On ne lira pas non plus sans intérêt, mais aussi sans une certaine réserve, quelques histoires de rhumatismes internes ou viscéraux. On sait que c'est encore, pour la plupart des pathologistes, un objet de doute que de savoir si les organes internes, et particulièrement les viscères pourvus d'un appareil musculaire, sont susceptibles de présenter l'affection rhumatismale. Ce doute, nous devons l'avouer, subsiste encore dans notre esprit après avoir lu les observations de rhumatisme du diaphragme, du pharynx, du cœur, de l'estomac et des intestins, de l'utérus, de la vessie, etc., rapportées par l'auteur, qui, il faut le dire, fait lui-même quelques réserves à l'égard de quelques-uns de ces faits. Outre que cette réserve est commandée par la difficulté de différencier symptomatiquement le rhumatisme d'avec certaines viscéralgies qui n'ont de commun avec lui que la douleur qui les révèle, il répugne jusqu'à un certain point à l'idée théorique que l'on se fait de cette affection, d'admettre que des organes situés profondément, au centre des foyers de calorification animale, et par conséquent à l'abri des causes ordinaires du rhumatisme, puissent devenir réellement le siége de cette affection. Mais il n'en est pas de même de certains organes situés superficiellement et exposés, comme le sont les muscles et les articulations, à l'action directe du froid extérieur, tels, par exemple, que le larynx, la membrane périostéale des os superficiellement situés, la sclérotique, le névrilemme des nerfs sous-cutanés, etc. Aussi les caractères du rhumatisme nous ont-ils paru moins contestables dans les observations relatives à ces divers organes. Nous signalerons notamment deux observations intéressantes de rhumatisme du larynx, l'un articulaire, l'autre musculaire. Le rhumatisme articulaire s'étant terminé par la mort, on trouva dans les cartilages du larynx des désordres qui rappellent ceux que l'on trouve dans les articulations des sujets atteints de tumeurs blanches d'origine rhumatismale.

Le rhumatisme et la goutte constituent-ils deux maladies différentes? On connaît la divergence des auteurs à cet égard. M. Lhéritier se range du côté des partisans de l'identité de la goutte et du rhumatisme. Nous avouerons n'avoir pas été frappé de la justesse des arguments invoqués par M. Lhéritier en faveur de cette identité. De ce que deux affections ont quelques caractères communs, de ce qu'elles ont quelque similitude dans leur marche, dans la succession et la reproduction de leurs accès, ce n'est pas là un motif suffisant pour les confondre comme identiques dans leur nature, surtout si des différences essentielles peuvent être constatées dans quelques-uns de leurs symptômes, dans quelques circonstances de leur marche et notamment dans les conditions d'organisation ou de milieux sous l'influence desquelles ces deux affections paraissent plus particulièrement se développer, ainsi que cela est manifeste pour la goutte et le rhumatisme. Il faut faire attention de ne pas abuser, en nosologie, du principe de l'analogie qui a conduit en histoire naturelle à effacer les caractères distinctifs des genres et des espèces, pour ne voir dans tous les êtres que des variétés d'un type commun et unique. Partout où il y a quelque dissemblance fondamentale, quelle que soit l'obscurité qui règne sur l'étiologie, il faut admettre une dissemblance corrélative dans les causes, par conséquent dans la nature des deux affections, sauf à les rapprocher dans un groupe commun en raison de leurs analogies. C'est ce qui nous semble devoir être fait pour la goutte et le rhumatisme, entre lesquels les différences sont si réelles que les partisans même de l'identité n'en continuent pas moins à décrire séparément les deux maladies, et à admettre, sous le nom de rhumatisme goutteux, une sorte d'affection mixte résultant de la complication de ces deux éléments morbides, ce qui dépose formellement contre leur théorie de l'identité.

Nous bornons là les quelques points sur lesquels nous désirions appeler plus particulièrement l'attention, bien loin d'avoir épuisé toutes les réflexions que pouvait nous inspirer le sujet traité avec tant de distinctions par M. Lhéritier. Nous espérons d'ailleurs avoir l'occasion de revenir sur quelques-unes des considérations que nous avons dû négliger, à l'occasion de la publication prochaine de M. Lhéritier, s'il tient une promesse à laquelle nous ne saurions trop l'engager.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

— Concours pour l'admission a 40 emplois de médecin aide-major et 15 emplois de pharmacien aide-major, a l'École impériale et spéciale de médecine et de pharmacie militaires a Paris. — L'ouverture de ces épreuves est fixée comme il suit:

A Strasbourg, le 10 septembre prochain;
A Montpellier, le 25 id.
A Paris, le 10 octobre prochain.

Les conditions d'admission aux emplois d'aide-major à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été déterminées par l'art. 2 du décret du 13 novembre 1852:

1° Être né Français;
2° Être docteur en médecine de l'une des trois facultés, ou pharmacien reçu dans l'une des trois écoles supérieures de pharmacie de l'empire;
3° Être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire;
4° N'avoir pas dépassé l'âge de 28 ans au 1er janvier qui suivra l'ouverture du concours;
5° Avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre.

Formalités préliminaires. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il désire concourir:

1° Son acte de naissance, dûment légalisé;
2° Le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien;
3° Un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire; cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury de chaque localité;
4° L'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué, en temps utile, aux épreuves du concours.

— On écrit de Copenhague (Danemark), 12 juillet:

« Le choléra continue à régner ici, et est toujours dans sa période ascendante. Il cause dans la population une inquiétude d'autant plus grande, que c'est la première fois qu'il paraît dans cette ville. »

— La saison d'été commence à faire sentir sa pernicieuse influence à la Nouvelle-Orléans; pendant la semaine finissant au 18 juin, il est mort 7 personnes de la fièvre jaune et 5 du choléra.

— On lit dans les journaux anglais:

« Les lords du conseil privé de S. M. Britannique ont ordonné que, quand un vaisseau, dans tout port du Royaume-Uni, sera mis en quarantaine à cause de la fièvre jaune, tous les passagers à bord de ce navire qui déclareront avoir en déjà une atteinte de cette maladie, et prouveront aux officiers de santé visitant le navire que la fièvre qu'ils ont eue était bien la fièvre jaune, seront admis à débarquer, bien que le navire soit soumis à la quarantaine à cause de cette maladie. »

— La petite vérole sévit avec une extrême violence parmi les Indiens du territoire d'Utah; une lettre du 21 avril porte à un millier le nombre de Cheyennes et de Shoshones qui y ont succombé. Dans une localité on a entassé 300 cadavres dans une maison à laquelle on a mis le feu.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LE PAIN, ET EN PARTICULIER LE PAIN DE MUNITION, ALIMENTATION DU SOLDAT.

Les questions relatives à l'analyse chimique du pain et des farines, et la détermination des qualités nutritives de leurs divers éléments, ont une importance spéciale en France, où le pain fait la base de l'alimentation, tandis que, dans certaines contrées voisines, d'autres substances interviennent pour une part considérable dans la ration journalière confiée à l'estomac. On sait que les Anglais et les Allemands sont grands mangeurs de viande et que, livrés à leurs goûts, ils laissent presque intacte la miche à laquelle nous portons de rudes atteintes, même dans les repas choisis et copieux. Chez nous le pain est la partie essentielle de l'alimentation du campagnard, du soldat et du pauvre. C'est du soldat que nous nous occuperons surtout ici. Il n'a pas le choix entre plusieurs genres d'aliments; car sa ration est réglementairement fixée à 750 grammes de pain de munition, à 250 de pain blanc pour la soupe, et à pareil poids, 250 grammes, de viande. A cela ajoutez une quantité très-variable et généralement peu considérable de légumes mis en pot-au-feu. Il était donc nécessaire que le gouvernement se fît éclairer complétement, pour arriver à fournir au soldat le plus de matière alimentaire au plus bas prix. Quel est le pain qui nourrit le mieux pour une somme donnée? Telle est au fond la question presque tout entière. La commission officielle, dont M. Poggiale était le membre actif et important, n'avait pas été assemblée par le ministre pour résoudre le problème ainsi posé; mais la force des choses a conduit l'habile professeur du Val-de-Grâce à de longs travaux propres à éclairer la question. M. Poggiale, déjà chargé par le ministre, il y a peu de temps, d'analyser toutes les eaux qui servent aux troupes disséminées dans les environs de Paris, a mené le second travail, dont nous nous occupons, à aussi bonne fin que le premier. Ses communications ont été entendues par l'Académie avec l'attention que leur importance commandait.

Pour apprécier la question à un point de vue un peu général, partons de ce principe, que si la chimie a rendu et rendra encore d'éminents, d'incontestables services à la médecine en général, à la physiologie, à l'hygiène et à la thérapeutique en particulier, c'est à la condition que celles-ci ne puisent qu'avec discernement dans le creuset et dans les cornues du laboratoire, et n'oublient pas que la formule, qui éclaire tant la théorie atomique et sert à suivre pas à pas, qu'on nous passe l'expression, les combinaisons et les décompositions, donne bien moins d'enseignements quand il s'agit des élaborations qui s'opèrent sous l'influence des forces vivantes.

On estime généralement, et avec raison, la qualité du pain d'après le poids des matières azotées qu'il contient; cela est un bel et bon principe, mais dont l'exagération conduirait à l'absurde. Le gluten pur n'est pas assimilé, quoiqu'il constitue la quintessence du pain, et le pain de gluten, préparé pour les diabétiques, n'est agréé par le malade et absorbé dans les voies digestives, que si on a mêlé une très-notable quantité de fécule à la matière azotée. En partant de ce fait, on arrive bientôt à résoudre négativement cette question : le pain contenant le plus de gluten sous le moindre volume est-il toujours et absolument le meilleur? Pour que ce principe soit vrai, il faut qu'il ne soit appliqué que dans certaines limites. On reviendra un peu, tôt ou tard, de ce système adopté aujourd'hui par la thérapeutique et par la chimie, et qui consiste à chercher partout le principe actif des médicaments complexes, pour le substituer entièrement, et à peu près dans tous les cas, à la substance elle-même. La nature a très-souvent combiné les éléments de ses produits, de manière que les substances dites inertes ou étrangères fussent de véritables adjuvants, ou des correctifs, ou enfin des éléments complétant l'action du principe le plus actif. Le sulfate de quinine ne représente pas complétement le quinquina. Les matières amylacées et le gluten sont les principes essentiels du pain; mais les matières grasses, la glucose, les sels, votre même le son, ont chacun leur rôle et leur importance. On a dit de ce dernier, que, plus réfractaire à l'action digestive, il maintient ainsi les aliments assimilables plus longtemps en contact avec les surfaces absorbantes, retard dont le résultat se traduit par une absorption plus complète des matières alibiles. Le son, fût-il entièrement de la cellulose, aurait peut-être encore, dans certaines limites, son degré d'utilité, en s'interposant aux molécules essentiellement nutritives, mieux absorbées, dans certains cas, quand elles sont disséminées. N'existe-t-il pas, en effet, une loi incontestable qu'on formule ainsi : La puissance nutritive des aliments n'augmente pas d'une manière absolue en raison directe de la concentration des éléments assimilables qui entrent dans leur composition?

Le pain peut être considéré, d'une manière générale, comme un aliment complet, puisqu'il fournit à la respiration, grâce à ses principes amylacés et au glucose, et à l'assimilation, grâce aux éléments azotés. Les aliments les plus simples ne sont certainement pas les meilleurs, et quoique, chimiquement, on doive considérer un aliment comme complet du moment qu'il peut fournir du carbone à brûler dans la fonction respiratoire, et de l'azote à assimiler, certes le pain réduit à du gluten et à de l'amidon ne vaudrait pas, tant s'en faut, le pain tel que nous le faisons. Le pain de seconde qualité, quoique plus *fin* que le pain de munition, lui est pourtant inférieur et recèle moins de gluten, parce que le pain du soldat contient tous les principes qu'on trouve normalement dans le blé, tandis que le pain de seconde qualité est constitué par les produits *incomplets* qui restent après la séparation des gruaux et de la fleur de farine.

Ne regardons pas conséquemment comme une matière inerte et complétement inutile, ce son, formé sans doute en partie de cellulose réfractaire, mais aussi de quelques substances azotées assimilables, de sels, d'albumine, de glucose, d'amidon et de matière graisseuse dont il est riche à 3, tandis que la farine n'en contient que 1.

Non seulement la propriété nutritive varie selon la combinaison ou le mélange des divers éléments qui entrent dans un produit naturel, mais nos manipulations exercent les mêmes influences. Ainsi, avec la même farine et une autre panification, on arrive à des résultats plus satisfaisants.

Ainsi donc, ayant en vue les améliorations à apporter à l'aliment le plus général, au pain, ne considérons pas d'une manière absolue, comme la fin et le *nec plus ultrà* de nos efforts et de nos tentatives, le plus haut degré de concentration du principe azoté, résultat du rejet des autres substances avec lequel la nature l'avait mélangé.

Nous avons été arrêté par l'absurde auquel conduit l'exagération dans un sens; à l'autre extrémité de l'échelle, il faudra aussi faire halte à temps, sous peine de courir le même risque. Mais ici le danger est si connu qu'il suffit de le signaler : *Le son fait du poids et non du pain*, disait déjà

Feuilleton.

PROMENADE EN ALLEMAGNE.

(Suite et fin de la deuxième partie) (1).

A M. le docteur Jules Guérin.

Le chemin de fer nous emporte vers Leipsick et nous dépose bientôt au milieu de cette ville à la fois savante et industrieuse. Son Université, qui date de 1409, était en vacances; la science chômait, mais le commerce était florissant. Une population flottante de cent mille âmes était venue s'abattre dans une ville de soixante dix mille habitants; la foire était dans tout son éclat. Leipsick était transformé en une immense boutique; et comme nous n'avions rien à vendre, rien à acheter, nous songions déjà à quitter le temple envahi par les marchands, lorsque nous eûmes la chance de rencontrer M. le docteur Weber, professeur d'anatomie et de physiologie. Ce digne confrère nous fit voir deux choses d'une valeur très-différente, une école pratique de pharmacie parfaitement organisée, et un cabinet d'anatomie normale, auquel on ne peut décerner le même éloge. A une époque où il est si facile de se procurer des pièces excellentes, on ne comprend guère comment l'Université de Leipsick se contente des fragments informes qui nous ont été présentés : c'est l'enfance de l'art, la barbarie, à vrai dire, et cela fait peine à voir.

Mais Leipsick nous réservait un dédommagement. A l'entrée d'une belle promenade, qui circule autour de la ville, sur l'emplacement des vieux fossés du rempart, se trouve une statue de bronze, largement assise sur un piédestal de granit. Quel est ce héros, ce bienfaiteur de l'humanité, ce prince digne de la reconnaissance des hommes? Pour qui ce bronze? Quel nom glorieux brille sur ce socle et attire les hommages de la foule? C'est tout simplement Samuel Hahnemann, l'inventeur de l'homœopathie, celui à qui l'on doit la dilution infinitésimale, le hardi novateur, qui a si largement exploité la crédulité publique, et que des sectaires ou nous enthousiastes qu'intéressés et reconnaissants ont voulu diviniser sous cette forme monumentale. Étrange destinée! Boerhaave, Van Swieten, Stoll et tant d'autres illustres praticiens dont s'honore l'Allemagne, gisent ignorés dans quelque coin de cimetière, attendant vainement les honneurs publics d'un marbre mérité; et Hahnemann, usurpant cette gloire si rare, étale sa renommée menteuse au beau milieu d'une ville, qui ne jour peut-être la répudiera comme un outrage.

Rapprochement bizarre! à deux pas de ce bronze effronté se trouve le monument modeste de Poniatowski, ce brave qui trouva la mort, non dans l'Elster, comme le dit la légende, mais sous la balle d'un ennemi. Le héros qui succomba en défendant sa patrie, et à qui un peuple entier voulait élever un tom-

(1) Voir le n° 47 de l'année 1851 et le n° 30 de l'année 1853.

Parmentier, qui ajoutait ensuite : *On le rend comme on l'a pris.* Ainsi donc, le son ne doit intervenir dans la panification qu'autant qu'il le faut pour y introduire les éléments utiles qu'il contient, et peut-être pour diluer, pour ainsi dire, la pâte vraiment alimentaire.

La partie la plus originale et la plus importante du travail de M. Poggiale consiste sans contredit dans ses recherches sur le son. On sait qu'un savant chimiste, appartenant comme M. Poggiale au corps des officiers de santé militaires, avait voulu réhabiliter cette substance, et y avait trouvé une grande quantité d'azote. Mais la paille, le bois, quelques feuilles contiennent de l'azote, et n'en fournissent cependant pas à l'assimilation. La question n'est pas de déterminer si telle ou telle substance contient plus ou moins d'azote, mais bien de chercher ce qu'elle peut en céder à l'économie. Si la chimie veut marcher seule ici, sans le contrôle de l'expérimentation, elle induira en erreur la physiologie. C'est ce qui n'a pas manqué d'arriver. Le son, d'après M. Poggiale, contient 56 p. 100 de matière complétement réfractaire et 44 p. 100 de substance assimilable. Une partie de la matière azotée est versée par l'absorption dans le torrent circulatoire, mais une autre traverse les voies digestives sans être attaquée, de telle sorte qu'ingérée par des animaux, excrétée, et donnée successivement à deux autres animaux encore, elle ne perd plus rien de son poids. Ces expériences nous semblent péremptoires.

Il paraît établi, de plus, que non-seulement la croyance qui attribuait des propriétés nutritives si puissantes au son, péchait par le défaut d'un contrôle expérimental et physiologique, mais que les procédés chimiques sont eux-mêmes attaquables, car les réactifs et les agents employés détruisaient une partie de la matière non azotée, de sorte que le résidu inerte, réfractaire, la cellulose, ainsi réduite, faisait attribuer un poids beaucoup trop considérable aux matières prétendues nutritives, enlevées par les réactifs.

De ces considérations générales, nous serions porté à conclure que le pain de munition, représentant tous les éléments du blé et contenant plus de gluten que le pain dit de deuxième qualité, est un bon aliment, et que toutes les améliorations à y apporter consisteraient à le bluter de quelques degrés de plus, pour le débarrasser d'un surcroît de son, pour lui donner une teinte plus blanche et lui enlever son léger goût un peu aigre et acide, goût plutôt sapide que désagréable, à notre sens, surtout quand le pain est frais.

On a aussi reproché au pain de munition de contenir trop d'eau ; mais cet inconvénient disparaîtrait en partie par la diminution du son, puisque c'est cette substance qui l'absorbe surtout. Nous ne ferons que signaler l'utilité qu'il y aurait à perfectionner encore les procédés de panification, à apporter plus de soin à la cuisson, etc.

Il est pourtant question d'une réforme plus radicale : on voudrait substituer le pain blanc au pain de munition. DONNER DU PAIN BLANC A LA TROUPE et METTRE LA POULE AU POT, voilà deux paroles pleines de fascination sans doute ; mais une sage administration consulte les intérêts réels, les véritables besoins, fait consciencieusement pour le mieux, tout pour les autres, sans s'inquiéter de sa part de bénéfice moral.

Notre pain de munition est supérieur à celui des dix autres puissances européennes, dont M. Poggiale a analysé les fournitures, et a dosé les matières azotées en nature et surtout d'après la quantité de gaz azote qu'elles contiennent, dernier procédé dont il proclame la supériorité. Tandis que, dans le pain français, on isole 14.69 de matières azotées p. 100, le pain prussien, fait de farine de seigle sans aucune extraction de son, n'en contient que moitié, 7,28 p. 100 ; de sorte qu'il faudrait que le soldat prussien reçût une ration double de la nôtre pour y trouver autant d'azote ; or sa ration n'est que de 866 grammes. Mais avant de conclure que le Prussien est détestablement nourri, il faudrait savoir si une généreuse ration de viande ne vient pas lui fournir amplement les principes azotés qu'il ne trouve pas dans son pain. Il est bien probable qu'il en est ainsi.

Si le pain de munition français est celui où l'on dose le plus de gluten, ce n'est pas, comme on pourrait le croire, celui qui contient le moins de son, car on y en trouve encore 6,07 p. 100, tandis que celui de Stuttgard n'en recèle que 1,17 p. 100 et celui de Bavière 0,47 p. 100. Ces recherches corroborent encore notre opinion, que le pain de munition contient suffisamment de gluten, mais qu'il serait fort utile de le bluter de quelques degrés de plus.

Une autre amélioration qu'il importerait d'opérer dans l'alimentation du soldat consisterait à lui assurer complétement la qualité et la quotité des divers éléments de sa ration ; aujourd'hui les 750 grammes de pain de munition lui sont seuls fournis par le gouvernement. A Paris et dans les localités où dans les temps où les vivres sont chers, les 250 grammes de pain blanc de soupe sont trop souvent réduits à 240, 230, et la viande elle-même est de mauvaise qualité ou restreinte à 230 ou 235 grammes. Et pourtant 250 grammes de viande, les os compris, accordés par jour à des hommes dont la vie est active comme celle du soldat, ne sont que le bien strict nécessaire. Il faudrait que le gouvernement vînt en aide aux *ordinaires* quand ils ne peuvent subvenir à l'achat d'une ration réglementaire et de bonne qualité, ou qu'il la garantît d'une manière quelconque au militaire placé dans toutes les conditions, dans les limites du possible.

La commission dont M. Poggiale faisait partie avait été assemblée dans le but de statuer sur les mesures prises par le ministre d'Hautpoul, consistant dans l'approvisionnement direct chez les boulangers civils, et conséquemment dans, nous ne dirons pas l'abolition, mais l'amoindrissement considérable des manutentions militaires. Le regrettable ministre, mû par les principes les plus élevés et les plus indépendants, d'économie, de probité et de morale, avait voulu saper jusque dans ses fondements une administration peu honnête, mot qu'on peut écrire, puisque les considérants du décret sont plus explicites encore ; modifier était impossible, car il y avait trop d'abus, il fallait détruire, sauf à réédifier plus tard ou autre ordre de choses. Les intéressés ont allumé et propagé une immense réaction contre tout ce qui avait été créé dans un but si louable ; tout a été remis entre les mains des administrateurs appartenant à l'armée, et les fournisseurs civils ne sont plus intervenus. Quoique nous nous élevions fortement contre les excès de ces représailles, on a vu que nous voudrions, abondant cette fois dans le sens des réactionnaires, que le gouvernement s'immisçât davantage encore dans la fourniture de la ration du soldat. Et bien plus, voilà que nous sommes obligés d'arrêter l'administration elle-même, qui, de son plein gré, va se jeter dans le système d'Hautpoul, si les desseins qu'on lui prête sont réellement les siens, ce que nous croyons pouvoir assurer. Si l'usage du pain blanc dans l'armée est adopté, on a projet d'acheter au commerce, non plus le blé en nature, comme cela se fait aujourd'hui, mais les farines. Ici réside un danger réel. D'un part, la qualité du blé s'apprécie lestement et aisément, tandis que la composition d'une farine ne peut être déterminée qu'à l'aide de procédés longs, difficiles, impraticables dans une foule de circonstances. C'est s'exposer de bon gré

---

beau digne de lui (Thorwaldsen en a fait le modèle), n'a pas encore reçu, ne recevra jamais peut-être ces honneurs funèbres, dont il est si digne. Singulier caprice du sort, déni de justice des contemporains! Voltaire a dit :

> César n'a pas d'asile où sa cendre repose,
> Et l'ami Pompignan croit être quelque chose!

C'est toujours le *sic vos non vobis!* Heureusement que la postérité prend quelquefois le soin de mettre chacun à sa place. Pourriez-vous me dire quelle sera la place de Samuel Hahnemann?

Partons pour Berlin ; laissons sur sa chaise triomphale ce prince des globules, ce dieu des infiniment petits, et tâchons de rencontrer au loin quelque compensation satisfaisante. Il ne faut que sept heures pour atteindre la capitale de la Prusse, et là, du moins je l'espère, mon œil n'aura plus à subir cette injure.

Entre Vienne et Berlin, il y a d'abord une différence essentielle et que je veux noter avant toute autre. La première ville est admirablement pavée, la seconde l'est fort mal ; à Vienne des blocs de granit bien taillés, bien ajustés, des égouts nombreux, rendent la voie publique agréable à la marche, facile à nettoyer, et c'est peut-être à cet encouragement qu'on doit le grand nombre de pieds nus qui circulent partout. Cette façon de promenade, aux allures primitives, serait absolument impraticable à Berlin. Ce pavé irrégulier et les espèces de fossés qui bordent les trottoirs sont une cause d'insalubrité que l'on ne peut méconnaître. Il y a probablement quelques égouts souterrains, mais la plupart sont à ciel ouvert ; et sans l'extrême largeur d'un grand nombre de rues, la circulation des voitures offrirait un danger réel en raison de ces sortes de cassecou, que les plus habiles cochers pourraient à peine éviter.

Ceci dit, ajoutons par compensation que Berlin est bien bâti, que l'on trouve de vastes quartiers admirablement percés, remplis de beaux hôtels, offrant tous les perfectionnements que comporte l'architecture civile et enrichis d'œuvres d'art d'un aspect tout à fait grandiose. Le monument élevé cette année à la gloire du grand Frédéric est sans contredit le plus vaste groupe de bronze qui existe. Une statue équestre, entourée de quatre autres personnages également à cheval, une vingtaine de statues représentant les hommes les plus célèbres de l'époque du grand roi, tout cela dans des proportions harmonieuses, plein de vie, d'animation. Il y a de quoi immortaliser le nom de Ranch, l'auteur de ce monument extraordinaire. Il y en a bien d'autres encore à Berlin ; mais hâtons-nous d'arriver au grand hôpital de la Charité.

M. le docteur Horn est le directeur de ce vaste établissement. Il a bien voulu nous en faire les honneurs, et, grâce à lui, nous avons pu nous convaincre qu'il en est peu de meilleurs et de plus beaux. Ici comme à Vienne j'ai rencontré des choses bonnes à imiter, des modèles à suivre. M. le docteur Casper, professeur de médecine légale, est chargé de faire toutes les autopsies que prescrit l'autorité judiciaire. Cela se fait à Vienne, comme je l'ai raconté ; mais à Berlin ce travail devient la base d'un enseignement spécial. Un certain nombre d'élèves doit suivre le cours théorique et pratique professé par M. Casper ; chaque autopsie faite dans l'amphithéâtre est l'objet d'une étude spéciale. Les élèves sont tenus de rédiger chacun un rapport ; ces rapports sont lus, critiqués par les

aux nombreuses falsifications de l'industrialisme. D'autre part, les farines ne se conservent pas longtemps, tandis que le blé se maintient assez pour permettre des approvisionnements de précaution. L'achat des farines compromettrait donc le présent et l'avenir de l'armée.

FÉLIX JACQUOT.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'AMAUROSE ALBUMINURIQUE (1); par M. A. AVRARD, D. M. P.

Adjiciamus aurum auro.
(Forgel, de Strasbourg, MÉM. SUR L'AMAUR. ALBUM.)

Dans la GAZETTE MÉDICALE de 1849, p. 813, M. le professeur Landouzy (de Reims) attirait l'attention de ses confrères sur un nouveau symptôme de l'albuminurie, l'amaurose. Jusqu'à lui, personne encore n'avait constaté cette singulière coïncidence de deux maladies qui dépendent probablement de la même cause, bien qu'elles aient leur siége sur deux points très-éloignés.

Dans son mémoire de 1849, M. Landouzy discute longuement la question de pathogénie et, s'appuyant sur les travaux modernes dont la néphrite albumineuse et le diabète ont été l'objet, il arrive à conclure que l'amaurose albuminurique dépend d'une lésion du système ganglionnaire. Cette opinion qui, à première lecture, étonne l'esprit, prend, sous la plume du savant médecin de Reims, des proportions de probabilité telles que l'on ne saurait, en relisant son travail, dire que son opinion est erronée, et que l'on est forcé de rester dans le doute, si l'on ne veut pas penser comme lui.

Depuis ce premier mémoire, des observations déjà nombreuses publiées dans les journaux français et étrangers sont venues confirmer l'opinion émise par M. Landouzy. A la fin de 1850 le laborieux professeur de Reims a fait paraître un mémoire dans lequel il fait connaître un cas nouveau et des plus intéressants d'amaurose albuminurique observé par lui pendant les premiers mois de la même année.

La dénomination d'amaurose albuminurique, employée par M. Landouzy en 1850 vaut, à mon sens, beaucoup mieux que celle d'amaurose néphrétique qu'il avait adoptée dans son travail de 1849. Le mot *albuminurique* exprime un fait pathologique sans rien préjuger, tandis que l'épithète *néphrétique* constituait très-probablement. pour ne pas dire certainement, une erreur, l'amaurose ne pouvant être la conséquence de la néphrite albumineuse. Cette dernière proposition paraîtra peut-être trop absolue dans l'état actuel de la science. Bien que je n'aie pas la prétention de résoudre un problème aussi difficile, je ne pense pas cependant que ma proposition soit trop absolue, et voici pourquoi. Si l'énergie de l'innervation était en raison directe de la diminution de l'albumine et des globules, on observerait des lésions fonctionnelles dans tous les organes des sens, ce que les observations d'amaurose albuminurique publiées jusqu'à ce jour ne permettent pas d'admettre. Les deux observations que je donne prouvent, comme le font également celles déjà connues, que les sens et l'intelligence restent intacts jusqu'à la mort ou à peu près. Le sang et la sérosité abdominale contenant de l'urée quand l'urine précipite de l'albumine, M. Landouzy se demande si la présence de ce principe ne pourrait pas avoir une action altérante sur les humeurs de l'œil et sur les nerfs sensoriels. Mais, d'après Woehler et Millon, l'humeur vitrée contient jusqu'à 35 p. 0/0 d'urée à l'état normal, et, du reste, comme je le dirai plus loin dans le cours des observations, il y a dans la fonction visuelle des variations tellement irrégulières, quant à leur intensité et à leur durée, que l'on ne saurait admettre qu'elles dépendent de la présence de l'urée dans l'œil, à moins d'admettre en même temps la saturation intermittente de l'humeur vitrée par ce corps, ce qui ne paraît pas rationnel.

Assurément l'amaurose, pas plus que l'albuminurie, n'est une affection primitive : l'une et l'autre ne sont que le symptôme d'une ou de deux lésions organiques éloignées; lesquelles?... Bien que l'amaurose précède quelquefois l'albuminurie de plusieurs jours, on peut admettre, il me semble, qu'elles appartiennent toutes deux ou à la lésion d'un même organe ou à l'affection de deux parties d'un même ordre d'organes, et alors elles se produisent ou en même temps ou successivement. Les urines n'étant pas examinées dès le début, on peut croire les deux accidents successifs quand ils ont été simultanés : dans ma première observation, ils ont été simultanés, ou à peu près; dans ma seconde ils ont été franchement successifs. La simultanéité ne prouve pas que l'amaurose et l'albuminurie dépendent de la lésion d'un même organe; l'apparition successive ne prouve pas qu'elles dépendent de la lésion de deux organes ou de deux parties éloignées d'un même organe. La fonction visuelle est tellement délicate qu'il ne répugne pas d'admettre qu'elle se trouble plus facilement et plus tôt que la fonction urinaire, une même cause agissant simultanément sur toutes les deux. Presque toutes les observations d'amaurose albuminurique recueillies jusqu'à ce jour prouvent qu'il n'y a pas simultanéité dans le début apparent, et que si l'amaurose est bien souvent le satellite de l'albuminurie, elle est aussi son précurseur, et c'est pour faire ressortir ce fait prodromique que M. Landouzy a écrit ses deux mémoires.

L'amaurose et l'albuminurie ne sont pas des affections essentielles, par la raison toute simple qu'il n'y en a pas; leur étiologie et leur pathogénie nous sont inconnues. L'opinion suivante, admise par M. Landouzy sous forme d'hypothèse, dans les deux mémoires, serait-elle vraie? « L'amaurose ne dépendrait-elle pas simplement d'une lésion des filets ganglionnaires de l'œil ou d'une altération sécrétoire des milieux transparents par suite d'une affection du trisplanchnique? »

Dans son travail de 1849, M. Landouzy dit qu'il a eu l'occasion d'observer 3 cas d'albuminurie consécutive à la scarlatine; mais qu'en raison du jeune âge des malades, il lui a été impossible de constater d'une manière précise l'état de la vision.

Pendant l'épidémie de scarlatine qui a sévi à La Rochelle, d'octobre 1850 à janvier 1851, j'ai observé, sur 24 malades que j'ai traités, 5 cas d'albuminurie avec bouffissure de la face ou œdème des malléoles, symptômes accompagnés de troubles plus ou moins marqués de la vue. L'épidémie a atteint un grand nombre d'enfants, mais les cas graves ont été rares, et la mortalité, par la scarlatine proprement dite, minime. Depuis lors, j'ai vu

(1) Ce mémoire, écrit depuis longtemps, ne pouvait être publié qu'en 1852, parce qu'il a valu à son auteur le titre de membre correspondant de l'Académie de Reims en 1851.

collègues, et de cette discussion approfondie résulte un acte définitif, qui sert de base aux jugements du tribunal.

On voit qu'il s'agit ici d'une institution complète, très-propre à former des médecins légistes en état d'éclairer la justice. Il doit sortir de cette école des hommes possédant les connaissances nécessaires pour répondre aux besoins des causes les plus difficiles, habitués à toutes les recherches que comporte leur titre et remplissant à merveille une lacune que la France aurait grand intérêt à combler. Ce travail, assidu, régulier, persévérant, entraîne nécessairement la connaissance parfaite d'un nombre infini de cas vulgaires, difficiles, rares, singuliers. L'espèce, en médecine légale, si variable, si multiple, si nouvelle, finit par se reproduire sous les yeux de ceux qui regardent toujours, et de là une habitude de voir qui tourne au grand bénéfice de la science et de la vérité. M. le professeur Casper a déjà publié plusieurs centuries de faits très-instructifs, il rend ainsi un vrai service à l'enseignement de la médecine légale en la popularisant dans son pays. Qu'il me soit permis d'ajouter qu'un médecin de l'école de Paris devait goûter un singulier plaisir à voir le professeur prussien rendre hommage à celui que ses travaux ont placé depuis si longtemps à la tête de cette partie de la science. M. Orfila m'a paru louer sans réserve l'extension donnée par la Faculté de Berlin à l'enseignement de la médecine légale. Je pourrais en dire autant de quelques cliniques spéciales, instituées à la Charité, mais je ne veux pas traiter incidemment la question si importante des spécialités, qui est si avancée de l'autre côté du Rhin. Les savants français sont essentiellement encyclopédistes, comme chacun le sait; ma thèse rencontrerait peu de faveur ; passons donc à un autre chapitre, moins sujet à controverse.

En Allemagne, et plus particulièrement, je crois, en Prusse, le régime municipal des grandes villes n'a pas tout englobé; les hôpitaux ont leur fortune particulière, le patrimoine des pauvres n'est pas devenu, de par la loi, un simple chapitre du budget des capitales; aussi le grand hôpital de la Charité de Berlin est fort riche. Il en résulte que le conseil d'administration et le directeur de ce bel établissement perfectionnent leur œuvre et ajoutent sans cesse au bien-être des malheureux. Pour en donner une belle preuve, voici ce qui vient d'être fait tout récemment. On sait trop combien les salles des hôpitaux les mieux tenus sont sujettes à des inconvenients fâcheux, qui résultent soit de l'encombrement, soit de certaines influences locales assez difficiles à expliquer. A Paris, par exemple, la Maternité, la Clinique d'accouchement deviennent quelquefois dangereuses pour les femmes malades; il y règne une sorte de disposition endémique, qui nécessite la prompte évacuation des salles; il faut alors fermer ces hôpitaux en attendant que le mal ait cessé. Les salles de chirurgie des autres hôpitaux sont aussi quelquefois infectées de façon à rendre bientôt mortelles les moindres plaies : on voit survenir des complications très-graves, dépendant de cette influence locale, et des mesures énergiques sont nécessaires pour mettre un terme à cette disposition meurtrière.

C'est pour prévenir ces dangers que le directeur de la Charité de Berlin à fait construire un vaste édifice, pouvant contenir trois cents lits, et n'ayant pas d'autre usage que de venir en aide aux salles de chirurgie. On se propose, quand viendra la belle saison, d'évacuer ces salles et de transporter les malades dans cet hôpital nouveau, espèce de *diverticulum*, maison de campagne des malheureux, admirable ressource contre les épidémies ou tout autre accident ana-

plusieurs enfants qui ont eu, m'a-t-on dit, des œdèmes de la face et peut-être le trouble de la vision. Je ne tiens aucun compte de ces renseignements rétrospectifs. Je ne m'occuperai, dans ce travail, que de deux des cinq malades sur lesquels j'ai observé l'amaurose, les trois autres observations n'étant pas assez complètes pour trouver place ici.

Dans l'immense majorité des cas, un refroidissement survenant pendant la période d'éruption ou pendant la période de desquammation de la scarlatine détermine l'œdème de différentes parties du corps et même l'anasarque ; c'est là un phénomène connu depuis très-longtemps. Cet œdème s'accompagne souvent, sinon toujours, d'albuminurie, fait indiqué pour la première fois, si je ne me trompe, par Blechall, et étudié depuis par un grand nombre de médecins.

En 1835, M. Rayer écrivait que les reins des sujets morts d'anasarque, suite de scarlatine, devaient *probablement* offrir les mêmes lésions que ceux des indidivus qui succombaient à la maladie de Bright (Traité des maladies de la peau, t. I, p. 209). Plus tard, dans son Traité des maladies des reins (t. II, p. 428), le savant médecin de la Charité dit positivement que les hydropisies qui surviennent à la suite de la scarlatine ne peuvent être séparées des hydropisies consécutives à la néphrite albumimineuse aiguë ou chronique produite par l'impression du froid ou née sous d'autres influences. Il cite A.-F. Fischer, auquel l'expérience clinique et des autopsies faites avec soin avaient appris que les vomissements qui surviennent pendant la scarlatine ou au début de l'hydropisie consécutive à cette éruption étaient sympathiques d'une condition pathologique des reins et non l'indice d'une affection du cerveau, comme il l'avait cru longtemps. Cette remarque de Fischer m'avait échappé à une première lecture, faite il y a plusieurs années Si je n'eusse oublié l'observation du médecin allemand, les vomissements survenus chez Xavier pendant les jours d'éruption m'auraient fait me tenir en garde contre une néphrite albumineuse possible. Cet oubli de ma part m'engage à insister sur ce fait que, toutes les fois qu'un scarlatineux aura des vomissements pendant la période d'éruption, le médecin doit agir préventivement contre la néphrite albumineuse, ou tout au moins se tenir prêt à la combattre dès son apparition, qui lui sera révélée par l'analyse de l'urine, examen que l'on ne fait pas assez souvent dans la pratique de la ville.

La néphrite albumineuse, qu'elle soit consécutive ou non à une éruption, est une maladie tellement grave, que l'on ne saurait trop signaler les symptômes qui peuvent déceler sa prochaine apparition. Je crois donc faire une chose utile, tout en parlant de l'amaurose que M. le professeur Landouzy a eu le mérite de signaler le premier comme phénomène initial de l'albuminurie, phénomène au point de vue de l'importance duquel est écrit ce mémoire, de rappeler la remarque de Fischer. Ce médecin a constaté, qu'en même temps que les vomissements se déclaraient la quantité de l'urine diminuait ; que l'urine, tantôt d'un brun foncé, tantôt couleur de chocolat, quelquefois teinte de sang, était rouge comme du sang pur dans les cas les plus graves. Plus tard, G. Hamilton a dit avoir trouvé, après la scarlatine et sans qu'il y eût hydropisie, une altération des reins tout à fait semblable à celle que l'on rencontre dans le premier état de la maladie de Bright.

Les deux observations que je donne, et les trois autres recueillies pendant la même épidémie, mais trop incomplètes pour être citées, m'ont prouvé toute la justesse des propositions de Fischer, relativement à l'urine et à ses caractères. Je ferai en passant une remarque que je répéterai, du reste, à la fin de mon travail, c'est que, chez celle de mes deux malades qui a succombé, l'urine a pris les caractères du bouillon de bœuf, tandis que, chez celle qui a survécu, elle a toujours été rouge. La conversion de l'urine, rouge ou jaune, en liquide bouillon de bœuf serait-elle un symptôme mortel, un signe pathognomonique d'une terminaison fatale? S'il est des maladies dans lesquelles le diagnostic reste incertain, soit après la guérison, soit après la mort non suivie d'autopsie, ce n'est assurément pas l'amaurose albuminurique, puisque, dans cette affection, le symptôme dont je parle, l'amaurose n'est appréciable que pendant la vie. Ce qui fait ici regretter l'absence d'autopsie est l'impossibilité de constater *de visu* l'état des reins, du cerveau et du système ganglionnaire, c'est-à-dire la maladie véritable, ou, si l'on veut, la cause du symptôme.

Plus que tout autre, le médecin doit rechercher partout et toujours le *causa rerum*. parce que si l'aphorisme *sublatâ causâ tollitur effectus* n'est pas vrai d'une manière absolue, et si la médecine chimique n'est pas non plus d'une application constante, il faut bien convenir cependant que, le plus souvent on détruit le mal en combattant la cause et qu'en introduisant dans l'économie des substances dont l'électricité est opposée à celle des produits contenus dans les sécrétions ou excrétions, on conduit souvent le malade à la guérison.

Au point de vue du traitement conseillé par M. Landouzy contre l'amaurose albuminurique, les deux observations qui suivent sont sans valeur ; mais elles constituent deux exemples remarquables de la coïncidence qu'il a signalée de l'amaurose et de l'albuminurie.

Bien que le fait pathologique indiqué pour la première fois par M. Landouzy ait été confirmé déjà par plusieurs médecins, j'ai pensé que je devais apporter quelques matériaux au nouvel édifice, le plus simple ouvrier pouvant venir en aide au plus habile architecte.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'EMPLOI DU DATURA STRAMONIUM DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE ; par M. le docteur Michéa.

(Suite. — Voir les numéros 4, 8, 10 et 12.)

Cette plante fut employée pour la première fois contre l'aliénation mentale par Storch, en 1763. L'expérimentation qu'il en fit n'était point le résultat d'un pur empirisme. Une hypothèse en devint l'origine. Une propriété reconnue depuis longtemps au *datura stramonium*, celle de troubler passagèrement la raison des personnes qui en ingèrent une certaine quantité, suggéra au célèbre praticien de Vienne la pensée que cette solanée pourrait peut-être, chez les aliénés, dissiper le désordre intellectuel en modifiant l'état du *sensorium commune*. Trois faits seulement lui servirent à vérifier ce qu'avait de légitime son hypothèse, dans laquelle réside le premier essai de la méthode thérapeutique qu'on appelle aujourd'hui *substitutive*. Le premier cas est relatif à une fille de 12 ans, aliénée depuis deux ans, et dont le désordre intellectuel avait résisté à une foule de moyens.

---

logne. On pourra ainsi nettoyer, laver, désinfecter les lieux où auront séjourné pendant six mois les nombreux malades soignés dans cet établissement.

Comment trouvez-vous cette précaution? Elle vient un peu de la Russie, à ce qu'il paraît ; mais, vînt elle de plus loin encore, elle est bonne, et par conséquent bonne à imiter. Les maisons de convalescence sont quelque chose d'analogue ; mais l'œuvre accomplie à Berlin, et qui a un but dont l'utilité est évidente, nous paraît plus belle, plus riche, plus généreuse. Il est vrai que, pour agir ainsi, il faut être riche, il faut avoir la libre disposition de sa fortune ; on peut alors, comme à Berlin, élever un petit hôpital spécial pour les varioleux et confiner dans une enceinte commode et saine un foyer de contagion, qui éclate trop souvent et fait de nouvelles victimes.

Chez nous, à Paris, du moins, la caisse municipale fournit aux hôpitaux des sommes considérables, mais leur laisse-t-elle bien toute la latitude nécessaire pour perfectionner, n'est-elle pas un obstacle à l'initiative des médecins qui réclament un progrès quelconque? Voyez ce qui se passe. Un homme meurt ; il a voulu léguer sa fortune aux hôpitaux ; il désire venir en aide à ceux qui souffrent ; il consacre des trésors péniblement acquis à donner un certain bien-être aux malades ; il espère qu'un million versé dans la caisse de la bienfaisance publique tournera au bénéfice de ceux qui manquent de tout. Le legs est accepté. Cette somme tombe dans le coffre municipal, et le budget particulier des hôpitaux n'y gagne rien. Un million de plus donné par une âme charitable, c'est un million de moins à fournir par le trésor de la ville, le budget spécial des hôpitaux ne s'en accroît pas d'un centime, le prix de la journée des malades reste le même, et la pensée généreuse d'un bienfaiteur de l'humanité est comme non avenue pour ceux qui pourraient en réclamer l'application.

Je ne suis pas un assez grand financier pour discuter cette matière délicate ; cependant j'incline à préférer l'ancien régime. Les hôpitaux étaient riches : ils recevaient d'abondantes charités, les malades étaient en quelque sorte propriétaires, et cette fortune si considérable qui est allée s'engloutir dans les cinquante millions de revenu de la ville de Paris ne rapporte pas, à chacun de ceux qui occupent un lit dans les hôpitaux, la somme de bien-être qui devrait leur revenir.

Quittons le grand hôpital pour le somptueux palais de l'Université. Là se trouve une magnifique collection zoologique, véritable muséum d'histoire naturelle et non pas cabinet dépendant de la Faculté de médecine. L'anatomie comparée est extrêmement riche ; elle sert de base aux cours de M. le professeur Muller, celui à qui l'on doit de si belles recherches sur le système nerveux.

Ici se place tout naturellement une remarque importante. L'organisation des Universités d'Allemagne diffère complétement de ce qu'elle est en France : les professeurs n'enseignent pas gratuitement, ou du moins l'administration de la Faculté ne prélève pas sur les étudiants une certaine somme destinée aux honoraires des maîtres. Les inscriptions ne sont pas, comme chez nous, également obligatoires pour tous les élèves ; ceux ci suivent les cours qui leur conviennent et payent le professeur dont ils reçoivent les leçons. Aux émoluments fixes de leur place, les professeurs joignent un casuel plus ou moins considérable, suivant le succès de leur enseignement. Je n'ai point à discuter le mérite de cette coutume allemande, qui a certainement du bon sous certains rapports : je veux dire seulement que, placé dans de telles circonstances, chaque

Storch lui fit prendre, matin et soir, une pilule d'un demi-grain d'extrait de datura. Pendant les quatorze premiers jours de l'usage de ce moyen, il ne survint pas le moindre changement dans son état. Le remède fut continué pendant deux mois. La dose en fut graduellement augmentée; pendant le second mois la malade prit trois fois le jour une pilule d'un demi-grain. Au bout de ce temps une amélioration notable se manifesta, et peu à peu la raison se rétablit. Dans le second fait, il s'agit d'une femme de 40 et quelques années, qui se plaignait depuis deux ans de vertiges, dont aucun remède n'avait pu la soulager, symptômes auxquels s'ajoutèrent bientôt des accès de manie poussés jusqu'à la fureur. Pour commencer, elle prit, matin et soir, un demi-grain de stramonium. Le troisième jour elle en ingéra un grain matin et soir. Dès le quatrième jour elle répondit plus juste aux questions qu'on lui adressait; cependant elle retombait encore dans sa folie première. Le huitième jour la dose fut portée à 3 grains par jour, et continuée ainsi jusqu'à la quatrième semaine. Alors la fureur s'apaisa, le délire s'évanouit, la malade répondait fort juste à tout ce qu'on lui demandait; cependant elle éprouvait toujours des vertiges. Voyant que le datura n'exerçait aucune influence sur ce symptôme, Storch en interrompit l'usage; la malade, parfaitement revenue à la raison, resta encore cinq mois à l'hôpital, continuellement en proie à des vertiges et à des anxiétés dès qu'elle se couchait ou opérait le moindre mouvement. Enfin elle mourut subitement. A l'autopsie, on trouva les veines du cerveau variqueuses, la partie antérieure de la faux de la dure-mère ossifiée, et les ventricules distendus et remplis d'hydatides de différentes formes. Le troisième cas concerne un homme de 32 ans, ayant toutes les trois semaines ou tous les mois des attaques d'épilepsie, à la suite desquelles survenait du délire accompagné parfois de fureur. Le datura lui fut administré pendant un mois, d'abord à la dose de 2 grains par jour, puis à celle de 3 grains à dater du sixième jour. Le désordre intellectuel se dissipa; mais au bout de la quatrième semaine le malade eut une attaque d'épilepsie. Toutefois celle-ci fut très-légère (1).

Quoique en très-petit nombre, ces faits autorisèrent Storch à conclure que le *datura stramonium* ingéré pendant un certain temps, en commençant par 1 grain par jour, élevé graduellement jusqu'à 3 grains, guérit l'aliénation mentale avec ou sans épilepsie, assertion qu'il formula comme une découverte dont il revendiquait l'honneur.

Le stramonium fut employé ensuite avec succès par Schemalz pour combattre une manie alternant avec une mélancolie; par Haystrons, dans la manie; par Reef, médecin suédois, chez deux individus atteints d'excitation maniaque (2).

Odhelius, médecin de l'hôpital de Stockholm, rapporte que deux médecins guérirent un cas de folie puerpérale à l'aide de ce moyen, en commençant par un demi-grain trois fois par jour, et en augmentant peu à peu la dose jusqu'à 6 et 8 grains par jour (3).

Bergius assure avoir vu revenir à la raison d'une manière parfaite et sans aucune rechute plusieurs maniaques, à qui on avait fait prendre pendant un certain temps de l'extrait de stramonium. Il ajoute que ce médicament lui a réussi dans des cas de délire, suites de couches, où il avait employé inutilement plusieurs autres remèdes, et dans un cas de délire partiel triste (1).

En France, le stramonium fut mis en usage pour la première fois par deux médecins de Dijon, les docteurs Durande et Maret. Sur cinq folles enfermées à la maison de force de cetteville, auxquelles Durande administra ce remède, deux guérirent, et les trois autres n'en éprouvèrent aucun bon effet. Maret le fit prendre avec succès à une jeune fille de 14 ans, affectée de manie compliquée de danse de Saint-Guy. Il avait employé inutilement les saignées, les bains, les délayants, les antispasmodiques et les aromatiques. La dose fut d'abord d'un grain d'extrait, puis de 2, de 3 et même de 6 et de 8 par jour. Dans un autre cas, il n'obtint que de l'amélioration. « J'ai donné le même extrait, ajoute-t-il, à une » jeune fille que l'amour et des chagrins avaient rendue maniaque. Des » saignées multipliées, des bains froids, des douches et un régime rafraî- » chissant avaient été inutilement mis en usage. Le stramonium, dont la » malade prit plus d'une demi-once, procura d'abord un calme considé- » rable; mais les accidents reparurent, devinrent périodiques, et je fus » obligé de renoncer à ce médicament (2). »

Mais de tous les médecins qui s'occupèrent de déterminer l'influence du datura, Méza et surtout Greding sont ceux dont les essais furent les plus nombreux et les plus précis. Méza fit prendre ce médicament sans aucun avantage à neuf maniaques, et avec un soulagement temporaire à une mélancolique (3). Greding employa le stramonium chez 46 malades, dont 16 étaient maniaques, 2 mélancoliques, et 11 atteints de folie compliquée d'accès épileptiques. Le médecin suédois se servit, sur un certain nombre de ces malades, d'un extrait de stramonium que Storch lui avait envoyé de Vienne. Il commençait par un grain matin et soir; il augmentait ensuite graduellement la dose et montait jusqu'à 18 grains en vingt-quatre heures, ou même jusqu'à 24. Après ces premiers essais, il changea d'extrait, il eut recours à une autre espèce venant de Leipsick que lui remit son compatriote Ludwig. Ce second extrait se montra beaucoup plus actif que le premier. 3 ou 4 grains produisaient souvent autant d'effet que les plus fortes doses de l'extrait de Vienne. 6 grains ne pouvaient pas être dépassés.

Fort intéressantes au point de vue de l'action physiologique du stramonium, les observations de Greding ne lui fournirent aucun résultat thérapeutique bien satisfaisant. Quelques aliénés éprouvèrent une amélioration momentanée; beaucoup n'offrirent aucun changement; plusieurs virent leur état empirer; chez aucun il ne survint de guérison. Le médecin de l'hôpital de Waldheim avait expérimenté sans tenir compte d'une condition essentielle de succès. Presque tous les sujets soumis par lui à l'usage du stramonium étaient malades depuis un assez grand nombre d'années. Sur les 46, l'affection ne datait que d'un an chez 2 seulement; elle datait de trois à cinq ans chez 5, de cinq à dix ans chez 9, de dix à quinze chez 12, de quinze à vingt chez 4, et de vingt à trente chez 9. Or on sait que l'aliénation mentale et l'épilepsie sont presque toujours incurables lorsqu'elles datent de plus de trois ou quatre ans.

Les mécomptes obtenus par les essais de Méza et de Greding firent tomber immédiatement le stramonium en discrédit. A part Schneider et Ame-

(1) LIBELLUS QUO DEMONSTRATUR STRAMONIUM, HYOSCYAMUM, ETC., ETC. Vindobonæ, 1763.
(2) Voyez Murray, APPARATUS MEDICAMINUM. Gothingæ, 1795, t. I, p. 675.
(3) MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DE STOCKHOLM (collect. acad. P. E.), t. XI, p. 313.

(1) MATERIA MEDICA, t. I, p. 125.
(2) Lettre de Maret (dans la GAZETTE DE SANTÉ, 1774, p. 143).
(3) OPUSC. PATHOL. PRACT., p. 169.

professeur doit s'efforcer de donner à son cours tout l'éclat dont il est susceptible.

C'est peut-être à cela qu'il faut attribuer une sorte de confiscation de certaines collections à l'usage particulier des professeurs auxquels elles se rapportent. Le muséum d'histoire naturelle de Paris a quelquefois mérité ce genre de reproche. Certains hommes d'une science profonde, ayant dans leurs attributions spéciales une partie des collections du musée, se les appropriaient d'une manière presque exclusive; ces objets faisant la matière d'un cours, celui d'anatomie comparée, par exemple, ne pouvaient plus servir aux études isolées d'un autre savant, les élèves ne pouvaient pas obtenir la jouissance de ces objets réunis avec tant de soin; le cabinet était partagé en deux portions: l'une insignifiante exposée aux regards des curieux; l'autre, la seule vraiment importante, que personne ne pouvait voir. Sans doute le professeur donnait à son auditoire ou publiait dans ses ouvrages tout ce que lui fournissait la collection confiée à sa garde; mais on sent bien que cela ne suffisait pas, et qu'il y avait là un abus bon à détruire. On dit même qu'il a cessé.

Je ne sais ce qui se fait en Prusse, mais il est aisé de voir qu'une partie de la magnifique collection d'anatomie comparée est le cabinet en quelque sorte particulier de M. le professeur Muller. Tout le monde sait l'excellent parti qu'il tire de ces richesses, mais, sous un autre rapport, ce cabinet n'a pas tout à fait l'utilité publique qui est le vrai caractère de ces sortes de choses. Il en résulte d'ailleurs un autre inconvénient. Ces bocaux, ces flacons remplis de pièces finement préparées, d'animaux les plus rares, sont entassés dans un local trop étroit, placés de façon à ne pouvoir être étudiés sur le lieu même; en un mot, l'on voit qu'il ne s'agit ici que d'une sorte de magasin où un conservateur habile va chercher l'objet sur lequel le professeur doit parler. Il faut toute l'habitude de M. le docteur Peters pour pouvoir retrouver la préparation demandée. Ajoutons encore que la plupart de ces pièces, destinées à être montrées aux élèves, ou bien encore à être disséquées ultérieurement, ne sont pas renfermées à demeure dans un flacon bien luté et plein d'une liqueur parfaitement transparente.

On voit par là que cette collection si riche est, comme je l'ai dit, la chose du maître, c'est lui qui en use, et le public ne peut en tirer parti que par l'entremise du professeur Muller. Cela peut convenir au système d'enseignement suivi à Berlin, mais il en résulte aussi que ce cabinet diffère radicalement de celui de la Faculté de médecine de Paris, lequel est, avant tout, destiné à l'étude individuelle, isolée, de ceux qui se livrent à des recherches approfondies sur les diverses branches de l'anatomie comparée.

Encore un mot sur cette matière. Les études microscopiques sont en grand honneur dans toute l'Allemagne; on peut dire à juste titre que la science micrographique doit son importance aux travaux des savants d'outre-Rhin, M. le professeur Ehremberg en tête. Sans doute les découvertes de ces messieurs sont consignées dans les recueils périodiques, dans les actes des sociétés savantes, et les amateurs ne manquent pas de les y aller chercher. Mais le public, les élèves des facultés, ceux qui n'ont pas sous la main ces collections rares et dispendieuses, où trouveront-ils les renseignements indispensables à leur instruction première? L'anatomie microscopique des tissus, les globules du sang, du lait, les caractères spécifiques de la fibre nerveuse, musculaire, tous ces points essentiels à connaî-

lung, qui mirent cette substance en usage avec succès, le premier en 1823, dans un cas de démonomanie et un cas de folie puerpérale; le second, en 1828, dans quatre cas de manie; à part, dis-je, ces médecins, nul ne songeait à ce moyen thérapeutique, qui semblait tout à fait oublié en France et en Allemagne depuis la fin du dernier siècle, lorsque, en 1841, M. Moreau (de Tours) entreprit des expériences dont les résultats semblèrent de nature à le réhabiliter. En faisant choix du datura, cet aliéniste ne procédait pas d'une façon purement empirique. S'appuyant, avec Storck, sur ce fait, savoir, que la substance dont il s'agit peut troubler passagèrement la raison, il fut conduit comme lui, par la voie de l'induction, à penser que la modification nerveuse mentale causée par ce médicament en se substituant à la modification organique préexistante, pourrait entraîner la cessation lente ou instantanée des symptômes primitifs. Toutefois, M. Moreau ne chercha à combattre, à l'aide du datura, qu'un seul des éléments du délire, l'hallucination, tandis que Storck dirigeait la même médication contre le délire en général, sans distinction d'aucune espèce. Le médecin de Bicêtre administra le datura à 11 hallucinés. Chez 8 d'entre eux, les hallucinations étaient primitives; chez les autres, la perception fantastique n'avait pas précédé le désordre intellectuel, elle était consécutive à ce désordre et s'accompagnait d'un état profond de démence. Au point de vue de la quantité, le médicament fut administré de trois manières : 1° à dose modérée et successivement croissante; 2° à dose élevée; 3° à dose très-forte ou perturbatrice.

Or, sur les 11 hallucinés, 8 ont guéri; les 3 autres ont été rebelles au traitement, ou du moins n'ont éprouvé qu'une amélioration passagère.

Chez tous les hallucinés guéris, la perception fantastique était antérieure à la conception délirante. C'était le contraire chez les autres.

Les guérisons ont été obtenues en quatre, sept jours, un mois par la dose modérée; en cinq, huit, quinze jours par la dose élevée; en vingt-quatre heures par la méthode perturbatrice (1).

En 1842, un élève de M. Moreau, M. Billod, publia, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, un mémoire où se trouvent consignées huit observations de perceptions fausses traitées avec succès par le datura (2).

Nos recherches particulières sur l'emploi du datura dans la folie roulent sur 11 malades, toujours sans distinction d'âge, de sexe et de genre de délire. Comme pour la jusquiame, l'extrait composé avec les parties fraîches de la plante a été la seule préparation mise en usage.

CATÉGORIE DES MALADES GUÉRIS PAR LE DATURA STRAMONIUM.

OBS. XXVIII.—Mademoiselle Edmée G.... a 28 ans. Elle est d'un tempérament lymphatico-nerveux. Sa taille est légèrement déviée. Une de ses tantes est à Charenton, sa sœur est aliénée, et sa mère elle-même a eu jadis des accès de folie. Réglée à 14 ans, elle a eu à 16 ans un peu de dysménorrhée. Depuis lors, elle perd chaque mois une quantité médiocre de sang.

Elle a toujours été d'une humeur inquiète et d'un caractère envieux. La jalousie des succès de sa sœur l'a souvent portée à des actes de méchanceté à son égard.

Vers la fin de l'année 1848, mademoiselle G.... éprouve des hallucinations de l'odorat. Elle perçoit continuellement une odeur de lieux d'aisances. Elle croit d'abord que cette perception désagréable provenait de quelque fissure opérée dans les tuyaux des fosses de la maison que sa famille habite rue Bourbon-Villeneuve; mais plus tard, poursuivie par cette odeur dans les rues et les quartiers les plus éloignés, elle finit par croire que son corps recèle un principe de puanteur. Dominée par cette idée, elle interprète défavorablement la plupart des actes les plus naturels et les plus innocents qu'elle voit exécuter par les personnes qui l'entourent. Ainsi, par exemple, si elle voit sa mère s'éventer avec un mouchoir ou un éventail, si sa sœur ou son père s'éloigne un peu d'elle à table, elle s'imagine qu'on cherche à éviter la mauvaise odeur dont son corps est imprégné.

Plus tard, des hallucinations de l'ouïe se joignent aux hallucinations de l'odorat. Au mois de février 1849, elle entend des voix qui lui crient par le plafond et par le parquet de la chambre qu'elle occupe au deuxième étage, les injures les plus directes et les plus grossières; qui l'appellent notamment sal... et put.... Ces voix ne cessent pas une seule minute dans la journée de frapper ses oreilles, ce qui l'importune et l'inquiète beaucoup.

Elle croit d'abord que ce sont les locataires du premier et du troisième étage qui lui adressent ces propos injurieux. Elle s'imagine que, incommodés de l'odeur infecte qui émane de sa personne, ils se sont ligués dans le but de la faire sortir de la maison. Plus tard elle accuse les socialistes.

Ces hallucinations de l'ouïe sont tellement continues, que bientôt mademoiselle G... finit par croire qu'on en veut à sa santé et à sa vie. « Il est très-possible, dit-elle, dans une lettre qu'elle écrivait à son père, que cela me fasse mourir, devenir folle ou me détermine à me tuer moi-même. Mais avant, je veux qu'on connaisse mes assassins, je veux qu'on sache que ce sont des lâches et des imposteurs. »

A peu près vers la même époque, elle envoie la note suivante au commissaire de police de son quartier : « M. X... est prié de surveiller le nommé d'Haisne, agent du prince de Joinville ou de Garnier-Pagès, qui, depuis un an, veut faire enfermer à Charenton une personne qui n'est nullement folle. »

En 1850, les hallucinations de l'ouïe sont tellement importunes à la malade, qu'elle supplie ses parents de la soustraire au supplice qu'elle endure, en lui permettant d'aller se cacher au fond d'une campagne inconnue.

Sa famille saisit cette occasion pour la placer en maison de santé, où elle entre le 27 novembre.

28. L'état intellectuel est le même, à l'exception des hallucinations de l'odorat, qui ont cessé. Mais, en revanche, celles de l'ouïe n'ont jamais été plus intenses et plus fréquentes. Actuellement, les voix ne se bornent pas à proférer des injures à la malade, elles lui crient une foule de paroles qui traitent de choses connues d'elle seule, d'où elle conclut que ses persécuteurs emploient le magnétisme pour lire dans sa pensée. Sommeil passable, appétit bon. Point de fièvre, aucune espèce de souffrance physique.

30. Je prescris 5 centigr. d'extrait de datura stramonium.

Du 1er au 7 décembre, la malade en prend chaque jour un décigramme.

Du 8 au 10, elle en ingère par jour 15 centigr.

11. Amélioration notable. Les hallucinations sont beaucoup moins intenses et laissent la malade en repos pendant plusieurs heures consécutives.

Du 11 au 14, 2 décigr. d'extrait de datura par jour.

15. L'amélioration va en progressant. Un peu de trouble dans la vue et de sécheresse au gosier. Suspension du médicament.

20. La malade entend bien encore des voix qui frappent ses oreilles, mais elles sont si lointaines et si peu incommodes, qu'elle ne s'en tourmente plus et qu'elle n'y fait même presque pas attention.

Du 22 au 25, 5 décigr. d'extrait de datura, en commençant par 5 centigr. et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

26. Les hallucinations de l'ouïe ont totalement cessé. La malade ne se plaint

(1) MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES HALLUCINATIONS PAR LE DATURA (Gaz. Méd. de Paris, octobre 1841, n° 43).
(2) Mois de novembre.

tre, je ne les ai vus nulle part en Allemagne, tandis qu'ils sont réunis avec soin et intelligence dans les galeries du musée Orfila. A Paris, cette science si peu accessible n'a plus de mystères pour les étudiants; des figures énormément grossies, reproduites par le procédé Thibert, montrent dans leurs moindres détails toutes les particularités de l'organisation animale. Je ne sais si l'Allemagne possédera quelque jour un musée micrographique complet : en attendant cette création d'un si haut intérêt, la Faculté de médecine de Paris a fait dans cette voie un premier pas décisif, elle aura tracé la route à suivre, et les travaux de M. le docteur Mandl auront montré tout ce que l'on peut faire sur ce sujet. Après l'anatomie normale viendra l'anatomie pathologique, et les recherches si intéressantes de M. le docteur Lebert, sur l'organisation des tissus morbides, compléteront cette œuvre qui est pleine d'avenir.

Il existe à Berlin un médecin auriste, le docteur Kramer, dont le livre, traduit et annoté par moi, jouit d'une certaine célébrité en Europe. J'aurais voulu pouvoir visiter ce confrère, m'éclairer de ses lumières dans le traitement des maladies de l'appareil auditif, continuer des relations anciennes ou en établir de nouvelles, mais j'ai dû renoncer à cette entrevue pour des motifs qui me sont tout personnels. Je demande la permission de ne rien dire de plus.

Parlons de Charlottembourg où l'on admire un monument funéraire dans lequel la main inspirée de M. Rauch a créé des merveilles; de Potsdam où vivent tant de souvenirs du grand Fréderic, de Sans-Souci, le rival de Versailles, séjour enchanté où les arts ont prodigué des chefs-d'œuvre, beaux lieux, solitudes rêveuses où des hommes de goût ont reproduit les types de l'architecture romaine la plus élégante, la maison de Scaurus, un théâtre digne de celui de Vérone, des thermes en miniature, des temples comme celui de la Fortune Virile! A Berlin ainsi qu'à Munich, le goût de l'antiquité se révèle dans une foule de monuments remarquables.

Bien qu'il ne s'agisse que de copies, ceux qui ont eu le bonheur de voir les originaux sur la terre classique décorée par le génie du peuple-roi, aiment à rencontrer ces pastiches savants qui sont un hommage rendu à nos maîtres des siècles passés. Et je dois ajouter que ces œuvres remarquables ne sont pas seulement destinées à la place publique, on ne peut les prendre pour une sorte d'exhibition théâtrale en dehors des vraies habitudes de la nation. Cet amour de l'art se retrouve non moins vif, non moins pur dans les habitations intérieures; ce ne sont pas seulement les rois, les princes qui professent ce culte de la beauté dans ses manifestations les plus variées, le même sentiment se révèle à tous les degrés de l'échelle sociale, et l'on doit avouer que, sous ce rapport, Berlin mérite une place à part au milieu des cités allemandes les plus civilisées.

Ceci, cher confrère, vous paraîtrait-il trop peu médical? Je ne puis le croire, car il n'est pas difficile de montrer les étroits liens qui unissent ces perfectionnements sociaux aux meilleures règles de l'hygiène publique ou privée. Il y a solidarité entre ces choses. Apollon est toujours, comme jadis, le dieu des arts et de la médecine, et partout où la vie d'un peuple s'enrichit de ce luxe intellectuel, on peut être assuré que sa santé y gagne dans des proportions corrélatives. Là où se trouvent les plus beaux monuments du génie de l'art se rencontrent également les meilleurs hôpitaux, les plus utiles institutions de bienfaisance, les preuves du plus grand respect pour les misères de la pauvre humanité. Il n'en pourrait être autrement que par suite de quelque monstrueuse anomalie, et pour

plus de rien; mais elle hésite encore à croire que toutes ses conceptions délirantes aient été de pures chimères.

12 janvier 1852. Mademoiselle G.... est en pleine convalescence. Elle reconnaît toutes les erreurs de son imagination, dont elle rit la première.

Aujourd'hui (2 septembre) elle continue à jouir de toute l'intégrité dont son intelligence est susceptible.

Chez cette malade, où le début de la folie remonte à deux ans environ, nous avons affaire à des conceptions délirantes provoquées et entretenues d'abord par des hallucinations de l'odorat et ensuite par des hallucinations de l'ouïe. Quand le traitement fut commencé, les hallucinations de l'odorat avaient cessé; mais celles de l'ouïe étaient plus intenses que jamais. Au bout de onze jours de l'emploi du datura, la malade n'en ayant encore ingéré en tout qu'un gramme 2 décigr., les hallucinations de l'ouïe s'affaiblissent; et quand elle arrive à en prendre 2 décigr. par jour, elles s'éloignent peu à peu et ne sont plus importunes. Enfin ces phénomènes disparaissent, et aussitôt les conceptions délirantes tendent à s'évanouir. D'abord il y a quelque hésitation dans l'esprit du sujet; mais le doute fait bientôt place à la conviction d'avoir été folle.

Obs. XXIX. — Madame C..., âgée de 35 ans, est d'une constitution médiocre et d'un tempérament bilioso-nerveux. Elle a un oncle du côté maternel qui a été aliéné. La menstruation a toujours été régulière.

Réglée à 13 ans, elle s'est mariée à 17 ans. Elle a mis au monde six enfants, tous bien portants. Quoique née à Constantinople et habitant cette capitale, elle appartient à la religion romaine; elle a toujours rempli ses devoirs de catholique avec la plus profonde conviction, et partant le plus grand zèle.

Elle n'a jamais eu de maladies sérieuses; toutefois en 1850, à Constantinople, elle eut une diarrhée qui dura plusieurs mois.

Au commencement d'octobre 1851, madame C... fit un voyage à Londres avec son mari, qui avait une maison de commerce dans cette ville, et qui venait d'y être victime d'une faillite considérable.

Arrivée en Angleterre, madame C... ne tarda pas à connaître toute l'étendue du désastre que son mari lui avait caché dans le principe. Cette perte d'argent, dans laquelle sa dot se trouvait comprise, lui causa un violent chagrin. Le sommeil et l'appétit disparurent, et bientôt il survint un état de mélancolie qui dégénéra en idée fixe.

Un médecin anglais fut appelé. Il prescrivit des substances purgatives; mais la malade se refusa à les prendre.

Son mari l'embarqua pour la France le 6 novembre; elle arriva le 12 à Paris, et elle entra en maison de santé le 15.

La lypémanie de madame C... consiste à croire qu'on cherche à lui faire perdre la raison, et que, dans cette intention, on introduit des substances malfaisantes dans ses aliments, ses boissons et jusque dans l'eau et les autres liquides qui servent à sa toilette. Ses soupçons se portent sur les protestants et les juifs de l'Angleterre; elle s'imagine qu'ils se sont ligués contre elle, parce qu'elle est catholique fervente. En traversant la Manche pendant la nuit, elle a vu toutes les figures des passagers s'allonger, pâlir et maigrir. Elle en conclut qu'on a usé de magie envers elle. Elle accuse les juifs d'avoir l'intention de circoncire ses trois fils. Elle prétend aussi qu'ils lui ont dérobé un reliquaire qu'elle tenait d'un prêtre de l'église de la Trinité de Constantinople, reliquaire renfermant un fragment de la vraie Croix, et qu'ils s'en sont emparés afin de hâter l'avènement de leur Messie. Elle croit qu'à Londres, les protestants, dans leur haine des objets de la vénération des catholiques, lui ont enlevé un autre reliquaire acheté à Mantoue, où se trouvaient des ossements de plusieurs martyrs, et qu'à la place de ces restes sacrés ils ont substitué des ossements d'animaux immondes.

La malade continue à être parfaitement réglée. Elle dort chaque nuit plusieurs heures d'un sommeil exempt de rêves et de réveils en sursaut. Elle ne se plaint d'aucune souffrance; elle va tous les trois jours à la garde-robe; elle offre une diminution considérable de la sensibilité cutanée: des aiguilles enfoncées à la peau de la nuque et des avant-bras lui font à peine éprouver le sentiment de douleur. Appétit médiocre, absence de fièvre.

Du 15 au 18, j'administre à la malade, à son insu, le datura stramonium à la dose de 5 centigr. par jour.

19. Prescription: 1 décigr. de datura en suspension dans du chocolat à l'eau.

20. Hier madame C... n'a pas voulu prendre son chocolat, en donnant pour raison qu'on y avait introduit de la gomme-gutte, dans le but de lui faire du mal.

Les 21, 22 et 23, la malade s'obstine à ne vouloir ingérer aucune substance liquide.

Du 24 au 27, en menaçant madame C... de lui introduire la sonde œsophagienne, je parviens à lui faire prendre chaque jour une tasse de café au lait, tenant en suspension un décigramme de datura.

28. Amélioration très-notable. La malade commence à reconnaître que la prétendue ligue des juifs et des protestants d'Angleterre n'est qu'une erreur de son imagination. Cependant elle persiste à croire qu'à Londres on a cherché à la rendre folle en lui introduisant des poudres malfaisantes dans les cheveux et dans les aliments. (15 centigrammes de datura).

29. La dose du médicament est élevée de 5 centigrammes.

30. 25 centigrammes de datura.

1er décembre. Madame C... rit et plaisante de toutes les chimères qu'elle s'était forgées dans son délire. Cependant elle n'est pas complétement dissuadée sur un point: elle hésite encore à ne pas croire qu'on ait voulu troubler sa raison à l'aide de substances nuisibles. Du reste, elle demande à voir son mari et ses enfants, désir qu'elle n'avait nullement témoigné jusqu'alors. Elle mange et dort assez bien. Cessation de l'emploi du datura.

6. Tout vestige de conception délirante a disparu.

10. La malade sort de l'établissement pour retourner à Constantinople.

Il y avait eu, dans ce cas, des illusions des sens au début de la maladie; mais ces symptômes avaient cessé d'exister quand le traitement fut commencé. 6 décigr. de datura suffisent à affaiblir considérablement l'intensité des conceptions délirantes, et 6 autres décigr. achèvent d'amener graduellement la guérison.

Obs. XXX. — Mademoiselle Augusta L... a 17 ans, une constitution frêle et un tempérament lymphatico-nerveux; elle est fille d'un père qui mourut aliéné, lequel avait une mère dont l'intelligence n'était pas toujours saine. Cette jeune personne ressemble beaucoup, au physique, à son père et à sa grand'mère; au moral, la ressemblance n'est pas moins grande sur une foule de points. Ainsi, par exemple, la grand'mère était sujette à l'insomnie. Quoiqu'elle fût arrivée à prendre graduellement jusqu'à 30 décigrammes d'extrait gommeux d'opium dans les vingt-quatre heures, elle ne dormait presque pas et passait la plus grande partie de ses nuits à lire des romans. Le fils ne dormait pas davantage et lisait aussi des romans pendant une partie des nuits. La petite fille, qui n'a pas connu sa grand'mère, et qui se souvient à peine d'avoir connu son père, est également passionnée pour la lecture des ouvrages d'imagination, contes de fées, poésies, qu'elle lit surtout la nuit, et rarement dans la journée.

Les règles commencèrent à paraître à l'âge de 15 ans; depuis lors elles reviennent tous les mois, mais elles sont si peu abondantes que parfois elles tachent à peine le linge.

Au mois d'avril 1850, mademoiselle L..., qui depuis l'âge de puberté donnait déjà des signes de bizarrerie dans le caractère, qui était volontaire, facile aux larmes, peu susceptible d'application, dédaigneuse d'un talent de pianiste assez remarquable, dominée surtout par le besoin de changer à tout moment de lieux et d'occupations, se livra presque tout à coup aux pratiques les plus minu-

---

ma part, je n'en ai jamais observé de semblables.

De Berlin à Hambourg, le chemin de fer traverse des plaines humides, des tourbières inondées, on gagne peu à peu les bords de l'Elbe qui roule lentement ses eaux fangeuses vers la mer du Nord. Une course de huit heures vous transporte au sein de cette grande ville si commerçante, si populeuse, et qui, grâce à un récent incendie, a pris une figure nouvelle. Nous sommes restés trop peu de temps à Hambourg pour pénétrer au delà du seuil de ses principaux édifices. Ma curiosité m'a cependant conduit un peu plus loin et j'ai dû m'en repentir. Voici comment. Une église assez jolie et ornée de peintures, chose rare dans un temple protestant, a reçu ma visite; j'espérais y trouver quelques monuments funéraires dignes d'attention. Un tableau représentait des soldats français chassant de ce même temple un peuple éperdu, et la date de 1813 indiquait assez la part qui nous revenait dans cet acte de violence impie. Un peu plus loin, un grand portrait de Luther attirait mon attention; j'examinais cette tête du réformateur, j'invoquais le souvenir récent de M. le professeur Carus pour apprécier le génie de ce personnage, lorsque je lus au bas du tableau l'inscription suivante: *Magnus non est cui Martinus Lutherus non est magnus!* Je ne veux pas protester contre un pareil arrêt, bien qu'il soit manifestement entaché de partialité; je me décidai à battre en retraite en ma double qualité de Français et de catholique, et un peu humilié de me voir traiter ainsi. Notez que Jean Frédéric de Saxe, le grand protecteur de Luther, et Philippe Mélanchthon, son ami, se dressent dans leurs grands cadres, de chaque coté du réformateur, et semblent menacer ceux qui ne diraient pas *amen* à cette sentence arbitraire.

Il y a, dit-on, à Hambourg, de très-bons hôpitaux, mais je ne les ai pas vus. Je n'ai vu ni M. le docteur Buck, ni M. le docteur Zimmermann, ni leur collègue M. le docteur Gaedechens; je n'ai pas même visité le cabinet d'un certain M. Fischer, chez qui les amateurs d'histoire naturelle sont certains de trouver beaucoup de choses intéressantes; enfin je n'ai rien vu à Hambourg, et cela, parce que je voulais absolument voir Altona, la ville danoise. Une heure a suffi pour entrer dans le Schleswig-Holstein qui fait partie du Danemark, pour parcourir Altona et rentrer sur le territoire de la ville anséatique. C'est un caprice de touriste, la satisfaction d'une curiosité puérile, pardonnez-moi.

Et d'ailleurs, je n'ai plus rien à vous dire. Le retour en France s'est fait à vol d'oiseau, à peine la locomotive s'est-elle arrêtée un instant à Cologne, à Bruxelles; plus de cent myriamètres ont été dévorés en un instant, et le Parisien qui, des bords de la mer du Nord, entrevoit dans un lointain horizon les tours de Notre-Dame, revient au logis comme ces pigeons voyageurs que la Belgique expédie sur le continent. Franchir en si peu de temps de si grands espaces, c'est merveille; heureux si l'on pouvait dire du corps comme de l'esprit: *Vires acquirit eundo!* Mais il est certain que le plaisir l'emporte de beaucoup sur la fatigue, et j'étais énormément fatigué!

Agréez, etc.

P. Ménière.

tieuses et les plus exagérées de la dévotion. Bientôt elle assura que des inspirations intérieures la contraignaient à prononcer des vœux, et qu'elles ini conseillaient d'exécuter des choses horribles, et à l'idée desquelles son cœur se révoltait, entre autres d'empoisonner sa mère et deux de ses tantes. Elle affirmait que ses inspirations lui venaient de Dieu, qu'elle devait lui obéir; que si l'Éternel conseillait à Abraham d'immoler son fils, s'il inspirait à Judith la pensée de tuer Holopherne, il pouvait bien dans ses vues de sagesse, et dans un but qu'elle n'entrevoyait pas, lui ordonner d'empoisonner sa mère et ses tantes; qu'elle était décidée à mettre ce dessin à exécution, tout abominable qu'il lui parût. Les larmes de sa famille, les raisonnements et les remontrances de son confesseur, rien ne put ébranler sa résolution funeste et dissiper son enthousiasme religieux.

Un médecin instruit du département de l'Isère, où elle résidait alors et aux soins duquel elle fut confiée, la soumit à différentes méthodes de traitement : il lui administra des préparations ferrugineuses, il lui fit appliquer des sangsues au haut des cuisses à chaque époque des règles, et conseilla des bains tièdes prolongés et répétés coup sur coup, chaque fois que le délire reprenait de l'intensité, paroxysmes qui précédaient souvent de quelques jours l'écoulement menstruel.

Sous l'influence de ces divers agents, les conceptions extravagantes et la perversion des sentiments s'affaiblirent d'une manière notable. La malade était parvenue à les dissimuler, et parfois même elle n'était point éloignée de convenir de l'erreur de son esprit; mais l'amélioration ne fut pas de très-longue durée.

L'aliénation mentale reparut avec presque toute son intensité première, au mois de septembre de l'année 1851, trois semaines après que la malade eut quitté le Dauphiné pour revenir à Paris.

Mademoiselle L... n'a plus d'inspirations intérieures qui lui suggèrent la pensée d'empoisonner plusieurs personnes de sa famille, mais elle est poursuivie par une foule de scrupules de conscience qui la préoccupent et la tourmentent beaucoup. Ainsi, par exemple, elle craint que Dieu ne la punisse pour ne pas faire convenablement sa prière du matin et du soir, et, afin d'éviter cette faute, qu'elle regarde comme très-grande, elle exige qu'une personne l'écoute prier tout haut; de cette manière elle a la certitude de savoir si elle a ou non oublié quelque mot, si elle a bien ou mal articulé toutes les phrases. Dans la crainte d'avoir mal fait ses prières, elle les répète tout haut jusqu'à dix-huit ou vingt fois de suite. Elle s'imagine aussi avoir formé des vœux involontaires, entre autres celui de garder le célibat et de porter toujours des vêtements de couleur noire; et comme elle aime beaucoup la danse et qu'elle n'a pas l'intention de rester fille, elle tremble de faillir aux prétendus serments qu'elle a prononcés, et partant d'encourir la colère de Dieu.

Cette lypémanie religieuse est continue; toutefois elle offre des paroxysmes bien évidents, qui précèdent de quelques jours l'apparition des règles. Celles-ci sont toujours peu abondantes et d'un rouge pâle. La malade a bon appétit et mange beaucoup de viande; elle dort parfaitement et elle ne se plaint d'aucune souffrance physique. Le pouls est vif et fréquent, mais sans chaleur à la peau. La malade ne sent presque pas des aiguilles que je lui enfonce dans différentes parties de l'enveloppe cutanée, notamment à la partie postérieure du cou et à la face antérieure des avant-bras.

Du 1er au 5 novembre, l'extrait de datura stramonium est administré en commençant par 5 centigrammes et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

6. La malade, qui en a ingéré hier 25 centigrammes, se plaint de troubles dans la vision; les objets qu'elle regarde lui semblent couverts d'un nuage et elle les voit doubles. Ses pupilles sont dilatées notablement. Aucune amélioration dans l'état de l'intelligence. Suspension du médicament.

14. Même état intellectuel.

Du 16 au 20, le datura est administré de nouveau à doses croissantes, en commençant toujours par 5 centigrammes par jour.

21. La malade, qui a ingéré hier 25 centigrammes du médicament, a eu le sommeil agité. L'appétit est moins vif, la vue est trouble; il est survenu de la diarrhée. Cessation de l'emploi du datura.

25. La diarrhée a disparu.

Du 28 novembre au 3 décembre, un gramme d'extrait de datura.

Du 14 au 19, même quantité.

25. L'état intellectuel et moral est meilleur. La malade est moins exagérée dans l'accomplissement de ses devoirs religieux; elle n'a plus autant de scrupules de conscience; elle a moins d'indécision dans la volonté; elle reprend goût au travail, consacre deux heures par jour à l'étude du piano.

Du 8 janvier 1852 au 13, un gramme d'extrait de datura.

Du 25 au 30, même quantité.

1er février. L'amélioration est de plus en plus notable.

15. Convalescence.

Aujourd'hui (24 août), mademoiselle L... continue de jouir de toute l'intégrité de sa raison.

Chez cette malade, on ne pouvait dépasser 25 centigr. de datura par jour sans produire de la dilatation des pupilles, de la diplopie, de la diarrhée et de l'agitation pendant le sommeil. Du reste, le médicament a triomphé complétement d'un second accès de lypémanie, tandis que le traitement par les bains tièdes prolongés et les préparations ferrugineuses n'avait fait qu'améliorer l'accès antérieur.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

(Suite et fin.)

III. ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL.

Les numéros de janvier et mars 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Tumeur fibreuse de l'utérus coexistant avec la grossesse, déchirure du péritoine et hémorrhagie dans l'abdomen*; par M. H. Robinson. 2° *Traitement de l'érythème noueux, de l'urticaire et de l'érysipèle*; par M. Oke. 3° *Inflammations de la sclérotique*; par M. White Cooper. 4° *Hémorrhagie utérine interne*; par M. King. 5° *Mort subite par collapsus dans un cas de rupture de la vessie*; par M. Paterson. 6° *Signification médico-légale de l'occlusion du trou ovale*; par M. Charles Kidd. 7° *Heure de la naissance dans 2,019 cas*; par M. West. 8° *Obstructions intestinales*; par M. Brown. 9° *Météorologie médicale*; par M. Moffat. 10° *Influence des effluves nuisibles sur l'origine et la propagation des maladies épidémiques*; par M. Grainger. 11° *Le sucre, dans l'urine n'indique pas toujours le diabète*; par M. Henry Johnson. 12° *Sur la pyoémie*; par M. Gamgee. 13° *Exemples des caprices du système nerveux*; par M. Gallwey. 14° *Des maladies du cœur et de l'aorte*; par M. Powell. 15° *Sur le distichiasis*; par M. White Cooper. 16° *Luxation de la tête de l'humérus en arrière*; par M. Jackson. 17° *Cas propres à éclairer l'usage du forceps dans les accouchements difficiles*; par M. Murphy. 18° *Du traitement de la diarrhée par l'acide sulfurique dilué*; par M. Sheppard. 19° *L'hypospadias est-il un empêchement au mariage?* par M. Daniel Noble. 20° *Effets galactagogues et emménagogues d'applications chaudes et stimulantes sur les seins*; par M. Cormack. 21° *Nouvelle espèce de cathéter fait avec le caoutchouc vulcanisé*; par M. Beadle. 22° *Cas de morve chez une femme*; par M. Cockburn.

MORT SUBITE PAR COLLAPSUS DANS UN CAS DE RUPTURE DE LA VESSIE; par M. PATERSON.

La mort peut-elle suivre immédiatement, subitement une rupture de la vessie? C'est là une question que le médecin-légiste aura parfois l'occasion de discuter. Il importe par conséquent de rassembler toutes les données de nature à contribuer à sa solution; et certainement le fait suivant mérite de figurer au premier rang.

Obs. — Un homme âgé de 45 ans, étant légèrement pris de vin, se trouva engagé dans une rixe. Il reçut d'abord sur la poitrine un coup qui le renversa; mais il put se relever et faire quelques pas sans qu'il parût avoir été grièvement blessé. Mais bientôt la dispute recommença et notre homme tomba sur le dos, son adversaire sur lui. Celui-ci se dégageant revint à la charge et le frappa violemment à la partie inférieure de l'abdomen. Aussitôt après il fut trouvé mort.

Autopsie. — Le cerveau était sain, mais congestionné; le cœur, intact, était distendu par un sang noir faiblement coagulé. L'abdomen paraissait exempt de lésion.

En cherchant à dégager le péritoine du bassin, M. Paterson sentit son doigt s'engager dans la vessie. La fente par laquelle il y avait pénétré était longue de près de 2 pouces et occupait le côté gauche du corps de ce viscère. Le péritoine était sain; il n'y avait qu'une once environ d'urine épanchée dans le tissu cellulaire.

Par quel mécanisme une lésion si restreinte, n'intéressant pas le péritoine, n'ayant causé aucune effusion dans la cavité abdominale, aurait-elle pu amener une mort aussi subite? La physiologie n'offre pas de réponse satisfaisante à cette question; et nous croyons en conséquence, avec l'auteur, que la blessure locale doit être déchargée de toute responsabilité dans la production de l'événement fatal, et qu'il faut plutôt le rapporter au choc qu'a reçu le système nerveux.

HEURE DE LA NAISSANCE DANS 2,019 CAS; par M. WEST.

Il est généralement admis que les accoucheurs — et ils sont les premiers à s'en plaindre — sont plus souvent appelés à opérer la délivrance la nuit que le jour. La statistique suivante n'a pas d'autre but et n'a guère d'autre intérêt que de montrer à quel point cette opinion populaire est vraie. M. West a très-rationnellement divisé, pour savoir à quoi s'en tenir sur ce point, les vingt-quatre heures en trois périodes égales, l'une (période de nuit) comprenant de onze heures du soir à sept heures du matin; la seconde (période de jour) qui va de sept heures à trois heures de l'après-

midi; la troisième (période du soir) qui s'étend jusqu'à onze heures du soir.

Or, sur 2,019 accouchements, 780 se sont terminés pendant la première époque, celle de nuit; 662 pendant la seconde, et 577 pendant la troisième.

— Si l'on tient compte de cette circonstance que les soins donnés aux femmes qui accouchent durant les premières heures de la seconde période commencent toujours en réalité quelques heures plus tôt; si l'on réfléchit surtout à l'empressement hâtif des malades et des personnes chargées de les soigner, à l'effroi qu'elles éprouvent principalement de se sentir sans secours médical durant la nuit, on reconnaîtra que le chiffre, déjà supérieur, de la première période, doit encore être grossi de plus d'une unité si l'on veut lui faire exprimer la juste mesure des dérangements auxquels l'accoucheur est exposé pendant son sommeil.

DE L'INFLUENCE DES EFFLUVES NUISIBLES SUR L'ORIGINE ET LA PROPAGATION DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES; par R. D. GRAINGER, professeur de physiologie à l'hôpital Saint-Thomas.

Les recherches nombreuses entreprises, dans ces dernières années, en Angleterre ont prouvé surabondamment que les mêmes agents délétères agissent comme causes prédisposantes dans toute la classe des maladies zymotiques; ceux qui provoquent le développement des fièvres excitent aussi celui de la scarlatine, de la petite vérole, de la diarrhée, du choléra. Si tous les médecins qui exercent sur les classes pauvres étaient bien pénétrés de ces faits, ils pourraient en quelque sorte, avant le développement d'une épidémie quelconque, désigner les localités, les circonscriptions dans la limite desquelles la maladie se bornera ou exercera les plus grands ravages.

Ces causes prédisposantes provenant soit de l'agglomération de la population, soit des miasmes des fosses d'aisances, soit d'autres produits d'évaporations délétères, multiplient non-seulement le nombre des malades, mais elles rendent en même temps les maladies plus graves, et sont ainsi une des causes les plus puissantes d'accroissement de la mortalité; de telle sorte qu'au point de vue de l'hygiène publique, leur détermination est plus importante que celle des causes spécifiques. C'est sur ces causes que le gouvernement et les autorités locales, éclairés par les progrès récents et incontestables de l'hygiène générale, sont appelés aujourd'hui à exercer une action continue, en surveillant ou en provoquant l'application de toutes les mesures de salubrité que comportent notre état de civilisation et la richesse publique.

M. Grainger, dans différentes missions qui lui ont été confiées par le gouvernement anglais, et dont les résultats ont été publiés dans les rapports du GENERAL BOARD OF HEALTH, a eu de nombreuses occasions d'étudier ces questions et de vérifier l'exactitude des données que nous venons d'énoncer. Il s'est aidé, à cet effet, du résultat de ses propres recherches et de l'expérience des médecins avec lesquels il a été en contact à l'étranger et dans les différentes parties du Royaume-Uni qu'il a eu à visiter, pour la solution des questions d'hygiène publique, dont nos voisins d'outre-Manche s'occupent depuis quelques années avec une grande ardeur. Dans le travail que nous avons sous les yeux, il étudie, dans des chapitres à part, l'influence des effluves du corps de l'homme et celle des effluves des lieux d'aisances.

Bien qu'il soit difficile de séparer complétement dans une atmosphère combinée l'influence délétère des produits organiques éliminés par la respiration et par l'exhalation cutanée de l'action de l'acide carbonique; cependant les données physiques et certains faits dans lesquels on a pu étudier séparément les effets produits par ces deux agents permettent d'établir que l'augmentation de la proportion d'acide carbonique dans les habitations ou les lieux des réunions publiques ne donne pas naissance aux maladies zymotiques.

Il en est autrement de la matière animalisée qui, dissoute dans les produits de la transpiration pulmonaire et cutanée, ne se mêle que difficilement à l'air ambiant et adhère aux effets d'habillement, de couchage et aux parois mêmes des salles. Les faits que M. Grainger apporte en faveur de cette opinion sont assez nombreux et assez concluants, mais ils ne diffèrent pas notablement de ceux qui ont été déjà cités par lui-même et par d'autres observateurs.

Quant aux miasmes provenant des fosses d'aisances, leur action est démontrée par un grand nombre de faits, et il est impossible aujourd'hui de mettre en doute leur influence dans la production des affections gastriques rémittentes, des diarrhées, des dyssenteries, du choléra. L'analyse des observations particulières citées par le professeur Grainger nous conduirait trop loin; elles ont toutes de la valeur et nous ont rappelé les observations si importantes de notre compatriote le docteur Pellarin sur l'influence des émanations des matières fécales sur le développement du choléra.

PRÉSENCE DU SUCRE DANS LES URINES DE PERSONNES NON DIABÉTIQUES; par le docteur HENRI JOHNSON.

OBS. I. — Un prêtre âgé de 60 ans, atteint de catarrhe bronchique, prenait à ses repas une grande quantité d'aliments sucrés. Il fut atteint, à un moment donné, de besoins fréquents d'uriner. L'urine était pâle, à 1040° de densité, donnant par la potasse et la fermentation les réactions caractéristiques des urines diabétiques. C'était là un diabète occasionnel et passager. Au bout de peu de temps, et à ce qu'il paraît, sans traitement approprié, l'urine ne contenait plus de sucre.

OBS. II. — Un homme de 58 ans, d'une constitution forte, d'un tempérament bilieux, était sujet à des douleurs vives à l'épigastre et dans les hypocondres; il avait autrefois rendu un calcul biliaire. Il éprouvait de l'anorexie, de la constipation; il n'avait aucun des symptômes caractéristiques du diabète. Son urine était pâle, à 1048° de densité, et contenait du sucre. Les coliques furent de peu de durée. La personne reprit ses occupations et ne changea rien à son régime habituellement succulent; elle ne présenta plus, du reste, aucun signe d'indisposition, et pourtant deux ans après l'urine contenait encore du sucre.

Nous avons rapporté ces faits presque textuellement afin qu'on puisse les rapprocher des faits analogues, dont le nombre serait aujourd'hui plus considérable si on ne qualifiait pas du nom de diabète tous les cas dans lesquels il y a présence du sucre dans les urines, sans s'enquérir des autres symptômes dont l'existence est nécessaire pour caractériser la maladie.

LUXATION DE LA TÊTE DE L'HUMÉRUS EN ARRIÈRE; par M. JACKSON.

Les observations bien recueillies de l'humérus en arrière ne sont pas tellement communes qu'un nouveau fait de ce genre ne puisse apporter quelque élément utile à l'histoire générale de cette espèce de lésion. C'est sous ce rapport que nous avons jugé le cas suivant digne d'intérêt.

OBS. — Un homme fort et musculeux, âgé d'environ 35 ans, tomba pendant une attaque d'épilepsie et se luxa l'épaule gauche. Voici les symptômes qu'il présenta. Le bras est écarté du tronc; le malade parvient avec beaucoup d'efforts à l'élever jusqu'à la situation horizontale. En regardant les épaules, on voit à celle du côté gauche une proéminence en arrière, mais pas aussi marquée qu'on pourrait s'y attendre. L'acromion ne fait pas une saillie aussi prononcée que dans la luxation en bas; elle est cependant très-perceptible en avant, au niveau du point où cette apophyse est contiguë à la clavicule. On ne peut sentir la tête de l'os dans l'aisselle. Le tendon du biceps qui naît de l'apophyse coracoïde et celui du coraco-brachial paraissent en avant comme deux cordes tendues de haut en bas. Mais le principal signe, celui qui caractérise bien la luxation en arrière, consiste dans la dépression circulaire de la face antérieure de l'articulation: quand les doigts appuient un peu fortement au centre de cette dépression, ils sentent et reconnaissent distinctement le cercle entier de la cavité glénoïde.

On essaya d'abord de pratiquer la réduction en tirant sur le bras et l'avant-bras, en même temps qu'on cherchait à replacer l'os par un mouvement de rotation en dedans. Mais malgré le temps et la force qu'on consacra à ces tentatives, elles demeurèrent infructueuses. On mit alors l'avant-bras dans la flexion, en tirant légèrement sur lui pendant qu'on tournait l'os de dedans en dehors. Un faible effort suffit ainsi pour effectuer la réduction.

Il paraît donc que le principal obstacle à la réduction, dans cette espèce de luxation, vient de la tension violente des tendons du biceps, du coraco-brachial et du grand pectoral.

DU TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE PAR L'ACIDE SULFURIQUE DILUÉ; par EDGAR SHEPPARD, ESQ.

Nous avons rapporté, dans le dernier numéro de la GAZETTE, les remarques du docteur North sur l'emploi de l'acide sulfurique dans certaines formes de diarrhée. La note actuelle du docteur Sheppard relate cinq observations de diarrhées prononcées et assez persistantes, dans lesquelles l'acide sulfurique, à la dose d'un demi-drachme, répétée trois ou quatre fois en vingt-quatre heures, a produit des effets marqués. Les mêmes résultats ont été obtenus en Angleterre dans différentes localités; l'auteur mentionne une seule exception, qu'il attribue à la forme même de la maladie, sans définir ces différences, et il renvoie à un travail antérieur, publié par lui dans le dernier volume du PROVINCIAL MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

L'HYPOSPADIAS EST-IL UN EMPÊCHEMENT AU MARIAGE? par M. DANIEL NOBLE.

Il y a quelques années, raconte M. Noble, je fus consulté par un monsieur de très-bonne éducation et de grande intelligence. Il venait me demander s'il était propre au mariage. Il avait le vice de conformation congénial désigné sous le nom d'*hypospadias*. Le pénis, très-court chez lui, était entièrement imperforé à son extrémité. L'urètre s'ouvrait justement

au point de jonction de la verge avec le scrotum. Je lui répondis qu'il pouvait se marier, mais qu'il ne deviendrait vraisemblablement jamais père, bien que ce ne fût pas entièrement impossible.

Il se maria et demeura effectivement quatre ans sans avoir d'enfants. Mais, il y a peu de temps, sa femme a donné le jour à deux jumeaux, une fille et un garçon. Ce sont deux beaux enfants, et ils sont venus vivants.

— La fécondation dans de pareilles circonstances est possible, comme l'a bien dit M. Noble, mais très-peu probable. Il faut toutefois savoir que certains maris trouvent à la longue des moyens plus ou moins efficaces de corriger le défaut naturel résultant de la conformation défectueuse dont il s'agit. N'est-il pas possible, par exemple, que cet homme d'une *grande intelligence* ait de lui-même découvert et appliqué le conseil que suggérait, dit-on, un casuiste expert en semblable matière, de commencer l'acte générateur selon le procédé usuel, puis le moment de conclure venu de présenter directement au canal où elle doit s'introduire l'orifice qui va projeter la liqueur séminale? Nous ne rappellerions pas cette idée, si des obligations sérieuses ne faisaient quelquefois au médecin un devoir d'initier ses clients à des pratiques qu'aucune loi morale ne réprouve, et qui peuvent heureusement tourner la difficulté, sans leur secours insoluble, de la fécondation, malgré un tel degré d'hypospadias. On ne jugera pas ces développements hors de place, si l'on réfléchit pour combien de femmes la naissance d'un enfant est un gage de bonheur, pour combien de maris elle est une condition de sécurité.

NATURE ET CAUSES DES PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES QUI SE MANIFESTENT DANS L'ASCENSION DES HAUTES MONTAGNES; par M. STANHOPE TEMPLEMAN SPEER, M. D.

L'auteur présente, dans ce travail, un résumé succinct de tous les faits relatifs à l'influence d'une diminution prompte et considérable de la pression atmosphérique sur l'organisme. Il détermine d'abord la fréquence de ces effets physiologiques éprouvés à de grandes hauteurs; il détaille ensuite les circonstances dans lesquelles ils sont moins prononcés ou bien ne s'observent même pas; il recherche enfin les causes ou l'explication de ces phénomènes.

Pour avoir l'analyse exacte de ces faits, il faut consulter les relations de MM. de Humboldt, Boussingault, d'Orbigny, Zumstein, Saussure, Pictet, etc. On sait que MM. de Humboldt, Bomplant et Montufar, dans le Chimboraço, à une hauteur de plus de 16,700 pieds, éprouvèrent un malaise considérable, des vomiturítions, du vertige, de la dyspnée, des hémorrhagies des lèvres et des gencives, la congestion de la conjonctive. Dans les Andes du Pérou, M. d'Orbigny, à une hauteur de 13,000 à 14,000 pieds, éprouva une céphalalgie violente et continue, et une dyspnée très-prononcée, avec épistaxis; il y avait en même temps un malaise analogue à celui que donne le mal de mer, des palpitations, un affaiblissement marqué. Pendant plusieurs jours, ces symptômes persistèrent à la même hauteur dans les montagnes.

Jacquemont dans l'Himalaya, à une hauteur de 8,000 pieds, ressentit les mêmes effets.

Dans les mêmes lieux, Moncroft sur le Niti-Ghati, Fraser sur le col de Bamsourou, ressentirent l'oppression, les nausées, le vomissement, le malaise gastrique, un assoupissement invincible.

Tous ces observateurs, auxquels on pourrait ajouter Lacondamine, Bonguer et M. Boussingault, se bornent à l'énumération simple des symptômes qui les ont le plus frappés dans leurs ascensions; ils s'arrêtent peu à les décrire, parce que très-probablement, au milieu d'autres préoccupations, il ne leur a pas été possible de les observer sur eux-mêmes avec tout le soin possible.

C'est à M. de Saussure que l'on est redevable des premières observations précises à ce sujet; elles ont été publiées dans ses VOYAGES DANS LES ALPES, entrepris avec le professeur Pictet.

Dans les mêmes localités, Anldzo en 1828, le docteur Reussœler et M. Howard en 1819, le capitaine Sherwell et le docteur Clark en 1825, le docteur Martin Barry sur le mont Blanc, Zumstein sur le Monte-Rosa, et notre compatriote M. le docteur Le Pileur, ont par les faits qu'ils ont observés, permis d'établir qu'à de grandes hauteurs il survient dans l'économie, des modifications qu'on ne peut expliquer qu'en admettant l'existence d'influences spéciales, qui n'agissent point sous la pression barométrique ordinaire.

L'auteur, qui a eu, dans plusieurs ascensions dans les Alpes, l'occasion de constater ces phénomènes, les classe de la manière suivante: 1° effets sur le système nerveux: vertiges, céphalalgie, somnolence; 2° effets sur la respiration et la circulation: dyspnée, fréquence de la respiration, constriction thoracique, transsudation du sang par les surfaces muqueuses, tendance syncopale, palpitations, accélération du pouls, battement des artères intra-crâniennes; 3° effets sur les fonctions digestives: anorexie, nausée, vomissement, soif, constriction sous-épigastrique, langue blanche; 4° effets sur les fonctions de locomotion: douleurs musculaires, sensation de paralysie dans les membres inférieurs: 5° effets sur le système tégumentaire: peau rugueuse, suppression de la transpiration cutanée, pâleur de la peau, cyanose du visage.

Je ferai remarquer, avec le docteur Stanhope Speer, que ces symptômes ne se sont pas rencontrés tous chez les personnes qui ont fait ces ascensions élevées; ils ont quelquefois même différé considérablement, soit en intensité, soit par leurs combinaisons, donnant ainsi lieu en apparence à une grande diversité d'effets. Dans le mal de mer, dont personne ne met en doute la réalité, on voit une cause identique pour tous déterminer aussi des effets très-différents: chez les uns, ce sont les nausées et les vomissements qui dominent, déterminant quelquefois un soulagement marqué; d'autres fois une augmentation du malaise; chez d'autres, il y aura de la diarrhée et des coliques vagues; quelquefois on observe une céphalalgie violente avec ou sans complication gastrique; chez d'autres malades, tous ces symptômes existent en même temps, tandis que chez quelques individus, il n'y a aucun effet sensible de produit. On pourrait jusqu'à un certain point désigner avec l'auteur, sous le nom de mal des montagnes (*mountain sickness*) cet ensemble de symptômes. Doit-on les attribuer à la congestion des centres circulatoires, à un accroissement de viscosité du sang, à la perte d'équilibre entre l'air extérieur et les gaz du tube digestif? Le docteur Speer pense qu'il y a à la fois ces trois choses, et que tous ces phénomènes sont subordonnés à la diminution brusque de la pression et de la température atmosphériques.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

PROCÉDÉS POUR L'AMPUTATION ET LA RESECTION DES MÉTACARPIENS.

M. COURTY adresse, à l'occasion d'une réclamation de priorité élevée par M. Chassaignac, une lettre sur ce sujet et dont nous extrayons les passages suivants:

« Les travaux de M. Chassaignac sur ce sujet ne se trouvant reproduits dans aucun traité de médecine opératoire, et étant consignés seulement dans le t. Ier des MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, que je n'avais pu consulter, m'étaient complétement inconnus; c'est ce que rendra, du reste, assez évident la comparaison de nos deux mémoires. Je suis convaincu que ma bonne foi ne sera suspectée par personne, et déjà je suis heureux de voir qu'elle ne l'a pas été par M. Chassaignac. Il m'est agréable de penser que, sans avoir connaissance de nos travaux, nous nous soyons rencontrés dans la découverte d'une méthode opératoire, et je suis loin de contester à M. le docteur Chassaignac, après la lecture de son mémoire, la priorité de l'invention.

» Je ferai remarquer toutefois qu'il y a, dans mon travail et dans la méthode opératoire qui en fait l'objet, bien des points qui diffèrent et du travail et de la méthode opératoire de M. Chassaignac: il a fait un travail général sur les resections; moi, un travail tout particulier sur les opérations relatives aux os du métacarpe et du métatarse. M. Chassaignac ne s'occupe que des resections, je m'occupe presque exclusivement des amputations. M. Chassaignac ne dit presque rien de l'application particulière de sa méthode générale aux resections des métacarpiens, et ne paraît pas l'avoir appliquée; l'amputation et la resection de ces seuls os sont tout l'objet de mon mémoire, et je donne une observation d'opération chez un malade.

» M. Chassaignac se sert, pour passer la scie en chaîne, de l'aiguille de sir A. Cooper, je me sers d'une aiguille différente, qui me semble, pour ces cas, bien préférable; je suis convaincu en effet, non-seulement que mon aiguille est plus facile à manier, mais qu'elle seule permet de tracer à la scie à chaîne sa voie contre la surface de l'os, sans intéresser le moins du monde les parties molles.

» Je crois que ces différences et plusieurs autres paraîtront assez importantes à la commission pour qu'elle daigne s'occuper encore de mon travail. »

(Commission précédemment nommée.)

— M. RAYER dépose sur le bureau une note adressée d'Alger par M. le docteur Ancinelle à M. le maréchal Vaillant, qui lui avait demandé des renseignements précis sur les circonstances relatives à l'*emploi du chloroforme dans les opérations pratiquées à Laghouat.*

Cette note est renvoyée à l'examen de la commission chargée de prendre connaissance des mémoires de M. Jobert (de Lamballe) et de M. Baudens.

— M. BURIN DU BUISSON, qui avait soumis au jugement de l'Académie des recherches relatives à l'*action exercée sur les principes albumineux du sang par le perchlorure, le perazotate et le persulfate de fer*, adresse aujourd'hui, comme complément de ce travail, un examen du *coagulum* formé par le perchlorure de fer.

Dans sa nouvelle note, l'auteur examine aussi l'action exercée sur le sang par le perchlorure de zinc et indique les différences qui existent entre les caillots produits par ces deux agents.

(Commissaires précédemment nommés: MM. Thenard, Dumas et Lallemand.)

SÉANCE DU 25 JUILLET.

L'Académie, dans sa dernière séance, a procédé à la nomination d'un vice-président, en remplacement de M. Combes, vice-président pour 1853, et qui, aux termes du règlement, a dû passer président par suite du décès de M. Adrien de Jussieu.

Voici quel a été le résultat du scrutin :

Sur 36 votants,

M. Roux a obtenu	22 voix.
M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire	7
M. Milne-Edwards	4
M. Duméril	2
M. Cordier	1

En conséquence M. Roux a été proclamé vice-président.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. BACQUART

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Bolut, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dôle sur une épidémie variolique qui a régné dans la commune de Souvans (Jura) ;

2° Un rapport de M. le docteur Liegey (de Rambervilliers) sur une épidémie typhique cholériforme qui règne actuellement parmi les gallinacés dans la Meurthe ;

3° Un rapport de la commission de vaccine du département du Rhône.

— M. DILLE, de Malans, près Pesures (Haute-Saône), adresse une note sur un traitement local de la dothinentérie, qui consiste à introduire dans les intestins une substance (le charbon de bois blanc uni à la magnésie hydratée) qui, se mélangeant d'une manière incessante avec les matières sécrétées, annihile leur principe morbide et les rend inoffensives. (Comm. des épidémies.)

— M. ANCELON, de Dieuze (Meurthe), adresse un mémoire sur la transformation des fièvres essentielles dont le cow-pox est la cause. (Même commis.)

— M. TOREL, de Brie-comte-Robert (Seine-et-Marne), adresse un travail renfermant des observations d'accouchement, suivies de quelques considérations sur l'emploi de l'ergot de seigle et sur diverses manœuvres obstétricales. (Com.: MM. P. Dubois, Depaul, Danyau.)

— M. BARDINET (de Limoges) adresse deux nouvelles observations de syphilis héréditaire communiquée par des enfants à leurs nourrices. (Comm. nommée.)

PAIN DE MUNITION.

M. POGGIALE, professeur à l'École de médecine et de pharmacie militaires, lit un travail ayant pour titre : DU PAIN DE MUNITION DISTRIBUÉ AUX TROUPES DES PUISSANCES EUROPÉENNES ET DE LA COMPOSITION CHIMIQUE DU SON.

Vers la fin de l'année 1850, une commission, dont l'auteur faisait partie, ayant été instituée dans le but d'examiner les résultats obtenus par le système de l'achat direct du pain confié aux ordinaires, dut se livrer à divers essais de panification et à l'analyse chimique du pain de munition distribué aux troupes des puissances européennes, du pain des hospices civils de Paris, des farines de munition et de celles du commerce. Ce sont les résultats de ces recherches, qu'il a continuées et complétées depuis deux ans, qui font l'objet de ce travail.

L'analyse du pain présentant de grandes difficultés, M. Poggiale a dû apporter quelques modifications aux méthodes connues, qui lui semblent défectueuses.

Il a analysé des échantillons de pain de munition de Belgique, des Pays-Bas, du grand duché de Bade, de Prusse, de Francfort, de Bavière, de Stuttgard, d'Espagne, d'Autriche, du Piémont, et enfin de Paris.

En comparant entre eux les résultats de ces analyses, on remarque que le maximum de matières azotées (gluten et matière albumineuse) est de 8,95 pour 100 et le minimum de 4,85. C'est le pain français qui contient le plus de gluten et celui de Prusse qui en renferme le moins. Notre pain de munition est d'ailleurs supérieur aux autres pains par l'aspect, la saveur, la cuisson et même la nuance. Il faut remarquer, en outre, que les pains étrangers, fabriqués depuis longtemps déjà, étaient en grande partie desséchés lorsqu'on les a analysés.

Cette circonstance a engagé M. Poggiale, du reste, à déterminer depuis la richesse nutritive de ces différents pains par le dosage de l'azote.

Le tableau suivant indique le résultat de ces analyses et donne le classement des pains distribués aux soldats des puissances européennes, d'après la quantité de matières azotées et d'azote qu'ils contiennent :

Provenance.	100 de pain desséchés à 120° contiennent : azote.	Matières azotées calculées.
Pain de la manutention de Paris	2,26	14,69
— du grand-duché de Bade	2,24	14,56
— du Piémont	2,19	14.23
— de Belgique	2,08	13.52
— de Hollande	2,07	13.45
— de Stuttgardt	2,06	13,39
— d'Autriche	1,58	10,27
— d'Espagne	1,57	10,20
— de Francfort	1,44	9,36
— de Bavière	1,32	8,73
— de Prusse	1,12	7,28

La proportion de substance azotée a été calculée en multipliant par 6,5 le poids de l'azote obtenu.

M. Poggiale s'est attaché, en outre, dans ses analyses, à déterminer particulièrement la proportion de gluten et d'azote ; en effet, il est admis aujourd'hui par les chimistes et les physiologistes que la quantité de matière azotée fait connaître la propriété nutritive du pain et de la farine. Cependant il faut tenir compte, pour le pain, de sa fabrication ; mais on peut dire d'une manière absolue que les farines les plus riches en gluten sont celles qui conviennent le mieux à la nourriture de l'homme. Les différences que présentent entre elles les farines de blé, de seigle, d'avoine, etc., proviennent de la quantité et peut-être de la nature du gluten, qui offre des différences considérables dans sa composition et dans la proportion des éléments qui le composent.

Il devenait intéressant, après les expériences qui précèdent, de reconnaître la proportion de gluten et d'azote du pain de première et de deuxième qualité de la boulangerie civile, de celui des hospices de Paris et des farines commerciales. C'est ce que M. Poggiale a fait. Il résulte de cette seconde série d'analyses que le pain et la farine de munition contiennent moins de matières azotées que le pain et la farine de première qualité et qu'ils en renferment plus que le pain et la farine de deuxième qualité. M. Payen avait d'ailleurs obtenu les mêmes résultats en opérant sur les farines seulement ; il en avait conclu que la farine de munition possède des qualités nutritives supérieures aux farines de deuxième qualité. En effet, celles-ci ne renferment pas, comme la farine de munition, toutes les parties du blé ; elles se préparent avec les produits inférieurs obtenus après la séparation des gruaux et de la fleur de farine. Cette opinion, qui repose sur des analyses chimiques incontestables, est d'ailleurs confirmée par les praticiens les plus recommandables. Cependant il est juste d'ajouter que le pain de munition contient une faible proportion de matière azotée qui, d'après expériences de l'auteur, n'est pas assimilable.

Diverses commissions composées d'hommes spéciaux ont reconnu que le pain fabriqué avec de bonnes farines de munition a des qualités nutritives supérieures à celles du pain de deuxième qualité de la boulangerie civile. Les adversaires du pain de munition lui reprochent, à tort, selon l'auteur, d'être moins nutritif que le pain blanc de deuxième qualité, et la théorie chimique de la composition des aliments n'admet pas, comme ils le pensent, que 630 grammes de pain blanc soient l'équivalent de 750 grammes de pain de munition. Cette opinion a été soutenue particulièrement par la commission nommée en 1850 ; cependant MM. Poggiale est d'avis que, pour avoir un bon pain, l'administration de la guerre devra diminuer encore la proportion de son de 4 à 5 p. 100.

COMPOSITION CHIMIQUE DU SON. — Depuis plusieurs années les hommes de science et les praticiens se sont vivement préoccupés de la composition, de la valeur nutritive du son et du rôle qu'il joue dans la panification. On sait que ce produit est considéré par les uns comme une substance essentiellement alimentaire, plus riche en gluten que le blé, et par les autres comme un élément très-nuisible, ceux-ci lui reprochant particulièrement d'absorber et de retenir une proportion considérable d'eau, d'exiger des levains très-forts, de donner au pain une nuance brune et une saveur acide, d'être un obstacle à sa conservation, de favoriser la formation des sporules de diverses espèces de champignons, et enfin d'être sans profit pour l'alimentation de l'homme.

Souvent consulté sur ces questions importantes, M. Poggiale a cru devoir soumettre à l'autorité de l'expérience les assertions contradictoires que les chimistes ont tour à tour avancées à cet égard.

La quantité de gluten et d'amidon renfermée dans le son est-elle aussi élevée qu'on l'a admis dans ces derniers temps ? Doit-on considérer comme substance alimentaire tout ce qui lui est enlevé par les acides, les alcalis et les dissolvants qu'on emploie pour avoir la cellulose pure ? Peut-on sans inconvénient laisser dans le pain tout le son contenu dans la farine ? Telles sont les questions qu'il a dû étudier, afin de pouvoir fournir les renseignements qui lui étaient demandés.

Les recherches auxquelles M. Poggiale s'est livré lui permettent d'annoncer que la proportion de matière non assimilable contenue dans le son est très-considérable, ainsi qu'il s'en est assuré par divers essais.

L'analyse a constaté une proportion assez considérable d'azote dans le son. Trois analyses ont donné en moyenne :

Azote	2,062 pour 100 de son.
Matières azotées	13,403 —

Mais tout l'azote n'est pas fourni par une matière azotée assimilable, comme le démontrent les expériences décisives auxquelles s'est livré l'auteur et qui consistent à nourrir des animaux avec du son et à analyser les résidus de la digestion où l'on retrouve toute la quantité de matière azotée non assimilable. D'après ces expériences, il existerait dans le son une matière azotée non assimilable, dont la proportion s'élève à 3,516 pour 100, et une substance azotée assimilable, dont le poids est de 9,877 pour 100.

Ce résultat n'offre rien d'extraordinaire. En effet, si la valeur nutritive des aliments croît d'une manière générale avec la proportion des matières azotées qu'ils contiennent, il faut bien admettre aussi que toutes les matières azotées ne peuvent pas être considérées comme nutritives pour l'homme. Ainsi la paille de froment, de seigle, d'orge, d'avoine, de pois, les balles de froment, plusieurs espèces de pailles, le bois, etc., contiennent, d'après les expériences de MM. Payen et Boussingault, depuis 2 jusqu'à 17 pour 100 d'azote, et personne n'a soutenu que ces substances fussent alimentaires pour l'homme et pour tous les animaux. Elles sont, comme la partie ligneuse du son, réfractaires à l'action des organes digestifs de certaines espèces animales.

Enfin M. Poggiale a fait un appel à la physiologie, et voici les renseignements précis qu'elle lui a fournis. Il a nourri deux chiens, l'un avec un mélange de bouillon et de pain blanc de première qualité, l'autre avec un mélange de

bouillon et de son. La quantité de bouillon était exactement la même; mais on a dû tenir compte, pour le pain et le son, de la proportion d'eau qu'ils renfermaient, et on a augmenté la ration de son, donné d'ailleurs à discrétion, de 10 p. 100, qui représente la quantité de cellulose admise par quelques chimistes. (On a donné, pour 138 parties de pain contenant 38 p. 100 d'eau, 125 parties de son.) Le chien nourri avec la bouillie de son, qui pesait 5 kilogrammes 250 grammes, a perdu, dans l'espace de huit jours, 870 grammes, et il était tellement affaibli qu'on n'aurait pas pu continuer sans danger cette expérience.

L'autre chien pesait 5 kilogr. 240 grammes, et son poids a diminué de 320 grammes dans le même espace de temps. Cette diminution de poids tenait, non pas à la nature, mais à l'insuffisance des aliments qu'il recevait, le premier chien mangeant avec répugnance la quantité correspondante de bouillon et de son qu'on lui donnait.

Le chien nourri d'abord avec du pain a été soumis à son tour au régime du bouillon et du son, et les résultats ont été les mêmes.

Dans une troisième expérience, on a donné à l'un des deux chiens du son et du bouillon à discrétion, et à l'autre du pain et du bouillon également à discrétion.

La quantité de bouillon était la même pour les deux.

Le premier chien, qui pesait 5 kilogr. 360 grammes, a perdu, dans l'espace de huit jours, 455 grammes; l'autre, dont le poids s'élevait à 4 kilogrammes 973 grammes, a gagné 210 grammes.

Ces mêmes expériences ont été répétées avec des poules, et les résultats n'ont pas varié; celles qui ont été nourries avec le son ont constamment perdu de leur poids.

En résumé, ces faits établissent que le son renferme beaucoup de cellulose et de substances non assimilables. Il était donc indispensable de recourir à une autre méthode pour déterminer la proportion de matière alimentaire contenue dans le son. M. Poggiale a procédé en conséquence à une nouvelle analyse, de laquelle il résulte que le son contient 44 p. 100 de matières assimilables, et 56 p. 100 de substances qui ne peuvent pas servir à la nutrition.

Cette proportion si élevée de matières réfractaires à l'action des organes digestifs justifie donc l'élimination du son de la farine et la perte qui résulte de l'opération du blutage. On ne saurait nier, d'ailleurs, que le pain préparé avec la farine brute est généralement brun, mal levé, d'un aspect peu appétissant, d'une saveur aigre et d'une digestion souvent difficile.

Les boulangers les plus distingués ont observé que la farine de froment brute absorbe plus d'eau et produit plus de pain que la farine blanche. Un officier des subsistances militaires a remarqué, d'un autre côté, que le son absorbe 1,240 de son propre poids d'eau, et la recoupe 998 seulement. L'illustre Parmentier avait déclaré déjà que le son en substance, quelque divisé qu'on le suppose, fait du poids et non du pain; que ce n'est pas une économie de faire entrer le son dans la composition du pain, non-seulement parce qu'il ne nourrit pas lui-même, mais encore à cause des obstacles qu'il apporte nécessairement à la fabrication du pain. Il a encore un défaut capital, ajoute Parmentier, c'est de passer en entier, tel qu'on l'a pris, sans être digéré. Il est utile de faire remarquer que ces observations, trop sévères peut-être, se rapportent au pain bis et grossier que l'on distribuait aux troupes avant 1799.

Cette question est résolue d'ailleurs par la pratique de tous les temps et de tous les peuples; on remarque, en effet, que les populations rejettent une partie du son dans les années abondantes et à mesure que leur bien-être augmente, que les ouvriers des villes ne mangent que du pain blanc, et que l'administration de la guerre a élevé depuis quelques années le blutage de la farine à 15 pour 100 d'extraction du son. Il n'est donc pas possible de songer à fabriquer, comme on l'a proposé, du pain avec la farine brute; personne n'en voudrait.

L'auteur a fait voir qu'on peut obtenir du pain de munition très-bon et très-nourrissant avec la farine de froment blutée à 15 pour 100. Le son qu'on y laisse est peut-être utile en ce sens qu'il retient plus longtemps dans les organes digestifs les principes assimilables. En effet, beaucoup de physiologistes admettent que la puissance nutritive des aliments n'augmente pas d'une manière absolue, en raison directe de la concentration des éléments assimilables qui entrent dans leur composition, et que, pour être bien digérés, les principes nutritifs ont besoin d'être mélangés avec des matières plus réfractaires. Ce serait le rôle du son, lorsqu'il se trouve en proportion convenable dans le pain de munition. Avec un pain trop léger, trop prompt à traverser l'appareil digestif, des jeunes gens robustes, soumis, comme le sont nos soldats, à des exercices et à des labeurs souvent pénibles et prolongés, ne sauraient être aussi bien nourris qu'avec le pain de munition. Cependant M. Poggiale exprime le vœu que la proportion de son soit encore diminuée. (Comm.: MM. Michel Lévy, Bouchardat et H. Gaultier de Claubry.)

NATURE BOTANIQUE DES DIFFÉRENTES PARTIES DU SEIGLE ERGOTÉ.

M. CH. ROBIN lit un mémoire sur la nature botanique des différentes parties du seigle ergoté, et sur leur développement.

Le but de ce travail est de fixer l'opinion des botanistes et des auteurs de matière médicale, sur la nature des diverses parties dont se compose l'ergot de seigle, tant avant qu'après l'époque où il a été détaché de l'épi, dont il est un parasite.

Pour atteindre ce but, M. Robin a suivi pendant quatre semaines le développement de l'ergot et de ses parties accessoires.

Voici le résultat principal de ses recherches.

Le corps jaunâtre, caduc, appelé *sphacelia*, qui est au sommet de l'ergot, n'est point un champignon particulier, ni un corps de nature inconnue, mais un corps complexe formé par agglutination des restes des organes sexuels mâle et femelle de la fleur attaquée par une certaine quantité des filaments analogues à ceux de l'ergot, et enfin par un champignon parasite des plantes, très-commun, le *cladosporium herbarum*. (Comm. précédemment nommée.)

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret, pour entendre le rapport de la section de thérapeutique et histoire naturelle sur les candidats.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES AFFECTIONS DE LA PEAU SYMPTOMATIQUES DE LA SYPHILIS; par M. BASSEREAU.—Un vol. in-8°.—Paris, 1852, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

(Premier article.)

Certains livres obtiennent de la critique un accueil plus particulièrement favorable, les uns par le piquant du sujet, les autres à cause de la réputation de l'écrivain; ceux-ci en raison de sympathies personnelles, ceux-là parce qu'ils remplissent un but d'utilité classique, etc., etc. Aucune de ces mille considérations qui expliquent un succès sans le justifier ne s'applique au jugement éminemment et franchement approbatif que nous portons sur l'ouvrage de M. Bassereau. Auteur assez obscur de quelques monographies peu répandues, il vient, selon nous, par les présentes recherches, de prendre le premier rang parmi les hommes d'élite qui, à l'exemple des Hünter, des Ricord, ont su mettre avec intelligence la méthode expérimentale au service de l'étude de la syphilographie.

Le titre de ce traité n'annonce absolument rien de ce qu'il renferme. Peu compréhensif, assez vague, il n'a qu'un mérite, mais il l'a pleinement, c'est de forcer le lecteur, pour voir ce qu'il signifie, à ouvrir le livre et à le feuilleter jusqu'au bout. C'est alors seulement qu'on découvre la riche moisson de faits et d'aperçus nouveaux qu'il renferme; c'est alors qu'on est en mesure d'apprécier le vœu, singulièrement prétentieux au premier coup d'œil, mais parfaitement légitimé par l'exécution, que l'auteur exprime de voir son ouvrage prendre la place d'un « complément devenu nécessaire à tous les traités de maladies de la peau, ainsi qu'à tous les traités de maladies vénériennes. » La sanction que nous ne craignons pas de donner à de semblables paroles nous engage, nous le comprenons, à une analyse détaillée: c'est une obligation que nous acceptons volontiers, mais sans décliner non plus celle de préciser, dans l'occasion, jusqu'à quel point nous entendons nous rendre solidaire des opinions exprimées par M. Bassereau.

Un premier chapitre, dit de *généralités*, est principalement consacré à la division des syphilides. L'auteur en compte huit espèces: l'érythémateuse, la papuleuse, la papuleuse humide ou muqueuse, la vésiculeuse, la bulleuse, la pustuleuse, la tuberculeuse et la squammeuse. Deux modifications se remarquent dans cette classification. D'abord la syphilide érythémateuse y a remplacé avec avantage celle que Biett appelait *exanthématique*, mot qui avait, malgré son acception bien convenue, l'inconvénient de rappeler à tout le monde les fièvres éruptives. En second lieu, une catégorie à part est enfin accordée à la lésion connue sous le nom de *papules humides*, lésion sur la nature de laquelle les précédents dermatologistes étaient si loin de s'entendre que, si l'on consulte leurs divers écrits, on la trouve tour à tour dans la classe des pustules, dans celle des papules et dans celle des tubercules. — Nous ne reprocherons à cette division que de n'avoir point tenu compte des changements de coloration, tels que les éphélides, non plus que des altérations qui constituent l'onyxis; ces dernières mériteraient bien une mention spéciale dans un ouvrage destiné à la description des désordres que le virus syphilitique fait subir au système tégumentaire.

Les éruptions syphilitiques ont un ordre d'apparition qu'elles n'enfreignent que rarement. Ainsi la roséole se manifeste avant les papules, les pustules et surtout les tubercules n'arrivant habituellement qu'à une époque plus avancée. M. Bassereau établit sur cette remarque une division des syphilides en précoces et en tardives. Mais, a-t-il soin de faire observer, pour lui une syphilide précoce n'est pas seulement celle qui paraît à une époque voisine de la contagion, mais encore celle qui paraît avant l'époque ordinaire de son développement. — Cette réflexion est juste; mais elle devait, ce nous semble, engendrer plus qu'une note explicative; elle aurait pu devenir avec utilité le principe d'une division spéciale; et, complétant la pensée de l'auteur, nous proposerions formellement nous-même de distinguer d'abord en *précoces* et en *tardives* les éruptions qui, selon l'ordre normal, sont plus ou moins rapprochées du moment où s'est opérée l'intoxication vénérienne; puis, en *prématurées* et en *arriérées* celles qui viennent plus tôt ou plus tard que leur nature ne le comporte et que cela ne s'observe d'habitude.

Parmi les caractères généraux attribués aux syphilides, les seuls, d'après

M. Bassereau, qui appartiennent en réalité à toutes leurs espèces sont la couleur cuivrée et la chronicité de la marche. Encore manquent-ils dans plusieurs (la roséole) et se rencontrent-ils dans d'autres affections de la peau parfaitement simples (l'acné). Quant aux autres caractères, tels que la forme arrondie, la tendance à détruire, l'aspect particulier des ulcères, des croûtes, des cicatrices, etc., ils ne s'appliquent qu'à certaines formes, et M. Bassereau spécifie avec soin la portée ainsi que les limites des services qu'on peut tirer de leur interprétation pour chaque cas particulier. — Il ajoute ensuite, de sa propre observation, deux caractères. Le premier, plus apparent dans les syphilides précoces, est leur disposition à se présenter simultanément chez le même individu sous toutes sortes de formes. Ainsi, dans les maladies de la peau, les exanthèmes se mêlent rarement aux vésicules, les pustules aux affections squammeuses. Rien de plus commun, au contraire, que les syphilides dans lesquelles on distingue, sur un fond érythémateux, un mélange de papules, de vésicules, de pustules, en même temps que la plupart des orifices naturels sont garnis d'éruptions papuleuses humides. — Cette observation de M. Bassereau est vraie; mais il faudrait se garder de lui donner la valeur d'un *criterium* infaillible; plusieurs dermatoses non vénériennes présentent en effet la même polymorphie. Ne distingue-t-on pas dans la gale chronique toutes les formes élémentaires, depuis l'exanthème érythémateux jusqu'aux pustules les mieux dessinées? L'eczéma ancien ne s'accompagne-t-il pas aussi de rougeurs, de pustules, de papules, en même temps que les vésicules constituent le fond essentiel de l'affection?

Le second caractère signalé par M. Bassereau est tiré de la différence tranchée de forme qui existe entre les éruptions syphilitiques et les maladies cutanées vulgaires qui s'en rapprochent le plus par la lésion élémentaire. Mais cette différence, très-tranchée pour certaines espèces, pour le tubercule muqueux par exemple, ne serait plus un signe diagnostique aussi précieux si l'on voulait l'appliquer indistinctement à toutes. Il faut donc savoir le consulter à propos; mais il n'importe pas moins de savoir s'arrêter devant les bornes naturelles de sa signification séméiologique.

Puisque l'occasion se présente de compléter sur ce point les notions ayant cours en syphilographie, nous la saisirons pour rappeler, à la suite des signes énumérés par M. Bassereau, un caractère précieux, et qui, bien consulté, trahit bien rarement l'attente du pathologiste, c'est l'existence actuelle ou antérieure de lésions des muqueuses chez les individus atteints de syphilides. Presque jamais une maladie simple de la peau, une dartre, ne s'accompagne d'ulcères de la gorge, de papules à la marge de l'anus. Tout au contraire, si vous examinez, si vous interrogez un homme porteur d'éruptions syphilitiques, vous manquerez dans fort peu de cas de constater directement l'une de ces altérations, ou si elles sont pour le moment éteintes, de rappeler à ses souvenirs leur existence assez récente. C'est là une indication des plus utiles et que les écrivains spéciaux ont peut-être eu le tort de laisser un peu trop dans l'ombre, en le confondant dans la foule des accidents mal définis ou sujets à manquer, qu'ils désignent sous le terme générique de *symptômes concomitants*.

A ces généralités, le livre proprement dit succède, c'est-à-dire la description des huit genres de syphilides admises par l'auteur. Nous allons donc commencer par le chapitre de la *syphilide érythémateuse*. Mais — le lecteur a besoin de le savoir — ce premier chapitre n'est pas seulement une section de l'ouvrage; c'est un ouvrage tout entier, c'est un traité à part. Car, à propos de chaque espèce, l'auteur examine une série de questions fondamentales en syphilographie; et comme c'est par la syphilide érythémateuse qu'il commence, il s'ensuit que ces questions se trouvent ici approfondies, entourées de développements, appuyées de preuves, formant l'objet de recherches, en un mot, beaucoup plus développées; de telle façon que, pour les sept autres espèces, c'est le même cadre qui servira ensuite, les mêmes problèmes qui seront soulevés, et les mêmes solutions, à part quelques différences de détail, qui interviendront. Donner une idée de cette partie placée en tête de l'ouvrage, c'est donc faire suffisamment connaître les vues générales qui appartiennent en propre à l'auteur; car le reste du traité est, comme on le verra, non-seulement pour la distribution des matières, mais pour le fond des pensées, à très-peu d'exceptions près, presque calqué sur elle.

L'histoire de l'érythème syphilitique comprend ici deux parties bien distinctes : la description de l'éruption comme entité morbide; l'exposé des questions litigieuses qui se rattachent à son étude.

Le tableau descriptif se recommande à la fois par l'exactitude la plus minutieuse, et par la sincérité que l'auteur met à convenir des imperfections de l'art au sujet de la cure de cette maladie. Le chapitre des récidives tient, dans ces pages, une place que, par un déplorable calcul, la plupart des auteurs se sont pour ainsi dire entendus à lui refuser jusqu'à présent. Il en indique l'époque, en spécifie surtout soigneusement les causes qu'il compte, soit dans l'absence de traitement spécifique, soit dans l'emploi d'un agent inférieur en efficacité au mercure, tel que l'iode, soit enfin — point bien important à connaître — dans une disposition pathogénique assez puissante pour résister à la médication mercorielle, même le plus hâtivement et le plus longuement administrée. Il ne néglige point non plus de signaler les différences qui séparent la seconde éruption, l'éruption de récidive, avec la première.

Quant à la description proprement dite, elle embrasse, comme nous l'avons déjà fait remarquer, non seulement les caractères physiques de l'éruption, mais encore la totalité des coïncidences pathologiques qui accompagnent son apparition; de manière que, sous le pinceau véridique de M. Bassereau, ces linéaments qui, pour d'autres auteurs, ne sont que la superficielle esquisse de l'on des traits de la syphilis, deviennent ici le portrait fidèle de la *première poussée* des accidents constitutionnels.

En effet, sous le nom d'éruptions accessoires, il traite, comme complication de la roséole, de l'éruption pustulo-crustacée du cuir chevelu, du front de la face, de l'echtyma du tronc, de la syphilide palmaire et plantaire, etc. Mais, dans cette énumération, deux symptômes méritaient et ont obtenu de sa part une mention plus circonstanciée. Ce sont l'engorgement des ganglions lymphatiques des parties latérales du cou, et la chute des cheveux.

L'adénite cervicale, signalée avec insistance par M. Ricord, est l'un des meilleurs signes par lesquels on puisse découvrir une vérole à peine née, ou une vérole partout éteinte et dont il ne reste plus que cette trace, présage trop peu fréquemment menteur de récidives ultérieures. Après l'avoir fait connaître dans toutes ses variétés d'époque de développement, de siége, de volume, d'indolence plus ou moins complète, M. Bassereau se demande à quoi tient cet engorgement. La question est par lui très-franchement posée : « Le système lymphatique participerait-il primitivement à l'influence morbide qui semble spécialement agir sur la peau, sur les membranes muqueuses, et sur quelques parties du tissu fibreux dans cette première période de la syphilis? Ou bien, y aurait-il simplement un rapport de cause à effet entre l'éruption cutanée et les ganglions qui reçoivent les lymphatiques de la peau malade? » Telles sont en effet les deux seules manières d'expliquer ce curieux phénomène. Malheureusement il n'est pas aussi net dans la solution que dans l'exposition. « Sans entrer, ajoute-t-il, sans entrer dans les raisons théoriques qu'on pourrait donner en faveur de la première opinion, je dirai que la seconde me paraît la plus probable..... » A coup sûr, et à nous aussi, elle paraît la seule admissible; car si cet engorgement précoce dépendait d'une influence directe de la diathèse, on ne voit pas pourquoi les glandes cervicales auraient le privilége exclusif d'en être atteintes, pourquoi tous les ganglions du corps n'offriraient pas à la même époque, la même espèce, le même degré de fluxion! Mais d'où vient cependant qu'il y a encore doute sur ce point? D'où vient que M. Bassereau se pose encore cette question — véritable contre-sens physiologique — d'une tuméfaction possible des ganglions sans lésion des tissus correspondants? C'est qu'il a probablement, comme tous les spécialistes, comme nous, vu des cas où les glandes cervicales sont prises sans que l'examen le plus attentif fasse découvrir d'altération, même la plus légère, appréciable dans les parties qui constituent le département, la sphère d'absorption de ces glandes. C'est là un écueil pour la théorie; mais il n'est qu'apparent, et on concilie aisément les données de l'observation avec les exigences de la science quand on sait, ainsi que nous l'avons nous-même rappelé, que la *céphalée prodromique* provient d'une véritable maladie du péricrâne, et que cette lésion matérielle, quand elle a existé, rend parfaitement compte de l'adénite cervicale qu'on rencontre chez des sujets dont le cuir chevelu est resté exempt de toute éruption syphilitique.

Pour l'alopécie, signe contemporain ou à peu près de celui-ci, M. Bassereau en note exactement les diverses circonstances; mais il ne se prononce point explicitement sur sa cause. Il ressort cependant assez clairement de sa description, cette opinion que la chute des cheveux est produite par l'érythème lui-même agissant comme cause locale sur la nutrition de ces phanères; car s'il avoue qu'elle commence quelquefois à se manifester avant l'apparition de l'exanthème, il remarque ensuite que les cheveux tombent *d'autant plus abondamment* qu'il s'est formé un plus grand nombre de pustules sur le cuir chevelu; et que si quelques malades conservent leurs cheveux, ce sont *précisément ceux qui n'ont pas eu d'éruption à la tête*. Comme, à cette période, les cheveux résistent souvent, malgré l'éruption locale la mieux caractérisée; — comme ils tombent alors en masse, et jamais plus spécialement autour des pustules qu'ailleurs; — comme l'alopécie est plus prononcée chez les individus qui deviennent chloro-anémiques par suite de la syphilis; — comme le traitement tonique l'emporte, pour la cure de ce symptôme, en efficacité sur le traitement spécifique, nous ne pouvons partager la manière de voir de M. Bassereau, et nous attribuons à la seule débilitation de la constitution, la perte des poils qui survient à cette phase de la maladie, comme après les couches ou durant la convalescence des fièvres graves.

Abordons maintenant les questions litigieuses que l'auteur soulève à propos de l'érythème syphilitique.

1° Et d'abord quel est le symptôme primitif qui a précédé l'érythème syphilitique? — A cette demande, on pressent la réponse. Élève de M. Ricord, M. Bassereau a eu le rare avantage d'observer successivement à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital du Midi. On peut donc dire de lui, en modifiant à son éloge un vers que l'obligeance de notre ancien maître a rendu tant de circonstance en pareille matière :

Nourri dans *les* sérails, il connaît *leurs* détours.

Il réunit, en effet, au talent de savoir diagnostiquer les symptômes constitutionnels, l'aptitude non moins précieuse à débusquer l'accident primitif dans les replis soit des tissus soit des souvenirs des malades, où trop souvent l'une des deux écoles le laisse en paix se cacher. Nous pouvons donc, avec lui, compter sur une statistique consciencieusement dressée. Or voici ce qu'elle fournit au sujet des antécédents :

Sur 198 sujets atteints d'érythème syphilitique, 170 ont présenté l'existence ou des traces irrécusables d'un symptôme primitif. Au contraire, sur 28 on n'a pu, au moment de l'examen, constater ni symptôme primitif, ni trace caractéristique de ce symptôme.

La première catégorie (170 cas) se subdivise ainsi :

Malades atteints, au moment de l'examen, d'érythème et de chancres ulcérés	75
Atteints d'érythème et en même temps de chancres ulcérés et de blennorrhagie	19
Atteints d'érythème et présentant une induration caractéristique résultat d'un chancre récent	62
Atteints d'érythème avec induration chancreuse et déclarant en même temps une blennorrhagie	14

La seconde catégorie (28 cas) se divise ainsi:

Malades qui déclarent avoir eu des chancres avant le développement de l'érythème	15
Malades qui déclarent avoir eu chancre et blennorrhagie	4
Malades qui déclarent avoir eu seulement une blennorrhagie	4
Malades qui affirment n'avoir eu ni chancre, ni blennorrhagie, à aucune époque	5

Ce tableau, avant toute discussion de détail, porte un enseignement qui, pour des esprits non prévenus, sera de nature à trancher la question. Toutes les fois que l'examen a pu se faire avant l'entière disparition du symptôme primitif, c'est un chancre que l'on a trouvé. S'il faut, au contraire, s'en rapporter aux renseignements fournis par les malades, alors le vague succède à la précision. Mais ces 9 malades qui affirment n'avoir pas eu de chancre se placent dans une situation tout exceptionnelle, vu leur petit nombre; et il suffit pour savoir à quoi s'en tenir sur leur témoignage, de connaître les circonstances nombreuses qui peuvent les conduire à l'erreur, à l'oubli, ou même au mensonge. De sorte que, sans être accusé de faire une part trop large aux fins de non-recevoir, on peut bien être en droit de dire qu'une pareille statistique confirme hautement et pleinement la loi étiologique posée par Ricord, à laquelle tous les bons esprits se rangent d'ailleurs aujourd'hui.

2° Quel est le siége du chancre qui a précédé l'érythème syphilitique? Cette question n'a guère d'importance que comme complément de la précédente. Il faut, en effet, que l'observateur sache que le chancre doit être recherché par lui dans les régions les plus éloignées de celles où il se rencontre d'habitude; que faute d'être renseigné sur ce point, et s'il se bornait à l'exploration des organes génitaux, il conclurait parfois à l'absence de chancre chez des sujets où un praticien plus exercé en découvrira aisément la présence ou le vestige. Nous dirons seulement, à ce sujet, que M. Bassereau a trouvé six fois le chancre sur la lèvre supérieure ou inférieure, deux fois sur la pointe de la langue, une fois à l'anus, une fois sur la cuisse, une fois sur le pouce de la main droite (1).

3° Quelles sont les diverses formes du chancre qui a précédé l'érythème syphilitique? M. Bassereau énonce ainsi le résultat de ses recherches sur ce point :

« Dans mes 170 observations l'érythème a été précédé de chancre induré 157 fois, de chancres dont l'induration était douteuse 13 fois » Il ajoute immédiatement : « Les 13 chancres dont j'ai considéré l'induration comme douteuse sont la plupart notés dans mes observations comme des ulcères non indurés. Si je les consigne ici comme des cas douteux, c'est que plusieurs d'entre eux ont été observés à une époque où je n'avais pas encore, relativement à l'induration spécifique, les notions pratiques que j'ai acquises depuis. » Singulier mélange de bonne foi et d'erreur, frappant exemple de l'influence de l'esprit sur la qualité des impressions perçues par les sens! M. Bassereau, interne, observant alors sans parti pris, voit des chancres non indurés et les déclare tels. Plus tard, il fait un livre, et forcé d'opter entre deux théories, choisit celle qui ne veut pas de chancre simple là où il y a vérole constitutionnelle. Plus d'hésitation dès lors; il ne balance pas à s'incriminer lui-même; il récuse son propre témoignage : J'avais appelé ces chancres non indurés, dit-il; excusez-moi, c'est que *je n'avais pas encore les notions que j'ai acquises depuis*... Pour nous, au contraire, ce nombre de 13 cas sur 170 représente justement la proportion dans laquelle le chancre non induré, le chancre *souple*, nous semble capable de produire la vérole constitutionnelle.

Pour mieux justifier sa proposition, M. Bassereau décrit comme forme spéciale de chancre l'*érosion chancreuse*, espèce ayant cela de particulier qu'elle n'attaquerait pas toute l'épaisseur de la muqueuse ou de la peau, qu'elle ne serait jamais taillée à pic et qu'elle ne laisserait pas de cicatrices. Il paraît même, mais il ne se prononce pas explicitement sur ce point, que l'induration y est très-peu marquée. Or, si l'on réfléchit que cette variété est celle qui a produit 143 fois sur 157 l'érythème syphilitique, on comprendra combien son étude est digne d'intérêt, puisqu'on peut souvent, si l'on observe le malade trop tard, méconnaître les vestiges de ce chancre, et se laisser entraîner à croire à une vérole d'emblée ou à une vérole suite de blennorrhagie. Notre expérience personnelle ne confirmant pas l'importance que M. Bassereau accorde à ce chancre, du moins comme espèce fréquente, nous ne pouvons que renvoyer nos lecteurs au chapitre où il la décrit, et mieux encore à l'observation clinique, afin de vérifier jusqu'à quel point ses indications sont exactes.

P. DIDAY.

(La fin au prochain numéro.)

(1) Par une coïncidence qu'il nous sera permis d'appeler piquante, la main, le doigt même qui trace ces lignes est actuellement (16 août) affecté d'un chancre contracté par le toucher vaginal. Spécialiste, nous l'avons fait de suite et vigoureusement cautériser. Un homme du monde l'aurait sans doute méconnu, vu son siége exceptionnel, et eût pu plus tard considérer et fait considérer sa suite constitutionnelle bien naturelle comme une vérole d'emblée ou un produit d'anciens flux urétraux.

VARIÉTÉS.

— Dans le comité secret de mardi dernier, la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale a présenté la liste de candidature dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Chatin;

En deuxième ligne, M. Ch. Robin;

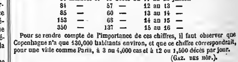
Et *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Martinet et Sandras.

— LE CHOLÉRA A COPENHAGUE. — Les chaleurs très-grandes qui règnent dans le pays depuis quelque temps ont donné une grande intensité à la maladie, et la terreur qui avait gagné les habitants s'est accrue au point que tous ceux qui peuvent quitter la ville et habiter des campagnes où le mal n'a pas encore pénétré se hâtent de s'éloigner.

Des sommes considérables ont été votées par la diète; le roi et la reine veuve y ont contribué aussi pour une grande part, et grâce à ces secours, l'assistance des pauvres est assurée.

Les conseils médicaux sont en permanence, et les visites domiciliaires sont faites avec régularité. J'ai le regret de vous annoncer que trois de nos honorables confrères ont déjà payé le tribut à l'épidémie, et ont succombé victimes de leur zèle et de leur dévouement.

On pourra, du reste, juger de la gravité de la maladie par le relevé des bulletins officiels de ces derniers jours. Ainsi on a compté :



84	malades et	46	décès du	11 au 12	juillet.
84	—	57	—	12 au 13	—
85	—	60	—	13 au 14	—
153	—	68	—	14 au 15	—
350	—	137	—	15 au 16	—

Pour se rendre compte de l'importance de ces chiffres, il faut observer que Copenhague n'a que 130,000 habitants environ, et que ce chiffre correspondrait, pour une ville comme Paris, à 3 ou 4,000 cas et à 12 ou 1,500 décès par jour.

(GAZ. DES HÔP.).

— D'un autre côté, on écrit de Berlin le 20 juillet :

« Il paraît que le choléra va s'étendre sur nos provinces de la Baltique. Les cas augmentent à Stettin, et il s'en produit aussi à Dantzick, où l'épidémie pourrait devenir très-dangereuse dans les parties basses de la ville et des environs, surtout à cause de la température humide qui règne. Le choléra ne s'est pas encore montré dans notre ville. »

— La petite vérole sévit avec une extrême violence parmi les Indiens du territoire d'Utah; une lettre du 21 avril porte à un millier le nombre de cheyennes et de shoshones qui y ont succombé. Dans une localité, on a entassé 330 cadavres dans une maison à laquelle on a mis le feu.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIES DE MÉDECINE DE PARIS ET DE BRUXELLES. — FIÈVRES PALUSTRES ; ÉTIOLOGIE ; EXISTENCE DE DEUX ÉLÉMENTS MORBIDES DANS LES ENDÉMO-ÉPIDÉMIES DES PAYS CHAUDS.

Les Académies de médecine de Paris et de Bruxelles entendaient presque en même temps, la première une lecture, la seconde, un rapport traitant expressément ou subsidiairement des causes des fièvres intermittentes. Nous faisons ici allusion au rapport lu par M. Van Coetsem, sur un mémoire de M. le docteur Gigot, intitulé : DE L'INFLUENCE DES VARIATIONS BRUSQUES DE TEMPÉRATURE SUR LA PRODUCTION DES FIÈVRES INTERMITTENTES, et à la lecture que l'Académie de Paris a entendu dans sa dernière séance.

Les questions étiologiques ont toujours été les privilégiées de la GAZETTE ; nous ne pouvons nous dispenser de saisir celle-ci au passage, car c'est une des plus importantes.

L'influence de la civilisation sur le règne pathologique d'une contrée est ici de la dernière évidence : les institutions éclairées, les améliorations dans l'aménagement du sol, l'extension de la culture, chassent devant elles l'insalubrité; mais avec la barbarie, et même avec la paresse de l'homme et la négligence du sol, on voit revenir l'endémo-épidémie. C'est bien le cas de le répéter : tant vaut l'homme, tant vaut le sol, proposition toujours vraie, n'importe dans quel sens on la retourne. L'activité, la population, l'industrie, la culture ont fui Rome, et aussitôt la fièvre a pâli ses habitants, *pallidi, muti, estenuati, volti*, comme les appelle Alfieri dans son fameux sonnet adressé à Métastase. La campagne de la ville éternelle, jadis peuplée de robustes Romains, cultivée avec un soin extrême, remplie de villas splendides dont les ruines nous étonnent, et de fermes dont Columelle, Varron et Caton nous content les travaux ; cette campagne perd ses habitants, se dépouille de ses arbres, l'herbe libre croît dans ses champs abandonnés, et aussitôt la fièvre la fait déserte et mortelle. La voluptueuse Baïa, où la terre manquait aux Romains, obligés de construire sur la mer, lande triste et empestée aujourd'hui, n'est peuplée que de souvenirs; et, sous les péristyles des temples de Pœstum, où la foule immense accourait autour de la victime immolée aux dieux, on n'entend plus retentir que le pas d'un gardien de troupeaux.

Mais, pendant que la salubrité fuit la vieille terre classique, les contrées que la fierté romaine appelaient barbares, se couvrent d'une florissante et vivace population, et leurs vallées, jadis envahies par les herbes marécageuses, se parent de plantes utiles.

Pour lire ces changements, il n'est pas nécessaire d'envisager de si longues périodes historiques. Qui reconnaîtrait, dans les Pays-Bas d'aujourd'hui, la malsaine contrée dont Pringle nous fait un si déplorable tableau, la terre fatale où les armées anglaise et française trouvèrent la mort par la fièvre et par la dyssenterie ? Nous voyons tous les jours les villes naissantes de notre colonie algérienne gagner en salubrité, à mesure que la civilisation progresse, que la zone de culture qui les entoure devient de plus en plus large, et que les travaux de nos soldats dessèchent les foyers palustres voisins. Enfin, dans les Maremmes toscanes, la population prospère et s'accroît là où, naguère encore, celui qui osait braver la *malaria*, trouvait une mort prématurée.

On ne saurait donc en douter un instant, il existe des maladies, et l'endémo-épidémie palustre est de ce nombre, qui sont dues à des conditions accidentelles, plus ou moins amovibles, qu'il est donné à l'homme d'annihiler, ou, tout au moins, d'atténuer considérablement.

Mais il est d'autres affections que la civilisation ne déplace pas, sur lesquelles les travaux des hommes ont peu d'influence. Toujours les contrées du Nord seront fécondes en phlegmasies franches et aiguës des organes respiratoires ; toujours les flux intestinaux et les affections hépatiques seront fréquentes dans les pays chauds. Le Septentrion conservera une sorte de monopole de localisation, et, dans le Midi, les affections seront préférablement des fièvres, des maladies *totius substantiæ*.

Vous ne purgerez point l'Égypte ni les déserts sablonneux et brûlants, de leurs terribles ophthalmies, ni de ces véritables sidérations par l'excès de la chaleur. C'est plutôt au climat qu'à l'hygiène que semblent également dus les éléphantiasis des îles de l'archipel indien, les hématuries endémiques de l'île de la Réunion, etc., etc.

Il faut donc bien reconnaître que si une grande classe d'affections est due à des conditions accidentelles et amovibles, un autre genre morbide se trouve sous la dépendance des conditions essentielles, permanentes, plus ou moins inamovibles du climat. Contre celles-ci l'hygiène et la civilisation n'ont pas une action puissante, et la thérapeutique est appelée presque seule à lutter contre un mal dont on ne peut guère empêcher le développement; mais, au contraire, contre les premières, l'hygiène a un grand rôle à remplir, puisque, grâce à elle, on est à même de détruire les causes qui les engendrent.

On n'a pas jusqu'à présent apporté une attention assez sérieuse aux résultats que peut amener l'action simultanée de ces deux causes sur le règne pathologique d'une région. L'endémo-épidémie annuelle des pays chauds palustres est constituée par deux genres morbides bien distincts, dus, l'un aux conditions accidentelles miasmatiques, l'autre aux conditions essentielles du climat. Le plus souvent on n'a vu qu'un genre de maladies, qu'un genre de causes ; on a confondu des essences diverses dans la même étiologie ; on a appliqué la même thérapeutique à deux éléments ayant chacun une exigence spéciale.

Si la manifestation des deux grandes influences étiologiques se traduit souvent par des maladies simples, souvent aussi, chez un sujet placé sous cette double action, les deux maladies se réunissent et forment ainsi ce que Torti appelait une fièvre proportionnée, c'est-à-dire une affection constituée par l'élément intermittent et par un élément continu. La lecture que nous avons faite à l'Académie avait pour but principal de mettre en évidence ce grand fait d'observation, d'établir la dualité des affections endémo-épidémiques des pays chauds et palustres.

En considérant les choses d'un peu haut, on cesse bientôt de voir de l'étrangeté dans la fusion si fréquente de deux éléments morbides, ayant chacun son étiologie, ses phénomènes et sa thérapeutique, en une seule affection complexe, qui est comme leur résultante. Quand une épidémie règne, les affections intercurrentes n'en reçoivent-elles pas une empreinte bien marquée, en, d'autres termes, ne lui empruntent-elles pas quelque chose ? Comme conséquence de ce principe, l'épidémie saisonnière de fièvres intermittentes et rémittentes de certaines contrées doit nécessairement

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XX.

CIVITA-VECCHIA. — 1° TOPOGRAPHIE MÉDICALE.

A M. Baudens, inspecteur médical, membre du conseil de santé des armées.

Saint-Dié (Vosges), 10 mai 1851.

I.

ESQUISSE DE TOPOGRAPHIE MÉDICALE.

Médecin en chef à Civita-Vecchia pendant huit mois de l'année 1850, nous avons consacré nos loisirs à recueillir nous-même l'histoire de nos malades et à suivre pas à pas les diverses phases de l'endémo-épidémie. Nous avons également pris les observations météorologiques, de manière à pouvoir établir un rapprochement entre leur règne et celui de l'endémo-épidémie.

Mais avant d'entamer cette relation médicale, il est nécessaire de tracer en quelques mots la topographie de Civita-Vecchia. Nous n'insisterons que sur les points qui offrent une connexion étroite avec le sujet qui nous occupe, c'est-à-dire avec le genre paludéen considéré dans ses causes et dans ses manifestations. Donner une topographie complète serait d'ailleurs impossible ; les documents officiels manquent; la municipalité s'occupe à les rassembler au moment où nous écrivons. Aucune table météorologique n'existe ; nos observations personnelles portent heureusement sur août, septembre et octobre, époque la plus intéressante de l'endémo-épidémie.

Nous ne nous appuyons pas seulement sur notre propre expérience, mais nous empruntons au livre de Torraca (1), à la notice topographique de M. Orsi, à divers travaux de M. Gerolami (2), savant modeste et obligeant, enfin au travail manuscrit si consciencieux que M. Dussourd, notre prédécesseur à Civita-

(1) Torraca, DELLE ANTICHE TERME TAURINE DI CIVITA-VECCHIA... E DELLE NATIVE ED AVVENTIZIE QUALITA DI SUA ATMOSFERA. Roma, 1761.

(2) Gerolami, CONSIDERAZIONI SOPRA IL CLIMA DI CIVITA-VECCHIA ED ALCUNE PRINCIPALI E ENDEMICHE MALATTIE CHE VI DOMINANO. — INTORNO AD UNA COSTITUZIONE EPIDEMICA SERVATA IN CIVITA-VECCHIA, STAGIONE ESTIVO-AUTUNNALE DELL' ANNO 1850. In CORRISP. SCIENT. DI ROMA, 1850.

influencer les affections dues au climat même. D'autre part, comme celles-ci, dans les pays dont nous parlons, revêtent aussi les caractères anxquels on reconnaît une véritable endémo-épidémie également saisonnière, elles s'immisceront à leur tour dans les affections du premier genre. Il en résulte nécessairement que, chez le même sujet, on pourra observer les phénomènes réunis des deux genres d'affections. On voit que nous arrivons bien près de la doctrine des éléments morbides, sans emprunter à laquelle on ne saurait, à notre avis du moins, faire un pas dans l'étude de la pathologie des pays chauds.

Cette analyse des endémo-épidémies des pays chauds et palustres, dont le résultat est l'isolement de deux genres morbides élémentaires, nous semble éclairer d'une nouvelle lumière l'étiologie obscure et controversée qui préside à la pathologie de ces régions. En considérant comme un bloc homogène ces endémo-épidémies annuelles, chaque parti exclusif est tombé dans l'erreur : les uns, prétendant tout attribuer au miasme, se sont quelquefois vainement escrimés à trouver des foyers palustres suffisamment étendus et puissants pour expliquer les maladies régnantes; les autres, niant le miasme et voulant mettre la masse des affections estivo-automnales sous la dépendance des vicissitudes météorologiques, ont été conduits à d'étranges interprétations, à nier ou à torturer les faits, à attribuer à un ordre de causes banal la production de maladies toutes spéciales Il en est enfin qui, transportant dans la science médicale l'éclectisme philosophique de l'école moderne, ont tout admis; aveugle méthode qui pacifie la surface, mais laisse subsister au fond toutes les dissidences.

Une synthèse anticipée avait prétendu englober toutes les affections endémo-épidémiques des pays chauds dans une seule classe nosologique; l'étiologie a dû subir la même simplification. En procédant à l'analyse de cet assemblage hétérogène, on dégage deux éléments; chacun d'eux a ses causes particulières, ses caractères phénoménaux, ses exigences thérapeutiques; tout devient clair, tout s'explique; chaque genre morbide possède son domaine; enfin la double étiologie doit être invoquée, et un double traitement demande à être mené de front, quand les deux genres morbides déteignant l'un sur l'autre, se pénètrent réciproquement, qu'on me passe ces expressions figurées, et engendrent ainsi une affection complexe.

Ces idées ne sont point nouvelles comme fait de détail, puisque Torti admet des fièvres *proportionnées*, mot dont nous avons déjà indiqué l'acception; mais comme doctrine générale embrassant l'ensemble de la pathologie des pays chauds, nous ne pensons pas qu'elles aient été émises.

Une part étant faite aux influences effluviales et aux vicissitudes météorologiques, transportons la question sur un autre terrain.

Si les grandes épidémies, le choléra et la fièvre jaune, par exemple, ne sévissent sur les populations que sous l'influence d'une cause générale, d'un *quid divinum* inconnus, mais qu'il faut bien admettre, il n'en est pas moins vrai que des cas isolés, épars, sporadiques, ressemblant très-fort à ces affections, se manifestent de temps à autre, hors de toute influence épidémique qui puisse les expliquer. Nous avons vu, en Algérie, des fièvres graves revêtir une phénoménisation qui a fait prononcer le mot *fièvre jaune*, et nous avons observé des cas de choléra sporadique bien caractérisés, alors que cette affection ne régnait épidémiquement dans aucune localité algérienne. Chez un individu, le choléra sporadique s'était manifesté après une superpurgation par le copahu.

Il faut donc bien le reconnaître, s'il faut une cause spéciale, spécifique, pour amener une épidémie, les cas sporadiques se passent de ce mode de génération.

Il en est de la fièvre intermittente comme de ces grandes épidémies : elle n'existe à l'état d'endémo épidémie annuelle que là où se rencontrent de puissants foyers miasmatiques; mais des cas sporadiques se manifestent quelquefois hors de ces influences. On sait qu'une fièvre intermittente franche peut suivre l'opération du cathétérisme urétral, l'immersion dans l'eau très-froide, etc.; ces cas sont rares, mais semblent très-réels. Rien ne répugne donc à admettre que certaines vicissitudes atmosphériques, agissant sur des individus dont les dispositions s'y prêtent, n'engendrent une fièvre d'accès. On voit qu'une affection épidémique diffère d'une maladie sporadique affectant les mêmes phénomènes, non-seulement parce que la première englobe dans sa sphère d'action une population entière, tandis que la seconde ne sévit que sur de rares individus épars, mais parce que leur source, leur origine, je dirais presque leur nature, ne sont plus les mêmes.

Les observations communiquées par M. Gigot à l'Académie de Bruxelles sont de la catégorie des fièvres intermittentes produites par les vicissitudes météorologiques, dans des contrées où, d'après ce médecin, il n'existerait aucun foyer de dégagements palustres. Il les appelle lui-même fièvres intermittentes sporadiques, et se garde bien de dénier aux effluves des marais la génération des fièvres à quinquina endémo-épidémiques.

L'auteur, jusque-là dans le vrai, s'égare bientôt quand il admet que ces fièvres sporadiques peuvent être *pernicieuses*, *même larvées*. Le rapporteur a d'ailleurs établi que les observations sur lesquelles M. Gigot se fonde, ne l'autorisent pas à émettre cette opinion. Si, à la suite d'une vicissitude météorologique fortement ressentie, la déperdition et la concentration des forces vives de l'économie se trahit d'abord par un frisson; si la réaction s'allume ensuite et se manifeste par de la chaleur, suivie d'une sueur qui amènera la détente et du mieux être; si ces phénomènes s'accompagnent soit d'accidents nerveux, de délire, soit d'embarras dans certains organes qui deviendraient, je suppose, le siége d'un raptus sanguin, est-ce bien là une raison pour prononcer le mot fièvre pernicieuse? Assurément non. Toutes les questions médicales sont si complexes, il est si rare de rencontrer, n'importe dans quelle maladie, un trait assez spécial pour la caractériser et la différencier, qu'il faut toujours appeler à son aide, quand on veut porter un jugement, tous les points relatifs à cette maladie. L'étiologie fournit de précieux enseignements, la marche et la terminaison donnent aussi leur contingent, enfin il n'est pas jusqu'aux suites, par exemple la cachexie palustre, aboutissant de tant de fièvres prolongées, qui ne doivent être invoquées, quand il s'agit de déterminer la nature, l'essence d'une maladie. Tant qu'on n'a consulté que les symptômes, on a écartelé la fièvre typhoïde en six ou huit espèces diverses, qui toutes se sont réunies en une seule lorsqu'enfin on s'est basé sur une observation plus complète. Avertis du danger, évitons-le désormais.

FÉLIX JACQUOT.

Vecchia, a adressé au conseil de santé des armées, Torraca, M. Gerolami et moi, nous arrivons à cette conclusion, que le site de Civita-Vecchia et les circonstances palustres qui y sont accumulées, constituent un foyer miasmatique suffisant pour se rendre compte de l'endémo-épidémie annuelle. MM. Orsi et Dussourd ne sont pas de cet avis. Repoussant l'étiologie miasmatique, ils font résider les causes des fièvres à quinquina dans les agents météorologiques, notamment dans les perturbations thermiques. M. Dussourd conclut à peu près ainsi : Deux causes principales contribuent au développement des fièvres : la qualité particulière du liquide sanguin (appauvrissement, anémie), les vicissitudes de la température et surtout la froide humidité des nuits.

Nous espérons démontrer que les causes miasmatiques sont très-nombreuses, et qu'il n'existe dans la météorologie de Civita-Vecchia que des conditions communes à un grand nombre de localités où la fièvre n'est pas endémo-épidémique.

Civita-Vecchia a succédé, après les vicissitudes des temps et des événements, à l'ancienne Centumcellæ, qui remonte à l'époque étrusque. Son lustre ne date guère que de Trajan, qui y fonda des thermes et une villa impériale, et fit établir un port dont les modernes ont à peu près conservé le dessin, puisque les murs actuels reposent sur les vieilles constructions réticolaires romaines. Au moyen âge, Civita-Vecchia subit le sort commun des villes latines; ruinée bien des fois, elle se releva péniblement. En 1632, elle ne compte que 546 habitants; en 1761, elle en nourrit déjà 4,000; elle est peuplée aujourd'hui de 7.500 âmes.

Par 42° 5′ 24″ lat. nord et 29° 17′ long. est, sur les dernières ondulations de collines qui viennent mourir dans la mer, Civita-Vecchia est assise le long du rivage, qui court du N.-N.-O. au S.-S-E. Les collines s'élèvent rapidement, en s'enfonçant dans les terres, et ne tardent pas à se grouper en une chaîne dont la direction est à peu près celle du rivage. Le résultat capital de cette grande disposition, c'est de frustrer presque entièrement la ville du bénéfice des vents salubres de l'est. Quelques chaînons se détachent du massif principal et se projettent vers la mer; mais, vu leur peu d'altitude et leurs interruptions, ils ne constituent pas un rempart contre les vents qui viennent, d'une part, du nord et du nord est, d'autre part, du sud-ouest, après avoir balayé le rivage bas et palustre de la mer tyrrhénienne. Les vents terrestres du nord se font plus sentir que les vents terrestres du sud En effet, la côte maremmatique de Toscane, en courant du sud-est au nord-ouest, empiète sur la mer, s'étale sur Civita qu'elle couvre, et multiplie ainsi les terres au nord, tandis qu'au sud, celles-ci fuient et font retrait vers le sud-est, abandonnant pour ainsi dire la place à la mer, sur laquelle passent les vents du sud et du sud-ouest, si fréquents dans ces contrées.

Une chaîne de collines, qui s'allonge au sud-est de Civita et va se perdre dans la mer, contribue également à sa protection de ce côté. Ainsi l'on ne devra pas s'étonner que la partie sud de Civita-Vecchia ne soit pas la plus malsaine, puisque les vents méridionaux sont surtout marins, et partant relativement plus salubres et les vents du nord, surtout terrestres, c'est-à-dire moins sains.

Les vents marins du sud, peu miasmatiques par eux-mêmes, ont une autre influence malfaisante, comme nous allons le voir.

Nous avons dit que la ville de Civita est couverte à l'est par une chaîne mon-

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'AMAUROSE ALBUMINURIQUE ;
par M. A. AVRARD, D. M. P.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

OBS. I. — Xavier (Marie), âgée de 9 ans, a été souffreteuse depuis sa naissance, a toujours pissé au lit, et est dans un état voisin de l'imbécillité.

Marie et deux de ses sœurs, dont une plus âgée et l'autre plus jeune, placées exactement dans les mêmes conditions hygiéniques, furent atteintes des prodromes d'une fièvre éruptive le 30 octobre 1850 ; le 31, elles avaient tous les symptômes de la scarlatine.

Chez l'aînée, âgée de 10 ans, la maladie fut presque apyrétique et assez bénigne pour qu'elle pût être considérée comme convalescente le quatrième jour ; je dois ajouter qu'il se développa, à partir du troisième jour de la maladie, dans le creux sus-claviculaire gauche, un abcès qui acquit le volume d'un œuf de poule et qui peut être considéré, je crois, comme phénomène critique.

Chez la plus jeune, l'éruption fut générale, d'une rougeur intense, et la fièvre très-forte ; une angine, qui, pendant deux jours, m'inspira des craintes sérieuses pour la vie de l'enfant, ne me permit pas de m'en tenir à la médecine expectante, comme je l'avais fait pour l'aînée. Je n'ai pas constaté de troubles du côté de la vision, peut-être parce que je n'ai pas assez fixé mon attention sur ce point. Les urines ont toujours été acides, foncées, peu abondantes ; elles n'ont pas été traitées par l'acide azotique.

Chez Marie, sujet de cette observation, prodromes le 30 octobre, éruption scarlatineuse facile et d'une intensité moyenne le 31 et jours suivants. Jusqu'au 6 novembre la maladie suit une marche régulière, et l'enfant est soumise à la médecine expectante. Il y avait un ou deux vomissements bilieux chaque jour. Le 6 au soir, le pouls est à 90, à peine fébrile, et l'éruption pâlit sur les parties primitivement atteintes. Tenant compte de l'état anémique de l'enfant, qui demande à manger, je permets quatre cuillerées d'un potage léger.

7. L'enfant est bien. Deux soupes pour la journée.

8. Je ne peux voir ma petite malade le matin. La mère la trouvant mieux encore que la veille lui donne à manger à discrétion, ce qui ne détermine pas d'indigestion, au moins pendant les premières heures. Dans le jour, l'enfant se lève et se refroidit ; à huit heures du soir, malaise, fièvre, cris aigus, gestes indiquant une céphalalgie et des coliques intolérables ; peu de temps après ces premiers accidents, elle pisse du sang et se trouve soulagée. Pas de vomissements, pas de selles.

Je vois Marie à onze heures du soir ; l'enfant se plaint de l'approche de la lumière, ce qu'elle ne faisait pas il y a quatre jours quand j'examinais l'éruption le soir. Comme elle ne sait pas lire, je ne peux constater l'intégrité de la vue ; je ne suis pas sûr qu'elle distingue les boutons de ma chemise, bien qu'elle le dise ; elle ne voit pas les aiguilles de ma montre qui sont noires. Il n'y a d'œdème nulle part, pas même aux paupières. Le sang rendu par l'urètre a été jeté. Je prescris :

Laudanum de Sydenham.	1,00
Teinture de ratanhia. . .	3,00
Sirop de quinquina . . .	30,00
Eau commune	100,00

à prendre par cuillerée à soupe, d'heure en heure, dans de l'infusion de tilleul. Deux lavements froids pendant la nuit, à quatre heures d'intervalle l'un de l'autre, et un bain de siége chaud à cinq heures du matin.

9. La malade n'a pas dormi ; le pouls est filiforme, à 100,104. Les quatre paupières sont œdématiées ; la lèvre supérieure, par le fait de l'œdème, offre l'aspect scrofuleux qu'elle n'a pas dans l'état normal de la malade ; pas d'infiltration ailleurs. La sclérotique gauche est le siége d'une suffusion sanguine qui occupe toute la partie située au-dessous du diamètre transverse de l'œil. Des taches de 2 à 6 millim. de diamètre, régulièrement arrondies et d'un rouge foncé uniforme, sont disséminées sur le dos, où il y en a fort peu, sur la poitrine et l'abdomen, où il y en a une vingtaine environ et groupées sur les membres. Le membre supérieur droit en présente à lui seul, sur les faces externe et postérieure, soixante au moins. Le côté de la flexion, tout aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, n'en offre pas en tout plus de huit ou dix. Les narines et les lèvres sont abondamment encroûtées de sang desséché ; la langue est noirâtre dans toute son étendue ; la muqueuse buccale est décolorée partout ; pas d'hémoptysie, pas d'hématémèse.

Marie appelle sa mère qui est près d'elle et qu'elle ne voit pas ; elle ne peut distinguer ma montre. La chambre étant peu éclairée, on me donne une lumière que l'enfant voit à peine à petite distance ; les pupilles sont largement dilatées et régulières ; l'iris ne se contracte pas à l'approche du doigt et très-peu à l'approche de la lumière.

La malade a rendu en six fois, par l'urètre, depuis hier soir, un kilogramme environ d'un liquide rouge noirâtre, semblable à du sang veineux auquel on aurait ajouté un peu d'huile qui surnagerait. D'après la recommandation faite la veille, chaque évacuation a été reçue dans un vase différent. Le premier lavement a été rendu sans mélange de sang ; le second n'en contenait que très-peu, et je n'en tiens pas compte dans l'évaluation ci-dessus indiquée de la quantité de sang perdue. Le liquide de tous les vases est rouge foncé, d'aspect huileux, non coagulé, alcalin et complétement inodore, une partie du liquide contenu dans chacun des six vases est successivement traitée par l'acide azotique ; j'obtiens six précipités qui varient d'un quart à deux tiers de la hauteur de la colonne du liquide introduit dans le tube. Le liquide excrété le dernier donne le dépôt le plus abondant.

Prescrip. :		
	Teinture de ratanhia. .	5,00
	— quinquina.	6,00
	— gentiane. .	10,00
	Sirop de quinquina. . .	30,00
	Eau commune	100,00

A prendre, sans mélange, par cuillerée à soupe, d'heure en heure.

Sept heures du soir. Bien qu'il n'y ait pas d'hémorrhagie proprement dite par la bouche et le nez, les narines sont obstruées et les lèvres sont recouvertes par d'épaisses croûtes de sang. La face est pâle, cadavérique, la prostration extrême, la voix éteinte, le pouls filiforme à 120. Sur toutes les faces des membres inférieurs et du membre supérieur gauche, on remarque plus de taches rouges que le matin, et de plus dans les intervalles de ces taches, un assez grand nombre de plaques ecchymotiques ; le membre supérieur droit ne présente que deux ecchymoses, mais les taches rouges sont plus nombreuses que le matin ; l'infiltration de la face n'a pas augmenté.

L'imbécillité ordinaire et surtout la prostration extrême de la malade ne me permettant pas de l'interroger pour m'assurer exactement de l'état de la vue, je constate que l'œil paraît insensible à la lumière approchée presque jusqu'au contact. Les pupilles sont largement dilatées et régulières.

De sept heures du matin à quatre heures du soir, la malade a rendu, tant par le rectum que par l'urètre, en plusieurs fois, 500 grammes environ d'un liquide en tout semblable, par les caractères physiques, à celui de la nuit précédente. Il n'y a pas eu d'évacuations de sang depuis quatre heures du soir à sept heures.

La mère, croyant sa fille perdue, n'a pas insisté pour faire prendre la potion, de sorte qu'il en reste le tiers environ.

On ne peut me dire et je ne peux distinguer quels sont les vases dans lesquels

---

tagneuse ; elle reçoit, au contraire, directement tous les vents du sud et du sud-ouest, de l'ouest et du nord-ouest. Si une large coupure existait dans le rempart montagneux, ces vents, y trouvant une issue, établiraient ainsi un courant continu d'air marin et salubre qui passerait par Civita pour se perdre dans les terres ; mais il n'en est pas ainsi ; leur écoulement se trouve gêné dans l'est, les montagnes les arrêtant en partie et les repoussant vers le rivage.

Quand les vents du sud et du sud-ouest, marins et peu miasmatiques par eux-mêmes, viennent à souffler, ils agissent néanmoins défavorablement à la santé publique, en favorisant, par leur chaleur et par leur humidité, la dissolution des miasmes charriés par les vents terrestres, soit dit sans préjudice de leur action énervante, due à la chaleur humide.

Caractérisons en peu de mots les vents qui soufflent à Civita-Vecchia : le nord est froid ; le nord-ouest froid et humide ; c'est un mistral modifié par son passage sur la mer ; le nord-est froid et sec, souvent impétueux pendant l'hiver, on l'appelle *tramontana* ; l'est est assez doux et sec ; l'ouest, zéphyr favonien, doux et humide. Tous les vents du sud sont chauds ; le sud-est s'appelle *scirocco* ; le sud-ouest amène des tempêtes ; la fin de l'été et l'automne sont leur époque de prédilection. Nous ne parlons pas du jeu alternatif bien connu des vents de terre et des brises de mer ; il n'offre point de particularité qui le fasse sortir des lois générales indiquées par la physique et par l'expérience.

La campagne de Civita-Vecchia est désolée, nue, inculte ; on peut aujourd'hui encore l'appeler *desolata campagna*, qualificatif que Torraca lui donnait il y a près d'un siècle. Si on en excepte quelques villas éparses et quelques fermes rares dont les clos sont égayés par des arbres, on ne rencontre que terrains incultes, pentes ravinées, landes dépouillées et sèches, maquis sauvages, parsemés de quelques parcelles où la main du laboureur sème des céréales, chaque trois ou quatre ans. Si la nature ne faisait croître, sans le secours de l'homme, de l'herbe sur les collines nues et dans les plaines, la campagne de Civita-Vecchia offrirait l'image du désert.

Il suffit, dit Torraca, qu'un territoire soit inculte et inhabité, surtout quand il est bas, pour que l'air y soit mauvais et fiévreux. C'est là une observation qu'on a pu répéter maintes fois en Algérie. Sans chercher nos exemples si loin, nous en trouvons aux portes mêmes de Civita Vecchia. Corneto, dit M. Gerolami, est beaucoup plus salubre depuis que l'industrie agricole, inconnue à Civita, a entouré la première de ces deux villes d'une large zone de culture et d'arbres.

Toute la plage de Civita-Vecchia, en allant au nord et au sud, est si basse que, pendant l'été, par les mers calmes, on peut parcourir trente à quarante pas entre le rivage et l'eau, en foulant une litière formée d'algues accumulées, de débris en putréfaction, et coupée, d'espace en espace, de flaques où pullulent des myriades d'animaux maritimes et d'insectes terrestres en décomposition. Quand le flot se soulève, ou seulement par le flux léger de la Méditerranée, cette bande est noyée par l'eau ; puis la mer basse la laisse de nouveau à l'air, pénètre d'une nouvelle humidité.

Torraca et M. Gerolami ont déjà insisté sur ces dispositions. Le fait est que le rivage se trouve comme ourlé d'une bordure de plantes maritimes si épaisse qu'en certains endroits, cette couche, incessamment battue par l'eau, atteint jusqu'à

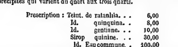
la malade a uriné et ceux dans lesquels elle a été à la selle. Dans tous les vases, le liquide est alcalin. Ces différentes évacuations, traitées par l'acide azotique, donnent des précipités qui varient de moitié à la presque totalité. Je ne sais quelles sont ces dernières déjections.

Bien que la malade paraisse n'avoir que très-peu de temps à vivre, je prescris de lui faire prendre, et le plus tôt possible, les quatre cuillerées qui restent de la potion du matin; donner d'heure en heure, quand la potion sera finie, trois cuillerées à soupe de bouillon gras.

10. Le facies n'a pas l'aspect cadavérique de la veille au soir; l'œdème des paupières et de la lèvre supérieure est un peu moins considérable; il y a eu un peu de sommeil de deux à cinq heures. L'enfant paraît moins mal; elle peut répondre à mes questions et me demande sa poupée (j'ai noté qu'elle est presque imbécile). Pas de nouvelles taches; plusieurs ont passé du rouge foncé au bleu, et quelques plaques ecchymotiques sont jaunâtres. Le pouls s'est un peu relevé; il est à 106-110, moins dépressible. Marie se plaint que la lumière de la lampe dont je me sers pour l'examiner (il ne fait pas encore jour) lui fait mal aux yeux. Les pupilles sont régulières et moins dilatées; l'iris se contracte un peu à l'approche de la lumière. La malade saisit bien le moment où la main intercepte la lumière; mais elle ne voit pas les objets et les personnes qui entourent son lit. Elle ne se rappelle pas avoir vu ni entendu le prêtre qui, une heure après mon départ la veille au soir, lui a administré les derniers secours de la religion.

Le rectum et l'urètre ont fourni pendant la nuit, dans les mêmes vases 300 grammes environ d'un liquide rouge foncé, inodore, alcalin, et présentant à sa surface, comme celui qui avait été rendu dans la nuit du 8 au 9, des points ressemblant à des gouttes de bouillon gras. On m'assure que tous les vases étaient propres.

Le liquide des excrétions vésicale et rectale, traité par l'acide azotique, donne des précipités qui varient du quart aux trois quarts.



Prescription :	Teint. de ratanhia. . .	6,00
	Id. quinquina. .	8,00
	Id. gentiane. . .	10,00
	Sirop quinine. . .	30,00
	Id. Eau commune. .	100,00

Prendra toutes les heures une cuillerée à soupe de potion, et toutes les heures aussi, en alternant de demi-heure en demi-heure, *trois* cuillerées à soupe de bouillon gras.

Sept heures du soir. L'état de la malade est plus satisfaisant que le matin; il y a moins de bouffissure des paupières; la lèvre supérieure a repris son volume normal; les narines et la bouche sont moins encroûtées; la langue est blanche; les muqueuses sont décolorées; la suffusion de la sclérotique a diminué; le pouls est à 92-96, assez résistant. La lumière produit sur les yeux une impression un peu moins désagréable que le matin; les pupilles ont leurs dimensions normales, et l'iris se contracte assez bien, quoique lentement. La malade répond à mes questions autant que le permet l'état ordinaire de son intelligence.

Depuis ce matin Marie a rendu 300 grammes environ d'un liquide alcalin qui n'est plus que sanguinolent, et qui paraît contenir un peu de matières fécales; il est inodore. (Prescription : Finir la potion du matin, et continuer le bouillon gras à la même dose.)

11. Pouls à 90, régulier et assez fort; facies pâle, mais non prostré; encore un peu d'œdème aux paupières inférieures; la suffusion de l'œil gauche a diminué. Pas de sang depuis hier soir par le nez et la bouche; décoloration de toutes les muqueuses. Les taches de purpura et les plaques ecchymotiques ont disparu dans plusieurs points, et s'effacent de plus en plus sur le tronc et les membres.

Il y a eu pendant la nuit, tant par l'urètre que par le rectum, deux évacuations d'un liquide sanguinolent et alcalin; à six heures du matin, une troisième évacuation par l'urètre seul, ce qui donne en tout, avec les deux de la nuit, 200 grammes environ de liquide. Cette troisième excrétion, rendue une heure avant ma visite, offre la disposition suivante : une partie rouge, non coagulée et comme précipitée, entourée d'un liquide citrin parfaitement limpide et franchement acide, qui surnageait la partie rouge d'un centimètre environ.

Les trois évacuations, traitées séparément par l'acide azotique, donnent des précipités qui sont, pour les deux premières, de moitié; pour la partie liquide de la troisième, d'un quart, et pour la portion précipitée on demi-coagulée, de la presque totalité.

La lumière artificielle fait encore éprouver une impression désagréable; l'iris se contracte assez fortement. La malade distingue les personnes et les choses qui l'entourent, mais comme à travers un nuage. (Prescription : Potion comme celle d'hier, à consommer en vingt-quatre ou trente heures; six cuillerées à soupe de bouillon toutes les deux heures.)

12. La petite malade est assise sur son lit, jouant avec sa poupée; elle a presque son expression de figure habituelle. Le pouls, plein, régulier et assez fort, est à 80. L'œdème des paupières inférieures a presque disparu. Le plus grand nombre des taches et plaques n'existent plus, et celles qui persistent encore sont pâles. Encore un peu de sang dans les évacuations de la journée d'hier; celles de la nuit n'en contiennent pas. Les urines, limpides, acides et de quantité normale, donnent un précipité d'un cinquième.

La vue est à peu près normale; cependant Marie évite une lumière intense. (Prescription : Continuer la potion; quatre soupes grasses pour le jour et une tasse de bouillon gras toutes les trois heures pendant la nuit.)

15. Depuis deux jours la malade se lève et se promène dans la chambre. Appétit très-développé et digestions bonnes. Toutes les fonctions se font bien. Encore quelques taches, mais peu apparentes, sur le membre supérieur droit. Plus d'œdème. La vue est normale; les évacuations sont satisfaisantes pour la quantité et la qualité. Les urines donnent un précipité d'un huitième environ; elles sont limpides et aussi fortement acides et odorantes que dans l'état ordinaire de santé.

20. Marie ayant dû retourner à l'école aussitôt que ses forces le lui ont permis, je n'ai pu constater pendant combien de temps ses urines avaient contenu de l'albumine.

A la date susindiquée, elle était très-bien, conservait à peine le souvenir de sa maladie, et ses urines donnaient encore un dixième environ d'albumine.

Appelé pour accoucher sa mère, le 6 avril 1851, je me suis assuré que Marie se portait très-bien, était dans un état plus satisfaisant au point de vue intellectuel qu'avant sa maladie, puisqu'elle commence à apprendre à lire, et même au point de vue physique, puisque l'incontinence nocturne d'urine, qu'elle avait toujours eue, n'a pas reparu.

Deux analyses par l'acide azotique m'ont appris que son urine ne contient pas un atome d'albumine.

Cette observation est rédigée trop longuement, j'en conviens; mais à l'époque où je la recueillis, elle me parut si intéressante par la coïncidence de l'amaurose, de l'albuminurie, du purpura et des hémorrhagies qui les accompagnèrent, et surtout par la gravité de quelques-uns des symptômes, que j'ai pensé ne devoir en rien retrancher.

Le rapport entre la quantité d'albumine excrétée et l'intensité de l'amaurose a toujours été direct, autant du moins qu'il m'a été possible de le constater chez une jeune fille presque imbécile, dont les réponses, peut-être autant provoquées que spontanées, n'avaient pas pour moi une valeur absolue; ce qui en avait plus était l'impression, douloureuse d'abord, puis nulle, probablement par atonie, des nerfs optiques ou lésion de l'humeur vitrée, et plus tard enfin seulement désagréable, que produisait sur les yeux l'approche de la lumière.

---

un mètre et plus de hauteur (1). Dans quelques petites anses, ces amas d'algues constituent de véritables marais-types, par exemple, sous la ville même, derrière la Darsena et le Lazaret. Ajoutez que, vers le même point, un marécage d'eau douce s'accumule dans les fossés des fortifications et répand une odeur des plus pénétrantes.

Thouvenel, dans son livre sur le climat de l'Italie, a décrit des criques qui s'enfoncent dans la terre du rivage tyrrhénien, et sont encaissées de telle sorte par les rochers, les monticules et même les bois, que non-seulement les eaux y croupissent, mais que l'atmosphère stagnante peut y être considérée comme un véritable marais aérien, idée qui a été ressuscitée par le professeur Puccinotti, sous le nom de *marais nérostatique*. Or, de pareilles anses déchiquètent la plage tyrrhénienne, au nord et surtout au sud de Civita-Vecchia.

Ces nombreux foyers palustres ne sont pas les seuls qui existent autour de la ville; nous avons à en signaler d'autres encore; mais quelques données sont préalablement nécessaires sur la contrée que nous étudions.

L'ossature des montagnes est volcanique; les tufs de même origine s'étendent en vastes couches sous la campagne. Cette couche est quelquefois si superficielle que, sur la route de Corneto, en quittant Civita, les berges de la route sont taillées dans le tuf vif. Les tombeaux étrusques qu'on trouve à peu près au même endroit, et les innombrables hypogées de l'ancienne Tarquinies, sont également creusés dans la même matière rocheuse. Nous ajouterons qu'on trouve des pierres ponces tout le long du rivage. Nous tenions à établir ces faits, parce que M. Dussourd, dans son bon travail, a contesté, après M. Orsi, la nature volcanique de ce territoire (1). L'origine plutonienne est encore établie par d'autres faits géologiques. Dans les maquis qui bordent la route de Civita à Corneto, entre cette première ville et la Torre-Orlando, et au delà même, de nombreuses sources forment sulfureuses sourdent de terre, et s'étendent en flaques dont les eaux louches et opalines et les vives exhalaisons trahissent assez la nature. A quelques milles de Civita-Vecchia, existent, en outre, des sources thermales salines et sulfureuses très-abondantes, sur l'une desquelles Trajan avait établi les thermes auxquels nous consacrerons un chapitre spécial. Cervetri a ses sources minérales. Strabon dit de l'antique Thuscia, dont le territoire de Civita fait partie : *Thuscia nec minus abundat quam Baiæ*, en faisant allusion à sa richesse en eaux thermales.

Dans le territoire de Civita, tout indique que le sol, poreux et volcanique, est

(1) Ces monceaux de plantes marines accumulés le long du rivage, sont un phénomène si remarquable, qu'un auteur qui a traité de la géographie en général, a arrêté son attention sur ce petit coin du globe, pour signaler cette particularité. Christophorus Cellarius, NOTITIA ORBIS ANTIQUI, SIVE GEOGRAPHIA PLENIOR, Lipsiæ, 1701, t. 1, p. 88.

(1) M. Vuillet, chirurgien-major du 32e, dans son rapport sur l'état sanitaire de ce régiment, travail qu'il nous a obligeamment communiqué, signale, comme nous, la nature volcanique du sol, et des gisements d'argile d'une grande puissance qui retiennent les eaux à la superficie.

Faut-il chercher, pour cet ensemble pathologique, une cause éloignée? Je n'en trouve pas dans les conditions habituelles de la malade. Son père et sa mère sont jeunes, forts et bien portants; elle vit comme ses sœurs. Le fait qui me paraît être la cause immédiate de toutes les lésions fonctionnelles, visuelle, rénale et cutanée, que j'ai signalées, est le refroidissement auquel Marie s'est exposée dans la journée du 8 novembre, alors qu'elle était au dixième jour d'une éruption scarlatineuse générale. Bien que je n'aie rien observé de spécial du côté de l'estomac, il est possible que l'écart de régime, commis le même jour qu'était pris le refroidissement, ait aggravé l'état pathologique; cependant je suis peu disposé à le croire.

Le *purpura hæmorrhagica*, qui s'est montré *subitò* six heures seulement après l'impression du froid, suffirait à lui seul pour faire de ce cas une observation intéressante. En effet, des pétéchies nombreuses se montrent sur différents points du corps, et sont bientôt accompagnées d'ecchymoses presque aussi nombreuses. A peine la scène est ouverte que le sang flue par les voies urinaires, puis par les selles; viennent ensuite les hémorrhagies en nappe par le nez et la bouche et une infiltration sanguine d'une grande partie de la conjonctive oculo-palpébrale de l'œil gauche; tout cela dans l'espace de six à sept heures. Il ne nous a manqué que l'hémoptysie et l'hématémèse.

Ce *molimen hæmorrhagicum* vers la peau et les muqueuses doit-il être attribué au refroidissement pris quelques heures avant l'apparition des pétéchies? Est-il la conséquence de la répercussion d'un exanthème arrivé à la troisième période? Peut-il être attribué à la fluidité du sang, déterminée par une diète de huit jours chez un enfant de 9 ans? Ces différentes causes ont-elles agi simultanément et à des degrés divers? Le purpura a-t-il pu concourir à la production de l'amaurose albuminurique? Toutes ces questions me paraissent insolubles d'une manière absolue; je ne saurais admettre cependant que ce fait soit identique à celui cité par Jean Dolœus, dans les ÉPHÉMÉRIDES DES CURIEUX DE LA NATURE, d'un enfant dont tout le corps fut recouvert subitement, sans douleurs, sans fièvre et sans lassitude préalables, de taches noires et livides très-nombreuses. Mon observation est tout simplement analogue à celle de Dolœus; car chez ma malade il y a eu de fortes douleurs, pendant quelques heures, au début; il y a eu de la fièvre, et il y avait depuis plusieurs jours, comme cause prédisposante, un exanthème dont l'influence sur la composition du sang nous est inconnue, c'est vrai, mais que l'expérience nous engage depuis longtemps à considérer comme cause des accidents de la nature de celui dont je parle, lorsque surtout les refroidissements agissent au commencement de la troisième période de la scarlatine.

En présence des accidents graves qui s'offraient à moi le 8 novembre au soir, je songeai d'abord à arrêter l'hémorrhagie qui se montrait à la peau et sur les muqueuses des voies intestinales et urinaires, et qui pouvait devenir rapidement mortelle. Comme on peut le voir dans l'observation, je continuai le même traitement pendant quatre jours et jusqu'à cessation des hémorrhagies, me réservant d'employer plus tard le traitement de M. le professeur Landouzy contre l'amaurose albuminurique; mais ce phénomène s'affaiblissant de plus en plus, au fur et à mesure que l'albumine diminuait et en même temps que le sang cessait d'être versé à la surface des muqueuses, je n'ai pu constater la valeur du traitement indiqué contre l'amaurose albuminurique par notre savant confrère de Reims.

Un fait aussi extraordinaire que satisfaisant est la terminaison heureuse de la maladie. N'est-il pas, en effet, étonnant de voir une jeune fille de 9 ans, de constitution chétive, fatiguée par une forte scarlatine, un repos au lit et une diète de dix jours, résister à une maladie aussi grave que le *purpura hæmorrhagica* dont Xavier a été atteinte, et qui lui a fait perdre en soixante-cinq heures 2,500 grammes environ d'un liquide qui, s'il n'était pas du sang pur, était mélangé d'urine dans des proportions bien minimes, puisque ce liquide, examiné avec soin, moins la petite quantité jetée avant mon arrivée, le 8 à onze heures du soir, ne s'est montré urineux ni chimiquement ni physiquement jusqu'au 11, à six heures du matin?

Est-ce bien la médecine qui a guéri la malade?... Est-ce bien la médication instituée qui lui a procuré une convalescence si courte?

Si j'ai pu signaler un succès obtenu dans des conditions difficiles, il me reste maintenant à donner une observation dans laquelle toute médication eût peut-être été infructueuse, bien que le sujet fût très-fort et la maladie peu intense au début, mais qui ne constitue pas, à proprement parler, un insuccès pour la médecine, mon rôle ayant été en quelque sorte celui de simple spectateur, comme on va le voir.

OBS. II. — Gérard (Marie), 9 ans, brune, de forte constitution, a eu, si je m'en rapporte au commémoratif, une pneumonie à 5 ans et la rougeole à 7 ans; elle a les proportions d'une fille de 12 ans, et est sujette depuis un an à des attaques de nerfs qui ne sont autre chose que de l'hystérie. Depuis six mois il y a des prodromes de menstruation.

A la fin d'octobre 1850, elle a été atteinte d'une scarlatine d'intensité moyenne, pour laquelle on n'a pas appelé de médecin. Huit jours après que l'éruption eut disparu et pendant qu'il y avait *des farines* sur la figure, le cou et une partie du corps, elle commença à sortir. Deux ou trois jours après sa première sortie, sa tante trouva qu'elle avait la figure un peu enflée. Huit jours après cette première sortie, et le cinquième environ depuis l'apparition de la bouffissure, sa tante, observant que l'œdème augmentait, la fit coucher, se proposant de me faire appeler le lendemain.

Marie ne voulant pas garder la diète que sa tante lui avait imposée, se leva à trois heures du soir, étant en transpiration, pour aller chercher des aliments. Ayant entendu monter, elle se coucha précipitamment et fut saisie d'une telle crainte d'être réprimandée qu'elle eut immédiatement une convulsion pour laquelle on vint me chercher, le 29 novembre. J'arrivai près d'elle à trois heures et demie. Pendant que je recueillais les détails que je viens de donner, elle eut une deuxième convulsion, dont je pus calculer exactement la durée, parce que, quand elle commença, je comptais le pouls avec ma montre. Pendant *quatre minutes* j'ai pu observer un accès d'éclampsie des plus violents, et qui offrit cette particularité qu'il n'intéressa que le côté droit du corps, ce qui, joint aux symptômes subséquents, donna à cette convulsion les caractères d'un accès d'éclampsie hystérique hémiplégique. Les mouvements convulsifs commençant par le bras droit, s'étendent à tout le côté droit du corps, puis au côté droit de la face; il n'y a dans les muscles de toute la moitié gauche, membres, tronc et face, qu'un peu de contracture. Le bras gauche suit lentement le bras droit dans son mouvement d'extension le long du corps, mouvement qui a été brusque et suivi de plusieurs autres. Les deux poings sont fermés et les pouces fléchis dans la paume des mains. Les yeux sont fixes, insensibles à la lumière et au contact du doigt; les pupilles sont largement dilatées et régulières. Après deux minutes de secousses énergiques pour le membre inférieur et trois minutes pour le membre supérieur, l'immobilité arrive dans ces parties, et alors les convulsions de la figure augmentant d'intensité, donnent au facies un aspect d'autant plus hideux que le côté droit seul est convulsé. L'attaque se termine par une résolution complète de tout le corps et l'écoulement par la bouche d'une salive écumeuse, légèrement teinte de sang à droite, et beaucoup plus abondante que dans l'éclampsie non accompagnée d'hystérie. Cette fille, élevée dans une auberge, n'est point épileptique.

---

travaillé par les élaborations incessantes et profondes, qui se manifestent au dehors sous forme d'exhalaisons sulfureuses. On sait quel rôle important on a fait jouer, dans ces derniers temps, aux émanations de cette nature, considérées comme agents fébrigènes.

On reconnaît trois couches dans le sol de Civita. Les profondeurs sont occupées par des dépôts océaniques; entre ces gisements et les couches superficielles, s'étendent des produits volcaniques, notamment des tufs dont les longues plaques horizontales non interrompues retiennent les eaux en les empêchant de filtrer dans les entrailles de la terre. Enfin on foule aux pieds un sol gras alluvial, dans lequel on rencontre de longs gisements argileux, qui s'opposent à l'écoulement des eaux et perpétuent ainsi l'humidité à la surface de la terre. Ajoutons que le sol est souvent déprimé en godets sans issue, comme cela arrive communément dans les terrains que la main de l'homme n'a pas aménagés pour les besoins de la culture. C'est là une cause évidente de stagnation aqueuse temporaire.

Le territoire de Civita-Vecchia n'est pas riche en sources ni en cours d'eau; mais, comme nous l'avons établi ailleurs (1), l'humidité atmosphérique, qui est à son maximum sur les rivages, les pluies, les rosées nocturnes si abondantes quand un sol nu rayonne vers les espaces planétaires, suffisent à fournir aux matières végéto-animales les particules aqueuses qui leur sont nécessaires pour entrer en putréfaction. Les rosées sont telles, à l'époque fiévreuse, qu'en se promenant le soir au bord de la mer, on sent ses habits tout poisseux d'humidité saline.

Au nord et au sud de la ville, plusieurs cours d'eau se jettent dans la mer. Au nord, la Mignone, rivière assez forte, a son embouchure à 3 lieues de Civita Vecchia; ses bords sont bas, et les plaines souvent inondées au loin par les eaux gonflées: c'est encore là une source de dégagements miasmatiques. A un mille de la ville, une petite rivière, qui passe sous le vieux pont Trajan et au pied du Campo-Santo (cimetière), cesse d'être courante pendant l'été, mais conserve toujours des flaques fétides et croupissantes, notamment sur les deux points que nous venons de nommer. Au sud de la ville, on rencontre trois ruisseaux, dont le premier, à un mille des murs, garde de l'eau une partie de l'été, tandis que les deux autres se dessèchent vers les derniers jours du printemps. Ces trois cours d'eau recèlent toute l'année de petites mares croupissantes, éparses, entretenues par des sources, et des espaces humides et fangeux couverts de végétation palustre.

L'embouchure des cours d'eau voisins de Civita présente une particularité qu'il ne faut pas perdre de vue. Pendant l'été, quand les eaux sont basses, la barre est si forte qu'elle forme, entre la bouche et la mer, une digue non interrompue limitant une sorte de mare, dont les eaux ne se rendent à la mer qu'en filtrant entre les galets de cette digue; mais le flot marin soulevé franchit aisément cette barre, et mêle ses eaux salées aux eaux douces qui stagnent dans

(1) Félix Jacquot, RECHERCHES SUR LES CAUSES DES FIÈVRES A QUINQUINA EN GÉNÉRAL, ET EN PARTICULIER SUR LES FOYERS QUI LEUR DONNENT NAISSANCE EN ALGÉRIE; mémoire présenté à l'Académie le 28 juillet 1846. — DE L'ORIGINE MIASMATIQUE DES FIÈVRES A QUINQUINA; deuxième mémoire présenté à l'Académie en mai 1851.

Immédiatement après l'attaque, le pouls est, comme avant, à 75; la respiration haute et lente. Je ne constate d'infiltration nulle part ailleurs qu'à la face, qui est dans toutes ses parties le siége d'un œdème considérable. Rien au ventre, ni à la poitrine; un peu de céphalalgie, pas de coma proprement dit, mais un peu de lenteur dans les idées et les réponses, qui sont justes. Cette jeune fille est ordinairement vive et a le plus souvent, me dit la tante, la repartie trop prompte.

Bien que je ne constate ni épanchement abdominal ou thoracique, ni trouble respiratoire autre que celui produit par la gêne qu'ont dû nécessairement déterminer dans la fonction deux attaques rapprochées d'éclampsie et que le pouls soit bon, je propose une saignée, que la petite malade refuse d'une manière absolue, et elle me signifie qu'elle ne prendra rien que de l'eau froide, sucrée ou non, quelles que soient mes prescriptions.

Ne pouvant rien gagner, même en laissant entrevoir à la malade, qui a toute sa connaissance, le danger qu'elle court, je prescris l'application de huit sangsues, quatre derrière chaque oreille.

Sept heures du soir. Une troisième attaque, moins forte que les deux premières, a eu lieu après mon départ, une heure environ après la seconde. Les sangsues appliquées malgré la malade à cinq heures donnent encore. La face est fortement œdématiée, pâle et luisante par la tension de la peau; les lèvres sont d'une pâleur chlorotique; pouls à 70, faible et dépressible. Le crayon de nitrate d'argent porté dans les piqûres de sangsues arrête le sang qui est diffluent. La faiblesse est extrême; la malade est tranquille, ne souffre pas et ne se plaint que de ne pas voir. Les pupilles sont dilatées et immobiles; la lumière d'une chandelle, placée à 2 centim. de l'œil, ne détermine aucune contraction de l'iris; cependant la malade, sans pouvoir dire si la lumière est près ou loin de l'œil, distingue le moment où elle disparaît. Les deux yeux sont limpides et l'ont toujours été. La malade me dit que, depuis douze ou quinze jours, elle a remarqué que sa vue diminuait au point que, par moments, elle n'y voyait pas assez pour coudre, et que, dimanche dernier (il y a six jours), elle n'a pas pu lire à l'église dans le livre dont elle se sert ordinairement. Rapprochant le dire de la malade des renseignements que me donne sa tante sur l'apparition de la bouffissure de la face, je conclus que l'amaurose a commencé six jours environ avant l'œdème; je pourrais ajouter, et par conséquent six jours avant la néphrite albumineuse dont l'œdème n'est que le signe extérieur; mais j'attendrai l'examen des urines pour me prononcer sur leur état actuel, bien qu'il ne paraisse pas douteux.

Je me trouvais donc en présence d'un second cas d'amaurose albuminurique parfaitement isolée et dégagée de toute complication, survenant chez une jeune fille assez intelligente pour rendre parfaitement compte de toutes ses sensations. Toutes ces circonstances me faisaient un devoir de recueillir cette observation avec le plus grand soin, et c'est ce que j'ai fait deux fois par jour au lit de la malade; aussi je ne ferai ici que transcrire ou à peu près les notes très-détaillées prises pendant mes visites.

Il y avait quelques jours seulement, lorsque j'ai été appelé près de Gérard, que j'avais lu dans la REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE, numéro de novembre 1850, le second mémoire de M. Landouzy; je relus avec d'autant plus d'intérêt celui de 1849.

La petite quantité d'urine que l'on peut me montrer est jaune pâle, sans dépôt, légèrement acide et presque inodore.

D'après les refus obstinés de la malade, je me vois réduit à la médecine expectante.

30. Il y a eu, depuis hier soir, trois ou quatre tremblements de tout le corps, plus prononcés à droite cependant, de peu de durée chacun, mais pas de convulsions. La malade se trouve bien et ne se plaint que d'un peu de céphalalgie du sommet, clou hystérique. Il y a eu pendant la nuit quelques quarts d'heure d'un sommeil interrompu; pas de rêves. Le pouls est assez fort à 76-80. L'infiltration de la face est la même. La malade, peu altérée, a bu 100 grammes environ d'eau sucrée froide; elle a rendu en deux fois, dans des vases propres et recouverts aussitôt, d'après la recommandation faite par moi la veille, 150,00 environ d'une urine jaune foncé, neutre au papier de tournesol, et qui, traitée par l'acide azotique, donne un précipité des trois quarts.

La malade ne peut rien distinguer; cependant elle croit que sa vue est moins complétement abolie qu'hier; car elle voit la lumière quand elle se tourne vers la fenêtre dont elle connaît la position relativement à son lit. Les pupilles sont régulières, largement dilatées et un peu contractiles. Le palper du ventre et l'auscultation ne m'apprennent rien.

La malade refuse obstinément toute médication par haut ou par bas; elle ne veut même pas de bouillon gras et ne demande que de l'eau froide; encore la veut-elle sans sucre, afin d'être bien sûre que je ne pourrai pas lui faire avaler de drogue à son insu.

Une réunion de médecins, instamment demandée par moi, m'est formellement refusée. La confiance des malades augmente quelquefois le poids de la responsabilité qui, bien souvent, est un lourd fardeau.

Sept heures du soir. La figure est peu moins infiltrée; les pupilles sont moins dilatées; l'iris n'est pas complétement immobile; la malade ne distingue rien; cependant elle peut suivre, bien qu'avec peine, les mouvements de la lumière jusqu'à 2 pieds de distance. Pouls dépressible à 95-100. Pas de selles. Il n'a été rendu, dans toute la journée, que 60,00 environ d'une urine qui a les mêmes caractères et donne la même quantité de précipité que celle analysée le matin. Il y a eu trois ou quatre tremblements.

1er décembre. Peu de temps après ma visite d'hier soir, il y a eu des mouvements convulsifs de toute la face, suivis d'un tremblement de tout le corps, faisant craindre le retour des convulsions. Cet état a duré huit ou dix minutes, et a été suivi de cris et de délire, qui ont duré deux heures. La malade a vomi quatre fois pendant la nuit, et chaque fois un peu de bile avec de l'eau, sa seule boisson; pas de selles. Il y a eu un peu de sommeil. Marie accuse un peu de céphalalgie frontale; le pouls est petit à 80-84; rien au ventre et à la poitrine; souffle au premier temps.

L'œdème de la face a diminué depuis hier soir; les pupilles sont contractiles, et une lumière vive fait éprouver aux yeux une impression *douloureuse* la malade distingue les aiguilles de sa montre.

Depuis hier soir, 120,00 environ d'urine en deux fois, à neuf heures du soir et à six heures du matin. Si ce n'était l'espèce du vase qui la contient, cette urine pourrait facilement être prise, à raison de sa couleur et de son odeur, pour du bouillon de bœuf déjà vieux; telle est l'opinion des commères qui assistent à ma visite. L'urine de neuf heures du soir, traitée par l'acide azotique, donne instantanément un dépôt albumineux de moitié; traitée par la chaleur portée jusqu'à ébullition, elle donne un précipité un peu plus abondant; celle de six heures du matin, plus foncée en couleur, se convertit entièrement en une pâte homogène blanche, après un repos de dix minutes, le précipité perd son homogénéité et une partie de sa blancheur et prend l'aspect de filaments grisâtres suspendus dans un liquide bourbeux très-épais.

Même persistance de la malade à ne rien prendre, ni par haut ni par bas. Elle ne veut même pas de calomel.

Je me demande si, malgré la grande faiblesse de la malade, je devrais revenir aux sangsues, tant à cause des cris, du délire et des vomissements qui indiquent un certain degré de méningite, qu'à cause de l'augmentation si considérable de l'albumine, qui m'indique que les lésions fonctionnelles augmentent d'heure en heure? Je n'ose.

7 heures du soir. La journée s'est passée sans agitation; pas de céphalalgie. Il y a eu deux vomissements bilieux et pas de selles. La prostration augmente; les réponses, toujours justes, sont plus lentes; le ventre, ni météorisé, ni déprimé, est, comme à l'ordinaire, indolore dans toute son étendue. Le pouls est petit, dépressible, à 88 92. Après un sommeil de deux heures dans le milieu du jour, la malade s'est aperçue qu'elle avait de nouveau perdu la vue; elle ne distingue que la lumière d'une chandelle à petite distance, et seulement comme à travers un nuage très-épais; les pupilles, très-dilatées, sont à peine contractiles. Il y a deux émissions d'urine donnant ensemble 100,00 environ; celle de

---

le petit lac. Cette particularité est surtout évidente sous le Campo-Santo. Ce mélange, comme on le sait, est généralement considéré comme des plus délétères.

Dans les deux mémoires cités, nous avons établi qu'il existe, outre le marais type, une foule de conditions palustres qui engendrent la fièvre à quinquina. A chaque pas, en Afrique comme en Italie, on s'aperçoit qu'il était indispensable de bien établir cette doctrine, basée sur l'expérience. Les marais types ne figurent effectivement qu'en seconde ligne parmi les foyers d'intoxication dont l'influence se fait sentir à Civita-Vecchia; on ne trouve guère que trois marécages dans les environs de Cerveiri, à plusieurs lieues au sud de la ville, et quelques autres au nord, à une distance à peu près pareille. Nous ne parlons pas de la vaste saline située au bord de la mer, sous Corneto, à quelques lieues au N.-N.-O. de Civita-Vecchia, parce que nous n'avons pas étudié son degré de nocuité, qui paraît faible du reste. Nous ajouterons qu'on pourrait parfaitement considérer comme marais-type certaines parties du rivage et les criques de la côte, où les matières organisées s'accumulent et se décomposent, ainsi que les flaques en chapelet qui persistent l'été dans le lit des rivières.

Nous ne pouvons passer sous silence certaines sources miasmatiques dont le siége est éloigné, mais qui présentent une surface telle et une puissance si grande, que leur influence ne saurait être révoquée en doute.

Pline disait de la côte: *Tota pestilentia*, qualification fort exagérée à cette époque (1). En effet, le long de la mer on trouvait des villes considérables, par exemple Ostie, qui paraît avoir contenu 30,000 âmes; les marais Pontins nourrissaient le peuple volsque; aux environs de Civita-Vecchia, aujourd'hui déserts et incultes, florissaient cinq villes étrusques; enfin, vers l'embouchure du Tibre, aujourd'hui empestée, Pline lui-même avait une splendide villa, et non loin de celle-ci s'étalaient d'autres propriétés sénatoriales, appartenant aux Hortensius, aux Scipion, aux Lælius, etc. Mais de nos jours rien de plus vrai que le mot de Pline : La côte est fiévreuse et mortelle, de la Toscane aux confins du royaume de Naples.

Le comte de Tournon (1) établit que les surfaces aqueuses (notons bien qu'on n'y trouve pas un seul lac limpide) occupent 1/27e de la superficie du littoral, tandis que, dans la Sologne, elles ne figurent que pour 1/32e (2). Les *marais types proprement dits* occupent, entre le rivage toscan et la plage napolitaine, 22,600 hectares, vaste étendue qui n'est rien encore comparativement aux *autres surfaces palustres de tout genre* rentrant dans les catégories que nous avons décrites ailleurs.

Au sud de Civita-Vecchia, on trouve entre la frontière de Naples et le Tibre:

(1) Strabon, d'ailleurs, spécifie très nettement les localités insalubres semées sur l'*heureux Latium* : « Omne Latium felix est, et omnium rerum ferax, exceptis locis, quæ palustria sunt, atque morbosa, qualis est ardeatinus ager » inter Antium et Lavinium, usque ad Pometiam, et Setini agri quædam, et » circa Terraciam. »

(1) Comte de Tournon, ÉTUDES HISTORIQUES SUR ROME. Paris, 1831.

(2) Travaux de M. Machat, ingénieur en chef des ponts et chaussées.

ce matin, dix heures, a la couleur du bouillon, peu d'odeur et donne un précipité de moitié; celle de ce soir, cinq heures, est inodore et paraît formée par du sang presque pur; au contact de l'acide azotique, toute la quantité contenue dans le tube se concrète instantanément.

2 décembre. La nuit a été assez bonne, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu d'accidents convulsifs; une prostration croissante a été prise pour du sommeil. Le facies est d'une pâleur mate et l'œdème a presque entièrement disparu. La vue est complétement abolie; les pupilles sont immobiles, même à l'approche d'une vive lumière.

Je trouve dans les notes prises auprès de la malade ces mots : *odeur cadavérique*. Il m'est arrivé souvent de voir des malades qui, vingt-quatre heures ou trente-six heures avant la mort, répandaient autour d'eux, et dans un rayon peu étendu, une odeur cadavérique bien caractérisée. J'ai observé ce phénomène sur des malades de tout âge et de sexes différents, sans avoir pu jamais m'en rendre compte d'une manière satisfaisante; je l'ai observé pendant le cours de maladies variées, et bien souvent dans des cas où la terminaison fatale n'était pas ou ne paraissait pas inévitable. Tous les malades qui m'ont offert celte odeur sont morts, moins un; c'était une femme de 67 ans, atteinte de pleuropneumonie droite, presque générale, avec réaction sur le foie; on aurait dit autrefois, et peut-être avec raison, qu'elle avait une pneumonie bilieuse; n'ayant pu saigner qu'une fois, je portai le tartre stibié, dès le second jour, à 1,00 en vingt-quatre heures.

L'odeur cadavérique me paraît un signe à peu près pathognomonique d'une fin prochaine. Je ne sache pas que ce phénomène ait encore été indiqué. Il peut échapper facilement au médecin en raison du peu d'étendue de son atmosphère.

Le pouls est filiforme, à 92-96. Depuis hier soir, 150,00 environ d'urine en deux fois: ce liquide n'a pas d'odeur, il est alcalin et se concrète en totalité au contact de l'acide azotique. Après un quart d'heure de repos, la masse albumineuse, d'un blanc moins éclatant qu'au moment du précipité, est surnagée par un liquide citrin de 3 à 4 millimètres d'épaisseur; ce liquide citrin n'est peut-être pas autre chose qu'un excès d'acide versé par inadvertance.

Comme les jours précédents, refus de toute médication.

7 heures du soir. Je renonce à analyser l'état de la malade, parce qu'elle paraît n'avoir plus que quelques quarts d'heure à vivre. L'odeur cadavérique est plus forte que ce matin; le facies est lui-même cadavérique; on ne peut plus compter le pouls. Les yeux sont complétement insensibles à une lumière approchée presque jusqu'au contact.

3 (*post mortem*). J'ai été appelé cette nuit, à une heure, près de ma petite malade, parce qu'à minuit elle a été prise de convulsions pendant lesquelles deux personnes avaient de la peine à la contenir. Ma visite n'a été que la contemplation d'une agonie convulsive, que je n'ai pas voulu troubler même par l'application d'un sinapisme. A trois heures, l'agitation cessait; à quatre heures, la prostration était complète, et à cinq heures, la famille pleurait une belle et forte fille..... dont l'autopsie vient de m'être obstinément refusée.

Non-seulement je n'ai pu obtenir de faire l'autopsie; mais il ne m'a même pas été permis d'examiner les reins seuls, ce que je regrette d'autant plus que l'anatomie pathologique de ces organes n'a été faite encore par personne dans l'*amaurose albuminurique scarlatineuse*.

Je serai sobre de réflexions qui ne pourraient empêcher celle observation de rester incomplète. Je ferai seulement observer qu'il ne m'a pas été possible, pendant les deux premiers jours, de constater un rapport direct entre les quantités d'albumine et l'intensité de l'amaurose, car, en même temps que je constatais, à ma visite du soir, le 29, une abolition presque complète de la vue, je trouvais à l'urine son odeur, sa couleur et sa limpidité normales; le papier de tournesol me la montrait acide; je ne l'ai traitée par l'acide azotique que le lendemain. Chez Xavier, le rapport avait presque toujours été direct.

Le 30, la vue était un peu revenue, et cependant l'urine, d'acide qu'elle était la veille, se montre neutre : elle est foncée en couleur comme une forte infusion de tilleul, et donne par l'acide azotique un dépôt albumineux des trois quarts.

Le 1er au matin, la malade distingue assez facilement les aiguilles de ma montre, et cependant l'urine, identique, par ses qualités physiques (je ne l'ai pas goûtée), à du bouillon de bœuf, donne, par l'acide azotique, un précipité qui est, pour celle du 30 au soir, de moitié (la vue était presque abolie à cette heure, rapport direct), et pour celle rendue à six heures du matin, deux heures avant ma visite, de la totalité, au point que le tube ne contenait plus un liquide, mais une matière caséiforme. Ici, le rapport inverse entre la quantité de l'albumine et l'intensité de l'amaurose est des plus marqués, car, au moment de cette dernière émission, la vue était presque nette.

Le 2, j'ai pu constater que, depuis le 1er à trois heures du soir, la vue a été s'affaiblissant de plus en plus jusqu'au 2 à huit heures du matin, où elle est complétement abolie. Du 1er, trois heures du soir, jusqu'au moment de la mort, arrivée trente-huit heures après, la malade a eu une véritable hématurie : la perte complète de la vue a-t-elle été la conséquence de l'hématurie, ou ne doit-on voir là qu'une simple coïncidence? Une conséquence, ce serait peut-être peu logique, ou tout au moins bien hasardé, car la malade n'y voyait pas le 29, alors que l'urine était à peu près normale, sinon chimiquement, au moins physiquement.

La perte définitive de la vue, survenue le 1er, peut-elle être considérée comme le résultat d'un affaiblissement général? Marie est morte avec tout son embonpoint, et l'énergie des convulsions, qui ont précédé la mort de cinq heures, prouve que la malade était encore bien forte.

Si l'on était tenté d'admettre que la perte de la vue tenait à la compression du nerf optique ou du globe de l'œil par l'infiltration du tissu cellulaire intra-orbitaire, je ferais observer que l'œdème disparaissait, pour ne plus reparaître, dans la nuit du 1er au 2, vingt-quatre heures environ avant la mort, c'est-à-dire qu'il y a eu quelques heures seulement d'intervalle entre la cessation de la fonction visuelle et la disparition de l'œdème; celle-là ne saurait donc être la conséquence de celui-ci.

On ne saurait admettre que la perte de la vision doive être attribuée, dans ce cas, à l'œdème du cerveau ou à l'hydropisie des ventricules, car elle coïncidait le 29 et le 2, jours du plus grand affaiblissement de la fonction, avec des facultés intellectuelles à peu près normales : je ne tiens pas compte ici de l'état de la vue pendant les vingt-quatre dernières heures.

Parlerai-je des accidents de méningite?

Après avoir ainsi procédé par voie d'exclusion pour arriver à une pathogénie qui satisfasse l'esprit, après avoir résumé toute la maladie et comparé entre eux les symptômes et les accidents extérieurs, je ne suis pas plus avancé. Le refroidissement, pris le 29, a été la cause déterminante, et la scarlatine la cause prédisposante de l'amaurose albuminurique, je le crois; mais le pourquoi de l'action altérante de la scarlatine sur le sang, le *modus faciendi* de cet exanthème dans la décomposition des liquides?... Et puis, quels rapports existent-ils entre la néphrite albumineuse et l'amaurose, au point de vue de la causalité, du développement, de la terminaison?

Je laisse à M. le professeur Landouzy qui, le premier, a signalé la coïncidence de ces deux affections, à éclairer et à résoudre un problème aussi difficile.

---

d'abord les marais Pontins; les terrains humides de Porto-Anzio; les flaques de la forêt de Nethuno; les surfaces palustres de Salzane, auxquelles Folchi (1) attribue 750 hectares environ, de grands marais désignés sous le nom de Pantana, non loin des embouchures des Rio-Torto et Rio Felio; enfin le marais si insalubre d'Ostie (Stagno ostiense). Après avoir passé ce fleuve, en s'approchant de Civita-Vecchia, ville éloignée de 12 lieues de l'embouchure, on trouve le petit marais de l'ancien port de Trajan, Porto Trajano, et le grand marais de Maccarse; l'antique Fregenæ, dont Silius disait déjà : *Obsessæ campo squalente Fregenæ*. Enfin nous ne pouvons passer sous silence le Campo-Salino, *Campus Salinus major* des anciens, où les Véiens allaient recolter du sel, surface marécageuse de 1,400 hectares, d'après Folchi.

On comprend qu'on puisse, qu'on doive même nier l'influence d'un petit marécage situé à une certaine distance : ses dégagements se diluent dans l'atmosphère et sont dispersés au loin; mais, quand un pays tout entier est marécageux, la masse de l'atmosphère s'empoisonne, et les colonnes d'air que déplacent les vents pour les transporter ailleurs, sont évidemment saturées d'effluves.

Nous avons étudié les conditions palustres du rivage, au sud de Civita; faisons la même opération pour la plage qui court au nord de cette ville. Ce rivage se trouve dans d'aussi mauvaises conditions à peu près. Civita n'est séparée des maremmes toscanes, dont on connaît l'insalubrité, que par 8 ou 9 lieues d'un rivage bas, inondé, encombré d'algues amoncelées. La Mignonne, la Marta et la Fiora parcourent cette plage, couvrent souvent la campagne, et produisent des stagnations aqueuses. De Tournon (t. II. p. 220) compte 184 hectares de marais-type entre ces deux dernières rivières. On n'a pas oublié qu'aux frontières toscanes, vers l'embouchure de la rivière Chiarone, un peu avant laquelle on entre dans les maremmes, la côte avance fortement vers l'occident, et charge ainsi d'effluves les vents du N.-O. fréquents à Civita-Vecchia.

Nous sommes convaincu que les études de topographie médicale doivent ainsi embrasser un vaste espace, pour y saisir les causes qui, pour être lointaines, exercent cependant une influence puissante. Si, en Algérie, on ne se fût pas contenté d'explorer un voisinage restreint, on n'eût pas *à priori* décrété salubres des localités, sur lesquelles on a bâti des postes dont l'expérience a subséquemment démontré l'insalubrité.

Résumons-nous. Les sources d'intoxication paludéenne sont nombreuses autour de Civita-Vecchia et suffisent pour se rendre compte de l'endémo-épidémie annuelle : marais immenses sur le littoral, inculture et nudité du territoire, inondation de la plaine par les rivières, stagnations temporaires, amas de matières végéto-animales le long de la mer, abondance des rosées et humidité constante de l'atmosphère.

FÉLIX JACQUOT.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Folchi. Voy. ses deux mémoires sur l'étiologie des fièvres de Rome, le premier inséré au JOURNAL ARCADIQUE DE ROME, t. XXXIX, année 1829; le second, brochure. Rome, 1845.

Quant à moi, j'admets, en m'appuyant sur les deux observations ci-dessus et celles recueillies pendant la même épidémie, observations dont le relevé me donne 1 mort sur 5, les conclusions 2, 3, 4 et 5 du mémoire de 1850 de M. Landouzy :

2° Les troubles de la vue constituent une nouvelle espèce d'amaurose qu'on peut appeler albuminurique ;

3° L'amaurose albuminurique ne peut être attribuée à la détérioration des forces ;

4° Elle annonce très-souvent la maladie comme signe initial, avant l'invasion des autres accidents pathognomoniques ;

5° Elle paraît, disparaît et revient, sans suivre exactement les phases du dépôt albumineux des urines ou de l'œdème ;

Si je n'admets pas aussi facilement la première conclusion, cela vient peut-être de ce que je n'ai pas observé un assez grand nombre de cas, et que la conclusion de M. Landouzy me paraît un peu absolue, malgré son restrictif : 1° Les troubles de la vue sont un symptôme presque constant de la néphrite albumineuse ;

Quant à la sixième conclusion : « Elle (l'amaurose) doit porter à considérer la néphrite albumineuse comme le résultat d'une altération du système ganglionnaire, » je ne la rejette pas, mais je n'ai pas fait d'autopsie, et nous ne sommes plus au temps du *magister dixit*... Je dois ajouter, pour rendre toute ma pensée, que les conclusions 1 et 6 sont pour moi tout aussi positives que celles dont mon expérience personnelle m'a démontré l'exactitude, le talent d'observation de M. le professeur Landouzy offrant toutes les garanties désirables.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'EMPLOI DU DATURA STRAMONIUM DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE ; par M. le docteur MICHÉA.

(Suite. — Voir les numéros 4, 8, 10 12 et 31.)

CATÉGORIE DES MALADES CHEZ LESQUELS LE DATURA N'A PRODUIT QU'UNE GUÉRISON PASSAGÈRE OU UNE SIMPLE AMÉLIORATION.

OBS. XXXI. — Madame B..., ex-artiste lyrique, est âgée de 51 ans. Elle a une constitution moyenne et un tempérament nerveux. Elle est fille d'une mère qui a été hystérique, et elle est mère de deux filles dont l'une éprouve des attaques de nerfs à la moindre frayeur ou à la plus légère contrariété. Elle a eu pendant longtemps quelques symptômes hystériques, notamment le sentiment de constriction de la gorge.

Réglée à 15 ans, elle n'a jamais fait de maladies graves. Seulement une sensibilité physique et morale d'une délicatesse extrême lui a toujours rendu l'existence plus ou moins pénible.

En 1849, madame B... eut de la dysménorrhée, et en 1850 l'écoulement menstruel cessa tout à fait. A dater de ce moment elle devint mélancolique.

S'étant rendue en Russie pour accompagner une de ses filles qui avait contracté un engagement au théâtre de Saint-Pétersbourg, elle consulta un médecin homœopathe qui lui administra des globules dans le but de rappeler les règles. Durant sept mois quelle passa dans la capitale de la Russie, elle ne les eut qu'une fois, et leur retour n'exerça aucune influence salutaire sur l'état des facultés intellectuelles. La mélancolie ne tarda pas à se changer en un dégoût profond de l'existence, et la malade chercha à s'empoisonner en ingérant de la monnaie de cuivre qu'elle avait fait séjourner dans du vinaigre. Le médecin du théâtre français de Saint-Pétersbourg, appelé sur-le-champ, ne constata aucun phénomène d'intoxication. Il prescrivit 70 grammes d'huile de ricin, et au bout de huit jours les pièces de monnaie furent expulsées avec les garde-robes.

Revenue à Paris au mois de mai 1851, elle entre en maison de santé le 15 juin. Madame B..., qui chérissait ses deux filles, qui s'inquiétait sans cesse de leur sort et de leur avenir, est actuellement de la plus grande indifférence à leur égard. La musique et les fleurs dont elle était passionnée, la société qu'elle recherchait beaucoup, la toilette par où elle brillait, lui sont devenues odieuses. Elle fuit la distraction, s'enferme dans sa chambre, ne parle à personne, s'irrite lorsqu'on lui adresse la parole. Elle prétend n'avoir plus le courage de se tenir propre ; elle dit avoir perdu tout sentiment de ses devoirs maternels et sociaux. Il y a plus : elle a perdu aussi la sensation de la faim et la sensation de la soif ; elle mange et elle boit, non parce qu'elle trouve du plaisir à satisfaire ces deux appétits, mais par raison, uniquement pour conserver sa vie. Cependant elle distingue très-bien la saveur des aliments qu'elle ingère, le doux de l'amer, etc. Le tabac à priser, dont elle fait usage depuis nombre d'années, ne stimule plus sa pituitaire d'une manière agréable. Elle en use encore, mais par habitude, et il produit sur la membrane olfactive la sensation qu'y produirait une poudre inerte. Plus souvent assise que levée et plus souvent couchée qu'assise, elle reste plongée dans l'inaction la plus complète. Elle se refuse à tout genre de travail, sous le prétexte qu'elle est incapable de la moindre volonté ; elle pleure, se désole, se regarde comme incurable, et se met en colère quand on lui parle de guérison.

Du reste, elle n'éprouve aucune souffrance physique et morale. Le sommeil est passable, les garde-robes normales. Depuis son retour de Russie, l'écoulement menstruel n'a pas reparu. Il n'y a pas d'anesthésie cutanée.

20 juin. — L'extrait de datura stramonium est prescrit en pilules à la dose de 5 centigrammes.

Du 21 au 26, la dose du médicament est augmentée chaque jour de la même quantité. Durant cet intervalle, les règles sont revenues et ont duré deux jours.

27. La malade, qui a ingéré la veille 3 décigr. de datura, a les pupilles notablement dilatées. Aucun amendement dans l'état de l'intelligence. Cessation de l'emploi du médicament.

8 juillet. L'extrait de datura stramonium est administré de nouveau.

Du 9 au 12, la dose est chaque jour élevée de 5 centigr.

13. Madame B..., qui a ingéré hier 25 centigr. du médicament, a les pupilles très-dilatées. Elle assure que ses yeux lui semblent comme couverts d'un voile. Elle ne distingue plus avec netteté les objets placés à une certaine distance. Elle a une grande sécheresse au gosier et dans la bouche ; elle éprouve une saveur métallique très-prononcée. La nuit dernière a été sans sommeil. Elle a été remplie par une multitude très-variée d'hallucinations et d'illusions des sens ; la malade voyait des serpents et des souris agitant les rideaux de son lit et grimpant jusqu'au ciel. Effrayée, elle appelle à son secours ; une domestique entre dans sa chambre ; à son aspect sa frayeur redouble, car elle lui aperçoit quatre têtes et une multitude de lumières à la main. Ce matin elle apprécie à leur juste valeur les hallucinations et les illusions qui l'ont si fort épouvantée ; mais elle s'alarme sur un autre point. Elle s'imagine que la saveur métallique attachée à son palais provient de la tentative d'empoisonnement qu'elle a opérée naguère à l'aide de pièces de monnaie de cuivre. Elle croit que le métal a laissé des traces dans ses veines, et qu'elle doit en mourir. Elle demande à se confesser et à voir ses enfants ; elle prétend qu'elle n'a plus que quelques heures à vivre. La peau, sèche jusqu'à présent, est remplie de moiteur ; toutefois elle n'est pas chaude ; le pouls est petit, mais très-fréquent. Le cœur bat avec beaucoup de violence. La soif est très-ardente ; la malade a bu les deux litres d'infusion de tilleul dans l'intervalle de quelques-heures. Il survient un exanthème pourpré aux mains. Cessation de l'emploi du datura.

14. Madame B... est rassurée sur son sort. Elle ne croit plus à l'existence d'un poison circulant dans ses veines. Elle a toujours des hallucinations et des illusions des sens ; elle a cru ce matin sentir un rat lui grimper le long des jambes. Elle a été réveillée par un bruit étrange, qui lui a semblé produit par un porte-voix appliqué à son oreille droite ; elle a vu passer les rideaux de son lit du rouge au bleu et du jaune au noir. La sécheresse du gosier et de la bouche est toujours la même ; mais autant la malade était sombre et taciturne, autant actuellement elle est expansive et loquace. La soif est toujours vive ; l'exanthème pourpré des mains, qui avait disparu au bout de quelques heures, s'est manifesté de nouveau.

15. Les hallucinations et les illusions des sens ont cessé. La sécheresse du pharynx a beaucoup diminué ; la dilatation des pupilles est à peine appréciable. L'espoir est rentré dans l'esprit de la malade ; elle est gaie, parle toujours beaucoup et se complaît surtout à raconter les sensations étranges créées de toutes pièces par son imagination. Elle commence à retrouver du plaisir dans l'usage du tabac à priser ; la vue des fleurs et la visite de ses filles lui causent une émotion qu'elle croyait avoir perdue pour jamais. Toutefois elle n'a pas encore recouvré le sentiment de la faim.

Le 16, le 17 et le 18, l'amélioration va en progressant. Le changement intellectuel est si considérable que la malade peut passer pour être convalescente.

19. Le mieux cesse de se soutenir. La malade commence à ne plus prendre son tabac avec plaisir.

22. Retour complet de la lypémanie.

Du 27 au 31, l'extrait de datura est réadministré aux mêmes doses croissantes.

1er août. La malade, qui en a ingéré hier 25 centigr., a les pupilles dilatées et le gosier desséché. Point d'hallucinations. Aucun changement dans l'état mental. Cessation du médicament.

Du 10 au 14, 4 décigr. de datura.

Du 20 au 25, 4 décigr. et demi.

1er septembre. Même état intellectuel. La médication est définitivement abandonnée.

Dans ce cas, à la suite de l'ingestion de 2 grammes 15 centigrammes de datura, et sans jamais dépasser la dose de 25 à 35 centigrammes par jour, il survient un commencement d'intoxication caractérisé par des hallucinations et des illusions des sens, un paroxysme de délire lypémanique, une soif ardente, de la fréquence du pouls, des battements de cœur, des sueurs et un exanthème pourpré aux mains. Bientôt, et presque sans nulle transition, la gaîté succède à la mélancolie, la loquacité au mutisme ; enfin la malade revient complétement à la raison. Mais la guérison est de courte durée : elle ne dépasse pas l'intervalle de cinq jours. Au bout de ce temps, tous les symptômes de l'affection primitive reparaissent. Un gramme 6 décigrammes de datura sont administrés de nouveau ; mais cette fois le médicament n'exerce aucune influence sur l'état des facultés intellectuelles et morales.

OBS. XXXII. — Madame Élise D... est âgée de 44 ans ; elle a toujours été et est encore parfaitement réglée. De ses trois fils, l'un, idiot, est mort à Charenton, à 14 ans, et le puîné a succombé à une méningite, âgé de 3 ans.

Cette dame, très-impressionnable et d'une intelligence très-cultivée, a été en butte à de nombreux chagrins domestiques. Quoique d'humeur très-douce, elle n'a pu vivre longtemps d'accord avec son mari. Elle en est séparée depuis plusieurs années.

Native de Saint-Valéry-en-Caux, elle habitait cette ville, lorsque, au mois de novembre 1849, elle commença à perdre le sommeil et à devenir excessivement susceptible aux impressions extérieures. Au printemps de l'année 1850, elle quitte Saint-Valéry, parce que le vent qui faisait crier les cordages des bâtiments du port lui causait un agacement insupportable.

Elle se rendit à Paris et prit un logement dans la rue Copeau, afin d'être dans le voisinage du jardin des plantes, dont elle avait le désir de suivre les cours d'histoire naturelle.

Elle assistait depuis quelques semaines aux leçons de MM. Duméril, Serres et Flourens, lorsqu'elle s'imagina que les auditeurs placés à côté d'elle la fixaient avec des regards soupçonneux et la prenaient entre eux pour objet de conversations secrètes et malveillantes.

Un mois après, elle quittait son logement de la rue Copeau sous le prétexte qu'on frappait sans cesse à ses persiennes et qu'elle entendait ses voisins chuchoter toutes les nuits.

Dans son nouveau domicile de la rue Saint-Victor, ce fut encore bien pis; elle entendait, la nuit principalement, des voix qui lui rappelaient les circonstances les plus secrètes de sa vie. Ces voix lui enjoignaient de ne plus mettre les pieds au jardin des plantes, sous peine d'en être honteusement chassée; elles l'accusaient surtout du crime d'infanticide et la menaçaient de la dénoncer au parquet du procureur de la République.

Entrée en maison de santé le 28 août 1851, madame D... est en proie aux mêmes symptômes. Les voix accusatrices de la rue Saint-Victor ne la tourmentent plus, il est vrai; mais presque chaque nuit elle entend des gémissements ou des bruits de portes qu'on ouvre ou qu'on ferme. De là des inquiétudes permanentes et la croyance à un complot tramé contre son repos et contre sa vie.

La malade ne se plaint d'aucune souffrance physique, à l'exception d'une légère céphalalgie, qui lui est habituelle. Absence de fièvre, appétit ordinaire, voies digestives en bon état. Seulement madame D... ne dort presque pas depuis assez longtemps, et ses règles ont eu dans ce mois une avance de quelques jours.

Le 2 septembre, l'extrait de datura stramonium est administré en commençant par la dose de 5 centigrammes.

Le 3, la malade a plus dormi que d'habitude. — Prescription : Datura stramonium, 0,1.

Le 4, sommeil excellent. Absence complète d'hallucinations auditives. Datura, 0,15.

Le 5, Le médicament est élevé à la dose de 2 décigrammes.

Le 6, la malade se plaint d'avoir la tête plus lourde qu'à l'ordinaire. La nuit a été bonne et exempte d'hallucinations.

Le 7, quelques nausées.

9. La malade, qui a pris hier 3 décigrammes et demi de datura, a vomi; elle a eu une violente céphalalgie, et la nuit elle a été un peu en proie à des hallucinations de l'ouïe. L'emploi du datura est suspendu.

11. Nuit tranquille; point d'hallucinations.

14. Insomnie, mal de tête, retour des hallucinations.

16. Le datura est repris, en commençant toujours par la dose de 0.05.

21. La dose du médicament, qui était hier de 0,25, a produit des nausées. Il est survenu des hallucinations du tact. La malade dit avoir senti un rat lui grimper le long du cou. Les pupilles sont un peu dilatées. (Prescription : Datura, 3 décigrammes.)

24. La malade, qui a ingéré hier 0,4 de datura, est fort agitée; son délire lypémaniaque est plus intense que jamais. Nausées, violent mal de tête.

25. Agitation extrême. La malade pousse des cris et appelle à son secours le préfet de police. Des voix murmurent sans cesse à ses oreilles, l'accusent du crime d'infanticide et l'avertissent qu'elle doit mourir sur l'échafaud. Dilatation notable des pupilles, obscurcissement prononcé de la vue, sécheresse de la gorge, soif vive. Un érysipèle se manifeste au côté droit du visage. (Cessation de l'emploi du datura.)

3 octobre. L'agitation, l'érysipèle, la dilatation des pupilles, la sécheresse de la gorge, la soif extrême ont disparu. La malade n'a plus d'hallucinations auditives; mais elle se croit toujours sous le coup d'une prévention d'infanticide.

Du 23 au 27, reprise du datura stramonium aux mêmes doses progressives.

28. La malade, qui en a ingéré hier 25 centigrammes, a eu des vomissements; elle a eu aussi des hallucinations visuelles : elle apercevait des quantités innombrables de pièces d'or éparpillées au milieu de sa chambre. La lypémanie ne varie pas. (Le médicament est suspendu.)

4 novembre. Madame D... a encore des hallucinations visuelles; elle se croit toujours inculpée du crime d'infanticide.

Du 10 au 14, datura, 45 centigrammes.

Du 27 au 1er décembre, 45 centigrammes.

Du 10 décembre au 14, 45 centigrammes.

15. La malade a toujours des hallucinations de la vue, mais beaucoup moins intenses et beaucoup moins fréquentes. Quant aux conceptions délirantes, elles ont changé d'objet : madame D... ne craint plus d'être traduite en cour d'assises pour crime d'infanticide; elle s'imagine actuellement être affectée d'une maladie vénérienne. La médication est abandonnée.

Dans ce cas, sitôt qu'on arrive à donner 25 centigrammes de datura par jour, il se manifeste une tendance à l'intoxication; et dès qu'on dépasse la dose de 35 à 45 centigrammes, l'intoxication est évidente : elle se traduit par des vomissements, de la céphalalgie, de l'obscurcissement de la vue, de la soif, de la sécheresse de la gorge, de l'érysipèle à la face, de l'augmentation dans le délire partiel, de l'agitation, des hallucinations, etc. Dans le commencement du traitement, la fin de chaque paroxysme, sans diminuer le délire lypémanique, était suivie de la disparition des hallucinations; mais plus tard, les paroxysmes produits par l'intoxication n'exercent plus aucune influence sur l'état ultérieur des fonctions cérébrales.

Obs. XXXIII. — Madame V... a 29 ans, une constitution forte et un tempérament sanguin. Elle eut une tante qui mourut aliénée. Elle a une hernie ventrale considérable.

En 1850, trois mois après un second accouchement, elle fut prise d'un délire caractérisé par des hallucinations et de la tendance au suicide.

Cette malade, qui nous fut adressée par le docteur Bourdin (de Choisy), entra en maison de santé le 20 octobre de la même année.

Actuellement elle ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse; elle ne veut même pas parler à son mari et à sa mère, qu'elle aimait beaucoup. Si parfois elle ne se mettait à articuler à part soi quelques mots, on pourrait la croire muette. Elle pousse assez souvent des cris très-aigus ou se livre à des éclats de rire dont il est impossible de connaître le motif. Elle fuit toutes les personnes qui l'abordent, ou elle les examine avec un air de défiance extrême sans sortir de son silence obstiné. Elle est le plus souvent immobile et incapable de se livrer spontanément aux actions les plus ordinaires de la vie. Il faut la faire manger, la coucher et la lever, l'habiller et la déshabiller, comme on ferait d'un enfant. Quand on lui comprime l'abdomen, elle y porte ses mains; sa figure témoigne que la pression lui est douloureuse. La hernie ventrale est presque toujours sortie. Aucun appareil n'a pu être supporté par la malade. Le sommeil et l'appétit sont excellents. La menstruation s'opère d'une façon normale.

1er novembre. Un séton est placé à la nuque.

1er décembre. Même état intellectuel.

Du 1er au 6 janvier 1851, l'extrait de datura stramonium est administré mêlé à du chocolat et à du bouillon, commençant par 5 centigrammes et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

7. Dilatation assez notable des pupilles. La malade boit avec avidité tous les liquides qu'on lui présente, mais elle refuse avec obstination le chocolat et le bouillon. Elle est dans une grande agitation, elle pousse à tout moment des cris très-aigus accompagnés de ricanements prolongés. Le datura est suspendu.

11. Les pupilles ne sont plus dilatées, l'agitation, les cris et les ricanements ont cessé. La soif est moins intense. Le mutisme et l'apparence de stupidité persistent.

Du 21 au 25, le datura est repris aux mêmes doses croissantes.

26. La malade, qui en a ingéré hier 25 centigrammes, offre de l'agitation; elle recommence ses cris et ses ricanements dans le jour. La nuit est tranquille et le sommeil plus profond que d'habitude. Les pupilles sont dilatées. Cessation de l'emploi du médicament.

27. Madame V..., auprès de laquelle on avait amené un de ses enfants, l'a reconnu, l'a embrassé, et lui a adressé spontanément quelques paroles.

28. La malade continue à sortir de son mutisme : elle a répondu par monosyllabes, il est vrai, à plusieurs questions que je lui ai faites. Encore un peu d'agitation, qui se manifeste par des cris et des ricanements.

1er février. L'amélioration dans l'état intellectuel ne se soutient pas : madame V... est retombée dans son mutisme et son apparence de stupidité.

Du 3 au 6, refus opiniâtre de manger. Il faut introduire dans l'estomac du bouillon et du vin au moyen de la sonde œsophagienne.

Du 11 au 15, extrait de datura, 7 décigrammes et demi.

Du 4 au 8 mars, 7 décigrammes et demi.

15. Même état intellectuel. La médication est définitivement abandonnée.

Chez cette malade, l'intoxication commence à se manifester dès qu'on arrive à la dose de 25 à 30 centigrammes de datura par jour; elle se traduit par la dilatation des pupilles, une soif vive, de l'agitation, des cris et des ricanements prolongés. Un premier paroxysme demeure sans influence favorable; mais au milieu d'un second, une amélioration notable se déclare. La malade sort de son apathie et de son mutisme. Malheureusement cet intervalle de lucidité cesse avec la fin du paroxysme produit par l'intoxication, et la lypémanie tend même à devenir plus intense. Plus tard enfin, le datura semble rester sans action sur l'état de l'intelligence.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ANNALES ET ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

Les cahiers de janvier, février et mars 1853 contiennent les travaux ori-

ginaux suivants : 1° *Falsification des substances alimentaires*; par M. Norbert Gille. 2° *Considérations sur les muscles et leurs fonctions*; par M. Dugnolle.

II. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les numéros de juillet 1852 à mars 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Observation de polype de la matrice simulant un renversement de cet organe; ligature; guérison*; par M. Van Meerheeck. 2° *Hygiène des polders et des marécages*; par M. Decondé. 3° *Empoisonnement par les semences de colchique*; par M. Broecks. 4° *Un mot sur la prétendue non-contagion des symptômes syphilitiques secondaires et tertiaires*; par M. Rul-Ogez. 5° *Gastro-hystérotomie pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant*; par M. Van Aerschodt. 6° *Essai sur les luxations du pouce*; par M. Leva. 7° *De l'esprit de corps dans la profession médicale*; par M. Stevens. 8° *Léger aperçu sur la constipation habituelle et sur son traitement*; par M. Rul-Ogez. 9° *Présentation de l'épaule; évolution spontanée du fœtus*; par M. Van Haesendonck.

HYGIÈNE DES POLDERS ET DES MARÉCAGES; par le docteur DECONDÉ, médecin de régiment.

Dans la première partie de ce travail, l'auteur étudie les mesures hygiéniques qu'il serait utile d'adopter pour améliorer les conditions propres aux lieux marécageux, le défrichement et la culture des marais et des étangs, le pavage des places et des rues principales, le submergement des localités marécageuses, les plantations d'arbres, la construction des maisons, celle des villes, l'établissement des étangs, des féculeries, l'aménagement des forêts, l'endiguement des fleuves, les conditions d'établissement des routoirs pour le lin et pour le chanvre, etc.

Dans la seconde partie, qui nous occupera davantage, il fixe d'abord *les règles d'hygiène propres aux habitants des polders et des marécages* : une nourriture forte et abondante et des repas multipliés sont indispensables à ceux qui habitent les polders de la Flandre. Les étrangers ne devront pas voyager depuis la fin d'août jusqu'au mois de novembre. Les mois de mai, juin et juillet sont ceux dans lesquels on peut parcourir ces localités sans aucun danger. — Pendant l'époque des fièvres ou lorsque des affections épidémiques s'y montrent, on évitera de sortir aux heures du matin ou du soir. On s'astreindra à porter de la flanelle. On maintiendra les chambres bien sèches en y allumant souvent du feu. Dans quelques cas, on pourra employer, contre les effluves des lieux marécageux, les fumigations de chlore. On fera usage d'eau salubre ou purifiée; on évitera les saignées; on administrera le sulfate de quinine à faible dose matin et soir, pour faciliter l'acclimatement chez les étrangers, surtout si le sujet a déjà contracté une légère teinte chlorotique. Pendant la saison défavorable, on éloignera de ces localités les enfants, surtout ceux qui ne dépassent pas la première année.

Ensuite l'auteur trace *les règles d'hygiène propres aux corps de troupes qui ne stationnent que temporairement dans les pays de marécages* : — Faire camper les troupes le plus près possible des marécages, sur les points les plus élevés; submerger complétement le terrain marécageux en le couvrant d'une épaisse couche d'eau; on évitera le désœuvrement absolu comme la trop grande fatigue; diminuer les tours de garde pendant la nuit; augmenter l'ordinaire des soldats; changer l'heure des repas et en faire un premier supplémentaire le matin; fermer avec soin pendant la nuit les fenêtres et les portes des casernes; accorder en tous temps des moyens de chauffage pour les corps de garde.

Il examine après *l'hygiène propre aux troupes placées à demeure dans les localités marécageuses*, et, à ce propos, il se demande si, au lieu d'exposer successivement toute une armée aux influences toxiques des marécages, il ne vaudrait pas mieux laisser dans ces localités des corps stationnés qui s'y acclimateraient. Il adopte la dernière solution et cherche à fixer les conditions de recrutement nécessaires pour la composition d'un corps de troupe destiné à habiter indéfiniment des localités marécageuses, la constitution et la provenance des hommes, l'habillement spécial; les cas dans lesquels les malades doivent être traités loin des lieux qui ont occasionné la maladie; ceux dans lesquels les fièvres d'accès doivent être traitées dans les lieux qui les ont fait naître.

Nous nous sommes étendus sur l'analyse du travail du docteur Decondé parce qu'il contient un certain nombre de faits nouveaux, et qu'il indique, de la part de l'auteur, une étude attentive des meilleurs travaux sur la matière et un esprit dégagé de ces préoccupations théoriques qui font de cette partie de la pathologie et de l'hygiène qui a trait aux maladies palustres, l'une des questions les plus controversées de nos jours.

UN MOT SUR LA PRÉTENDUE NON-CONTAGION DES SYMPTÔMES SYPHILITIQUES SECONDAIRES ET TERTIAIRES; par M. RUL-OGEZ.

La conviction de l'auteur est que ces symptômes sont transmissibles par le contact, par les rapports sexuels, et voilà le fait, le seul d'ailleurs qu'il cite, qui paraît avoir déterminé son opinion à cet égard.

OBS. — M. X. se présente chez moi, dit M. Rul-Ogez, portant sur le prépuce cinq chancres ulcérés qui datent de trois ou quatre jours, et qui ont débuté quatre jours après le dernier coït exercé avec une seule personne. Je cautérisai ces chancres, et la guérison s'en fit en peu de jours. J'avertis en même temps M. X. qu'il avait eu des rapports avec une personne infectée. Il me certifia que depuis plusieurs mois il ne s'était livré au coït qu'avec une seule et même personne (ce que je sois plus que fondé à croire), et qu'il était impossible que cette personne fût atteinte de maladie vénérienne.

Malgré tout l'intérêt que M. X. avait de me dérober la connaissance de la personne en question, dont il fut bien difficile de surmonter les répugnances, à cause de la position sociale qu'elle occupait, il parvint à me l'amener. Je la soumis à un examen attentif, long et minutieux, neuf jours après le coït infectant. Je m'aidai même de verres grossissants; mais nulle part je ne pus parvenir à découvrir un chancre : nulle autre lésion qu'une vaginite granuleuse, avec excroissance sur le col utérin et écoulement abondant utéro-vaginal, ne s'offrit à mes regards. J'appris que la patiente, qui était une jeune veuve, portait depuis plus d'une année cette maladie. Plusieurs mois de traitement spécifique furent nécessaires pour obtenir chez elle une guérison entière.

— Ainsi M. Rul-Ogez veut démontrer la contagiosité des symptômes syphilitiques constitutionnels, et il donne en preuve un fait où une vaginite a produit des chancres primitifs!.. Comprenne qui pourra!

GASTRO-HYSTÉROTOMIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT; par M. AERSCHODT.

Les récentes discussions soulevées sur l'opportunité de remplacer par un moyen plus hâtif, mais moins innocent, l'opération césarienne, donnent un nouvel intérêt à la publication de faits tels que celui-ci, où l'opération la plus rationnelle a été suivie d'un double et complet succès.

OBS. — La femme Dec., primipare, ressentit, le 1er décembre 1851, les premières douleurs de l'accouchement. Rachitique, affectée d'une déviation notable de la colonne vertébrale, elle avait été prévenue, mais en vain, du danger qui pourrait résulter pour elle d'une grossesse. Appelé vers neuf heures, M. Aerschodt constata que les douleurs étaient très-prononcées et se succédaient très-rapidement. Au toucher, il reconnut une grande saillie du promontoire, qui rétrécissait de beaucoup le diamètre antéro-postérieur du bassin. Le col de la matrice, très-mince, off ait au plus la dilatation d'une pièce de 1 franc. Poche des eaux à peu près formée. On ne pouvait sent r l'enfant, vu sa hauteur.

Les douleurs, quelque fortes qu'elles fussent, n'exerçaient aucune action sur le col ou sur la poche. A quatre heures du matin, il ne s'était opéré nul changement. On rompit alors la poche des eaux; mais la détente et le soulagement qui en résultèrent ne furent que passagers.

Vers midi, un consultant fut demandé; il n'arriva qu'à quatre heures. Déjà M. Aerschodt avait reconnu que le diamètre sacro-pubien ne mesurait pas plus de 5 centimètres.

En présence d'une pareille disproportion, et voyant d'ailleurs que la tête n'avait pas progressé d'une ligne depuis le commencement du travail, les consultants se décidèrent à pratiquer l'opération césarienne, dont la proposition fut acceptée sans résistance par la malade.

Sans attendre davantage, on y procéda par une incision faite sur la ligne blanche, mais qui fut ensuite conduite de manière à entamer le bord du muscle droit. Par la faute de l'un des aides, la masse intestinale glissa alors entre l'utérus et la paroi abdominale et roula au dehors. Il fallut la replacer, faire un énergique appel au courage de l'aide. La matrice ayant alors été divisée, l'enfant, qui se présentait par le dos, fut extrait facilement. Il était fort, vigoureux, plein de vie. Ses cris donnèrent une telle impression de bonheur à la mère qu'elle sembla dédommagée en un instant de toutes ses souffrances.

On établit trois points de suture entortillée sur la plaie abdominale avec trois grandes épingles ordinaires, et on plaça un morceau de linge à sa partie inférieure pour favoriser l'écoulement des matières.

Les deux premiers jours furent très-calmes; le troisième, la fièvre laiteuse se déclara, et s'accompagna d'un peu de tympanite et de sensibilité au côté droit du ventre. Tout se passa de la manière la plus heureuse, sauf un peu d'érysipèle local produit par le contact des agglutinatifs. Le dixième jour, la plaie était cicatrisée partout, excepté à sa partie inférieure. Bientôt elle fut fermée complètement.

Aujourd'hui cette femme a repris ses occupations, et rien n'est venu entraver le bonheur d'être mère, qu'elle a si bien su mériter au prix d'un généreux sacrifice.

DE LA CONSTIPATION HABITUELLE ET DE SON TRAITEMENT; par le docteur RUL-OGEZ.

L'auteur distingue la constipation accidentelle, la constipation mécanique et la constipation qui survient aux diverses époques de la grossesse, de la

constipation habituelle qui peut dépendre elle-même de causes qui ne sont pas bien définies, soit d'un défaut de sécrétion du suc pancréatique, de la bile, ou des mucosités intestinales, soit de la paresse intestinale, d'une vie trop sédentaire, etc., et qui se lie à l'obésité, aux hémorrhoïdes, aux déviations de l'utérus et produit les maux de tête et les migraines, les coliques, les crampes d'estomac, les embarras des premières voies, les indigestions, les fissures à l'anus.

Il passe en revue les différents moyens conseillés contre cette affection : pilules, élixirs, le fameux thé de Saint-Germain recommandé par Hufeland, etc. Il recommande un exercice convenable en plein air et à pied, et un régime particulier : café au lait, pain de seigle, alimentation peu farineuse, pour boisson l'eau froide ou la bière brune légère. Dans quelques cas, la magnésie blanche ou les semences de moutarde blanche ; dans d'autres, l'aloès cru en une pilule de 4 à 5 grains ou la noix vomique, un quart ou demi-grain d'extrait; quelquefois de petites doses de fiel de bœuf épaissi seul ou associé à l'opium. Mais il insiste particulièrement sur l'usage des eaux minérales laxatives naturelles, Balaruc, Carlsbad, Marienbad, Soden, Hombourg, Friedrichshall, Nauheim, Pullna, Seidlitz, Heilbrun, Kissingen.

III. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

Les deux dernières livraisons de 1852 et les trois premières de 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Quelques réflexions sur les fièvres intermittentes larvées*; par M. Woetz. 2° *Extirpation d'une tumeur énorme, située à l'avant-bras*; par M. Verriest. 3° *Compte rendu des travaux de la Société médico-chirurgicale de Bruges pendant l'année* 1852 ; par M. Boghin. 4° *Réflexions sur le diagnostic des fractures de la base du crâne, à propos d'une observation relative à ces fractures*; par M. Gigot. 5° *Disposition curieuse de deux cordons formant entre eux un double nœud*; par M. Soete. 6° *Quelques réflexions sur un traitement particulier de la fièvre typhoïde*; par M. Van Dromme. 7° *Opération césarienne*; par M. Delbaere.

RÉFLEXIONS SUR LE DIAGNOSTIC DES FRACTURES DE LA BASE DU CRANE; par M. GIGOT.

Selon l'auteur, l'écoulement de sang par l'oreille et l'ecchymose sous-conjectivale ne sont pas des symptômes pathognomoniques des fractures de la base du crâne; ils ont néanmoins une haute importance pour le diagnostic des lésions traumatiques de cette région, mais sans que le praticien puisse s'autoriser de leur présence pour affirmer qu'il y a réellement une fracture de la base.

M. Gigot a, en effet, observé un cas où, à la suite de chute sur la tête, le blessé présenta une ecchymose d'un rouge bleuâtre foncé dans le tissu sous-conjectival de la moitié interne de l'œil gauche, et rendit pendant deux jours une assez grande quantité d'un liquide séreux, transparent, par l'oreille droite. Il y avait eu d'abord somnolence, demi-résolution générale, et en même temps une tumeur sanguine de la grosseur d'une noix existait à la partie postérieure de la tête, à 1 pouce au-dessous et à droite de la bosse occipitale. Malgré le pronostic sinistre que cette réunion de phénomènes aurait pu faire porter, le malade entra en convalescence au bout de cinq jours et se rétablit complétement.

L'auteur explique, pour ce cas, l'écoulement aqueux par la déchirure du cul-de-sac arachnoïdien, qui accompagne le nerf auditif dans le conduit auditif interne. Quant à l'infiltration du tissu cellulaire sous-conjectival, elle serait produite par un décollement plus ou moins étendu des os de la voûte orbitaire. Alors le sang traverserait par imbibition d'abord cette lame fibreuse, pour s'épancher dans le tissu cellulaire lâche et lamelleux qui, entourant le globe de l'œil, communique directement avec le tissu cellulaire sous-conjonctival, ensuite l'aponévrose qui s'insère par sa grande circonférence à tout le pourtour de l'arcade orbitaire, et par sa petite, aux cartilages tarses, et arriverait ainsi au tissu cellulaire des paupières. L'interprétation est d'autant plus admissible que l'anatomie montre combien sont faibles les adhérences fibro-vasculaires qui unissent la dure-mère aux parois osseuses de la voûte orbitaire.

DISPOSITION CURIEUSE DE DEUX CORDONS FORMANT ENTRE EUX UN DOUBLE NOEUD; par M. SOETE.

La particularité curieuse que l'auteur a constatée, et qu'il a fait figurer dans un dessin, a été rencontrée par lui dans les circonstances suivantes :

Ayant reconnu chez une femme en couches un pied dans le vagin et plus haut une tête dans le col utérin bien dilaté, il tira d'abord sur le pied, fit descendre l'enfant auquel il appartenait, coupa, puis lia son cordon ombilical. La femme accusa aussitôt après de nouvelles douleurs. En touchant, M. Soete rencontra dans le vagin comme un paquet de cordons ombilicaux, puis un bras, et plus haut la tête. Au bout d'une dizaine de minutes, le second enfant naquit, vivant comme le premier, par les seuls efforts de la nature.

M. Soete déploya alors ces cordons, comme on le fait pour désentortiller une corde; il vit qu'ils avaient beaucoup de longueur, et qu'ils constituaient entre eux et vers leur partie moyenne un nœud double parfaitement formé. Un quart d'heure plus tard, ayant fait la délivrance, il s'assura que le placenta était unique et rond, et d'un volume à peu près double de l'ordinaire. Les cordons étaient implantés tous deux près du centre et seulement à 3 centimètres de distance l'un de l'autre. Ils avaient la même longueur, 1 mètre au moins; les enfants avaient aussi à peu près le même volume, un peu au-dessous de la moyenne.

Ainsi que l'auteur le fait remarquer, cette particularité suppose nécessairement un concours de circonstances très-difficiles à se trouver réunies: telles sont une longueur suffisante des cordons pour permettre aux enfants des mouvements et des circonvolutions presque incompréhensibles, et l'existence d'une poche membraneuse unique pour les deux fœtus.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR UN TRAITEMENT PARTICULIER DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur VAN DROMME.

Ce médecin fait pratiquer des lotions matin et soir sur toute la surface cutanée, avec une éponge imbibée d'eau vinaigrée. Les lotions doivent se faire avec célérité et s'accompagner d'un certain degré de pression, elles doivent être instituées dès le début de la maladie et être continuées jusqu'à la cessation de tout mouvement fébrile.—Les autres moyens employés par le docteur Van Dromme constituent, à un moindre titre que les lotions dont nous venons de parler, une méthode de traitement particulière.

MÉMOIRE POUR SERVIR A LA TOPOGRAPHIE MÉDICALE DE L'ARRONDISSEMENT DE COURTRAY: couronné au concours de la Société médico-chirurgicale de Bruges en 1852.

Eu égard à la population, le territoire de l'arrondissement est peu étendu, mais en revanche très-fertile; la population rurale forme les trois quarts de la population totale; dans les villes, la moitié des habitants se trouve dans des conditions d'insalubrité de logement; pendant la période triennale de 1845 à 1848 une population de 148,858 habitants a subi une diminution de 12,040; quelques communes, alors cruellement éprouvées, perdirent un septième, un huitième et même un quart de leur population.

Dans un paragraphe spécial, l'auteur cherche à démontrer que l'excédant des naissances sur les décès des différentes communes rurales est en rapport direct avec leur distance des cours d'eau et des terrains bas et humides; il constate plus loin le développement plus actif de la phthisie pulmonaire chez les fileurs et les tisserands depuis que la décadence de l'industrie linière a plongé dans la misère beaucoup de ces ouvriers.

Sur 1,000 naissances, on est surpris de ne trouver que 543 vaccinations dans l'arrondissement. Les maladies régnantes sont: la scarlatine, la rougeole, la variole, la coqueluche, qui se montrent périodiquement tous les quatre ou cinq ans; la méningite, qui sévit fréquemment chez les enfants, les rhumatismes, les phlegmasies des voies respiratoires et la phthisie pulmonaire qui détermine un cinquième de la mortalité. Notons que les fièvres intermittentes, par leur grande fréquence, occupent le premier rang parmi les maladies de l'arrondissement. L'auteur signale les caractères des fièvres intermittentes printanières, larvées, pernicieuses, et expose le traitement qui lui a donné les meilleurs résultats et une économie notable. En associant le proto-sulfate de fer au sulfate de quinine, il a réalisé une économie marquée tout en obtenant un effet plus durable contre les récidives. Ces résultats ont été principalement obtenus dans des fièvres quartes déjà anciennes, compliquées d'engorgements viscéraux.

IV. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les six dernières livraisons de 1852 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *De la valeur de l'électricité dans le traitement des maladies*. 2° *Des vertus thérapeutiques de la belladone, appuyées sur des faits pratiques*; par M. Dubois. 3° *De l'utilité de l'électricité et de son emploi dans les maladies, démontrée par des faits pratiques*; par M. Meyer.

DES VERTUS THÉRAPEUTIQUES DE LA BELLADONE; par le docteur DUBOIS, de Tournay.

Ce mémoire, couronné par la Société de médecine de Gand, en 1852, est plutôt riche en faits empruntés aux autres qu'en résultats d'une expé-

rience personnelle. L'auteur étudie l'emploi de la belladone dans les *phlegmasies*, dans l'érysipèle, dans la scarlatine, comme préservatif de la scarlatine, dans les affections cutanées très-anciennes, l'angine, la dysenterie, la blennorrhagie, le panaris, les phlegmasies glandulaires, la goutte, le rhumatisme, les phlegmasies oculaires; dans les *hémorrhagies*, l'hémoptysie, l'hématémèse, la métrorrhagie; dans les *névroses* et les *névralgies*, la migraine, l'amaurose, la nyctalopie, les convulsions, etc., la gastralgie, l'asthme, la coqueluche; contre la *douleur*, les affections constitutionnelles, les *fièvres*, comme moyen *dilatateur*, contre les *constrictions spasmodiques*, etc. Tout ce travail, assez étendu, mais qui nous semble manquer d'esprit critique et d'une saine appréciation des faits, se termine par des conclusions dont nous énumérons les principales :

1° La belladone n'est pas sans efficacité dans quelques phlegmasies, notamment dans celles qui occupent le globe oculaire.

2° La propriété de prévenir la scarlatine ne saurait lui être contestée.

3° Elle est le remède par excellence des névralgies, des coqueluches et de la plupart des névroses.

4° Elle apaise mieux que tout autre médicament les douleurs cancéreuses.

5° Elle peut être utilement employée pour remédier au resserrement spasmodique et à l'occlusion de la pupille, pour réduire la procidence de l'iris, pour prévenir l'inflammation de cette membrane, pour éclairer le diagnostic de certaines affections de l'œil.

6° Elle jouit d'une efficacité réelle dans certains cas de hernie étranglée, dans les cas de contractions spasmodiques du col utérin pendant l'accouchement.

DE L'UTILITÉ DE L'ÉLECTRICITÉ ET DE SON EMPLOI DANS LES MALADIES, DÉMONTRÉS PAR DES FAITS CLINIQUES, par le docteur MORITZ MEYER, de Berlin.

Nous avons lu avec intérêt ce mémoire, mentionné honorablement au concours de la Société de médecine de Gand, en 1852. Dans un premier chapitre, l'auteur fait l'historique de l'usage thérapeutique de l'électricité, depuis *Cavallo*, en 1780, jusqu'à nos jours, mais il se borne à tort à une simple énonciation des noms d'auteurs, sans chercher à apprécier les travaux.—Il étudie ensuite les effets physiques, chimiques et physiologiques du fluide électrique dans ses différents modes de production, l'électricité développée par *frottement*, l'électricité par *contact*, l'*induction électrique*. Un troisième chapitre est consacré à *la construction des appareils destinés à un but thérapeutique*, il comprend l'*axe galvano-électrique* de Romershansen, les chaînes de Pulvermacker et de Goldberger, l'*appareil d'Hassenstein*, parmi les appareils destinés à provoquer l'irritabilité des tissus par l'électricité galvanique. Dans les appareils à induction, il distingue les électro-magnétiques et les galvano-électro-magnétiques. Parmi les premiers, on peut ranger les appareils de Banmann, de Rauch; parmi les seconds figurent ceux de Neef-Wagner, de Klopfer, de Jenlich. Parmi les appareils magnéto-électriques d'induction ou de rotation les plus connus sont ceux de Pixii, de Saxton et d'Ettinghausen, et celui de Stöhrer, qui à l'aide du *commutateur*, n'émet que des courants dirigés constamment dans le même sens sur l'organe à électriser.

Quant aux états pathologiques dans lesquels on a constaté l'influence heureuse du fluide électrique, le docteur Meyer étudie d'abord les affections des nerfs, névralgies, anesthésies, névroses, paralysies; puis les maladies dites externes, varices, anévrismes, ulcères, goîtres. Il termine enfin par l'étude des effets physiologiques de l'électricité dans les maladies, chapitre à peine indiqué dans l'histoire médicale de l'électricité, et sur lequel nous n'avons encore aujourd'hui que des notions très-obscures.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

RECHERCHES SUR LES ALCALOÏDES DES QUINQUINAS.

M. PASTEUR lit sous ce titre un mémoire dans lequel il s'est proposé d'étudier les propriétés générales des alcaloïdes connus du quinquina et de faire connaître des alcaloïdes nouveaux.

Les extraits suivants feront suffisamment connaître les principaux résultats consignés dans ce mémoire.

§ Ier. CINCHONICINE. — La cinchonine engagée dans une combinaison saline quelconque, soumise à l'action de la chaleur, se transforme en une nouvelle base isomère avec elle et entièrement distincte de la cinchonine : je l'appelle *cinchonicine*. Tous les sels de cinchonine peuvent servir à la préparation de la cinchonicine; mais pour que la transformation soit facile, complète, et que le but ne soit dépassé en rien, il faut placer le sel de cinchonine dans certaines conditions. En général, quand on chauffe les sels de cinchonine, ils fondent et se décomposent immédiatement; et si, par un artifice particulier, on ne provoque la fusion du sel à une température assez distante de celle de sa décomposition, la cinchonicine prend bien naissance, mais aussitôt elle se détruit par une action plus profonde de la chaleur. Le sulfate de cinchonine ordinaire, par exemple, chauffé directement, entre en fusion, puis se détruit aussitôt et fournit une belle matière résineuse rouge qui est un produit d'altération de la cinchonicine. Mais si l'on a soin d'ajouter au sulfate un peu d'eau et d'acide sulfurique avant de le soumettre à l'action de la chaleur, il reste fondu, même après l'expulsion de toute l'eau, à une température basse, et il suffit de le maintenir dans cet état de 120 à 130 degrés, pendant trois à quatre heures, pour qu'il soit entièrement transformé en sulfate de cinchonicine.

§ II. QUINICINE. — Tout ce que je viens de dire s'applique mot pour mot aux sels de quinine. Cette base, engagée dans un sel quelconque et soumise à l'action de la chaleur, se transforme en un nouvel alcaloïde isomère de la quinine. Il faut et il suffit que le sel soit placé dans des conditions convenables, qui sont précisément celles que je viens de signaler pour les sels de cinchonine. J'appelle *quinicine* la nouvelle base. Le procédé le plus commode pour la préparer consiste à ajouter un peu d'eau et d'acide sulfurique au sulfate de quinine du commerce. Même après l'expulsion de toute l'eau, le sel reste fondu, et par trois à quatre heures d'exposition au bain d'huile de 120 à 130 degrés, toute la masse est transformée en sulfate de quinicine, avec une production extrêmement minime de matière colorante.

Quant aux propriétés générales de la cinchonicine et de la quinicine, elles offrent des analogies bien marquées avec les isomères d'où elles dérivent. Elles présentent surtout entre elles les plus vives ressemblances. Toutes deux sont presque insolubles dans l'eau, très-solubles au contraire dans l'alcool ordinaire ou dans l'alcool absolu. Toutes deux se combinent facilement à l'acide carbonique et chassent à froid l'ammoniaque de ses combinaisons salines. Toutes deux se précipitent de leurs solutions sous forme de résines fluides à la manière de la quinine dans certaines circonstances. Toutes deux enfin dévient à droite le plan de polarisation. Elles sont également très-amères et fébrifuges.

§ III. QUINIDINE. — Les contradictions que l'on rencontre dans les travaux des chimistes qui ont étudié la quinidine viennent toutes de ce fait qui leur a échappé, que sous le nom de *quinidine* on a confondu deux alcaloïdes entièrement distincts par leurs propriétés physiques et chimiques, et qui sont presque constamment associés par mélange dans la quinidine du commerce, si l'on n'a pas eu le soin de purifier celle-ci par plusieurs cristallisations successives. Ainsi la quinidine, découverte en 1833 par MM. Henry et Delondre, est tout autre chose que ce qu'on appelle aujourd'hui de ce nom en Allemagne et en France, et le produit allemand est très-souvent mélangé en forte proportion de celui qui a été découvert par MM. Henry et Delondre. On trouvera dans mon mémoire tous les détails nécessaires sur les propriétés et la composition des deux quinidines. J'ajouterai seulement, afin de les caractériser tout de suite, que l'une d'elles, à laquelle je conserve le nom de quinidine, est hydratée, efflorescente, *isomère de la quinine*, dévie à droite le plan de polarisation, et possède, à l'égal de son isomère la quinine, le caractère de la coloration verte par addition successive du chlore et de l'ammoniaque. L'autre base, à laquelle je donne le nom de cinchonidine, est anhydre, *isomère de la cinchonine*, exerce à gauche son pouvoir rotatoire et ne possède pas le caractère précité de la coloration verte. C'est elle qui est aujourd'hui la plus abondante dans les échantillons commerciaux. Il est toujours très-facile, en exposant à l'air chaud une cristallisation récente de cinchonidine, de reconnaître si elle renferme la quinidine. Tous les cristaux de cette dernière base s'effleuriront immédiatement en conservant leurs formes et se détacheront en blanc mat sur les cristaux de cinchonidine demeurés limpides. On peut également recourir au caractère de la coloration verte par le chlore et l'ammoniaque.

En résumé donc, il y a dans les écorces de quinquinas quatre alcalis principaux : la quinine, la quinidine, la cinchonine, la cinchonidine.

§ IV. ACTION DE LA CHALEUR SUR LA QUINIDINE ET LA CINCHONIDINE. — J'ai soumis les deux nouvelles bases quinidine et cinchonidine à l'action modérée de la chaleur, comme j'avais fait pour la quinine et la cinchonine, et je suis arrivé exactement aux mêmes résultats, c'est-à-dire que les deux nouvelles bases se transforment en bases isomères, poids pour poids, avec la même facilité et dans les mêmes conditions que les sels de quinine et de cinchonine. Mais, en outre, et c'est là sans contredit l'un des faits les plus essentiels de ce travail, les deux nouvelles bases obtenues par transformation de la quinidine et de la cinchonidine sont identiques, la première avec la quinicine, la seconde avec la cinchonicine. De telle manière que nous arrivons à cette conséquence remarquable : des quatre bases principales renfermées dans les quinquinas : quinine, quinidine, cinchonine, cinchonidine, les deux premières peuvent être transformées, poids pour poids, en une nouvelle base, la quinicine, ce qui prouve qu'elles sont elles-mêmes forcément isomères, et les deux autres dans les mêmes conditions se transforment en une seconde base, la cinchonicine, ce qui prouve que de leur côté elles sont elles-mêmes forcément isomères.

Les relations moléculaires que ces résultats signalent à l'attention des chimistes prennent un caractère nouveau lorsque l'on compare les pouvoirs rotatoires des six alcalis précédents. La quinine dévie à gauche, la quinidine à droite, et toutes deux considérablement. La quinicine dévie à droite, mais d'une quantité très-faible comparée aux pouvoirs rotatoires des deux autres. Les mêmes rapports se présentent dans les trois isomères cinchonine, cinchonidine, cinchonicine. La cinchonine et la cinchonidine dévient l'une à droite, l'autre à gauche,

toutes deux considérablement ; la cinchonicine dévie au contraire très-peu à droite. L'interprétation la plus logique de ces résultats est la suivante : La molécule de la quinine est double, formée de deux corps actifs, l'un qui dévie beaucoup à gauche, et l'autre très-peu à droite. Ce dernier, stable sous l'influence de la chaleur, résiste à une transformation isomérique, et, persistant sans altération dans la quinicine, il donne à celle-ci sa faible déviation à droite. L'autre groupe, très-actif au contraire, devient inactif quand on chauffe la quinine et que celle-ci se transforme en quinicine. De telle manière que la quinicine ne serait autre chose que de la quinine dont un des groupes actifs constituants est devenu inactif. La quinicine serait également de la quinidine dont un seul des groupes actifs constituants serait devenu inactif ; mais dans la quinidine, ce groupe très-actif serait droit au lieu d'être gauche, comme dans la quinine, et toujours uni à ce même groupe droit peu actif et stable qui persiste dans la quinicine pour lui imprimer sa faible déviation droite. Je pourrais répéter mot pour mot tout ce que je viens de dire en l'appliquant aux trois isomères cinchonine, cinchonidine, cinchonicine, qui sont constitués respectivement comme leurs trois congénères, car ils offrent exactement les mêmes relations.

§ V. QUINOÏDINE. — Je n'entrerai pas dans le détail des expériences que j'ai entreprises sur la quinoïdine; mais il est un point sur lequel je veux appeler l'attention des fabricants de sulfate de quinine et des compagnies qui récoltent les écorces de quinquinas en Amérique. La quinoïdine est toujours un produit d'altération des alcalis des quinquinas. Elle a deux origines distinctes. Elle prend naissance dans le travail de la fabrication du sulfate de quinine, et surtout dans les forêts du nouveau monde lorsque le bûcheron, après avoir enlevé à l'arbre son écorce, expose celle-ci au soleil pour la dessécher. Alors les sels de quinine, de cinchonine, etc., que renferment ces écorces, s'altèrent et se transforment en matières résineuses et colorantes qui forment la majeure partie de la quinoïdine du commerce. J'ai reconnu, en effet, qu'en exposant au soleil, seulement durant quelques heures, un sel de quinine et de cinchonine quelconque, en solution étendue ou concentrée, il s'altère à tel point, que la liqueur prend une coloration rouge brun extrêmement foncé. Cette altération est d'ailleurs de la même nature que celle qui s'effectue sous l'influence d'une température élevée. Je crois donc que l'on éviterait des pertes notables de quinine, de cinchonine, etc., et que l'on rendrait plus facile l'extraction ultérieure de ces bases, si l'on avait la précaution de mettre à l'abri de la lumière les écorces de quinquinas dès qu'elles sont récoltées, et d'opérer dans l'obscurité leur dessiccation. Le fabricant de quinine également doit éviter toute action d'une vive lumière.

SÉANCE DU 1[er] AOUT.

M. BOINET lit un mémoire intitulé : DU TRAITEMENT DES FISTULES A L'ANUS PAR LES INJECTIONS IODÉES.

(Nous publierons ce mémoire textuellement.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Un rapport de M. le docteur Madin (de Verdun), sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Froméréville (Meuse), en 1852;

Un rapport de M. le docteur Balut, sur une épidémie de suette miliaire dans la commune d'Offrange, en 1852.

Le même ministre transmet les rapports suivants sur les eaux minérales :

1° De M. le docteur Desbret, sur le service médical de Chateldon (Puy-de-Dôme), en 1852;

2° De M. le docteur Crozant, sur les eaux minérales de Pougues (Nièvre);

3° De M. Gerdy, sur les eaux minérales d'Uriage;

4° De M. Auzouy, sur les eaux de Cransac (Aveyron);

5° De MM. Versini et Carlotti, sur les eaux minérales de Guagno et Pietrapola (Corse).

6° Un rapport du conseil central d'hygiène publique du département du Nord sur la situation thermale de Saint-Amand.

Le même ministre transmet une note sur la peste, rédigée par M. le docteur Landé. (Comm. : MM. Ferrus, Mélier et Loude.)

— M. ROCH (d'Alais) adresse un mémoire intitulé : ÉTUDES CHIMIQUES ET MÉDICALES SUR LES EAUX MINÉRALES BITUMINEUSES, SALINES, SULFUREUSES DE L'ARRONDISSEMENT D'ALAIS ET EN PARTICULIER SUR LES SOURCES D'AUZON.

— M. JACQUOT (de Saint-Dié) adresse une observation de diabète pour être ajoutée à la note qu'il a transmise à l'Académie en décembre 1852, concernant une méthode de traitement qu'il propose d'opposer à cette affection. (Commiss. : MM. Rayer, Bouchardat.)

MÉDICATION FERRUGINEUSE.

M. QUEVENNE adresse une suite à son travail sur la médication ferrugineuse, renfermant une série d'expériences physiologiques nouvelles sur le suc gastrique et sur les matières intestinales; des expériences sur les doses auxquelles on prescrit les préparations de fer les plus employées et sur la valeur comparative de ces produits ; et des observations sur le fer réduit.

Voici les conclusions qui terminent cette dernière partie de son mémoire :

L'action du fer réduit est de même nature que celle des ferrugineux en général.

C'est cette préparation (parmi celles qui ont été examinées) qui a introduit le plus de fer dans le suc gastrique pour un poids donné.

Ce qui la distingue, entre les martiaux, c'est son degré d'activité relatif.

La dose de 0,20 à 0,30 (moyenne 0,25) paraît suffisante en général pour produire la guérison aussi promptement et aussi complétement qu'avec les composés ferrugineux réputés jusqu'ici les plus actifs, quoique dans bien des cas on puisse aller sans inconvénient à 0,40 et 0,50. (Comm. MM. Cruveilhier, Caventou, Bouchardat.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Villeneuve.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture, à cette occasion, d'un extrait des dispositions testamentaires de M. Villeneuve, qui lui a été communiqué. Dans ces dispositions, M. Villeneuve exprime la volonté qu'il ne soit envoyé aucune lettre de faire part de son décès, que son convoi ait lieu de la manière la plus simple, que son corps soit porté dans le cercueil des pauvres et inhumé dans la fosse commune. Le montant des frais qu'eût occasionnés son convoi fait d'après les usages habituels, sera distribué aux pauvres de sa paroisse.

Nonobstant ces dispositions, le conseil d'administration a jugé qu'il était convenable que l'Académie se fît représenter par une députation aux obsèques, qui auront lieu le mercredi 3 août.

EAU MINÉRALE SULFUREUSE DE BELLEVILLE.

M. CHEVALLIER lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur une source minérale sulfureuse de Belleville.

Par suite d'une lettre de M. le ministre de l'intérieur, en date du 18 mai 1852, l'Académie a été chargée de l'examen d'une eau sulfureuse découverte par MM. Lapostolet frères, dans leur usine de Belleville, et pour l'exploitation de laquelle ils demandent une autorisation; c'est l'examen de cette eau qui fait l'objet de ce rapport.

Voici les principaux résultats du travail de la commission :

L'eau prise au tuyau d'écoulement, à l'aide d'une pompe, a donné pour terme moyen une température de 12° centigr. 3/10, et aussi comme terme moyen 10° 1/10 au sulfhydromètre de Dupasquier. Cette eau avait une parfaite limpidité. Exposée à l'air, elle se trouble progressivement, devient nébuleuse et légèrement lactescente; sa saveur et son odeur sont celles des eaux sulfureuses froides. Agitée avec de l'argent en poudre dans un vase entièrement plein, elle perd une partie de son principe sulfureux, environ 6° 8/10 au sulfhydromètre, et il reste alors 3° 2/10 qui appartiennent à un sulfhydrate calcaire. Elle contient beaucoup de sulfate de chaux, de magnésie et de soude, des bicarbonates calcaires et magnésiens, peu de chlorures, de la silice, de l'alumine, des traces d'un phosphate et du fer, point d'iodures sensibles, puis une matière organique qui n'apparaît dans tous ces produits salins que pendant le travail de l'analyse; elle leur communique une teinte jaune ou brune avec une odeur légèrement sulfurée; on a pu reconnaître, en outre, des traces non équivoques d'ammoniaque dans le liquide provenant de la distillation d'une certaine quantité d'eau.

D'après les résultats de l'analyse, les commissaires croient pouvoir considérer l'eau de Belleville comme une eau sulfureuse alcaline, appartenant au groupe des eaux sulfhydratées calcaires, et proposent, en conséquence, de déclarer qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

EAUX MINÉRALES DE SOULZMATT.

M. O. HENRY lit, au nom de la même commission, un rapport sur l'eau minérale de Soulzmatt (Haut-Rhin), en réponse à une lettre ministérielle du 14 mai dernier.

D'après les résultats obtenus par M. Béchamp (de Strasbourg), l'eau minérale de Soulzmatt appartient au groupe des eaux acidules bicarbonatées sodique et calcaire; elle vient prendre rang à côté des eaux étrangères de Seltz ou Seltzer et d'Ems, ou près de celles de St-Galmier, de Chaldon, de Vic-sur-Cerre, etc., etc. Ainsi ce sont les bicarbonates de soude, de potasse, de chaux et de magnésie qui en sont les principaux éléments minéralisateurs, associés à un grand excès d'acide carbonique (le volume de l'eau environ), puis à quelques autres substances en quantités plus minimes, telles que le carbonate de lithine, le phosphate alcalin ou alumineux, le borate de soude, le sulfate alcalin, le chlorure de sodium, de la silice à l'état libre ou en silicate, unis enfin à une trace presque inappréciable de fer et de matière organique.

L'absence presque complète du fer rend l'eau très-agréable à boire, grâce surtout à la présence d'un grand excès d'acide carbonique qu'elle contient.

M. le rapporteur a confirmé les résultats signalés par M. Béchamp.

L'eau de Soulzmatt est agréable à boire, et son action avantageuse sur l'économie animale a été constatée depuis longues années par un grand nombre de médecins du pays ; sa composition chimique justifie ses propriétés.

On peut donc, dit M. le rapporteur, regarder son emploi comme aussi avantageux au moins que celui de l'eau de Seltz, ce qui contribuera alors à nous affranchir d'un tribut payé à l'étranger, en permettant d'établir le prix de cette eau bien au-dessous de celle-ci pour la mettre à portée de tous les consommateurs.

En conséquence, la commission pense qu'on peut répondre à M. le ministre que tout milite en faveur de l'eau minérale alcaline gazeuse de Soulzmatt et qu'il y a lieu d'accorder à son propriétaire l'autorisation de l'exploiter sous le point de vue médical.

EAUX MINÉRALES DE LA PROVINCE DE CONSTANTINE.

M. Henry lit un second rapport sur des eaux minérales naturelles de Hammam-Mescoutine et d'Hammam-Sétif, en réponse à une lettre du ministre de la guerre qui a demandé à l'Académie une sanction des analyses de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles des provinces de Constantine et de Sétif, exécutées dans le laboratoire de chimie créé spécialement à Alger pour ce genre de recherches.

Les eaux de Hammam-Mescoutine sont remarquables par leur haute thermalité; elles fournissent des eaux dont la température s'élève à 70, 75 et jusqu'à 90 degrés centigrades. Leur nature est sulfureuse et calcaire. En sortant du sol ces eaux, en raison de leur haute température qui en dégage la majeure partie de l'acide carbonique, laissent immédiatement déposer la majeure partie des carbonates terreux qu'elles tenaient en dissolution, et il se produit alors sous formes de cônes ou de pyramides coniques des travertines calcaires d'un aspect singulier. C'est dans ces incrustations presque entièrement composées de carbonates calcaire et magnésien que M. Tripier, a pour la première fois signalé la présence de l'arsenic présumé à l'état d'arséniate de chaux ou de strontiane, et jusqu'alors inconnue dans les eaux minérales. Quant aux principes sulfureux, ils disparaissent presque entièrement loin des sources; aussi les eaux expédiées n'en ont plus présenté que des *vestiges, non douteux* toutefois.

Les eaux de Hammam-Sétif sourdent d'un terrain calcaire; elles ont une assez forte thermalité qu'on porte à 49, 50 et 51 degrés centigrades. Le volume des sources est considérable et la nature minérale de l'eau présente une certaine analogie avec celles de Hammam-Mescoutine.

D'après les résultats de l'analyse chimique de ces eaux, on peut reconnaître qu'il existe une assez grande ressemblance de composition chimique entre elles et les eaux de Hammam-Mescoutine; ce sont également des eaux salines calcaires qu'on peut rapprocher de celles de diverses sources salines (Bourbonne, Aulus, Siradan, etc., moins la thermalité); leur thermalité doit jouer un rôle important dans l'application médicale; d'après leur nature on peut croire que les eaux de Hammam-Sétif possèdent des vertus médicales du même genre que celles de Mescoutine, et que dès lors elles doivent avoir une certaine importance pour la province qui les possède. (Adopté.)

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

M. Sandras, porté sur la liste de présentation, déclare, par une lettre dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture, retirer sa candidature.

Sur 70 votants, majorité 36,

M. Chatin a obtenu	38 voix.
M. Ch. Robin	30
M. Martinet	1
M. Bayle.	1

M. Chatin ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé membre de l'Académie.

DE LA DUALITÉ DES AFFECTIONS ENDÉMO-ÉPIDÉMIQUES ANNUELLES DES PAYS CHAUDS PALUSTRES, ET CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA PATHOLOGIE DE CES CONTRÉES.

M. le docteur Félix Jacquot lit, sous ce titre, un mémoire dans lequel il se propose d'étudier les endémo-épidémies à apparitions annuelles régulières, qui constituent le règne pathologique essentiel des pays chauds.

Dans une première partie de son mémoire, l'auteur expose successivement les doctrines et la thérapeutique qui ont cours en Algérie et dans le pays romain; puis il les compare en cherchant à en extraire les erreurs pour les rejeter, les vérités pour les adopter. Dans une deuxième partie, qui fait le fond de ce mémoire, il a cherché à édifier une nouvelle doctrine et à asseoir les bases d'une thérapeutique rationnelle.

Le passage suivant, que nous extrayons de ce travail, résume assez bien les principes fondamentaux de cette doctrine.

Les endémo-épidémies estivo-automnales annuelles des pays chauds palustres sont constituées par deux genres bien distincts de maladies : les unes palustres, dites aussi *à quinquina*, dues à des conditions accidentelles plus ou moins amovibles, aux miasmes; les autres sont palustres, dues au climat même, c'est-à-dire à des conditions essentielles permanentes, plus ou moins inamovibles, et aux écarts de l'hygiène, dont l'effet principal consiste probablement à rendre plus impressionnable aux influences climatologiques. Ce dernier genre d'affection est commun à la plupart des pays chauds, à peu près, le premier ne règne que dans les pays à la fois chauds et palustres.

Si chaque genre a son étiologie distincte, il a aussi sa symptomatologie et sa thérapeutique; de plus, les trois phases des deux épidémies estivo-automnales élémentaires ne sont pas strictement contemporaines; de sorte que, par exemple, leur apogée ne coïncide point ordinairement. Selon les contrées, c'est l'un ou l'autre genre qui domine, tandis que son contemporain se tient au second rang. Il en résulte qu'ici les maladies endémo-épidémiques sont surtout palustres ou à quinquina, pendant qu'ailleurs leur grand caractère général sera climatique, qu'on ne passe ce mot pour caractériser les affections dues aux influences essentielles du climat. Les différences très-notables que présentent les endémo-épidémies, selon les pays, tiennent à une autre cause encore : avec le climat, la phénoménation des maladies climatériques, qui font partie de l'endémo-épidémie annuelle, change manifestement elle-même; bien plus, de nouvelles espèces apparaissent même quelquefois, et impriment nécessairement un trait caractéristique au règne pathologique.

Un des deux genres élémentaires, soit la fièvre palustre, soit une affection climatique, peut exister isolément chez un sujet, conserver ainsi son individualité, et ne dicter qu'une indication thérapeutique simple; mais, le plus souvent, les deux se combinent sur le même sujet, se confondent en une nouvelle individualité complexe, véritable fièvre *proportionnée*, constituée par l'union des deux éléments palustre ou miasmatique et climatique. Ainsi se trouve justifié le titre de ce travail DE LA DUALITÉ DES ENDÉMO-ÉPIDÉMIES. Ces éléments concourent à divers degrés à la formation de la maladie qui est comme leur résultante, où l'élément domine l'autre élément auquel il est marié. C'est ce qui arrive presque toujours en Algérie, où, au contraire, l'élément climatique prend le dessus, comme on l'observe assez souvent à Rome; enfin, il peut se faire que tous deux concourent pour une part plus ou moins égale à la formation de la maladie définitive.

La thérapeutique doit être double, quand la maladie l'est elle-même : par le sulfate de quinine, on s'attaque à l'élément palustre, tandis que son cohabitant appelle une médication consistant surtout dans des évacuants gastro-intestinaux. L'individualité des deux éléments morbides est ainsi prouvée non-seulement par leur symptomatologie et par leur origine, mais aussi par la thérapeutique.

Les évacuants administrés seuls, quand la maladie est complexe, la dégageront de l'élément climatique, et laisseront en général subsister la fièvre palustre; au contraire, le sulfate de quinine abattra cette dernière, mais la convalescence ne sera pas franche à cause de la survivance du premier élément. (Comm.: MM. Bilchteau, Bégin et Roche.)

PELLAGRE.

M. Gibert présente une femme du département de Seine-et-Oise, âgée de 28 ans, et affectée de l'érythème caractéristique du visage, de la face dorsale des mains et des orteils, auquel commencent à se joindre les autres accidents propres à la maladie, bien que l'affection de la peau ne date que de sept semaines.

C'est le troisième exemple observé depuis douze ans dans le service de M. Gibert. La première observation recueillie d'une maladie jusque-là inobservée à Paris, avait vivement frappé l'attention des médecins, et quelques exemples nouveaux ont été signalés, mais dont aucun n'a offert l'ensemble des phénomènes caractéristiques de la pellagre de Lombardie, tandis que les deux sujets qui ont succombé dans les salles de M. Gibert, à l'hôpital Saint-Louis, ont présenté tous les traits de la maladie. Ces deux sujets d'ailleurs, non plus que la malade actuelle, n'avaient jamais fait usage de maïs.

La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 25 JUIN 1853.

L'Académie a perdu deux de ses membres correspondants, MM. Thirion et Vendevyvere.

L'Académie a reçu deux mémoires sur la question qu'elle avait proposée : « Moyens d'éviter les amputations et les resections osseuses. »

Lui sont également parvenus deux mémoires sur la question relative à l'influence des divers nerfs sur les mouvements de l'iris.

Enfin elle a reçu un mémoire sur la question qu'elle avait également proposée, relativement à l'histoire chirurgicale des tumeurs.

TRANSFORMATION GRAISSEUSE DANS LES SUBSTANCES PROTÉIQUES.

M. Fallot lit un rapport sur la note de M. Husson relative à la transformation graisseuse dans les substances protéiques.

Il s'agissait de soumettre à de nouvelles expériences un fait reconnu par Hunter, Berthold, et, plus récemment, par le professeur Bunders, d'Utrecht, et par le célèbre physiologiste Wagner, de Gottingue, savoir celui de la dégénérescence graisseuse des tissus placés dans certaines conditions, et surtout de la transformation des corps protéiques en graisse, quand on les introduit dans une cavité viscérale d'un animal vivant. Les expériences de M. Husson ont été faites sous les yeux et sous les auspices du professeur Wagner. En introduisant dans la cavité ventrale d'une oie ou d'un pigeon, des cristallins de porc, de veau ou d'homme, corps dont on a auparavant déterminé très-rigoureusement la quantité de graisse, on trouve qu'après un certain temps de séjour cette quantité a notablement augmenté. D'après les expérimentateurs, cette augmentation serait due à une véritable transformation opérée dans leur intérieur, et M. Husson pense même que cette transformation s'opère non-seulement aux dépens de la cellule, mais peut se manifester même dans les substances amorphes, par exemple dans l'albumine cuite, expérience qui a réussi dans ses mains.

M. Fallot se demande tout d'abord si cette substance graisseuse gagnée par le corps sur lequel on a expérimenté, ne serait pas due tout simplement à une sorte d'emprunt fait aux milieux ambiants, sans transformation réelle des molécules du corps protéique en tissu adipeux. En effet, comme M. Husson l'avoue lui-même, les moyens d'enveloppement du corps protéique, moyens qui ont consisté dans du caoutchouc, dans du gutta-percha, ne sont pas suffisants pour arriver à un isolement complet. Pour atteindre ce but, il faudrait renfermer soit les cristallins, soit les fragments d'albumine d'œuf, dans des tubes de verre parfaitement scellés. Cette constatation, du reste, constituerait un fait plus curieux qu'utile. Il resterait à savoir si la transformation s'est opérée sous l'influence pu-

rement physique de la chaleur, cas où on pourrait répéter l'expérience en soumettant le corps protéique à une température artificielle soutenue constamment au degré de la chaleur animale; ou si, au contraire, une véritable transformation d'éléments organiques en d'autres éléments se serait opérée sous l'influence des forces vitales elles-mêmes. Dans cette supposition, il est clair qu'il faudrait que le tissu graisseux qu'on trouve en plus, fût compensé par une diminution dans les autres éléments qui entraient dans la composition du corps protéique.

On sait que chez les animaux vivants ces transformations ont lieu, et il paraîtrait qu'elles constituent une sorte de rétrocession organique, annonçant une puissance vitale moins énergique, un fonctionnement moins parfait de l'organe qui rétrocède, qui dégénère. Les testicules des vieillards deviennent graisseux; et, d'après M. Gluint, non-seulement le poumon du fœtus intra-utérin contient plus de graisse que celui du fœtus qui a vécu, mais les poumons des phthisiques se chargent également de graisse, dans les parties où l'air n'arrive plus.

M. Fallot propose les conclusions suivantes, qui sont adoptées : remercîments à l'auteur, l'engager à poursuivre la voie expérimentale dans laquelle il s'est engagé, et à tenir l'Académie au courant de ses découvertes; l'inscrire sur la liste des aspirants au titre de correspondant de la compagnie.

Ces conclusions sont adoptées.

PLOMBAGE DES DENTS CANINES ET INCISIVES.

M. Fallot lit un second rapport sur une note de M. Alex, relativement au plombage des dents canines et incisives, qu'on se borne trop souvent à limer, opération que M. Alex condamne. Il voudrait qu'on les aurifiât, après avoir rendu accessible leur bord, partie qui se carie le plus souvent, en écartant provisoirement les dents par l'interposition d'une lamelle de caoutchouc, et en enlevant celle-ci après l'opération, ce qui laisse les dents revenir à leur position première et consolide l'aurification.

M. Talma dit que ce moyen, douloureux quelquefois à l'égal de l'opération de la lime, a été indiqué par Bruwler et par Grandhomme, et n'est conséquemment pas neuf.

L'Académie adopte les conclusions proposées par M. le rapporteur : adresser des remercîments, engager à continuer des communications, imprimer la note envoyée par M. Alex au Bulletin de l'Académie.

CAS DE MONSTRUOSITÉ.

M. Marius fait un rapport sur un cas de monstruosité présenté à l'Académie par M. le professeur Simon, membre correspondant. Cette monstruosité consiste dans une exstrophie de la vessie, avec spina bifida, dans l'ouverture anormale du tube digestif, constitué seulement par l'intestin grêle, ouverture siégeant au-dessus du pubis; enfin dans l'existence de deux utérus et de deux vagins n'ayant aucun rapport de continuité. — La note de M. Simon sera insérée au Bulletin.

GANGRÈNES SPONTANÉES.

La parole est à M. Fallot, sur une note de M. Didot relative aux gangrènes spontanées, note soumise à l'Académie il y a un an environ.

M. Fallot pense que la gangrène spontanée n'est jamais due à une stase veineuse qui reste telle, mais bien à un obstacle à l'abord du sang artériel dans la partie affectée, et que la stase commence toujours par les capillaires, de sorte que la stase des gros rameaux est secondaire. Il rappelle que, d'après les recherches de M. Notta, la tunique interne des artères, dépouillée de vaisseaux, ne peut pas s'enflammer, et qu'on a cru longtemps, et à tort, qu'elle pouvait sécréter de la lymphe plastique. Il pense que l'ossification des artères n'a pas l'influence qu'on lui a attribuée comme cause de la gangrène spontanée; il ne se forme pas de caillots, de concrétions fibrineuses, tant que le *motus à tergo* conserve son énergie; mais, quand la force du cœur vient à faiblir, on voit bientôt la face interne des artères se plaquer d'îlots blanchâtres athéromateux ou crétacés. Si un défaut d'innervation, si une modification dans la crase du sang amènent la gangrène spontanée, ce n'est qu'indirectement, après avoir produit la stase sanguine capillaire. En définitive, dans toute gangrène spontanée, il y a stase du sang dans l'appareil capillaire; sous l'empire de cette stase, la fibrine se coagule, le sang artériel n'arrive plus, et la gangrène spontanée survient.

M. Fallot ne croit pas, avec M. Didot, que la contraction musculaire puisse arrêter la circulation. Quant à la médication, il la varie selon les exigences de chaque cas.

M. Lombard combat l'opinion de M. Didot, qui comprend, par gangrène spontanée, celle qui résulte d'un obstacle direct ou indirect à la pénétration du sang artériel. Il invoque des faits et des autorités, pour établir que l'influx nerveux remplit un grand rôle; il tire quelques preuves des typhisés et des paralytiques. Il concorde davantage avec M. Didot pour le traitement, qui consiste, chirurgicalement, dans l'application du fer rouge; le cautère actuel, outre l'avantage de débarrasser l'économie d'une partie morte qu'elle élimine trop lentement, a en outre celui d'empêcher le transport dans la circulation des matières putrides résorbées. M. Didot ajoute, avec raison, que l'inflammation développée autour de l'escarre ranime la circulation dans le membre; mais, s'il eût fait une part plus équitable à l'influx nerveux, il n'eût pas omis de reconnaître que la cautérisation ranime également l'innervation, circonstance d'une haute importance.

M. Didot, continue M. Lombard, ne s'est point occupé du traitement médical, ni de la recherche des conditions qui amènent cette stagnation artérielle, cause, à son avis, de toute gangrène spontanée. C'est pourtant ici que la thérapeutique interviendrait le plus fructueusement. Il faut réveiller l'activité nerveuse là où elle languit, combattre l'artérite là où on la découvre; enfin, l'opium a bien réussi à M. Lombard chez les sujets débilités ou atteints de lésion organique du cœur.

MALADIES DU CŒUR.

M. Graux, membre titulaire, continue sa lecture, intitulée : Du siége et des causes les plus ordinaires des maladies du cœur.

Le cœur et les poumons, voire même tout l'arbre circulatoire, ont une si grande connexion, leurs fonctions sont tellement solidaires, liées et dépendantes, qu'il faut toujours, quand une partie de ce vaste appareil est malade, porter ses investigations sur tout le reste. Aussi M. Graux juge-t-il opportun de consacrer de longs développements à la respiration, envisagée au point de vue anatomique et physiologique. Il étudie ce sujet avec un soin tout particulier, examine le rôle, les fonctions de chaque portion de la cage osseuse, des muscles, des viscères, leur aptitude à se laisser influencer par telle ou telle affection morbide, etc., etc.; et il conclut de ses recherches : que les congestions sanguines, les épanchements de sang, les pneumonies, les hémorrhagies circonscrites et étendues, les apoplexies pulmonaires, seront surtout communes à la base des poumons et en arrière, et, avant tout, à droite; que l'emphysème trouvera plus sûrement son siége, ainsi qu'on l'a remarqué, dans les parties antérieures, latérales et supérieures de la poitrine; que le côté gauche, s'il n'est pas plus disposé à cette affection par la longeur et la direction de sa bronche que le côté droit emphysémateux, sera toujours plus saillant, à cause de la présence du cœur situé au-dessous de la lame pulmonaire, et dont les altérations à différents degrés, ainsi que nous l'avons dit, sont inséparables de l'emphysème, dont elles sont, sinon les causes les plus ordinaires de production, au moins celles de son accroissement rapide; que le bord postérieur et sa base seront le siége des hypostases sanguines, avec ou sans exsudation, des pneumonies hypostatiques, des épanchements purulents, des infiltrations intra-alvéolaires et extra-alvéolaires, etc.; enfin que les tubercules, les atrophies et les adhérences doivent nécessairement trouver leur place dans le sommet des poumons.

Dans la séance suivante, M. Graux achèvera sa lecture, et traitera surtout des moyens à opposer aux différentes affections qui font l'objet de son travail.

FORMULE POUR LE TRAITEMENT DE LA GALE.

M. Vleminckx quitte le fauteuil de la présidence, où il est remplacé par M. Fallot, et entretient l'Académie de la possibilité de supprimer les salles de galeux dans les hôpitaux militaires. Après quelques considérations sur les traitements les plus prompts généralement employés, M. Vleminckx parle d'une méthode prescrite par le conseil de santé des armées belges, et qui guérissait le malade en trois jours; elle consistait dans un bain tiède, une friction avec le savon noir, et enfin d'autres frictions répétées un nombre de fois suffisant, avec la pommade suivante :

Fleur de soufre.	1 livre.
Poudre de racine d'ellébore blanc. .	3 onces.
Nitrate de potasse.	1 once et demie.
Savon vert.	1 livre.
Axonge de porc.	3 livres.

Le traitement se terminait par un second bain savonneux.

Ces résultats, quoique satisfaisants, sont bien au-dessous de ceux qu'on obtient aujourd'hui. Mais, avant d'y arriver, les galeux ont eu à subir le retour aux anciennes méthodes, parce qu'on avait à tort attribué au traitement ci-dessus les terribles ophthalmies qui sévirent à cette époque sur l'armée belge. M. Vleminckx fait à ce sujet un lamentable tableau de l'état dans lequel retombèrent alors les galeux. Qu'on se figure une sorte de bouge dans lequel se trouvaient entassés, encombrés une foule d'hommes presque nus, couvert de graisse des pieds jusqu'à la tête, couchés sur des paillasses remplies d'ordures et d'impuretés; tels étaient ces malheureux en 1830, et tels ils avaient été durant quinze ans consécutifs. Et savez-vous combien de jours ils étaient plongés dans cette atmosphère pesante et infecte? Douze en moyenne, ni plus ni moins.

M. Vleminckx fit réformer ce déplorable état de choses, et aujourd'hui, le galeux mis en traitement le matin sort guéri le même jour, grâce à un traitement consistant dans un bain accompagné de frictions générales avec savon noir, frictions longtemps prolongées et amenant la rupture des vésicules; ce bain est suivi de frictions, d'une durée également longue, avec la pommade d'Helmerich (1). Quelques-uns des médecins qui ont expérimenté cette méthode, et ils sont nombreux, ont remplacé la pommade d'Helmerich par 120 grammes de sulfure calcaire liquide. Un seul inconvénient restait attaché à ce traitement : les habits du galeux n'étaient pas suffisamment désinfectés, quelques sarcoptes survivaient et pouvaient amener des récidives. Ici encore, M. Vleminckx a introduit un utile perfectionnement : il fait exposer les habits contaminés à une température de 100 degrés, dans une armoire de fer sous laquelle on allume un foyer. Les *acari* périssent tous sous l'influence d'une telle chaleur.

Désormais l'on pourra supprimer les salles de galeux dans les hôpitaux militaires, et traiter tous les malades à l'infirmerie. L'économie ne sera pas mince, car l'État aura annuellement 55 mille journées d'hôpital de moins.

Après quelques observations de MM. de Hemptinne, Lebeau, Lombard, Burggraeve, Seutin et Didot, la séance est levée.

(1) Un pareil traitement est en usage dans les infirmeries régimentaires de l'armée française; les galeux entrent le matin et sortent guéris le soir; on ne les envoie plus à l'hôpital.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MAI 1853 ;
par M. le docteur CHARCOT, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — TÉRATOLOGIE.

ABSENCE CONGÉNIALE D'UNE GRANDE PARTIE DU RÉSERVOIR URINAIRE CHEZ UN ENFANT DU SEXE MASCULIN NÉ A TERME, ET MORT LE SIXIÈME JOUR APRÈS SA NAISSANCE; par MM. TITON et LABOULBÈNE.

La nommée Vauthier (Marie), âgée de 28 ans, d'une bonne constitution et d'un tempérament nerveux, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piedagnel, le 17 février 1853, pour être traitée d'une fièvre typhoïde abdominale très-légère. Elle raconte qu'elle a eu, il y a trois ans, une fièvre typhoïde grave qui l'obligea à rester deux mois dans le service de M. Rostan. Son séjour à Paris date de 1846, et depuis cette époque elle n'a pas eu une santé aussi florissante que lorsqu'elle habitait la province. La menstruation, qui a toujours été très-régulière, s'est établie facilement à l'âge de 12 ans et demi. Enceinte pour la seconde fois, elle se trouve arrivée au neuvième mois de sa grossesse, dont elle désire ardemment la fin; car elle voudrait déjà savoir si son enfant n'aura pas une *figure verte*, ce qui la préoccupe constamment, et voici pourquoi. Étant enceinte de trois semaines environ et l'ignorant, elle entra en passant, et à la sollicitation de son mari qui l'accompagnait, à la Morgue, où elle n'avait jamais osé pénétrer. A l'aspect d'un cadavre en voie de putréfaction, dont le visage était d'un bien verdâtre et hideux à voir, elle éprouva un tressaillement dans tout le corps et tomba à la renverse. Son mari, qui la retint, la porta immédiatement dans la rue, où elle reprit bientôt connaissance et se remit de sa peur. Mais depuis elle eut toujours devant les yeux l'image du *visage verdâtre*, et quand, après la première époque menstruelle, elle put se croire enceinte, à cause de l'absence du flux cataménial, elle fut beaucoup plus effrayée, et craignit de faire un enfant semblable à ce qu'elle avait vu. Son imagination en fut frappée pendant tout le temps de sa grossesse, et immédiatement après l'accouchement, qui se fit naturellement le 9 mars au soir, elle s'empressa de demander si son enfant n'avait rien de laid. Celui-ci offrait les particularités suivantes :

EXAMEN EXTÉRIEUR DE L'ENFANT. — Entre l'ombilic et le pubis existe une tumeur du volume d'une noix à peu près, d'un rouge vif, inégale, et ressemblant assez à un fongus au premier aspect. A 5 ou 6 millimètres au-dessous de l'ombilic, qui est normal, la peau s'amincit, puis cesse entièrement dans une étendue en rapport avec le volume indiqué. Cette tumeur fait saillie par les cris de l'enfant ou quand on comprime le ventre avec la main, et se trouve divisée par une dépression transversale très-marquée en deux masses, l'une supérieure, l'autre inférieure. La supérieure est constituée par quatre mamelons, superposés deux à deux et rappelant assez bien, quant à leur disposition, l'aspect des tubercules quadrijumeaux. Ceux qui sont situés le plus près de l'ombilic sont plus saillants et plus volumineux que les deux autres, placés respectivement au-dessous. La masse inférieure est formée par la verge, longue de 15 à 16 millimètres, aplatie de haut en bas et parcourue, dans sa partie supérieure, par une gouttière qui paraît être la paroi inférieure de l'urètre.

Le scrotum a une conformation ordinaire et contient les deux testicules.

Au-dessous du gland, confondu avec les corps caverneux, se trouve un repli cutané représentant le prépuce fendu dans sa partie supérieure.

Au fond de la dépression transversale, on voit, en écartant les deux masses déjà décrites, deux petits reliefs en cul de poule, placés horizontalement à une distance de 7 à 8 millimètres et laissant continuellement suinter l'urine. Ces parties saignent facilement, s'irritent et s'enflamment les jours suivants.

L'enfant tette bien d'abord; mais il maigrit rapidement et meurt le 15 mars, à six heures du soir, après quelques convulsions légères.

AUTOPSIE. — Après avoir renversé de haut en bas sur les cuisses, au moyen d'une incision courbe, la paroi antérieure de l'abdomen, on voit sur la face postérieure les deux artères et la veine ombilicales aboutissant à l'ombilic, par lequel elles sortent pour former le cordon, comme cela a lieu d'ordinaire. Après avoir enlevé les organes digestifs, qui ne présentent rien de particulier, à l'exception du foie, qui est très-volumineux, les reins et les uretères sont mis à nu et disséqués avec soin.

Les glandes urinaires, et surtout les capsules surrénales, n'offrent rien autre chose qu'un volume plus considérable qu'à l'état normal. Ces dernières ont 23 millimètres de hauteur sur 30 millimètres de largeur à la base.

Les uretères, du volume d'une petite plume d'oie, suivent leur trajet ordinaire et ont conservé leurs rapports anatomiques; seulement, au lieu de s'enfoncer dans la cavité pelvienne, ils vont directement derrière les pubis, où ils convergent l'un vers l'autre en décrivant une courbe pour s'ouvrir à l'extérieur par les deux culs de poule qui donnaient issue à l'urine pendant la vie. Les os pubis sont écartés l'un de l'autre de 22 millimètres.

Dans la dépression transversale signalée, au point de jonction des deux corps caverneux qui s'attachent aux os ischions et pubis, au milieu et au-dessous de l'ouverture des uretères, s'élève une crête qui semble être le verumontanum, sur les côtés duquel on voit les orifices des deux canaux éjaculateurs; car en y introduisant un stylet très-fin, on pénètre dans les vésicules séminales. Une légère incision, pratiquée sur cette crête, montre en effet un tissu analogue à celui de la prostate.

Des testicules descendus, comme il a été dit, à la partie inférieure du scrotum, portent les conduits déférents qui s'enfoncent dans le canal inguinal avec les autres éléments du cordon.

Arrivés dans l'abdomen, ils se dirigent transversalement et horizontalement en dedans, en avant des uretères, puis un peu en bas pour aller s'ouvrir dans les vésicules séminales, placées en arrière et un peu au-dessous de la dépression de la face antérieure. Ainsi le réservoir urinaire n'était représenté chez ce sujet que par le trigone vésical.

Nota. Les quatre mamelons constituant la masse supérieure sont formés par une sorte de tissu érectile.

II. — PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LA PHYSIOLOGIE DU DIABÈTE SUCRÉ. — NOUVELLE MÉTHODE POUR PRODUIRE ARTIFICIELLEMENT LE DIABÈTE CHEZ LES ANIMAUX; par M. le docteur HARLEY.

Il est généralement admis par les physiologistes que les sécrétions des glandes ont lieu sous l'influence d'une action nerveuse.

Les belles expériences de M. Bernard ont démontré que la production du sucre dans le foie dépend d'une action nerveuse, et en outre que c'est une action réflexe qui est transmise au centre nerveux par le pneumogastrique, et réfléchie de là au foie par un autre filet nerveux.

J'ai l'honneur de soumettre à la Société des expériences qui tendraient à prouver que cette action réflexe tire son origine du foie lui-même, et dépend de l'effet stimulant du sang de la veine porte sur les branches hépatiques du nerf pneumogastrique lorsqu'il arrive dans le foie. En effet, si l'on imite autant que possible l'action stimulante du sang de la veine porte en injectant dans ce vaisseau des substances telles que l'alcool, l'éther sulfurique, le chloroforme et l'ammoniaque liquide, leur action puissamment stimulante déterminera au cerveau, sous l'influence nerveuse directe, une impression exagérée, devant occasionner une action réflexe qui se traduira par un excès de sécrétion de sucre dans le foie.

Je n'ai pas été trompé dans mon attente, car j'ai trouvé du sucre dans l'urine des animaux sur lesquels j'ai expérimenté, deux ou trois heures après les avoir soumis à ces expériences, et leur diabète a duré de deux ou trois heures à deux ou trois jours, comme le prouveront les exemples suivants, que je choisis parmi plusieurs expériences :

1° J'ai injecté dix grammes d'éther sulfurique mêlés avec trente grammes d'eau dans la veine porte d'un chien de Terre-Neuve adulte, une demi-heure après son repas. Après l'opération, quand l'animal se leva et se tint debout, il parut comme ivre, mais cet effet disparut bientôt. Je sondai sa vessie environ deux heures après, mais je n'obtins pas assez d'urine pour m'assurer si elle contenait du sucre. Plus tard, quand j'en eus obtenu suffisamment, cette urine réduisit le cuivre du liquide de Bareswill, ce qui y prouva la présence du sucre. Puis, pour m'assurer que cet effet n'était dû à aucune autre substance, je fis bouillir l'urine pour coaguler les matières albumineuses, et je la fis évaporer presque jusqu'à siccité; le résidu fut dissous dans l'alcool bouillant et filtré. Le liquide filtré fut de nouveau soumis à l'évaporation; je fis une solution aqueuse, laquelle fut alors éprouvée avec du sel de cuivre, et de cette façon la présence du sucre fut démontrée avec plus d'exactitude. Je fis fermenter l'urine qu'il rendit le jour suivant, et j'obtins de l'alcool et du gaz acide carbonique, preuve évidente de la présence de la matière saccharine. Comme ce chien s'échappa, je ne puis dire pendant combien de temps il demeura diabétique; mais il l'était certainement quarante-huit heures après l'opération.

2° Le cas suivant, dont je parlerai très-brièvement, prouve la présence du sucre dans l'urine jusqu'au troisième jour après l'opération. Un très-gros chien fut traité de la même façon que le précédent, mais il semblait souffrir beaucoup plus de l'opération. Son urine était chargée de bile, si bien que je dus la décolorer avant de la traiter par le tartrate de potasse et de cuivre qu'elle réduisit promptement. Je la fis aussi fermenter avec la levûre de bière. Je pus me convaincre de l'existence du sucre dans l'urine de ce chien jusqu'au troisième jour après l'opération.

3° Dans une autre expérience, un chien de berger, dans la veine porte duquel j'injectai un mélange de trois grammes de chloroforme, dix grammes d'éther sulfurique et quatorze grammes d'eau, mourut trois heures après l'opération, et je trouvai du sucre dans l'urine de sa vessie, par le procédé que j'avais employé dans les autres cas.

4° Dans une autre expérience, j'injectai dans la veine porte d'un petit chien à jeun, douze gouttes d'ammoniaque liquide, mêlées avec quarante grammes d'eau. Je trouvai, en examinant l'urine prise de sa vessie douze heures après l'opération, qu'elle réduisait le sel de cuivre très-facilement; et comme avec la levûre de bière elle a fermenté rapidement, j'ai conclu que les matières saccharines y existaient en quantité considérable. Cette urine était aussi chargée de bile.

5° Dans une autre expérience encore, j'injectai dans la veine porte d'un petit chien adulte dix grammes d'un liquide composé de parties égales d'alcool et d'eau. Deux heures après j'examinai l'urine de ce chien, et je trouvai qu'elle contenait du sucre, mais en petite quantité. Comme j'éprouvai une grande difficulté pour obtenir l'urine de cet animal, je cessai de l'examiner.

6° Dans une autre expérience avec l'ammoniaque liquide, je pris un chien-loup à jeun, et j'injectai dans la veine porte dix gouttes d'ammoniaque liquide avec quarante grammes d'eau. Il parut souffrir très-peu de l'opération. Comme je ne pus parvenir à sonder la vessie, quinze heures après l'opération le chien fut sacrifié par la section du bulbe rachidien. Son urine réduisit le tartrate de potasse et de cuivre très-facilement. La présence du sucre fut aussi démontrée par la fermentation de la même manière que dans les autres expériences.

D'après les résultats de ces expériences et de plusieurs autres, j'ai pu prouver : 1° que le diabète peut être produit artificiellement au moyen de stimulants introduits dans la veine porte ; 2° je crois que ces stimulants agissent en irritant les branches hépatiques du nerf pneumogastrique, qui transmettent une impression au centre nerveux ; de là une réaction sur le foie portant cet organe à sécréter la matière saccharine ; 3° je pense que la sécrétion normale du sucre est augmentée par l'effet stimulant de matériaux nutritifs portés au foie par la veine porte.

Les faits suivants viennent encore appuyer cette théorie. Le sang de la veine porte a la plus grande action stimulante pendant la digestion, alors qu'il est chargé de matériaux nutritifs, ce qui coïncide exactement avec les observations de M. Bernard, qui prouvent que c'est pendant la digestion que le foie renferme le plus de sucre. Au contraire, le sang de la veine porte d'un animal à jeun, contenant peu de matériaux nutritifs, n'a qu'un faible pouvoir stimulant, et la sécrétion du sucre doit être ralentie. En effet, pendant l'abstinence, la sécrétion saccharine est au minimum. L'alimentation agit aussi sur la proportion de sucre sécrété ; M. Bernard a parfaitement montré que le foie d'un chien nourri exclusivement de matières grasses ne sécrète pas plus de sucre que si l'animal n'avait pris aucune nourriture, ce que nous attendions d'après la théorie susdite. En effet, les matières grasses absorbées par les lymphatiques entrent dans la circulation générale par le canal thoracique sans passer par la veine porte et le foie ; ainsi le sang de la veine porte d'un animal soumis à cette nourriture ne contient pas plus de principes nutritifs que celui d'un chien à jeun, et il n'est pas plus stimulant dans un cas que dans l'autre, par conséquent il ne doit pas y avoir alors plus de sucre sécrété par l'organe hépatique, ce qui s'accorde parfaitement avec les faits déjà cités.

II. — Anatomie pathologique et Pathologie.

1° Sur un enfant qui présentait, au moment de la naissance, des kystes multiples du cou ; par M. Lorain. — Examen microscopique du contenu de ces kystes ; par M. Robin.

Eugénie Constance, âgée de 22 ans, s'est présentée à la Maternité, le 13 mai 1853, étant enceinte pour la seconde fois. Elle est accouchée pour la première fois, il y a dix-huit mois, un peu avant le terme, d'un enfant qui était, dit-elle, bien conformé et qui n'a vécu que huit jours.

Cette femme est habituellement d'une bonne santé. Sa grossesse n'a été marquée par aucun accident notable ; elle n'a pas cessé de travailler ; la gestation a été, en un mot, régulière, et n'a été troublée par aucune maladie, par aucune violence. Il n'y a dans la famille de cette femme aucun antécédent connu qui puisse éclairer, quant au fait qui nous occupe, la question d'hérédité.

L'accouchement s'est effectué spontanément, peu de temps après l'entrée de la malade à l'hospice ; il a été naturel et rapide, le fœtus présentant le sommet de la tête en première position.

Lorsque l'enfant vint au monde, il cria immédiatement ; il était vivace, quoiqu'à son volume peu considérable et à la petitesse de ses mains et de sa tête, on fût en droit de conclure qu'il était né prématurément et à peu près à la fin du huitième ou au commencement du neuvième mois. Il pesait 3,000 grammes et avait 40 centimètres de long.

On s'aperçut immédiatement que cet enfant portait au-dessous de la face une tumeur d'un volume très-considérable, qui donnait une apparence insolite et vraiment monstrueuse à sa physionomie. Cette tumeur, dont nous donnons plus loin la description détaillée, descendait jusqu'à la partie moyenne du sternum, au niveau des mamelles ; elle s'implantait au-dessous de la face, effaçant la saillie du menton, remontant de chaque côté jusqu'aux apophyses mastoïdes ; de telle sorte que les contours de la face n'étaient pas dessinés, et que le visage semblait comme sculpté, avec un faible relief, au milieu de cette masse. La couleur de la tumeur était celle des tissus environnants ; elle était molle, fluctuante, frémissante, non dépressible, non pateuse. Elle était plus développée du côté droit que du côté gauche ; on pouvait facilement la soulever, la déplacer. Entre elle et la partie inférieure du cou, on pouvait passer la main, etc...

Nos premières préoccupations durent être de nous assurer que cette tumeur ne nuisait pas aux fonctions immédiatement indispensables à la vie. La respiration se faisait bien ; l'enfant criait avec force ; la face n'était point congestionnée ; la tumeur ne se ressentait pas des mouvements respiratoires. L'alimentation semblait devoir être possible, car le plancher de la bouche n'était pas notablement altéré, quoique la langue fût un peu soulevée ; mais l'os maxillaire inférieur présentait ses conditions ordinaires de solidité et de mobilité. D'ailleurs, l'enfant exerçait la succion sur le doigt qu'on lui présentait.

Quant au diagnostic de la tumeur, nous dûmes le suspendre, après nous être convaincu que cette tumeur n'était pas accidentelle et passagère, mais qu'elle était durable. Était-elle susceptible d'un accroissement rapide et funeste ? C'est ce que l'avenir devait nous apprendre. D'ailleurs, l'enfant était petit, né avant terme ; on avait dû provisoirement le soustraire aux regards et aux soins de sa mère, qui paraissait fort effrayée. Il avait contre lui beaucoup de chances de mort.

Cet enfant fut observé avec soin pendant les jours suivants.

Le lendemain et le surlendemain, la tumeur prit une teinte rouge vineuse ecchymotique, que nous attribuâmes à la contusion qu'avait subie cette partie pendant le dernier temps de l'accouchement. Cette tumeur paraissait aussi s'être un peu infiltrée depuis le moment de la naissance. Voici les mesures de la tumeur, prises très-exactement le troisième jour :

Diamètre transversal au niveau de la bouche.	0,25
Diamètre vertical, allant de la fossette susmentionnée au bas de la tumeur.	0,07
Périmètre d'une oreille à l'autre, en passant sous la tumeur.	0,27

La présence d'un liquide était évidente dans cette tumeur, et cependant elle n'était pas transparente comme une hydrocèle ; elle semblait cloisonnée, si l'on en jugeait par la résistance qu'elle offrait en beaucoup de points et par la présence d'un grand nombre d'espaces où l'on percevait une fluctuation isolée. La respiration n'avait aucune influence sur la forme et la densité de cette tumeur ; elle n'était point, comme les tumeurs érectiles, susceptible de diminution ou d'augmentation, suivant certaines manœuvres. Elle n'était point pulsatile ; on pouvait la presser assez fortement sans que l'enfant parût éprouver de la douleur. On hésitait entre un kyste multiloculaire, dont le siége était indéterminé, et une altération (hypertrophique) du tissu cellulaire ; mais l'apparence insolite de cette tumeur devait faire suspendre le diagnostic.

L'enfant s'affaiblissait de jour en jour. La *respiration* se faisait facilement ; elle était large, régulière ; le cri était fort.

Quant à l'*alimentation*, on se contenta pendant les deux premiers jours de faire boire à l'enfant, à l'aide d'une cuiller d'abord, puis d'un mameion artificiel, un peu de lait coupé. On essaya de lui faire prendre le mamelon d'une nourrice qui éprouvait à l'allaiter une grande répugnance ; mais le troisième jour, il ne pouvait plus téter, à cause d'un œdème considérable qui était survenu à la lèvre inférieure. La *déglutition* se faisait encore assez bien, mais la *succion était impossible*. L'alimentation devint dès lors insuffisante. Dans les jours qui suivirent, il refusa ou rejeta en partie le lait qu'on lui introduisait dans la bouche.

Motilité. — Cet enfant était couché sur le dos ; il était à peu près immobile. Lorsqu'on le soulevait, il n'imprimait point à sa tête les mouvements de latéralité habituels aux enfants nouveau-nés, surtout lorsqu'on les approche du sein et qu'ils cherchent le mamelon. Il n'y avait pas de roideur des muscles de la région postérieure du cou.

Aucun traitement ne fut entrepris pour la cure de cette tumeur ; on ne fit même pas de ponction exploratrice. Cette abstention était légitimée par l'état général de l'enfant, qui succomba le neuvième jour après la naissance, à la suite d'une agonie assez longue, dans laquelle la face se congestionna et la langue devint d'une couleur bleuâtre.

Cet enfant avait un ictère peu prononcé ; ses membres n'étaient pas infiltrés. Sa mort fut lente et pour ainsi dire progressive.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

Le désir de voir ce que contenait la tumeur fit qu'avant de procéder régulièrement à l'autopsie, on pratiqua sur la tumeur elle-même une large incision qui donna lieu à un écoulement assez considérable de liquide séro-sanguinolent. On vit alors qu'elle était composée d'un nombre considérable de kystes, dont quelques-uns avaient été ouverts par le fait de cette première incision.

Le cadavre fut soumis alors à une dissection attentive, dont nous allons donner les résultats.

Cavités splanchniques. — Les viscères *abdominaux* sont sains.

Le foie, la rate, ont le volume, la couleur, la consistance ordinaires. Les intestins contiennent un peu de lait mal digéré. L'estomac *est petit*. La vessie est vide. Les reins n'offrent aucune lésion.

Le cerveau ne présente aucune altération appréciable ; il y a une quantité peu considérable de sérosité limpide épanchée sous les méninges et dans les ventricules. Cet épanchement ne dépasse pas les limites physiologiques.

Les poumons sont rosés, aérés, crépitants. Le cœur droit contient quelques caillots noirs peu consistants. Le trou de Botal est presque complétement fermé.

Nous n'avons trouvé dans les organes essentiels aucune lésion qui pût expliquer la mort.

La conformation de tous les organes est régulière et normale. Il n'y a en aucun point, ni dans les viscères ni sous la peau, de tumeurs analogues à celle que que nous présente la région cervicale antérieure.

La tumeur ne s'est pas affaissée ; elle a, à peu de chose près, le volume que nous avons indiqué plus haut. La coloration de la peau n'est plus rouge vineuse ; elle a suivi les phases ordinaires de l'ecchymose : elle est devenue jaune ; cependant on y remarque quelques pétéchies. En saisissant la tumeur avec la main, on voit qu'elle est mobile dans tous les sens, qu'elle pend au bas de la face et qu'elle ne s'implante pas à la partie inférieure du cou. La face est un peu congestionnée. Si l'on abaisse le maxillaire inférieur, on voit que la langue est bleuâtre, et qu'elle est soulevée comme si les éléments de la tumeur s'étendaient au-dessous d'elle.

Une première incision, pratiquée au-dessous du menton, a mis à nu une quantité considérable de petits kystes, qui ont en moyenne le volume d'une grosse noisette. Leurs parois sont minces, transparentes. Les uns sont remplis d'un liquide séreux limpide légèrement jaunâtre ; les autres contiennent un liquide rosé ; d'autres sont noirs et remplis de sang liquide, au milieu duquel, dans quelques-uns, on trouve des caillots. Nous disséquons la tumeur avec précaution, et non sans rompre un très-grand nombre de ces vésicules aux parois minces. La peau est immédiatement accolée à ces kystes ; elle est si mince et en même temps si intimement unie aux kystes sous-jacents, qu'elle n'en peut être séparée qu'avec une très-grande difficulté. Ainsi les kystes sont tellement superficiels qu'ils ont aminci la peau ; ils paraissent formés aux dépens du tissu cellulaire sous-cutané ; mais il est probable qu'ils sont venus primitivement des parties profondes du cou. En effet, on voit, alors que la peau est enlevée, des

fibres musculaires éparses, écartées, étalées à la surface antérieure de la tumeur : ce sont les fibres du peaucier, formant comme un filet au-dessous duquel on aperçoit un très-grand nombre de kystes. Il en est de même sur les régions latérales des muscles sterno-mastoïdiens; leurs fibres sont étalées à la surface de la tumeur.

Comme les cordes d'un violon sur le chevalet, ces fibres sont pâles; on ne retrouve pas l'aponévrose qui doit les maintenir réunies en un faisceau. Entre ces fibres et au-dessous d'elles, se voient des kystes plus profondément situés. Si l'on considère les muscles sterno-mastoïdiens dans leur trajet et à leurs extrémités, voici ce qu'on voit.

Dans leur trajet, leurs fibres sont éparses, ainsi que nous venons de le dire. Leur bord externe marque très-exactement les limites de la tumeur; au delà il n'y a plus de kystes. Les régions postérieures et postéro-latérales du col sont donc parfaitement saines.

A leur insertion supérieure, on voit des kystes limpides, clairs, transparents, d'un petit volume, qui sont interposés entre les tendons d'attache.

A leur insertion supérieure, cinq ou six petits kystes de la même nature se voient dans l'intervalle qui sépare les insertions sternales des insertions claviculaires du muscle.

Ces fibres musculaires ayant été rejetées de côté, nous avons continué la dissection de la tumeur.

Entre les kystes, se voient la veine jugulaire externe, qui est vide, et les nerfs superficiels de la région cervicale antérieure.

Les limites de la tumeur sont les suivantes : en haut, les régions mastoïdiennes et parotidiennes et tout le bord du maxillaire inférieur; sur les côtés, les muscles sterno-mastoïdiens; en bas, la région thyroïdienne.

Jusqu'à quelle profondeur pénétraient ces kystes? On en trouve entre les deux muscles sterno-hyoïdiens, entre les muscles hyoglosses et géniohyoïdiens et sur les côtés du digastrique. Quant aux muscles sterno-thyroïdiens, thyro-hyoïdiens, ils sont complétement en dehors de la tumeur. La trachée, le larynx, les vaisseaux et nerfs profonds du cou n'ont point été envahis par ces tumeurs.

Il aurait été intéressant de savoir quel rôle ont joué les aponévroses du cou dans la délimitation de ces tumeurs; mais elles ont été complétement modifiées, et ont pour ainsi dire disparu au milieu de ces kystes si nombreux.

Il était important de savoir quel avait été le siége primitif de ces kystes et s'ils ne s'étaient pas développés dans un organe; aussi avons-nous examiné avec soin tous les organes de cette région.

Les glandes parotides sont petites, pour ainsi dire atrophiées; on les retrouve entières et intactes. Les glandes sous-maxillaires n'ont pas tout à fait leur siége habituel : elles sont descendues plus bas que d'ordinaire; elles n'offrent aucune lésion essentielle.

Le corps thyroïde est sain; il a le volume, la couleur et la consistance ordinaires. Il en est de même du thymus, qui, du reste, est tout à fait en dehors des limites de la tumeur.

La situation de ces kystes, leur développement le long et entre les fibres des muscles, nous ont fait penser que leur siége avait été, dès l'origine, dans le tissu cellulaire intermusculaire. Cette manière de voir est pour ainsi dire confirmée par le résultat de l'examen microscopique dont a bien voulu se charger M. Robin. On trouvera plus loin le résultat de cet examen.

Quant à la forme et au nombre des kystes, voici ce que nous avons observé.

Ces kystes sont au nombre de quatre-vingts ou cent. Les plus gros n'atteignent pas le volume d'une petite noix; les plus petits ont le volume d'un gros pois. Ils sont isolés, généralement uniloculaires, bien que quelques-uns soient cloisonnés. La meilleure preuve qu'on puisse donner de leur isolement et de leur indépendance réciproque, c'est que les uns contiennent un liquide séreux limpide, tandis que les autres contiennent du sang et des caillots. Le nombre des kystes contenant du sérum est de beaucoup le plus considérable. Il nous semble qu'on peut expliquer la présence du sang dans quelques-uns de ces kystes, par des hémorrhagies survenues à la suite de la compression subie par ces parties pendant l'accouchement.

Nous ferons remarquer un côté intéressant de la question, et que nous n'avons pas le loisir de développer : c'est l'état de certains muscles et l'inertie à laquelle ils devaient être condamnés, et par suite l'infirmité qui en devait résulter pour cet enfant, en admettant qu'il eût pu vivre.

Examen microscopique des kystes; par M. Robin. — Les kystes dont le liquide était transparent, incolore, ne contenaient que quelques rares globules sanguins et quelques globules granuleux pâles, moins granuleux que ceux qu'on trouve dans beaucoup de kystes, ceux de la thyroïde en particulier. Les kystes à liquide coloré offrent ces mêmes globules granuleux très-rares et une grande quantité de globules sanguins. De ces derniers, les uns sont intacts, les autres présentent des dentelures à leur surface qui leur donnent l'aspect framboisé, dentelures plus nettes et plus prononcées qu'elles ne le sont sur les globules, qui s'altèrent dans une préparation faite avec une goutte de sang prise dans le liquide d'une saignée. C'étaient là les seuls éléments anatomiques en suspension dans le liquide des kystes.

2° Paralysie des muscles grand dentelé, rhomboïde, trapèze, sus-épineux et sous-épineux, guérie par l'emploi de l'électricité; par M. Bonnefin.

Au n° 20 de la salle Saint-Bazile, hôpital de la Charité, service de M. Rayer, est une malade, mademoiselle D..., domestique, âgée de 21 ans, d'une bonne constitution, bien réglée, et qui n'a jamais eu d'accidents hystériques. Elle entre à l'hôpital pour se faire traiter d'une paralysie qui porte sur quelques muscles qui fixent l'omoplate et rend impossible l'élévation du bras en avant et en haut.

Cette malade fut traitée en août 1852 à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 31, service de M. Guérard, pour une varioloïde dont elle guérit bien. Elle sortit de l'hôpital le 5 octobre, le trente-septième jour après son entrée; mais dès le 14 septembre elle avait déjà ressenti une douleur rhumatismale vive dans les deux épaules et la masse deltoïdienne, plus intense à droite qu'à gauche; elle dura trois semaines environ. Depuis quinze jours, la malade s'était aperçue que l'épaule droite était plus abaissée que la gauche et qu'il lui était impossible de la relever même dans les instants où les douleurs disparaissaient; c'est à ce moment que, voulant se peigner, la malade ne put, à son grand étonnement, lever le bras droit. Depuis un mois les douleurs ont disparu totalement; la malade présente actuellement, 30 octobre 1852, l'état suivant :

Le moignon de l'épaule droite est abaissé de 2 à 3 centim., légèrement porté en avant. La malade assise dans son lit ne peut écarter le bras que jusqu'à faire avec l'axe du tronc ou sa parallèle un angle de 65 à 70 degrés; porté en avant, ce bras ne peut arriver qu'à peine à faire avec le même axe un angle droit, tandis que les mouvements de l'avant-bras sur le bras n'ont point subi d'altération. Dans l'effort que fait la malade pour porter en haut le bras étendu en avant, on voit les deux angles spinaux de l'omoplate faire saillie en arrière et dépasser les muscles de la région de 5 centimètres tout en s'éloignant de la colonne épinière, par un mouvement du scapulum autour de son extrémité externe fixée à la clavicule; cet os se place en forme d'aile sur le thorax, et le bras dirigé en avant ne peut arriver à la position horizontale; la mobilité de l'omoplate sur le thorax est tellement grande que, sans la moindre contracture des muscles du moignon de l'épaule, ni la plus légère rugosité des surfaces de l'articulation scapulo-humérale, l'omoplate peut être entraîné par les mouvements imprimés au bras, fixé qu'il est à l'humérus par la simple tonicité des muscles qui recouvrent l'articulation. Quand le bras est tiré en avant, le scapulum s'applique fort bien contre le thorax; seulement son angle inférieur est alors porté en dehors et en avant, et l'obliquité de son bord interne par rapport à l'épine dorsale est plus grande. Le bras poussé en arrière fait saillir ce bord, comme nous l'avons vu dans le mouvement d'élévation volontaire du bras étendu en avant, c'est-à-dire jusqu'à élongation possible des fibres paralysées, tandis qu'avant tout effet d'élévation dans l'état normal, l'omoplate est fixé dans la position que lui donne le bras, les muscles élévateurs de celui-ci agissent ensuite; c'est donc l'inverse qui a lieu dans la paralysie.

Il est très-appréciable que les muscles sus-épineux et sous-épineux ont un volume notablement moindre que les mêmes muscles du côté gauche qui ne présentent aucune altération. Le muscle deltoïde n'a point diminué de volume; nous ferons voir qu'il n'a pas été frappé dans la paralysie qui nous occupe, malgré la perte apparente d'une partie de ses fonctions.

Nous diagnostiquons donc une paralysie complète : 1° du muscle grand dentelé qui, avec le rhomboïde également paralysé, fixe l'omoplate par son bord interne, lequel semble interposé entre ces deux muscles et se porte en dedans et en haut par la contraction du rhomboïde, en dehors par l'action des deux portions supérieures du grand dentelé, en dehors et en bas par celle de sa portion plus longue et inférieure.

2° Du muscle trapèze, excepté dans sa portion supérieure. La malade a toujours conservé le mouvement volontaire d'élévation de l'épaule. La portion moyenne du trapèze n'empêche pas l'omoplate de se porter en dehors, et sa portion inférieure n'empêche pas non plus le mouvement de cet os en haut, quand la malade fait un effort pour lever le bras.

3° Des muscles sus-épineux et sous-épineux, attendu la grande diminution de leur volume et leur peu de contractilité sous l'influence du galvanisme.

Le grand dorsal qui peut fixer le plan dans lequel doit se mouvoir l'angle inférieur du scapulum, ne nous a pas semblé altéré; la malade pouvait porter très-énergiquement le bras en arrière et en dedans.

M. Rayer ayant eu occasion d'apprécier nombre de fois les traitements employés contre des paralysies analogues, ordonna l'emploi de l'électricité conjointement avec les bains sulfureux. Nous nous servîmes de l'appareil électro-médical de MM. Breton frères, et les excitations furent portées sur les nerfs du plexus cervical, sur quelques branches du plexus brachial et sur la portion externe du nerf spinal, moins la portion de ce nerf qui anime le muscle sterno-mastoïdien resté intact.

L'excitation directe et énergique des muscles paralysés ne produisit d'abord que de faibles contractions, après la vingtième application de l'électricité, elles devinrent plus appréciables, et les mouvements volontaires d'élévation du bras prirent plus de certitude.

Le 20 novembre, nous remarquons que la malade peut élever le moignon de l'épaule droite aussi facilement que du côté opposé.

Les jours suivants le bras se soulève mieux en arrivant à la position horizontale.

Le 9 décembre la malade peut porter le bras en avant et en haut, de manière à faire avec l'axe du tronc un angle à sinus supérieur de 60 à 65 degrés. A ce moment nous remarquons que les muscles paralysés se contractent infiniment mieux sous l'excitation galvanique.

Le 14 décembre, le bras se lève un peu plus et avec plus de facilité.

Le 18 décembre, l'amélioration se maintient, la malade peut tenir le bras élevé plus longtemps.

Le 3 janvier, l'angle n'est plus que de 43 à 45 degrés. A ce moment nous avons fixé avec les mains l'omoplate par ses angles et par ses bords, son angle inférieur étant ramené en avant, sans pour cela exercer de pression de cet os contre le thorax; la malade a pu à l'instant même porter le bras directement en haut, par

l'action du muscle deltoïde dont la contraction devint possible et efficace par le nouveau rapport de l'humérus avec les apophyses coracoïde et acromion, qui avant cette manœuvre s'avançaient contre ces os, de manière à empêcher l'élévation complète du bras. Nous remarquons que l'angle supérieur et interne de l'omoplate s'éloigne encore de 4 centim. 1/2 du thorax, son angle inférieur ne s'en éloignant que de 2 centim. 1/2.

Le 8 janvier, le bras fait avec le corps un angle de 20 à 23 degrés.

Le 18 janvier, le bras peut faire avec une ligne horizontale un angle de 80 degrés; il peut même arriver à l'angle droit, quand l'opérateur a le soin de porter l'angle inférieur de l'omoplate un peu en avant, de manière à l'appliquer contre le thorax; l'angle supérieur fait encore une saillie de 4 centim.

Tous les muscles paralysés se contractent bien sous l'influence de l'électricité, ce qui pourtant n'a pas pu être vérifié pour la partie supérieure du grand dentelé.

A cette époque l'épidémie typhoïde qui a sévi, ayant exigé la sortie de la malade de l'hôpital, M. Rayer a bien voulu l'envoyer à notre consultation. L'amélioration a continué, mais il nous a fallu insister extrêmement pendant vingt-cinq applications de l'électricité sur la galvanisation des portions musculaires qui fixent l'angle supérieur et interne de l'omoplate.

Le 1er on le 2 avril nous avons pu montrer la malade tout à fait guérie à M. Rayer. Déjà depuis douze jours, un de nos confrères de la ville n'avait pu découvrir, dans les muscles de la région malade, l'indice de l'affection dont nous rapportons l'observation.

Le résultat que nous avons obtenu à l'aide du galvanisme, concurremment avec trente bains sulfureux, est donc une guérison complète, en trois mois d'électrisation régulière (chaque séance durant un quart d'heure), d'une paralysie rhumatismale des muscles trapèze, rhomboïde, grand dentelé, sus-épineux et sous-épineux.

3° PHTHISIE TUBERCULEUSE; HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE; DÉGÉNÉRESCENCE PARTICULIÈRE DES GLANDES BRONCHIQUES; par MM. DUPLAY et ROBIN.

Le nommé Damann, âgé de 76 ans, d'une bonne santé pendant sa jeunesse, fut atteint en juillet 1851 d'une hémorrhagie cérébrale légère, avec hémiplégie incomplète du côté gauche. Il sortit de l'infirmerie, au bout d'un mois, entièrement rétabli de cet accident. Je ne revis plus cet homme qu'à de longs intervalles. Il se plaignait de toux et de temps en temps d'accès d'oppression, comme les vieillards atteints de catarrhe chronique et d'emphysème pulmonaire. Du reste, ces accidents étaient assez légers pour qu'il ne demandât pas à entrer à l'infirmerie, et qu'il pût sortir tous les jours. Au commencement de l'automne de 1852, la toux prit plus d'intensité, la respiration devint plus embarrassée, la voix s'altéra, et le malade rentra à l'infirmerie le 21 décembre. A cette époque, il y avait de l'amaigrissement et de la pâleur de la face, aphonie complète, douleur à la région du larynx, sentiment de chatouillement qui déterminait une toux fréquente et sans timbre. Dyspnée légère, matité très-grande dans tout le sommet du poumon droit en avant et en arrière, résonnance très-grande au sommet du poumon gauche, absence de murmure vésiculaire dans tout le sommet droit; souffle, pectoriloquie évidente dans la même région; gargouillement dans les efforts de toux. Pas de fièvre, pas de sueurs nocturnes. Rien de notable du côté des autres organes. On donne au malade l'huile de foie de morue, des boissons aromatiques; on détermine des éruptions artificielles à la région du larynx à l'aide de la pommade stibiée; on applique même à plusieurs reprises la pâte de Vienne pour déterminer une suppuration plus profonde et plus longue.

Ces moyens n'amènent aucun changement. L'état général reste assez bon. L'amaigrissement fait des progrès, mais très-lents. L'expectoration devient de plus en plus abondante. Quant aux symptômes locaux, ils restent les mêmes.

Vers la fin du mois de mars, il survient quelques troubles du côté du canal intestinal; on observe des retours fréquents de diarrhée. Le malade est pris d'une répugnance invincible pour l'huile de foie de morue. On en suspend l'usage et on la remplace par les Eaux-Bonnes coupées avec du lait. Le malade est en même temps mis à l'usage de fumigations pour lesquelles on emploie l'infusion de bourgeons de sapin. Vers le milieu d'avril la voix reprend un peu de timbre; elle était presque entièrement revenue vers la fin du même mois.

Le 2 mai, sans que le malade ait éprouvé rien de particulier la veille, je le trouve à la visite sans connaissance; il ne répond pas aux questions; il y a résolution des membres un peu plus marquée à droite qu'à gauche. Malgré les moyens mis en usage contre ces nouveaux accidents, le malade meurt le 3, avant la visite.

Autopsie trente heures après la mort.

Lorsqu'on ouvre la grande cavité de l'arachnoïde du côté gauche, il s'échappe un jet de sang liquide. En agrandissant l'incision, on aperçoit un épanchement sanguin qui recouvre tout l'hémisphère gauche. Une partie de ce sang est très-liquide, l'autre, plus dense et prise en caillots, recouvre d'une couche d'une ligne d'épaisseur la plus grande partie de l'hémisphère; dans certains points ces caillots sont déjà adhérents à l'arachnoïde cérébrale et ne s'en détachent pas par le lavage. Malgré des recherches minutieuses et attentives, on ne peut découvrir l'origine de cette hémorrhagie considérable. Le tissu du cerveau est sain dans toute son étendue.

Le poumon droit est induré dans toute son étendue. Il présente partout de la matière tuberculeuse soit infiltrée, soit à l'état de tubercules miliaires, soit à l'état de petites masses agglomérées. Le sommet présente trois cavernes anfractueuses qui communiquent les unes avec les autres et qui sont remplies de matière purulente. Le poumon droit, légèrement emphysémateux, sain dans toute son étendue, ne présente que deux petites masses tuberculeuses isolées.

A l'endroit où la trachée-artère se divise pour donner naissance aux bronches, on aperçoit au-dessous de la bifurcation une tumeur volumineuse, ayant presque la grosseur du poing, côtoyant la bronche droite et adhérente au côté interne du poumon. Cette masse, recouverte d'une enveloppe comme fibreuse, est formée de plusieurs lobules réunis; sa teinte est d'un noir tirant un peu sur le rouge; son tissu très-dur se sépare en petites masses rougeâtres qui s'isolent toutes les unes des autres avec la plus grande facilité. Le nerf pneumogastrique est accolé à sa partie postérieure et comme aplati. Cette altération singulière envoie un prolongement dans l'épaisseur du poumon autour de la bronche droite, et a pour siége les ganglions bronchiques.

Le larynx présente au niveau des cordes vocales supérieures une ulcération de 10 millim. environ qui paraît être en voie de cicatrisation.

La fin de l'intestin grêle et le colon présentent çà et là quelques ulcérations analogues à celles que l'on observe chez les phthisiques.

M. Robin décrit ainsi qu'il suit le tissu friable de la tumeur adhérente à la trachée et au poumon droit, dont elle avait envahi une portion du tissu dans une étendue égalant à peu près le volume d'un œuf. Ce tissu friable se réduisant en une sorte de pulpe granuleuse, peu humide et ne donnant pas de suc, présente la composition suivante; il se compose: 1° d'une substance amorphe particulière très-abondante; 2° de globules sphériques finement granuleux offrant les caractères extérieurs des globules blancs du sang, mais n'ayant pas leurs réactions au contact de l'acide acétique.

Ce tissu ne renferme pas de trace de vaisseaux, ni capillaires, ni visibles à l'œil nu. On n'en trouve que dans les cloisons ou faisceaux très-petits de tissu cellulaire qui traversent çà et là le produit, ou séparent sa surface en lobes plus ou moins volumineux. La substance amorphe dont il vient d'être question mérite une mention spéciale. Elle est homogène, sans granulations moléculaires, incolore lorsqu'elle est vue par transparence, et elle refracte fortement la lumière. Elle est disposée en petits corpuscules dont quelques-uns ont seulement 5 à 10 millièmes de millimètre de diamètre, mais dont la plupart ont 14 à 25 millièmes de millimètre et quelques-uns jusqu'à 50 millièmes. Leur forme n'a rien de fixe; elle est irrégulièrement sphéroïdale, leur surface est bosselée, quelques-uns même sont diversement polyédriques à faces convexes ou concaves, à angles arrondis. Leurs contours sont nets, foncés, noirâtres, comme ceux de tous les corps qui réfractent fortement la lumière. L'alcool et l'éther sont sans action sur eux. L'acide acétique et la potasse les gonflent et les ramollissent, surtout le dernier de ces réactifs. Aucun d'eux ne renferme de granulations moléculaires dans son épaisseur, et il faut se garder de prendre pour telles les petites rugosités de leur surface. Ce sont ces corps qui, réunis par simple contiguïté, les uns contre les autres, forment le tissu de la tumeur, et leur disposition rend très-bien compte de la friabilité toute particulière du produit morbide. Dans le champ du microscope, on voit beaucoup de ces petits corps isolés; mais on en voit beaucoup aussi qui sont réunis et qui, grossis, reproduisent en quelque sorte par leur ensemble l'aspect extérieur grossièrement granuleux du tissu morbide.

Quant aux globules sphériques, très-finement granuleux, ressemblant un peu aux globules blancs du sang, mais n'offrant pas leur réaction au contact de l'acide acétique, il suffira de dire qu'ils sont très rares; car dans chaque préparation on n'en trouve que cinq à six; ils sont plus pâles aussi et plus petits que les globules blancs du sang; car ils n'ont que 0mm,007.

(La fin au prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES AFFECTIONS DE LA PEAU SYMPTOMATIQUES DE LA SYPHILIS; par M. BASSEREAU.—Un vol. in-8°. —Paris, 1852, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

(Deuxième article. — Voir le numéro précédent.)

Nous abordons maintenant un sujet plus intéressant, celui d'ailleurs à l'élucidation duquel M. Bassereau s'est plus particulièrement attaché; car c'est moins à étudier le virus syphilitique en lui-même qu'à préciser les lois de sa diffusion dans l'organisme qu'il a consacré ses recherches. Les indices par lesquels s'annonce cette diffusion, le laps de temps au bout duquel elle se manifeste, les conditions qui favorisent son développement, ont donc fixé plus spécialement son attention, comme nous allons le voir par l'examen des propositions suivantes. Ainsi:

5° Quel est l'état des ganglions dans la sphère d'absorption desquels se trouvait le chancre qui a précédé l'érythème syphilitique? — La réponse n'est pas douteuse pour qui connaît les sympathies de l'auteur vers l'école de Ricord. Ces ganglions sont indurés; ils doivent l'être. M. Bassereau décrit trois espèces différentes d'engorgement ganglionnaire qu'il rapporte à l'induration. Il rappelle cette véridique et fructueuse loi posée par M. Ricord de la rareté de l'infection constitutionnelle chez ceux dont les chancres ont été accompagnés de bubons spécifiquement suppurés, et

montre le parti qu'on peut en tirer, en consultant sous ce rapport les antécédents des malades pour arriver à déterminer si une lésion actuelle dont la nature laisse des doutes doit être considérée on non comme syphilitique.

6° Quel est l'état des vaisseaux lymphatiques aboutissant, d'une part, au chancre, et de l'autre aux ganglions lymphatiques engorgés? — La lymphite virulente, bien distincte de l'inflammation, est une affection rare, mais qui peut parfois donner au médecin d'utiles indications sur les suites de l'accident primitif, lorsque l'induration autour du chancre fait défaut. Mais malheureusement ces cas ne se présentent qu'exceptionnellement, car l'induration des lymphatiques manque presque toujours dans les circonstances où l'induration du chancre est certaine, et les cas où la lymphite indurée est le plus développée sont précisément ceux où l'induration du chancre est aussi caractérisée le plus nettement.

7° De quelques symptômes qui précèdent ou accompagnent l'érythème syphilitique. — Il s'agit des phénomènes vagues connus sous le nom d'avant-coureurs ou de prodromes, qui précèdent et accompagnent le début de la syphilis constitutionnelle. Leur description était ici tout à fait à sa place; car c'est avec les syphilides plus qu'avec les autres accidents constitutionnels qu'ils coïncident ordinairement, et il est à remarquer qu'ils sont d'autant plus prononcés que l'éruption est plus générale et s'opère en un laps de temps moindre. Sous ces divers rapports, on voit que l'érythème doit les présenter plus que toute autre lésion secondaire; aussi croyons-nous — et en ceci il est porté à partager lui-même notre avis — M. Bassereau au-dessous de la vérité lorsqu'il dit que sur 143 malades sur 196 furent atteints de ces symptômes de prélude. Il est probable que sur plusieurs des 56 restant, ils auront été ou méconnus ou oubliés, ou bien tant palliés que prévenus par un traitement suffisamment hâtif. Du reste, la description qu'il en donne ne fournit pas de nouveaux traits à leur histoire. L'auteur en prend seulement occasion de rappeler que, en dépit d'une loi célèbre, les accidents constitutionnels les premiers en date peuvent affecter tous les systèmes et même le tissu osseux. Mais rappelons que M. Ricord a très-explicitement mentionné lui-même cette légère dérogation à l'ordre de succession qu'il a établi entre les diverses poussées syphilitiques.

8° Époque de l'apparition de l'érythème syphilitique par rapport à la contagion et à la cicatrisation des chancres. — La statistique de M. Bassereau confirme ici de tout point les idées de M. Ricord sur la fixité à peu près absolue non de l'époque précise d'invasion, mais de l'époque dans les limites de laquelle l'invasion a lieu. Mais ce qu'elle renferme de vraiment digne d'intérêt, c'est la constatation expérimentale de l'influence retardatrice opérée par un traitement spécifique durant l'existence du symptôme primitif. Ainsi, pour les malades qui n'avaient fait aucun traitement, l'érythème a paru :

Du vingtième au trentième jour . . . . . chez	14
Du trentième au soixantième jour.	66
Du soixantième au quatre-vingt-dixième jour.	23
Du quatre-vingt-dixième au cent vingtième jour.	3
Dans le cours du cinquième mois	1

Pour ceux, au contraire, qui s'étaient soumis pendant la durée du chancre à divers symptômes généraux, la syphilide a paru :

Du vingtième au trentième jour . . . . . chez	1
Du trentième au soixantième jour.	7
Du soixantième au quatre-vingt-dixième jour.	15
Du quatre-vingt-dixième au cent vingtième jour.	10
Dans le courant du cinquième mois . . . . chez	4
— sixième mois.	4
— septième mois.	3
— huitième mois.	1
— neuvième mois	1
Un an après	1

La différence paraîtra encore bien plus tranchée si, au lieu de compter à partir du moment de la contagion, on prend pour point de repère celui de la cicatrisation des chancres. Ainsi, si l'on compare les deux tableaux suivants :

A. MALADES NON TRAITÉS PENDANT LE CHANCRE.

Cas d'érythème développé avant la cicatrisation des chancres.	58
Cas d'érythème développé à peu près au moment de la cicatrisation des chancres.	18
Cas d'érythème développé après la cicatrisation des chancres.	21

B. MALADES SOUMIS A UN TRAITEMENT SPÉCIFIQUE PENDANT LE CHANCRE.

Cas d'érythème développé avant la cicatrisation des chancres.	10
Cas d'érythème développé à peu près au moment de la cicatrisation des chancres.	6
Cas d'érythème développé après la cicatrisation des chancres.	34

Si l'on compare, disons-nous, ces deux tableaux, on y voit des résultats régulièrement inverses. Dans le premier relevé, la manifestation constitutionnelle a ordinairement apparu avant la cicatrisation du chancre; dans le second, elle ne s'est le plus souvent montrée qu'après la guérison du symptôme primitif.

9° Recherche des causes qui ont pu déterminer le développement de l'érythème, c'est-à-dire la généralisation des symptômes syphilitiques dans l'économie. — Problème le plus important et jusqu'ici le plus obscur de la syphilographie, c'est celui-ci qui a reçu de l'auteur les plus vives lumières, et qui suffirait, à lui seul, pour justifier les sincères éloges qu'il nous a paru équitable de donner à son ouvrage. Deux opinions partagent sur ce point les pathologistes : les uns croient qu'un seul et même virus produit les chancres qui n'infectent point et les chancres qui infectent; d'autres voient là deux poisons distincts. Ainsi, deux individus ayant eu un chancre, si le premier présente ensuite des symptômes constitutionnels, si le second en reste exempt, c'est, dans une certaine doctrine, dû aux conditions individuelles dissemblables où chacun d'eux se trouvait; cela dépend, selon la doctrine opposée, de ce qu'ils ont puisé à une source différente. Pour ceux-ci, le virus infectant produira toujours et partout l'infection, le virus simple se bornant, au contraire, à des effets locaux; pour ceux-là, le virus est identique, mais il peut se transformer, devenir d'inoffensif contaminateur, ou réciproquement, selon les conditions idiosyncrasiques qu'il rencontre chez les sujets où il est accidentellement implanté.

De ces deux opinions, entre lesquelles tout homme qui commence l'étude de la syphilis se trouve nécessairement obligé d'opter, M. Bassereau a formellement embrassé celle qui consacre la pluralité des virus, et j'ajoute immédiatement qu'il l'a su appuyer des preuves les plus solides. Comme dans toute argumentation, il avait ici deux offices à remplir, l'un de réfutation, l'autre de démonstration directe. Voyons comment il s'est acquitté de cette double et difficile tâche.

En soutenant une pareille thèse, la première condition était de prouver à ceux qui admettent l'influence des conditions inhérentes à l'individu, que ces conditions n'ont pas, pour produire l'infection, la valeur qu'ils leur attribuent. Acceptant ce programme, M. Bassereau montre aisément que ni l'âge, ni le sexe, ni une aptitude idiosyncrasique spéciale, ni les saisons, ni les maladies intercurrentes ne sauraient expliquer, rationnellement ni expérimentalement, l'immunité ou la contamination qui s'observent à la suite de tel ou tel chancre.

Mais ces résultats si différents de deux contagions qui passent pour avoir le même principe ne pourraient-ils pas s'expliquer par un de ces changements de disposition si communs dans l'organisme, en vertu desquels l'homme ne se trouve plus influencé de la même manière, par les mêmes agents, à des espaces de temps même très-rapprochés? M. Bassereau reproche à cette explication d'être en contradiction avec ce que l'on sait sur l'action des causes spécifiques. En outre, il dit avoir étudié avec soin la constitution et les tempéraments de tous ses malades, et n'avoir jamais rien remarqué qui permît de conclure à l'influence de causes semblables sur la généralisation des accidents syphilitiques dans l'économie. Il a même institué une sorte de contre-épreuve très-logique, en recherchant ensuite quels étaient, sur *un pareil* nombre de sujets *n'ayant eu que des chancres non suivis d'infection*, les tempéraments et les constitutions. Or il a trouvé chez les uns et chez les autres à peu près la même proportion de tempéraments lymphatiques, de constitutions débiles, d'habitudes hygiéniques mauvaises, etc.

Des contagions réitérées, des chancres nombreux, en se reproduisant à courts intervalles, ou se prolongeant très-longtemps, seraient-ils la cause d'effets aussi opposés? Il n'est aucun spécialiste qui ne soit en mesure de se prononcer sur l'inanité d'une pareille interprétation.

De guerre lasse, M. Bassereau dut donc finalement en venir à rechercher s'il n'existait point des rapports de forme entre les symptômes présentés, d'un côté, par les sujets malades, de l'autre par ceux qui les avaient contagionnés. Or c'est dans cette investigation pénible, souvent infructueuse, qu'il croit avoir enfin découvert la solution du problème qu'il s'était posé. Trente-quatre fois il a pu parvenir à confronter les sujets atteints d'érythème avec ceux de qui ils tenaient la syphilis, et trente et une fois les sujets infectants se sont trouvés avoir eux-mêmes subi l'infection générale, avoir eu des chancres suivis d'accidents constitutionnels. Trois fois seulement l'un des deux sujets confrontés semblait faire exception à la loi, parce qu'il ne se manifesta pas de symptômes d'infection générale après le chancre; mais l'induration de l'ulcère primitif montrait bien que l'exception n'était qu'apparente. Aussi se croit-il en droit de formuler la conclusion suivante, qui résume sous forme d'apophthegme les résultats de ses recherches cliniques : « Toutes les fois qu'un individu est atteint d'un chan-

cre, puis des symptômes de la syphilis constitutionnelle, cette généralisation des phénomènes syphilitiques tient, avant toute autre cause, à ce que le sujet par lequel le malade a été infecté était lui-même atteint d'un chancre qui a dû obligatoirement être suivi d'accidents constitutionnels. »

A l'exemple de toute théorie, celle-ci devait naturellement faire d'avance ses réserves, spécifier les limites où elle entend se renfermer, expliquer enfin les causes qui pourraient à tort inspirer des doutes sur son exactitude. Ici, hâtons-nous de le reconnaître, les *fins de non-recevoir* sont parfaitement justifiées : ainsi tout le monde comprendra qu'on chercherait en vain l'induration caractéristique ou les symptômes constitutionnels chez l'un des deux sujets, s'il a fait à temps un traitement suffisant, ou si, ayant un chancre, mais un chancre simple, il paraît être, mais n'est pas en réalité celui qui a produit chez l'autre sujet l'infection constitutionnelle, que ce dernier a puisée à une source différente ; ou bien encore s'il avait déjà eu antérieurement la syphilis constitutionnelle, et que, comme tel, il ne soit plus, d'après *la loi d'unicité*, capable de contracter de nouveaux symptômes généraux. Tout ceci, comme on le voit, est fort admissible, et M. Bassereau aurait encore pu grossir sa liste d'une excuse tout aussi valable, celle fondée sur les faits de contagion médiate ; car si ces faits sont vrais (et ce n'est pas moi qui les nierais, venant d'en observer un nouvel exemple quelques semaines avant de m'occuper de cette analyse), ne peut-il pas arriver qu'une femme qui a infecté un homme, et l'a infecté constitutionnellement, ne se rappelle avoir eu elle-même ni accidents diathésiques ni même accidents primitifs, si elle n'a réellement servi que d'intermédiaire, et d'intermédiaire exempt de tout dommage, entre deux contagions d'homme à homme?

Cette thèse, déjà fort bien appuyée, de l'existence de deux virus distincts, l'un toujours local, l'autre fatalement diffusible, M. Bassereau achève de la rendre vraisemblable par un exposé historique complet des opinions qui se sont succédé à ce sujet depuis la fin du quinzième siècle. Les textes les plus positifs lui montrent d'abord des chancres simples existant, ainsi que les affections blennorrhagiques, depuis l'antiquité la plus reculée ; puis, vers 1494, une épidémie de chancres nouveaux, de chancres généralisables survenant tout à coup. Les médecins de l'époque ne s'y trompent pas, et distinguent parfaitement l'une de l'autre ces deux maladies essentiellement différentes ; mais plus tard ceux qui n'avaient pas assisté à l'époque où la première seule existait, les confondent entre elles à cause de la ressemblance apparente que présente leur point de départ, le chancre simple et le chancre infectant. Peu à peu on s'accoutume à n'y plus voir que deux formes de la même affection, erreur qui a persisté jusqu'à nos jours..... Nous le répétons avec plaisir : Rien n'est plus entraînant que cet aperçu, riche des citations les plus précises, où l'on voit se dérouler avec leurs modifications d'abord timides, puis plus tranchées, les deux systèmes dont M. Bassereau veut montrer la filiation respective ; c'est un tableau bien fait pour séduire, où l'érudition, à la vérité très-facilement puisée dans les pages de l'APHRODISIACUS, a du moins le rare mérite d'être invoquée comme une preuve, et de servir à autre chose qu'à une exhibition du savoir de l'auteur.

Il est, nous l'avouons volontiers, très-difficile de résister à la persuasion dont M. Bassereau a réuni tant d'éléments de divers ordres. Nos propres tendances, nées de réflexions déjà anciennes, nous feraient même plutôt incliner vers que contre la doctrine de la dualité des virus. Et cependant, et malgré le puissant appui que ce dogme vient de conquérir, nous ne nous sentons encore qu'ébranlé ; nous éprouvons le besoin de réserver le droit de douter. Théoriquement, M. Bassereau doit le reconnaître, rien ne répugne à cette idée que le même individu ayant jusque-là résisté à l'infection, ne s'étant laissé *mordre* que localement par des chancres, devienne, par suite d'un changement dans son organisation, apte à en subir désormais l'influence intoxicatrice. Et qu'on ne dise point que la pathogénie des virus s'oppose à cette manière de voir. La pratique de la vaccine répondrait immédiatement à une pareille objection. Ne voit-on pas, en effet, le même vaccin inoculé à trois ou quatre enfants, tous vaccinés pour la première fois, ne donner à l'un que de fausses pustules, à l'autre de vrais et légitimes boutons, avec toutes leurs conséquences préservatrices? Notez bien que le même sujet qui a été réfractaire ne le sera plus si l'on répète l'opération quelques mois plus tard, lorsqu'il se trouvera placé dans des conditions différentes. L'analogie ne fournit-elle pas ainsi un saisissant exemple de la diversité d'effet du même virus selon les aptitudes qu'il rencontre chez ceux sur lesquels on l'applique.

Le souvenir de certains faits nous commande encore plus de défiance. Tous, je l'avoue, n'ont pas la même valeur : si, par exemple, un homme a un chancre simple, quoiqu'on trouve un chancre induré chez la seule femme avec laquelle il ait cohabité en temps utile, M. Bassereau sera dans son droit en alléguant que le chancre induré a bien pu agir uniquement comme cause d'irritation, et n'occasionner qu'une ulcération non généralisable ; mais supposez les choses se passant en sens inverse : vous n'aurez plus lieu de vous abriter derrière une semblable explication. Or je citerai un fait de ce genre, et qui laissa dans ma mémoire une impression profonde. Vers 1847, un artisan me consulta pour un chancre simple, le premier qu'il eût eu, avec bubon suppuré et virulent. Avant que le bubon fût en réparation, il voulut se marier et se maria, voulut cohabiter et cohabita, malgré ma défense formelle et réitérée. A quelque temps de là, sa femme, jeune et innocente (un spécialiste ne s'y trompe guère), me fut par lui amenée pour un chancre de la grande lèvre, et au bout de trois semaines (cinq semaines environ après le début présumé de l'ulcère), elle eut une roséole, avec alopécie et acné du cuir chevelu, le tout très-caractérisé. Le mari échappa ; pour l'observer mieux et plus longtemps, je lui donnai ma pratique : jusqu'à ce jour il n'a rien eu de constitutionnel.

Or le mari était un robuste et sanguin Auvergnat ; la femme, une Lyonnaise pâle, grêle, quelque peu lymphatique. Mis par là sur la voie, j'ai depuis lors observé avec beaucoup de soin tous les malades qui, ayant eu antérieurement un ou plusieurs chancres simples, ont ensuite un chancre suivi d'infection générale. Et quoique cette explication m'ait parfois fait défaut, j'ai assez souvent pu constater qu'à l'époque où ils ont contracté ce dernier chancre, ils étaient placés dans des conditions de santé ou d'hygiène différentes de celles qui les entouraient lors de leurs premières contagions restées locales. Ils avaient beaucoup vieilli ; ils venaient de *faire la noce* ; ils relevaient de maladie ; ils se trouvaient sous le poids de causes morales débilitantes ; ils avaient changé de résidence ; ils arrivaient d'un voyage fatigant, etc., etc.

Je n'adopte pas pour cela une doctrine opposée à celle de M. Bassereau. J'hésite encore, je l'avoue franchement ; mais faut-il donc absolument opter entre les deux opinions? Faut-il rejeter entièrement l'une des causes, pour peu que l'on veuille admettre l'influence de l'autre? Ne serait-on pas plutôt dans le vrai en professant que certaines qualités de virus *prédisposent* à la contamination générale, et que l'action de l'individu, son idiosyncrasie actuelle au moment de la contagion, agit ensuite de manière, soit à favoriser, soit à empêcher cette diffusion du principe morbide à toute l'économie? Cette opinion mixte aurait l'inconvénient de ne satisfaire aucun systématique ; mais elle aurait, à nos yeux, l'immense avantage de parer aux dangers que l'adoption exclusive de l'une ou de l'autre manière de voir entraînerait dans la pratique ; car, pour ne parler que de celle de M. Bassereau, comme elle fait de la syphilis constitutionnelle une véritable fatalité, une éventualité obligatoire dans certains cas, on prévoit combien elle rendrait le médecin timide à appliquer au chancre le traitement abortif, passé une certaine limite de temps ; combien, dans les chancres qu'elle croit simples, elle pourrait inspirer de fausse sécurité au malade sur les suites de l'infection locale ; combien elle jetterait de désordre dans la thérapeutique, en substituant, pour fonder l'indication des spécifiques, des données *à priori* aux notions résultant de l'observation directe, etc.

Nous ne regrettons point, malgré l'absence de conclusion où nous la devons laisser, l'espace que cette discussion capitale a pris dans nos colonnes ; car, en analysant l'érythème syphilitique, nous nous trouvons avoir, par le fait, rendu compte de tout l'ouvrage, ou du moins fait suffisamment comprendre le plan que M. Bassereau a adopté. En effet, pour chacune des espèces dermatologiques suivantes, vésicules, papules, bulles, tubercules, etc., il examine successivement et dans le même ordre les diverses questions qu'il a agitées au sujet de l'érythème. Seulement il profite des développements dans lesquels il est entré à propos de ce premier symptôme pour insister beaucoup moins longuement sur ces mêmes points lorsqu'ils se présentent de nouveau sous sa plume, n'approfondissant alors que le côté statistique et glissant sur les discussions de doctrine. Nous ne voulons ni ne pouvons présenter en détail à nos lecteurs le résultat de pareilles recherches. Nous mentionnerons uniquement une conséquence assez importante que l'auteur en a tirée. Comparant dans chaque cas l'espèce du symptôme primitif à l'espèce d'accidents constitutionnels de la peau qui l'a suivi, il a trouvé entre l'un et les autres des rapports de forme et de gravité qu'il traduit par cette proposition générale : « Après les chancres indurés bénins surviennent les éruptions syphilitiques bénignes et les affections des divers tissus, sans tendance à la suppuration ; après les chancres indurés phagédéniques surviennent les syphilides graves, les affections ulcéreuses de la peau plus tardives, les exostoses suppurées, les nécroses et les caries. » Il est impossible de laisser passer cette seconde loi sans un mot de critique ; car recélât-elle même une part de vérité, — ce qui, à nos yeux, est encore douteux, — il ne faudrait pas oublier qu'elle ne la contient pas toute, il ne faudrait pas oublier l'influence, si puissante sur la marche du mal, de la constitution individuelle et des traitements subis aux diverses époques. Enregistrons, c'est justice, les théories qui annoncent des solutions nouvelles ; mais ne mettons pas entièrement de côté pour leur faire place les notions positives dont la solidité est démontrée par l'expérience des siècles et par l'accord unanime des observateurs.

M. Bassereau consacre la dernière partie de son livre à la thérapeu-

tique; mais au lieu d'approprier le traitement à chaque variété d'éruption cutanée, il n'a guère écrit que des généralités sur la médication antisyphilitique. C'était là, à la vérité, l'objet principal de son étude; car avec l'administration méthodique et suffisamment prolongée des spécifiques, on guérit sûrement et promptement les symptômes que l'application des topiques ne ferait que pallier. Mais néanmoins ce n'était pas, ce nous semble, une raison pour reléguer à un rang aussi secondaire les agents, très-précieux dans certains cas, de la médication locale. Du reste, les règles qu'il trace relativement à l'emploi du mercure, de l'iode, des sudorifiques, les conseils qu'il donne sur leur mode d'administration, les doses quotidiennes, la progression, la durée totale du traitement, se recommandent par une sagesse extrême qui n'exclut point, à l'occasion, l'activité qu'exigent parfois des circonstances particulièrement sérieuses. Nous avons surtout remarqué avec intérêt la modification introduite dans la composition de la liqueur de Van Swieten, l'opinion formelle exprimée sur la presque impossibilité de prévenir absolument les récidives, même par les doses de remèdes les plus fortes et les plus longuement continuées, enfin la manière de voir propre à l'auteur sur l'effet des médicaments dits *sudorifiques*.

Un court, trop court aperçu sur les syphilides des nouveau-nés forme le dernier chapitre.

Nous manquerions aux devoirs de la critique consciencieuse, nous manquerions à ce que nos lecteurs sont en droit d'attendre de nous si, après avoir librement discuté quelques-uns des points de doctrine contenus dans le livre de M. Bassereau, nous ne renouvelions pas le conseil formel de le méditer avec attention. Ce conseil, nous le donnons à tout syphilographe qui veut faire de la science et non du métier; à tout médecin jaloux d'ajouter quelques notions positives à ce que l'on sait jusqu'ici sur la pathogénie des affections virulentes; à tous ceux enfin qui aiment à voir substituer les résultats sans appel de la statistique au vague des présomptions soi-disant rationnelles. Nous ne craignons pas de le donner avec insistance, parce que nous savons qu'aucun de ceux qui auront le bon esprit de le suivre ne nous en remerciera avec tiédeur.

P. Diday.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR.

Paris, le 1er août 1853.

Monsieur,

Dans la dernière séance de l'Académie, M. Gibert, en combattant les conclusions de mon rapport sur l'albumine iodée, m'a reproché d'avoir, sans preuves suffisantes, présenté le nouveau médicament comme succédané de l'huile de foie de morue.

Permettez-moi, puisque votre estimable journal n'a reproduit que les objections soulevées par mon travail, de vous faire remarquer :

1° Que je n'ai, au point de vue chimique, établi aucune comparaison entre deux substances qui n'ont peut-être de commun que la puissance de l'iode, lequel même pourrait s'y rencontrer à des états différents;

2° Que j'ai relaté de nombreuses observations thérapeutiques recueillies, les unes par d'habiles praticiens étrangers à l'Académie, les autres dans le service de l'éminent professeur M. Bouillaud, ou par mon honorable co-rapporteur M. Hervez de Chégoin;

3° Et surtout que mes conclusions étaient précédées de cette phrase où je reconnais mon insuffisance, au point de vue médical :

« En présence des résultats précités que vos commissaires ont observés par eux-mêmes, ou contrôlés chacun dans les limites de ses connaissances spéciales, d'où vient que la part la plus importante et la plus délicate de leur mission revient au très-honorable M. Hervez de Chégoin, ils croient pouvoir vous proposer... »

Je ne puis qu'être singulièrement flatté d'avoir vu l'Académie récompenser mes efforts par l'insertion, dans le Bulletin de ses travaux, de la partie chimique du rapport; mais la confiance que m'inspirent les habiles et consciencieux expérimentateurs dont j'ai rappelé les observations, me laissent vivement regretter que la compagnie n'ait pas consenti à charger une autre commission de continuer les expériences cliniques sur le nouvel agent thérapeutique proposé.

Vous ne me refuserez pas, je l'espère, monsieur, l'insertion de cette courte réplique dans l'un de vos plus prochains numéros, et je vous en offre à l'avance mes bien sincères remercîments.

Lecanu.

— Notre excellent confrère et ami M. le docteur Blache, médecin de l'hôpital des Enfants, vient d'éprouver une perte cruelle : son fils aîné, âgé de 27 ans, interne distingué des hôpitaux, qui promettait de porter dignement un nom entouré de l'estime universelle, a succombé en trois jours à une angine couenneuse, qu'il avait contractée en donnant des soins assidus à un enfant atteint du croup. Les obsèques de M. Henri Blache ont eu lieu à la Madeleine mardi dernier. Un nombre considérable de médecins et d'étudiants en médecine sont venus donner un témoignage de regrets à la mémoire de cet infortuné jeune homme, et un allégement à la douleur de son malheureux père.

— L'Académie de médecine vient de perdre encore un de ses membres. M. le docteur Villeneuve a succombé à une longue maladie. Ses obsèques ont eu lieu jeudi dernier.

M. Villeneuve était membre de la section d'accouchement. Sa mort complète le nombre nécessaire pour motiver une nouvelle élection.

Ainsi, outre celle qui a été faite hier de M. Chatin, l'Académie aura bientôt à procéder à deux autres élections par suite de la mort de MM. Abraham, Andral père, Devilliers, Husson, Orfila et Villeneuve.

Comme on le voit, la section d'accouchements a perdu deux de ses membres, MM. Devilliers et Villeneuve, et le nombre se trouverait réduit à cinq sans la mutation de M. P. Dubois, qui dernièrement a passé de la section de pathologie chirurgicale dans celle-ci. Il est probable cependant que l'une des deux prochaines élections aura lieu dans la section d'accouchements, réduite actuellement à six membres.

— Le concours pour une place de chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris s'ouvrira le 16 août prochain. Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er janvier 1854.

Les candidats inscrits sont MM. Dupré, Fano, Giraldès, Jarjavay et Sappey.

Les juges sont MM. Cruveilhier, Moreau, Gerdy, Malgaigne, Cloquet, Bérard, Denonvilliers.

Juges suppléants : MM. Nélaton, Velpeau.

— Un concours pour dix places d'élèves internes en médecine et en chirurgie sera ouvert le 7 novembre prochain à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

— On lit dans le Moniteur universel :

« Les ravages que la fièvre jaune exerce depuis quelques années sur tant de points de l'Amérique ont été, pour deux médecins français, l'occasion d'actes de dévouement qui, signalés au gouvernement de l'empereur, ne pouvaient rester sans récompense. M. le docteur Frédéric Thomas, à la Nouvelle Orléans, et M. Théodore Gaillardet, à la Havane, n'ont pas cessé de s'exposer dans ces deux villes aux dangers de l'épidémie, alors qu'elle y sévissait de la manière la plus terrible, pour prodiguer à leurs compatriotes les secours les plus empressés et les plus désintéressés. Sa Majesté vient de leur témoigner sa satisfaction d'une si honorable conduite en les nommant l'un et l'autre chevaliers de la Légion d'honneur. »

— 306 individus ont succombé à l'hôpital général de Copenhague : c'est plus du quart des malades qui s'y trouvaient à l'époque de l'invasion de l'épidémie. Parmi les nouvelles victimes se trouvent neuf médecins, et parmi eux un des médecins de la maison du roi.

— Les dernières nouvelles de la Perse annoncent que le choléra fait les plus grands ravages dans l'Astraband, le Mazraderam et le désert des Turcomans. Dans une de ces provinces, le nombre des morts est au moins de cent cinquante par jour. Le shah et sa cour se sont réfugiés à Imama. Pour comble de malheur, les villes de Shiraz et de Surhan ont été presque détruites par des tremblements de terre, et le Zaiodowod s'est desséché; de sorte que de son lit bourbeux sont parties d'innombrables sauterelles qui détruisent tout sur leur passage.

— La fièvre jaune continue ses ravages à Rio-Janeiro (Brésil); la maladie paraît même en voie d'augmentation parmi la population maritime à terre et à bord. Pendant le mois de mars, il y a eu 145 cas de fièvre jaune à Rio et environ 50 cas par semaine à bord des navires qui se trouvent dans le port. A Bahia, au contraire, la diminution est marquée : il n'y a eu que 45 cas en un mois. La fièvre jaune règne à l'île Saint-Thomas, et le dernier packet comptait à son arrivée 14 cas de fièvre jaune survenus dans la traversée, dont 2 suivis de mort.

— L'Académie médico-chirurgicale de Naples décernera, au mois de décembre 1854, une médaille d'or de la valeur de 100 ducats à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Déterminer si les convulsions chez les enfants procèdent toujours d'une altération du cerveau ou des méninges, ou si elles peuvent être symptomatiques d'autres maladies affectant d'autres organes, qui ne soient pas les centres nerveux. Déterminer en outre quelle relation existe entre les convulsions et l'époque de la dentition, à laquelle ces convulsions se montrent fréquemment. »

Les mémoires, en latin, en italien ou en français, devront être adressés, suivant les formes académiques, avant le 31 mai 1854, au secrétaire de l'Académie, le docteur Magliari, strada S. Sebastiano, n° 49, à Naples.

— Fécondité prématurée. — Une jeune négresse de l'Alabama est accouchée de sa première fille à 13 ans; celle-ci a été réglée à 10 ans et est devenue enceinte à 12 ans et 3 mois; la sœur de celle-ci, qui n'a que 9 ans, est déjà réglée. Lorsque sa première fille est accouchée, la mère n'avait que 26 ans.

— Le ministre de la marine, sur la proposition de M. Quoy, inspecteur du service sanitaire de l'armée de mer, vient de souscrire pour trente exemplaires de l'ouvrage en deux volumes de M. Haspel, intitulé Maladies de l'Algérie, et dont la Gazette Médicale a rendu compte, année 1851, p. 183, et année 1852, p. 364.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE GÉNÉRALE.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — ÉPIDÉMIOLOGIE.

Quand un sujet d'étude n'est point encore bien connu, que sa portée n'est pas démontrée pour tous, que les conséquences n'en sont pas formulées en prescriptions pratiques, on regarde généralement les travaux qui s'y rattachent comme des recherches de pure curiosité. Aussi, tout en encourageant les travailleurs qui entrent dans cette voie, les sociétés savantes, pas plus que l'administration, ne prennent point, au nom de la science ou en vue de l'utilité publique, possession du terrain qu'il s'agit d'exploiter. C'est presque toujours les efforts isolés de quelques hommes profondément convaincus qui découvrent les faits, les mettent en évidence, les font passer de la théorie à la pratique et ne laissent plus ainsi aucun progrès à effectuer dans la partie vraiment créatrice et importante des applications des sciences soit aux arts industriels, soit à la médecine et à l'hygiène publique. On trouve peu d'exceptions à cette règle, mais il suffirait qu'il y en eût une pour faire voir qu'en principe les découvertes peuvent être l'œuvre d'une société savante ou d'une administration puissante et intelligente. Il devient aujourd'hui d'autant plus urgent de noter ces exceptions qu'on s'accorde à reconnaître que les problèmes les plus élevés et les plus importants d'hygiène publique et d'épidémiologie ne sont susceptibles de solutions précises et pratiques que par les efforts des académies, des sociétés savantes, et surtout par le concours de l'administration.

Il s'agit donc pour nous de faire voir, non pas comment ce fonctionnement combiné peut être appliqué à telle ou telle question, mais d'apporter seulement des exemples d'un fonctionnement semblable appliqué avec avantage aux questions d'hygiène publique. Nous choisirons aujourd'hui pour texte de ces remarques la question de la constitution médicale qui a régné dans le second trimestre de cette année. Vers la fin de 1852, et dans les premiers mois de 1853, il s'est montré, comme on le sait, un grand nombre d'affections graves et insolites qui ont dû agir sur le chiffre de la mortalité. Je ne rappellerai pas ces fièvres typhoïdes qui ont paru d'autant plus nombreuses et plus graves que ces affections avaient diminué considérablement d'intensité et de nombre depuis l'épidémie cholérique de 1848-49; ni ces diarrhées et ces dyssenteries qu'on n'avait point observées en aussi grand nombre depuis la même époque et qui ont été l'un des éléments (1) les plus importants de la mortalité en avril et mai. La GAZETTE MÉDICALE est revenue à plusieurs reprises sur ces questions, et pour notre part nous avons fait observer combien il était regrettable de ne pas avoir à consulter, à propos des maladies régnantes, des tableaux sommaires indiquant le chiffre de la mortalité et le genre des morts dans les principales villes de la France et de l'Europe. A Paris et dans un grand nombre de localités l'administration possède aujourd'hui les éléments d'un semblable travail, mais jusqu'ici ces données statistiques nombreuses et d'une importance capitale n'ont point été publiées en temps convenable et avec assez de détails, aussi nous ne craindrons pas d'affirmer qu'elles sont restées stériles pour la science des épidémies et pour l'hygiène, et c'est probablement à cause de cette stérilité supposée qu'on ne fait pas les frais de cette publication. En général une question purement scientifique ne perd pas et gagne même quelquefois à être traitée un peu tardivement, mais dans les questions de constitution médicale, d'épidémiologie, d'hygiène publique il y a intérêt à étudier, autant que possible, immédiatement les faits et à être édifié sur leur compte. En Angleterre, le pays par excellence des détails et des solutions pratiques, on a compris depuis une dizaine d'années l'importance de la publication immédiate et officielle de tous les documents relatifs à l'état hygiénique de la population. C'est à une publication de ce genre, au dernier rapport du *registrar general* que nous empruntons les documents que nous allons faire connaître sur l'état de la santé publique en Angleterre pendant les trois mois d'avril, mai, juin qui viennent de s'écouler. Nous les donnons *in extenso* tels qu'ils ont été publiés dans les journaux politiques de Londres, afin de faire connaître le grand nombre et la valeur des faits que permet de constater chaque trimestre le système d'enregistrement des décès tel qu'il est pratiqué en Angleterre depuis bientôt dix ans.

Ces faits se rapportent à des questions d'hygiène publique sur lesquelles nous comptons revenir prochainement, et quelque minutieux qu'ils paraissent être de prime abord, ils n'en ont pas moins une grande importance pratique; c'est sur eux principalement que l'on se fonde en Angleterre pour pousser les administrations locales dans la voie des réformes hygiéniques en vue de l'assainissement des communes ou des quartiers des villes qui se font remarquer par l'élévation considérable du chiffre des décès. Des données semblables présentent toujours, du reste, matière à enseignement non-seulement en hygiène, mais en épidémiologie, et c'est à l'aide de documents aussi compréhensifs, qui permettent de voir les faits dans toute leur généralité et dans tous leurs détails, que ces deux sciences pourront s'élever un jour au rang des autres branches les plus exactes des connaissances médicales.

Les naissances et les morts du second trimestre de 1853 ont été constatées dans tous les districts d'Angleterre par 2190 *registrars* ou médecins chargés de recueillir et de transmettre au *registrar general* tous les faits de quelque importance relatifs à l'hygiène des localités où ils résident. On a ainsi enregistré pendant le trimestre 107861 morts, chiffre le plus considérable qui ait été atteint depuis dix ans, à l'exception toutefois du printemps de 1847, pendant lequel des affections scorbutiques graves s'étaient développées sur la population, en même temps que se faisait sentir la disette des pommes de terre, par suite des mauvaises récoltes de 1846. Ce nombre de décès excède de 7048 la mortalité du trimestre correspondant de 1852. Comparé à la population totale, il donnerait par an, sur 100 habitants, 2383 morts.

La mortalité la plus élevée se fait sentir en Angleterre, comme on le sait, en hiver; elle est alors de 2467 pour 100; la mortalité la moins élevée correspond à l'été; elle est de 2129 p. 100, et la mortalité du printemps, qu'on peut représenter par le chiffre 2,223, occupe un degré intermédiaire. En comparant cette moyenne à la mortalité du trimestre passé, on trouve

(1) Élément caché, car les malades en apparence guéris des diarrhées et des dyssenteries qui les avaient conduits à l'hôpital mouraient de tuberculisation aiguë ou de phlegmasies chroniques. C'est dans des cas semblables que j'ai trouvé dans près de 30 autopsies pratiquées au Val-de-Grâce, à côté des lésions qui avaient déterminé la mort, des altérations très-caractéristiques dans les gros intestins, depuis la simple érosion jusqu'aux ulcérations les plus confluentes.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Une mort prématurée. — La réorganisation médicale à l'étranger. — La charte de Henri VIII. — Les satisfactions du corps médical belge. — Dixième réélection de M. Vleminckx. M. Seutin baron et sénateur. — L'homœopathie et ses sœurs: l'odiomagnétisme du chimiste Reichenbach, le sommeil hypnotique du docteur Braid, la symbolique humaine du professeur Carus.

Il était beau, il était bon, il était studieux, il était intelligent, il était comme la terre ensemencée, comme le pommier couvert de fleurs, qui n'attendent que le soleil d'été pour donner une riche récolte. Hélas! ce soleil n'a point lui! Il est mort avant le temps ce jeune homme plein de science et d'avenir, l'espoir de son pauvre père;

» ..... Des ormeaux qui bordent le chemin
» *Il passait* des premiers à peine... »

Lui non plus ne voulait pas mourir encore; il voulait voir la moisson : mais le destin ne l'a pas permis. La contagion meurtrière, comme une balle invisible, l'a frappé sous les armes. Hier il souriait à l'espoir d'une longue et brillante carrière, aujourd'hui son souvenir seul reste dans le cœur de ceux qui l'aimaient. Et une foule attendrie, qu'un même sentiment d'affection et de regret pressait au seuil de la Madeleine, est venue clore l'histoire de cette existence d'un jour. Bénie soit sa jeune mémoire! Que son nom, révélé par la mort, reste gravé sur les tables où sont inscrites tant de victimes prématurées du dévouement professionnel!

— Pardonnez, chers lecteurs, à la CHRONIQUE de s'alléger ainsi avant de reprendre sa course rieuse et vagabonde à travers les événements de la vie médicale. Elle avait le cœur gonflé et la larme à l'œil. Elle a détristé son cœur, elle a essuyé son œil humide, et, comme l'oiseau qui a secoué la rosée du matin, elle s'envole où l'espoir du butin l'appelle.

— Vous souvient il, fidèles et bien-aimés confrères, de ces beaux projets de réorganisation, de ces congrès solennels et bruyants, espèces de monts Sinaï, entourés d'éclairs et d'orages, d'où devaient sortir les tables de la loi médicale! vains projets! stériles efforts! Le temps n'en a même pas conservé la trace! Ces aspirations ferventes vers le progrès ont fait place à l'indifférence et l'oubli : nous marchons dans les vieux sentiers comme si nous n'avions jamais eu l'idée d'en sortir. De graves docteurs ne manqueraient pas de chercher la raison d'une telle indifférence dans le contre-coup de choses d'un ordre supérieur. Mais la CHRONIQUE n'a souci ni droit de fouiller si haut; elle pense tout simplement que ce qui n'a pu vivre n'était pas viable. En veut-on la preuve? On la trouve à chaque pas dans ce qui se passe à l'étranger, en Italie, en Espagne, en Belgique, et surtout en Angleterre. Là aussi on sent le besoin de quelque chose d'autre que ce qui existe. L'agitation médicale, comme une espèce d'épidémie voyageuse, après s'être assoupie momentanément en France, gagne les contrées voisines. On discute à Londres, à Bruxelles, à Liége, comme on discutait naguère

un excédant de 0,160 pour 100. Dans l'année épidémique de 1847, la mortalité s'éleva à 2,506 pour 100, ce qui donne, au lieu de la différence 0,160, celle de 0,283. Ces chiffres représentent à peu près, sur 1.000 habitants, le premier 1 décès 1/2; le second 2 décès 3/4 au-dessus de la moyenne.

Il n'est pas sans intérêt de se demander comment s'est réparti cet excédant de la mortalité sur la population des villes et sur celle des campagnes. Le rapport nous donne à ce sujet les renseignements suivants : la mortalité du trimestre a dépassé la moyenne dans les districts ruraux, ainsi que dans les districts urbains. Les 117 districts ou divisions territoriales qui comprennent les villes les plus peuplées donnent 2,606 décès pour 100, quand les 508 districts qui comprennent les autres parties du royaume donnent seulement 2,196 décès. Le chiffre élevé de la mortalité dans les villes est une des questions qui préoccupent le plus à l'heure actuelle les hygiénistes et les administrateurs en Angleterre, elle est d'autant plus importante qu'en Angleterre, plus que partout ailleurs, la population des villes s'accroît au détriment des districts ruraux, et qu'il y a à craindre à la longue, non pas les effets de l'élévation de la mortalité compensée par celle des naissances, mais la dégénérescence physique de la race par suite des maladies qui se multiplient et s'aggravent dans les villes. Sur 10000 personnes habitant les villes, il y a en moyenne 258 morts; dans la campagne, il y en a au plus 203 à aisance égale. Il y a donc là un excédant de 55 décès par au sur 10000 personnes, et cette différence ne peut être attribuée qu'au régime hygiénique des villes.

A Londres, en particulier, la mortalité a surpassé la moyenne d'une quantité considérable; les registrars de la métropole la rapportent principalement à des *maladies des organes respiratoires*, au *typhus*, à la *coqueluche*, à la *diarrhée*. Les seules morts violentes se sont accrues à Londres de 1296 en 1840, à 2140 en 1852, et dans le trimestre de 1853 dont nous nous occupons, elles ont dépassé de 131 le chiffre du trimestre correspondant de l'année antérieure. L'immense accroissement des bateaux à vapeur, des chemins de fer, des forces mécaniques de toutes sortes, le développement prodigieux des communications, leur rapidité, contribuent sans doute à augmenter d'année en année ce chiffre, qui est encore minime comparativement au nombre total des blessures et des mutilations de toutes sortes ne donnant pas lieu à la mort et qui déciment la population ouvrière et industrieuse des grandes villes dans cette lutte de chaque jour de l'industrie et de notre civilisation.

La mortalité des comtés du sud-est de l'Angleterre a aussi dépassé la moyenne, et les localités où elle a surtout sévi sont : *Godston*, *Croydon*, *Brombey*, *Douvres*, *Easthourne*, *Lewes*, *l'île de Wight* et *Alverstoke*. La mortalité a, au contraire, diminué d'une manière notable à *Woking*. La scarlatine a sévi à *Sevenoaks*, *Maidstone* et dans d'autres districts, au sud-est de Londres.

Parmi les comtés méridionaux de l'intérieur, Wisbeach continue à présenter un accroissement notable de la mortalité ; dans ces trois mois, sur 36245 habitants, il y a eu 274 morts, dont une grande partie suite de coqueluche et de bronchite. D'autre part, à Cambridge, sur 27815 habitants il n'y a eu que 110 morts. Le registrar de Cambridge attribue cette diminution de la mortalité à l'efficacité des mesures hygiéniques adoptées et mises en vigueur par les autorités locales.

Plusieurs districts du comté d'Essex et le district de Stow dans le comté de Suffolk ont présenté aussi une élévation du chiffre des décès. Un grand nombre de personnes sont mortes du typhus à High-Easter et à Dunmow ; à Durham et à Norfolk les fièvres d'accès et la fièvre continue ont régné avec intensité ; à Norwich la mortalité n'a pas présenté d'excès, et dans les districts ruraux avoisinants elle a même été au-dessous de la moyenne.

Dans les comtés du sud-ouest, la mortalité a peine dépassé la moyenne. A Longbridge-Deveril, il y a eu une seconde irruption du typhus, et dans cette partie des districts le chiffre de la mortalité égale celui des naissances. A Exmouth, la fièvre a sévi; à Whipton et Heavitree, la variole fait des ravages et la population refuse de se soumettre à la vaccine; à Barnstable, le typhus et la variole ont régné, les morts ont excédé les naissances; à Truro, il y a eu des rougeoles très-graves; à Frome, ainsi qu'à Bath, les maladies pulmonaires se sont élevées notablement au-dessus de la moyenne.

Dans les comtés occidentaux de l'intérieur, la mortalité s'élève un peu au-dessus de la moyenne. La variole règne dans le comté de Glocester; à Bristol, Gloucester et Strand on a négligé la vaccine. Les anthrax, les furoncles, les éruptions pustuleuses ont été très-nombreux à Stow-on-the-Wold ainsi qu'à Londres. Cette épidémie, dit l'écrivain du DAILY NEWS, auquel nous empruntons une partie de ce résumé, qui s'est montrée dans un très-grand nombre de localités, n'a point encore attiré suffisamment l'attention des médecins. Dans le comté de Stafford, il a régné des scarlatines très-graves.

Dans le comté de Lincoln, les morts ont été au-dessous de la moyenne; elles l'ont dépassée dans le Nottinghamshire et le Derbyshire. A Leake, au voisinage de Leicester, il y a eu plusieurs morts par suite de scarlatine et de variole; cette dernière affection surtout a fait des ravages dans une commune. Le registrar remarque que *l'ignorance* et *l'entêtement stupide* d'une certaine classe de la population sont tels que ni les prières ni les menaces ne peuvent les amener à laisser vacciner leurs enfants.

Le Cheshire et le Lancashire ont présenté un état de salubrité très-satisfaisant : sur une population de 411515 habitants à Liverpool et dans l'ouest-Derby on a compté 2759 morts; on en a compté 2365 à Manchester et à Salford sur 315956 habitants; ce qui fait pour ces districts une mortalité inférieure à la moyenne. On n'y a point observé d'affections épidémiques, et l'un des registrars fait observer que les ouvriers sont tous employés et qu'il y a une tendance à l'augmentation des salaires.

Dans le comté d'York, on a enregistré 11442 morts. La mortalité dépassait la moyenne d'une manière très-notable à Skipton, Heighley, Huddersfield, Halifax, Bradford, Sheffield, Rotherham, Doncaster, Thorn et Dredfield. A Leeds et à Hull, deux localités jadis réputées très-insalubres, les décès sont restés au-dessous de la moyenne. — On a noté 1 cas de mort de choléra dans l'un des workhouse de Bradford. — La grippe a régné à Leyburn, la scarlatine à Reeth.

Dans les comtés du nord, il y a eu 5621 morts. Les fièvres intermittentes, le typhus, la coqueluche ont régné dans plusieurs des districts houilliers de Durham; il y a eu 23 morts de rougeole à Yarm, près de Stockton.

Dans le pays de Galles, les morts, au nombre de 7288, dépassent le chiffre moyen. La coqueluche a régné à Newport, Swansea et Haverfordwest; la petite vérole et la bronchite à Cardiff et à Caermarthen; la petite vérole, la scarlatine et le typhus continuaient à sévir le 30 juin sur le district de Wrexham.

Pour terminer cette revue, il est nécessaire de s'arrêter un moment sur le chiffre des naissances et sur l'accroissement de la population. L'évaluation des naissances présente moins de fluctuation que celle des mariages et

---

ici, la réforme scientifique et professionnelle! On y fait de beaux discours, on s'y passionne; que dis-je, on s'y dit des injures pour les différents ordres de médecins, pour les conseils de discipline, pour la répression du charlatanisme. En Angleterre, par exemple, où le besoin d'une refonte des institutions est au moins légitimé par la vétusté et l'incohérence de ce qui existe, la confusion est à son comble. Les meetings, les plaintes, le pétitionnement s'y sont produits sur une assez vaste échelle, pour monter en droite ligne jusqu'aux premiers corps de l'État. Qu'est-ce de tout ce bruit, dit le lord *Home secretary* en mettant le nez à la fenêtre du parlement? C'est le corps médical tout entier, lui répond-on, qui demande à remplacer l'ancienne charte de Henri VIII par une charte plus jeune et plus à son gré. Mais où est la nouvelle venue? demande lord Palmerston; qu'on me la présente, je lui ferai bon accueil. Le corps médical de Londres n'avait oublié qu'une chose, c'était de savoir ce qu'il voulait. Ils avaient bien songé à répudier l'ancienne charte, mais ils n'avaient pu tomber d'accord sur une nouvelle. Malgré la meilleure volonté du monde et sa courtoisie si parfaite, le lord ministre n'a pu qu'engager nos confrères d'Outre-Manche à s'entendre sur ce qu'ils demandent. On ne dit pas qu'ils soient près d'y parvenir. Et en effet, pourquoi l'œuvre de la réorganisation médicale aurait-elle le privilége d'apparaître nette et brillante sous la brume d'Albion, alors que sous le clair soleil de France elle est restée si obscure et avec des formes si indécises. Nos bons amis de la Belgique, esprits plus posés et en général moins difficiles, paraissent plus satisfaits pour le moment : ou leur a promis des conseils de discipline et l'interdiction de la distribution des medicaments par les personnes étrangères à la médecine. Ils sont aux anges. On ne saurait trop louer leur modération. Quant à nous, notre zèle est à l'état hibernant. Cependant, quel moment plus propice pour agir? D'un signe de tête, on fait passer, comme une flèche électrique, une pensée de réorganisation à travers le vieux Paris; il ne serait guère plus difficile de niveler et de reconstruire à neuf notre édifice. Et cela sans commission, sans discussion, et sans congrès! Mais d'après quel plan? *That is the question*. En attendant, les dentistes forains ont été interdits : c'est toujours quelque chose.

— Nos confrères de Belgique viennent de donner deux nouvelles preuves de cet esprit sensé dont nous les louions tout à l'heure. Ils avaient à renouveler le bureau de leur Académie : pour la dixième fois, ils ont réélu leur président, avec une obstination désespérante. Ce n'est peut-être pas d'une orthodoxie républicaine exemplaire, mais c'est au moins d'un grand bon sens et d'une grande justice. Les Belges, comme on sait de longue date, aiment à conserver ce qui est bon. Cela ne leur réussit pas mal. Cependant la réélection de M. Vleminckx ne s'est pas faite sans opposition. Les petites passions se sont mises en jeu. On l'a attaqué tout bas, on l'a injurié tout haut. En Belgique, comme à Athènes, il y a des gens qui se fatiguent aisément d'entendre toujours parler d'Aristide le Juste. C'est une infirmité de tous les temps et de tous les pays. Le président de l'Académie de Belgique, quoi qu'il emploie de modération et de sagesse, ne saurait la prévenir. — Le second acte de bon sens dont nous louons sincèrement nos confrères belges, c'est d'avoir fait élever un des leurs à la plus haute dignité du royaume. Grâce à cette entente cordiale, M. le baron Seutin a été élu sénateur. Sénateur et baron, n'y a-t-il pas de quoi faire tourner la tête à qui serait disposé au vertige? Heureusement que M. Seutin n'en tiendra pas

des morts ; dans les trois trimestres de 1851-52-53, les naissances ont été de 159138, 159136, 158718, chiffres à peu près semblables, comme on le voit, mais qui excèdent considérablement la moyenne des années précédentes. En moyenne, sur dix années, le trimestre du printemps donne 3228 naissances sur 100 habitants ; en 1853 cette proportion a été de 3,507. Ce trimestre ayant donné 153718 naissances et 107861 morts, le surplus des naissances sur les morts, 50857, exprimerait l'accroissement de la population, s'il n'y avait point à tenir compte du mouvement si considérable de l'émigration. En effet, il y a eu tant en Angleterre, qu'en Ecosse et en Irlande, 115993 émigrants, à savoir : près de 8000 de Glascow et de Greenock, 16000 de l'Irlande, 7400 de Liverpool, 2000 de Plymouth, près de 4000 de Southampton, 10000 de Londres, et ce grand courant de la population s'est ainsi divisé : 78000 pour les États-Unis, 20000 pour les colonies anglaises de l'Amérique du Nord, et 17000 à peu près pour les colonies d'Australie.

A ces renseignements nous ajouterons que pendant le trimestre passé le prix des denrées alimentaires a été beaucoup plus élevé que dans les mois correspondants de 1852; cette augmentation était de 10 p. 100 pour le blé, de 22 p. 100 pour le bœuf, de 31 p. 100 pour le mouton, de 31 p. 100 pour les pommes de terre.

Nous ne voulons tirer aucune conséquence de ces faits, nous ferons remarquer seulement que les rapports trimestriels de registrar général donnent un compte rendu exact de l'état de la santé publique. Ils substituent aux données incomplètes et vagues dont l'administration, et par suite la science se contentent dans les autres pays de l'Europe, un résumé compréhensif des fluctuations de la mortalité, des naissances, des mariages. Nous espérons que des résultats analogues ressortiront tôt ou tard de la création d'une statistique générale de la France. Tout en mesurant les difficultés de l'application de la statistique à l'épidémiologie et à l'hygiène publique, nous appelons de tous nos vœux la réalisation complète de la pensée qui a ordonné la création d'une statistique générale de la France. Si l'industrie, si l'agriculture, si le commerce, si l'administration, si la science reconnaissent l'utilité de ces statistiques, nous n'hésiterons pas de notre côté à soutenir et à démontrer que les progrès de l'hygiène publique et de l'épidémiologie sont nécessairement liés aux statistiques des mariages, des naissances, des maladies, de la mortalité, rapprochées de celles qui montrent le prix des aliments et leur qualité, le montant des salaires, les conditions de salubrité ou d'insalubrité des logements, et de toutes les données enfin sur les éléments multiples qui sont susceptibles de modifier l'état hygiénique d'une population isolée ou de tout un peuple.

THOLOZAN.

ANATOMIE.

RECHERCHES SUR LES GLANDES DES PAUPIÈRES (mémoire lu à la Société de biologie) ; par M. le docteur SAPPEY, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Les glandes annexées aux paupières sont extrêmement multipliées; je les diviserai en trois ordres :

En celles qui versent le produit de leurs sécrétions sur la conjonctive;

En celles qui déposent ce produit sur la peau ;

Et en celles qui le répandent sur le pourtour de l'ouverture palpébrale, c'est-à-dire sur les limites respectives de la peau et de la conjonctive.

A. — GLANDES PALPÉBRALES DÉPENDANTES DE LA CONJONCTIVE.

Ces glandes sont destinées, d'une part à la sécrétion des larmes, de l'autre à la sécrétion du mucus conjonctival.

1° GLANDE LACRYMALE.

La glande lacrymale se compose de deux portions : d'une portion plus considérable représentant un segment d'ovoïde transversalement dirigé, et d'une portion accessoire aplatie, irrégulièrement quadrilatère, placée au devant de la précédente. La première, située tout entière dans l'orbite, répond à la fossette qu'on observe vers la partie antérieure supérieure et externe de cette cavité ; la seconde, située aussi dans l'orbite, s'avance par son bord antérieur dans l'épaisseur de la paupière supérieure : de là les noms de *portion orbitaire* et de *portion palpébrale* qui leur ont été imposés. La situation, la forme, les rapports, la structure de chacune de ces portions sont aujourd'hui bien connus. Mais les anatomistes sont loin d'être d'accord sur les canaux excréteurs qui en partent. Santorini, Morgagni, Zinn, Haller et tous les observateurs qui les ont précédés, n'avaient pu réussir à les injecter. Monro le fils, en 1758, parvint à en injecter deux au mercure. Plus tard, Hunter, Scarpa, Rosen-Muller, Chaussier et M. Ribes sont arrivés à un résultat analogue. En parcourant les recherches de ces divers auteurs, on ne tarde pas à reconnaître qu'elles manquent de précision et qu'elles ne pouvaient être acceptées comme concluantes. Néanmoins comme Sténon, en 1661, avait découvert et représenté les conduits excréteurs de la glande lacrymale du veau, et que ces conduits, au nombre de huit à dix, avaient été aperçus ensuite par la plupart des anatomistes qui les ont recherchés, on n'hésita pas à conclure que si on en injectait chez l'homme un moins grand nombre, cette différence reconnaissait pour cause la difficulté attachée à une semblable injection. Raisonner ainsi, c'était ajourner la solution du problème et non le résoudre. Nous avons vu, en effet, que la glande lacrymale se compose de deux portions; quels sont les conduits excréteurs qui viennent de la portion orbitaire ? Quels sont ceux qui émanent de la portion palpébrale? Combien en compte-t-on en réalité pour l'une et pour l'autre ? Comment ces conduits se comportent-ils dans leur trajet ? Ces questions avaient été à peine entrevues, lorsque M. Gosselin, en 1843, tenta le premier de les aborder. De ses observations, cet anatomiste distingué conclut que le nombre des conduits qui viennent s'ouvrir à la surface de la conjonctive est de huit à dix, que sur ce nombre deux seulement émanent de la portion orbitaire, et que tous les autres tirent leur origine de la portion palpébrale.

Tel était l'état de la science sur ce point lorsque j'entrepris, en 1851, une série de recherches que je continuai en 1852 et 1853. Ces recherches m'ont conduit à reconnaître que le nombre des canaux excréteurs qui partent de la portion orbitaire n'est jamais au-dessous de trois ni au-dessus de cinq. Ces conduits naissent dans l'épaisseur de la glande, de chacun de ses grains glanduleux, par autant de ramifications d'une extrême ténuité; celles-ci convergent, s'unissent et forment des troncules, puis des troncs qui se dirigent vers la face concave de la glande, et de cette face vers son

---

moins le bistouri d'une main sûre, qu'il n'en restera pas moins le plus excellent confrère, comme il sera le plus digne représentant de la profession. Le concours unanime que lui a prêté dans cette circonstance le corps médical belge ne fait pas moins honneur à l'un qu'à l'autre. Le double triomphe de MM. Vleminckx et Seutin dans un ordre différent est un des faits les plus remarquables de notre époque. Ces deux célèbres confrères sont, à des titres divers, la personnification la plus élevée de la médecine en Belgique. Il est à souhaiter qu'en d'autres pays on prenne la médecine belge pour modèle ! Qu'on fasse honorer les choses en faisant honorer les hommes. On obtiendrait plus par cette voie que par toute autre. Déjà M. Riberi, élu naguère membre honoraire de l'Académie, est aussi baron et sénateur. En Angleterre, plusieurs confrères ont été créés baronnets. Tout récemment encore, notre aimable confrère le docteur Olliffe a reçu de la reine des lettres de noblesse. Quelque puritaine que soit la CHRONIQUE à l'endroit de ces distinctions, elle ne saurait les décliner en tant qu'elles marquent un progrès de la profession dans l'estime de la société. Les dignités sont un véhicule des idées. Il ne faut pourtant point se le dissimuler : de tout temps le mérite et les idées ont eu infiniment moins de chance d'arriver aux honneurs que ce qui n'est ni mérite ni idées. Aujourd'hui même, s'il faut en croire certains échos des hauts lieux, l'homœopathie aurait été bien près d'obtenir le patronage du chef de l'État. Pour sa part, la CHRONIQUE n'en croit rien, et elle ne se tient pas pour tenue de croire à ce qu'elle rapporte, quoiqu'elle se fasse un devoir de ne rapporter que ce qui se dit. Or il est très-vrai que l'homœopathie a été présentée en très-haut lieu sous l'égide des plus puissantes et des plus chaudes protections. A la reconnaissance quelque peu vertigineuse d'un célèbre guerrier, qui voulait que tout le genre humain se fît guérir homœopathiquement, il faut en ajouter une beaucoup plus puissante, et d'autant plus dangereuse qu'elle n'avait pas été soupçonnée jusqu'ici. L'indiscrétion de la CHRONIQUE ne peut aller au delà. Elle se borne à dire que l'homœopathie est mieux accréditée que jamais, qu'elle partage avec l'allopathie l'honneur insigne de veiller au salut des plus augustes espérances. Son règne est donc loin d'être fini. Au surplus

« Uno avulso non deficit alter. »

Et en attendant que la fille d'Hahnemann meure de vieillesse ou autrement, voici venir quelques sœurs cadettes, belles-sœurs ou cousines qui ne manquent pas de certains charmes, et qui, au besoin se disputeront la défroque de leur aînée.

Des infiniment petits à des infiniment rien il n'y a qu'un pas : tel est le trait d'union qui rattache à l'homœopathie la thérapeutique que vient d'inaugurer M. le baron Reichenbach, sous le nom d'*odio-magnétisme*. Ce célèbre baron, dont le nom comme chimiste paraît jouir d'une grande célébrité en Allemagne, divise les organisations humaines en deux ordres : les *sensitives* et les *non sensitives*. De ces deux tempéraments opposés, il forme ce qu'il appelle une *batterie odylique*, qui lui sert à produire les plus merveilleux résultats. Quand il a joint les chaînons de la chaîne odylique, il présente à la sensitive un verre d'eau à travers une lanterne bleue, et aussitôt la sensitive d'éprouver un bien-être indéfinissable. Si, au contraire, on lui présente ce même verre d'eau à travers une lanterne jaune, la sensitive éprouve des nausées, et les vomissements ne tardent

bord antérieur. Parvenus au niveau de ce bord, les trois, quatre ou cinq conduits excréteurs de la portion orbitaire s'engagent dans l'épaisseur de la portion palpébrale, marchent, d'arrière en avant, dans une direction parallèle, et viennent s'ouvrir non à 1 ou 2 millim. au-dessus du cartilage tarse de la paupière supérieure, ainsi que l'ont admis plusieurs anatomistes, mais à 6 ou 8 millim. au-dessus de ce cartilage, dans l'angle de réflexion de la conjonctive.

Le plus inférieur de ces orifices se distingue entre tous les autres par la constance de son existence et de son siége : il est situé au niveau du diamètre transversal du globe de l'œil, immédiatement en arrière de la commissure externe des paupières ; et comme la conjonctive est tendue et adhérente dans ce point, on peut en général, bien que cet orifice ne soit pas visible, y introduire très-facilement la pointe d'un tube à injection lymphatique. Les embouchures des autres conduits sont placées à 3 millim. les uns des autres, sur une ligne courbe à concavité inférieure. Tous ces conduits sont rectilignes, sans communication entre eux, et de l'épaisseur d'un demi-millimètre lorsqu'ils sont injectés au mercure.

Tels sont les canaux excréteurs qui émanent de la portion orbitaire de la glande lacrymale. Étudions maintenant ceux qui proviennent de la portion palpébrale. Cette seconde portion de la glande est constituée par un nombre variable de lobes ; quelquefois elle se compose de quinze ou vingt lobes seulement ; chez certains sujets ceux-ci sont beaucoup plus multipliés ; on en compte alors jusqu'à trente, trente-cinq et même quarante. De chacun d'eux on voit naître un canalicule excréteur ; mais ceux-ci ne viennent pas s'ouvrir directement et isolément sur la conjonctive ; les canalicules qui proviennent des lobules situés sur le trajet des canaux excréteurs de la portion orbitaire vont se jeter dans ces canaux, sur lesquels ils sont disposés à peu près comme les barbes d'une plume sur leur tige commune. Lorsque les lobules qui forment la portion palpébrale de la glande sont très-multipliés, il en est quelques-uns qui se trouvent placés en dehors du trajet parcouru par les conduits venus de la portion orbitaire : tels sont ceux qui répondent aux bords supérieur et inférieur de cette portion. Les petits conduits qui en émanent se comportent alors de la manière suivante : les plus reculés se réunissent et forment un troncule qui se dirige vers la conjonctive en affectant une direction parallèle aux conduits émanés de la portion orbitaire ; dans ce troncule, on voit se rendre tous les canalicules des lobules voisins, de telle sorte que celui-ci grossit peu à peu chemin faisant, et finit par prendre un calibre qui ne diffère pas sensiblement de celui des canaux principaux. Vers le bord supérieur de la portion palpébrale, on remarque en général deux de ces conduits accessoires. Vers son bord inférieur, on n'en voit qu'un seulement ; mais l'existence de ce dernier est beaucoup moins fréquente.

L'embouchure des conduits excréteurs de la glande lacrymale est très-manifeste sur le veau. Ces conduits sont très-apparents aussi et également faciles à injecter chez le mouton en en compte deux seulement, ainsi que l'a très-bien constaté M. Gosselin. Mais lorsqu'on procède à leur recherche chez l'homme, les orifices par lesquels ils s'ouvrent à la surface de la conjonctive se dérobent d'abord à l'examen le plus attentif ; aussi a-t-on conseillé divers moyens pour les découvrir. Winslow recommande de pratiquer sur la région qu'ils occupent une insufflation avec un tube de petit calibre, afin sans doute de les dilater ; plusieurs auteurs conseillent l'usage d'une soie de sanglier ; d'autres, et M. Cruveilhier est de ce nombre, prescrivent de plonger pendant quelques jours tout l'appareil de la vision dans une eau teinte d'encre ou de carmin. Mais parmi ces moyens il n'en est aucun qui ait une valeur réelle. Après les avoir tour à tour essayés sans succès, j'imaginai de piquer le parenchyme de la glande avec la pointe

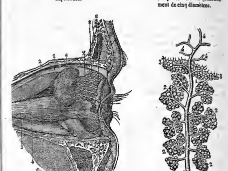


FIG. 1. Glande lacrymale vue par sa face supérieure.

FIG. 2. Conduit excréteur de la glande lacrymale vu à un grossissement de cinq diamètres.

EXPLICATION DES PLANCHES.

FIG. 1.

Glande lacrymale vue par sa face supérieure.

1, muscle élévateur de la paupière supérieure. — 2, muscle élévateur de la pupille. — 3, muscle abducteur de la pupille. — 4, muscle abaisseur de la pupille. — 5, muscle petit oblique ou petit rotateur de la pupille. — 6, portion orbitaire de la glande lacrymale. — 7. portion palbébrale de cette glande traversée par quatre conduits émanés de la portion orbitaire, et envoyant dans ces conduits les canalicules de la plupart de ses lobules. — 8, 8, conduits accessoires provenant exclusivement des lobules qui forment le bord supérieur de la portion palpébrale. — 9, un autre conduit accessoire naissant de trois lobules situés à la partie inférieure de cette même portion.

FIG. 2.

L'un des conduits excréteurs de la glande lacrymale vu à un grossissement de cinq diamètres.

1, 1, tronc de ce conduit. — 2, 2, 2, 2, lobules de la portion palbébrale de chacun desquels part un petit conduit qui vient ensuite s'aboucher dans le conduit principal. — 3, 3, une partie du bord antérieur de la portion orbitaire de la glande. — 4, 4, 4, divers troncules qui, nés dans l'épaisseur de cette portion, se réunissent successivement pour donner naissance au conduit principal.

---

pas à se déclarer. Cherchez, dit l'auteur, dans tout ceci une cause qui détermine le vomissement à la façon des causes connues ! Le phénomène est donc le résultat de la force odylique ; nous sommes loin de vouloir le contester. La CHRONIQUE attendra, pour mieux édifier ses lecteurs, qu'elle en sache davantage sur ce point.

La nouvelle forme de magnétisme imaginée par le docteur Braid, sous le nom de *sommeil hypnotique*, n'est pas sans analogie avec l'*odio-magnétisme*. Jusqu'ici on avait considéré l'état magnétique comme le résultat d'une influence transmise du magnétiseur au magnétisé. Le docteur Braid, partant d'une idée opposée, regarde cet état (magnétique) comme subjectif et personnel, c'est-à-dire se réalisant chez l'individu magnétisé en vertu de certaines conditions données indépendantes de toute influence de magnétiseur. Par exemple, il rapporte qu'ayant dirigé le regard de quatorze adultes du sexe masculin sur un objet inanimé parfaitement insignifiant, comme la base d'un chandelier, dix d'entre eux, ainsi que trois autres assistants, sont tombés plus ou moins dans l'état hypno-magnétique. Le docteur Braid ne dit pas combien de temps au juste il assujettit ses patients à regarder constamment le même objet ; car il y aurait une manière moins mystérieuse et beaucoup plus vulgaire d'expliquer le sommeil des gens qu'on soumet à un aussi amusant exercice : à moins que nos confrères d'Allemagne ne finissent par découvrir que l'ennui est une des formes du magnétisme : cela n'est pas impossible.

La *symbolique humaine* du docteur Carus, pour être d'un ordre plus élevé, n'est pas indigne de clore l'intéressant bulletin de ces nouvelles conquêtes de l'imaginative germanique. Pour l'illustre anatomiste de Dresde, il est de la plus haute utilité de reconnaître à première vue à qui on a affaire dans le commerce des hommes, à un honnête homme, à un coquin, à un imbécile ou à un homme d'esprit. Ce sont là des vérités qui, à ce qu'il paraît, n'avaient pas cours en Allemagne. Pénétré de leur utilité, le célèbre docteur Carus a résolu de leur donner un nouveau crédit en les affublant d'un système qui procède à la fois de Gall, de Lavater et de Meckel. Sa symbolique humaine, c'est la trilogie de la cranioscopie, de la physiognomonie et du transcendantalisme anatomique. Les hommes sentent, comprennent et veulent, et ils ont ces trois facultés en raison de trois ordres d'organes différents correspondant aux trois vertèbres crâniennes : frontale, pariétale et occipitale. De là trois classes d'hommes, de tempéraments, trois formes sous lesquelles l'humanité intellectuelle et morale se manifeste. Telle est la symbolique du docteur Carus. Ajoutons que cette symbolique du dedans se complète au dehors par une série de nuances, de degrés qui tous se trahissent par autant de manifestations externes auxquelles on reconnaît aisément qu'un homme est ce qu'il est. Cette découverte une fois bien comprise rendra des services inappréciables, entre autres celui de vous apprendre à vous défier des fous et des gens ennuyeux. On avait déjà pour cela quelque chose de moins sûr, il est vrai, que la symbolique du docteur Carus.

La CHRONIQUE a de grandes excuses à faire aujourd'hui à ses lecteurs. Ses excursions à l'étranger l'ont rendue insipide et hypnotique comme les choses dont sa conscience lui faisait un devoir de parler. A l'ordinaire prochain, elle s'efforcera de ne pas sortir de France, pays des choses amusantes et des gens d'esprit.

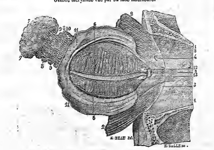
d'un tube à injection lymphatique. J'ai réussi ainsi quelquefois à injecter une partie de cette glande, et alors j'ai vu le mercure passer aussitôt des lobules glanduleux dans les canaux qui en dépendent et pleuvoir ensuite à la surface de la conjonctive à la manière des larmes. Ce procédé plus simple, plus sûr, plus expéditif que tous ceux qui précèdent, et préférable par conséquent, offre cependant deux grands inconvénients : 1° il échoue souvent, et cet insuccès est facile à comprendre, puisqu'il faut, pour obtenir le résultat désiré, que la pointe du tube pénètre dans la cavité sécrétoire du grain glanduleux qui a été piqué ; 2° lorsqu'il réussit, les résultats obtenus sont toujours partiels.

Peu satisfait de ce procédé, je tentai d'introduire directement la pointe du tube à injection dans l'embouchure même des conduits excréteurs de la glande. Ayant à préparer ces conduits pour un concours d'aide d'anatomie auquel je me présentai il y a une douzaine d'années, j'avais déjà cherché à faire usage de cette méthode; presque chaque jour, pendant deux mois, je répétai ces essais, mais ils restèrent infructueux. Plus tard je les renouvelai; même insuccès. J'étais donc peu encouragé à rentrer dans une voie où chaque pas avait été pour moi une déception. J'y revins cependant, et cette troisième tentative fut heureuse. Elle fut entreprise, il est vrai, dans des conditions un peu différentes. Ayant jusque-là donné la préférence aux adultes et ayant constamment échoué, je voulus savoir si les glandes lacrymales d'enfant se laisseraient plus facilement injecter. Je reconnus bientôt, en effet, que les glandes lacrymales d'enfants de 7 à 8 ans sont infiniment préférables à celles d'adultes pour ce genre de recherches. Je découvris d'abord l'embouchure du conduit qui vient s'ouvrir au niveau de la commissure externe des paupières, embouchure dont le siége est constant, ainsi que je l'ai dit, et qu'on retrouve facilement une fois qu'on l'a bien observée. Reportant la pointe de mon tube à 2 millimètres en dessus et en dedans de ce premier orifice, j'en trouvai un second, puis 2 millim. au-dessus de ce dernier un troisième.

Ces trois conduits se rendaient à la portion orbitaire, ou plutôt ils en provenaient, et recevaient dans leur trajet tous les canalicules des lobules adjacents de la portion palpébrale. Longtemps ces trois conduits furent les seuls qui se présentèrent à mon observation, et pendant dix-huit mois je crus qu'il n'en existait pas d'autres. Plus tard cependant je constatai que le mercure introduit par ces trois canaux n'arrivait pas à toutes les parties de la glande ; les parties les plus élevées du corps glanduleux n'étaient jamais injectées ; la dissection des conduits occupés par le mercure vint en outre m'apprendre que ces canaux ne se distribuaient pas en général à la partie supérieure soit de la portion palpébrale, soit de la portion orbitaire. Dès lors il me fut démontré que je n'avais pas observé encore tous les conduits excréteurs de la glande lacrymale, et je continuai mes recherches pendant plusieurs mois sur tous les sujets mis à ma disposition. Cette étude persévérante eut pour résultat la découverte des conduits qui m'avaient jusque-là échappé. A partir de ce moment je réussis à injecter la totalité de l'organe sécréteur des larmes, et il me fut donné de constater soit par l'injection, soit par la dissection minutieuse de tous les conduits injectés, que le nombre de ceux-ci varie de cinq à huit, et qu'ils offrent la disposition précédemment mentionnée.

FIG. 3.

Glande lacrymale vue par sa face inférieure.



EXPLICATION DE LA PLANCHE.

FIG. 3.

Glande lacrymale vue par sa face inférieure.

1, 1, paroi interne de l'orbite. — 2, 2, partie interne du muscle orbiculaire. — 3, 3, insertion de ce muscle à la partie interne de la circonférence de l'orbite. — 4, petit anneau fibreux à travers lequel passent le tronc des artères palpébrales et le rameau externe du nerf nasal. — 5, muscle de Horner. — 6, 6, glandes de Meibomius. — 7, 7, portion orbitaire de la glande lacrymale. — 8, 8, portion palpébrale de cette glande. — 9, 9, conduits principaux de la glande lacrymale, émanant de la portion orbitaire, et recevant dans leur trajet la plupart des canalicules partis de la portion palpébrale. — 10, deux conduits accessoires provenant des lobules les plus élevés de cette dernière portion. — 11, 11, embouchure de ces sept conduits.

Lorsqu'on se propose d'injecter non-seulement les conduits excréteurs de la glande lacrymale, mais aussi les grains glanduleux qui composent celle-ci, il faut faire usage d'une colonne de mercure de 20 à 30 centim. de hauteur. Si la glande est celle d'un adulte, cette colonne pourra être élevée à 40 et même 50 centim. Il n'est pas nécessaire que la pointe du tube soit extrêmement fine ; mais il importe qu'elle soit courte et conique, afin que la pression excentrique du tube s'oppose au reflux du mercure. Dès que le mercure s'élance dans le canal excréteur, on voit celui-ci et tous les lobules qui en dépendent s'injecter presque instantanément. Chez un enfant, j'ai pu en quelques minutes injecter successivement tous les conduits excréteurs et la totalité de la glande. Aujourd'hui cette injection est devenue pour moi une opération presque facile.

Mais ce n'est pas assez d'injecter les canaux excréteurs de la glande lacrymale, il faut encore maintenir dans ces canaux le mercure qui les distend ; or c'est là véritablement que commence la difficulté. Si l'on désire conserver seulement l'un de ces conduits et tous ses affluents dans l'état de plénitude, on pourra après l'avoir injecté retirer la pointe du tube ; le métal refluera alors en grande partie ; cependant il en restera assez dans le canal excréteur pour accuser sa présence et pour permettre de l'isoler, puis de passer autour une ligature d'attente, qu'un aide serrera ensuite après une nouvelle injection. Se propose-t-on, au contraire, de maintenir remplis tous les conduits de la glande, la ligature doit être proscrite; car elle ne saurait être pratiquée sur l'un de ces conduits sans compromettre l'intégrité des conduits voisins. Dans ce cas, je ne connais qu'une seule manière de procéder : c'est d'étaler la glande lacrymale et la paupière supérieure sur une plaque de liége, et de piquer sur cette plaque à l'aide d'une épingle chaque canal excréteur injecté avant de retirer la pointe du tube. C'est par ce moyen que j'ai obtenu les préparations d'ensemble que j'ai fait dessiner ; en laissant sécher ces préparations, et en les examinant ensuite avec une bonne loupe, on voit sur la portion palpébrale de la glande les canalicules qui partent de chaque lobule se diviser et se subdiviser dans l'épaisseur de ceux-ci, puis se terminer à leur extrémité par une ampoule régulièrement arrondie.

En résumé, des recherches que j'ai faites sur les conduits excréteurs de la glande lacrymale, il résulte :

1° Que ces conduits peuvent être distingués en conduits principaux et en conduits accessoires ;

2° Que les conduits principaux, au nombre de trois à cinq, émanent de la portion orbitaire et reçoivent, chemin faisant, tous les canalicules partis des lobules adjacents de la portion palpébrale;

3° Que les conduits accessoires, au nombre de deux à trois, viennent exclusivement des lobules qui occupent les bords supérieur et inférieur de la portion palpébrale, et qu'ils marchent parallèlement aux conduits principaux dont ils ne diffèrent pas sensiblement par leur diamètre.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'EMPLOI DU DATURA STRAMONIUM DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE; par M. le docteur MICHÉA.

(Suite. — Voir les numéros 4, 8, 10, 12 31 et 32.)

CATÉGORIE DES MALADES CHEZ LESQUELS LE DATURA N'A PRODUIT QU'UNE GUÉRISON PASSAGÈRE OU UNE SIMPLE AMÉLIORATION.

OBS. XXXIV. — Madame P... a 28 ans, une constitution moyenne et un tempérament nervoso-sanguin. Fille d'une mère disposée à l'hypocondrie et de plus très-vive et très-colère, elle fut réglée à l'âge de 10 ans. Elle n'a eu dans son enfance ni convulsions ni maux de nerfs. L'époque de la puberté n'a été accompagnée ni suivie d'aucun symptôme hystérique.

Mariée à 23 ans, elle n'a point encore eu d'enfants. Unie à un époux qu'elle aime tendrement, elle serait fort heureuse dans son ménage sans la présence de

sa mère, avec laquelle elle vit en très-mauvaise intelligence. Au mois de février 1851, celle-ci s'est livrée sur elle à des voies de fait; elle l'a frappée à la tête, et le coup a été si violent qu'il a brisé le peigne qui retenait ses cheveux. Cependant madame P... n'a pas perdu connaissance. Cette scène scandaleuse l'a affligée profondement.

Le 3 juin, madame P... reçoit en passant dans une rue un coup de coude au sein droit. Le lendemain elle éprouve une légère douleur.

Quinze jours après elle ne souffrait plus; il n'y avait à cette partie ni rougeur ni tumeur. Mais des voisines, auxquelles la dame P... avait fait part de son accident, lui parlent du danger de ces sortes de coups, et dès lors elle s'imagine qu'elle doit avoir un cancer.

La crainte d'être prochainement en proie à cette maladie devient chez elle une idée fixe, qui lui enlève le sommeil, l'appétit, le goût du travail, et qui la rend insupportable à sa famille.

Durant les mois de juillet et d'août, la nosomanie fait des progrès. Le malade, qui ne dort et ne mange presque pas depuis trois mois, a des pesanteurs à l'épigastre, des vomissements, des défaillances, des palpitations de cœur, des bourdonnements d'oreilles; elle se plaint d'éprouver un sentiment de constriction à la gorge et de vibration dans différentes parties du corps, notamment à l'épigastre.

Jusqu'alors aucun médecin n'avait été appelé auprès de madame P... Il en vint un à la fin de septembre, qui prescrivit des bains tièdes pour tout traitement.

A la suite d'un de ces bains, pris à une température très-élevée, l'état mental éprouva une métamorphose complète : la crainte extrême de mourir fut remplacée presque tout à coup par le désir du suicide. Cependant aucune tentative pour se détruire ne fut opérée par la malade.

Consulté plus tard, le docteur Lejeune (de Laon) nous adressa cette dame, qui entra en maison de santé le 15 octobre.

Actuellement madame P... ne dort presque pas; elle n'a pas eu ses règles le mois dernier, ce qui lui fait soupçonner qu'elle pourrait bien être enceinte. Elle se plaint de sensations constrictives à la gorge; elle a un bon appétit, mais elle digère avec lenteur; elle éprouve des mouvements vibratoires dans presque toutes les parties du corps, notamment à l'épigastre; elle a souvent des palpitations de cœur et des bourdonnements d'oreille; elle a aussi parfois des bluettes.

Absence de fièvre, teint frais, embonpoint, aucune lésion matérielle dans les principaux organes, langue légèrement saburrale, garde-robe normale, absence de bruit de souffle dans les carotides.

Les symptômes névropathiques accusés par la malade la préoccupent sans cesse et absorbent presque toute son attention. La peur de mourir est extrême. Cette dame est très-prolixe dans le récit qu'elle me fait de son affection; c'est en sanglotant qu'elle me fait ce récit; elle insiste sur les circonstances les plus insignifiantes; elle me questionne principalement sur le pronostic de sa maladie; elle met en doute l'assurance que je lui donne d'une guérison plus ou moins prochaine : c'est, me dit-elle, quand je me suis cru définitivement incurable que les idées de suicide ont traversé mon esprit.

Du 17 au 24, l'extrait de datura stramonium est administré en commençant par 2 centigrammes et demi, et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

25. La malade, qui en a ingéré hier 2 décigrammes, est prise de vomissements. Elle se plaint de sécheresse au gosier et d'obscurcissement dans la vue. Les pupilles sont notablement dilatées. Amélioration assez appréciable dans l'état physique et moral : la malade n'a plus autant de sensations constrictives à la gorge; elle a moins de palpitations et de mouvements vibratoires; elle parle beaucoup moins de ses souffrances; elle n'en fait plus des récits aussi prolixes et des peintures aussi exagérées. Cessation de l'usage du datura.

30. L'amélioration se soutient, mais sans faire de progrès.

Du 8 au 13 novembre, reprise de l'emploi du datura, en commençant par 2 centigrammes et demi, et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

14. Hier, après l'ingestion de 15 centigrammes du médicament, la malade a vomi; obscurcissement de la vue; dilatation des pupilles; sommeil agité. La nosomanie est de moins en moins intense. Suspension du datura.

Du 18 au 22, le médicament est administré de nouveau à la dose de 5 centigrammes par jour.

23. Madame P... ne souffre plus de l'estomac; elle n'a plus de sensations constrictives à la gorge, ni de sensations vibratoires; elle a de l'appétit, digère avec facilité et dort assez bien. Au moral elle est toujours triste, préoccupée de l'état de sa santé, toujours tourmentée par l'idée qu'elle ne doit pas guérir de son affection; mais ses craintes la dominent beaucoup moins que naguère; elle les oublie parfois pendant des demi-journées, ou elle les dissimule. Enfin, elle s'occupe de travaux d'aiguille, genre de besogne auquel elle avait renoncé depuis le commencement de sa maladie. Cessation de l'emploi du médicament.

28. La malade sort de l'établissement dans un état sensible d'amélioration pour rentrer au sein de sa famille.

Dans ce cas, des phénomènes d'intoxication, vomissements, sécheresse du gosier, se déclarent quand la malade arrive à ingérer 2 décigr. de datura par jour, et il survient en même temps un amendement notable dans tous les symptômes de la maladie. L'amélioration se soutient et tend même à se prononcer davantage de jour en jour. Il est fâcheux que le sujet ait été soustrait si tôt à l'influence du datura; peut-être sans cela aurions-nous obtenu une guérison complète.

Obs. XXXV. — M. R...., employé dans un ministère, a 52 ans, une constitution moyenne et un tempérament lymphatico-sanguin. Une de ses tantes du côté maternel a eu des accès de folie à plusieurs reprises; lui-même, en 1848, à la suite de la révolution, en a eu un qui a duré quatre mois environ.

En 1850, des querelles domestiques et la perte d'une certaine somme d'argent lui causèrent un profond chagrin. Dès ce moment il devint sombre, inquiet, distrait. Bientôt il se plaint d'être en butte à des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût; il voit passer devant ses yeux des animaux féroces et des oiseaux fantastiques; il entend murmurer des paroles à ses oreilles, et il reconnaît la voix d'une de ses sœurs qui n'habite point Paris. Il perçoit des odeurs fétides et des saveurs styptiques. Ces deux derniers genres d'hallucination lui font croire qu'on l'a empoisonné et qu'on désire se défaire de sa personne. Il sort un soir de son logement, et il s'élance dans la rue en poussant des cris de détresse. On le conduit à la préfecture de police, et de là en maison de santé, le 3 juillet 1851.

Le lendemain le malade est calme; il n'a point d'incohérence dans les idées, mais son intelligence semble obscurcie. Il est dans l'état d'un individu qui sort d'un rêve; il répond convenablement, mais avec indécision et avec un regard étonné, aux questions qu'on lui adresse. Il cherche à s'assurer s'il est bien dans le monde réel. Il fait des efforts pour échapper aux étreintes de la folie; puis, après quelques instants de lutte, il s'avoue vaincu : « Je sens, dit-il, ma tête qui s'égare. »

Il a le souvenir exact, quoique un peu confus, de toutes les fausses sensations et de toutes les idées délirantes auxquelles il s'est trouvé en butte. Il n'a plus d'hallucinations de la vue, de l'ouïe et du goût; mais il a conservé celle de l'odorat. Il se plaint d'une foule d'odeurs qui le poursuivent sans cesse, entre autres de celle d'amadou en combustion, de musc et de créosote. Il prétend que ces odeurs partent de l'intérieur de son estomac; il les perçoit avec tout autant d'intensité quand on lui ferme exactement les narines. Il souffle très-souvent avec sa bouche à gauche et à droite, dans le but de les éloigner. Les conceptions délirantes sont plus intenses : il prétend que sa femme veut l'empoisonner. Il manifeste aussi des craintes à l'égard de son salut. Il se croit poursuivi par la vengeance de Dieu, et destiné à porter le poids des péchés communs à l'humanité.

Céphalalgie frontale; langue couverte d'un enduit blanchâtre; bouche pâteuse; appétit assez bon; soif médiocre; insomnie; peau fraîche; pouls d'une force moyenne, donnant 72 battements par minute. Nuls autres symptômes somatiques.

Du 10 au 17, l'extrait de datura est administré, en commençant par 5 centigr. et en doublant chaque jour cette dose.

18. Le malade, qui en a ingéré hier 35 centigr., se plaint de vertiges et d'une augmentation dans son mal de tête; il éprouve aussi des nausées. Le sommeil a été troublé par des rêves sinistres. Ce matin il a entendu la voix de sa femme; il est en proie à une grande agitation et à un besoin de marcher auquel il ne peut pas résister. (Suppression du médicament.)

22. Les vertiges, l'agitation, les nausées, les hallucinations et tous les autres symptômes du paroxysme produit par le datura ont cessé; mais la lypémanie primitive est toujours la même.

Du 1er au 8 août, 1 gramme 8 décigr. de datura, à doses croissantes, en commençant toujours par 5 centigr. par jour.

9. Le malade, qui en a ingéré hier 4 décigr., éprouve des vertiges, des nausées, des vomissements, et dans les organes génitaux, une excitation engendrant des désirs voluptueux qu'il satisfait à l'aide de la masturbation. Point d'hallucinations; un peu de loquacité. (Suspension du datura.)

11. Les désirs voluptueux, que M. R.... n'éprouvait plus depuis plusieurs années, sont tellement vifs qu'il ne peut se défendre de se livrer à l'onanisme.

16. L'excitation des organes génitaux a disparu complétement, et les habitudes de masturbation ont cessé.

Du 20 au 27, reprise du datura, aux mêmes doses croissantes.

28. Vertiges; nausées; insomnie; agitation; soif, sécheresse du gosier. Retour de l'orgasme vénérien.

1er septembre. Tous les phénomènes qui précèdent n'existent plus.

15. Absence d'hallucinations. Les conceptions délirantes sont moins intenses, mais persistent toujours.

28. Le malade quitte l'établissement, mais sans être complétement guéri.

Nous voyons encore ici le datura produire des symptômes d'intoxication, quand on arrive à le donner à la dose de 40 à 50 centigr. par jour. Ces symptômes consistent en des vertiges, des nausées, de la céphalalgie, de l'agitation, de l'insomnie et des hallucinations de l'ouïe. Les hallucinations audilives sont bien le produit de l'action du médicament; car le sujet qui en avait eu au début de son affection n'était plus actuellement en proie qu'à des hallucinations de l'odorat. Sauf celles-ci, qui finissent bientôt par disparaître totalement, on ne remarque aucun amendement dans l'état des facultés intellectuelles. La lypémanie est aussi intense. Un phénomène physiologique qu'il est essentiel de noter, c'est l'orgasme des organes génitaux, qui se manifeste à deux reprises sous l'influence de la médication.

Obs. XXXVI. — Mademoiselle Rose M...., ex-dame de compagnie, est âgée de 56 ans; elle est d'une constitution faible et d'un tempérament nerveux. Elle a cessé d'être réglée il y a environ neuf ans; elle n'a pas eu d'aliénés dans sa famille. Elle-même a joui jusqu'à présent de toute l'intégrité de son intelligence.

Ayant amassé une légère aisance à force de travail, elle a toujours extrêmement redouté la misère, et s'est imposé beaucoup de privations dans le but de mettre sa vieillesse à l'abri du besoin et de la dépendance. En 1849, effrayée du progrès que semblait faire la cause du socialisme, elle commence par s'imaginer avoir été dépouillée des rentes qu'elle possède sur l'État, et dès lors être réduite à la misère. Rien ne peut la dissuader de cette idée fausse.

Adressée à nous par un honorable confrère de Paris, le docteur Rémond, cette malade entre en maison de santé le 8 novembre de la même année.

A l'idée fixe signalée plus haut, mademoiselle Rose M..., en joint une autre : elle se croit poursuivie par la justice humaine, en raison de divers crimes dont elle s'accuse, notamment du crime de vol, et sans préjudice des châtiments de l'enfer, elle tremble et se lamente à la pensée de son incarcération.

Toutes les personnes inconnues qu'elle aperçoit lui semblent autant d'agents de police chargés d'opérer son arrestation.

Absence d'hallucination et d'illusion des sens; insomnie; point de fièvre; aucune souffrance physique, à l'exception d'une douleur à la région du foie, qu'on détermine par la pression, qui n'est point continue et qui ne s'accompagne d'aucune tuméfaction. Cette douleur à la région hépatique n'est point récente : elle a précédé d'un grand nombre d'années la manifestation du délire.

Du 16 au 21, l'extrait de datura stramonium est administré, en commençant par 5 centigr., et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

22. Des vomissements survenus hier me forcent à suspendre l'usage du médicament. Aucune modification dans l'état des facultés intellectuelles.

2 décembre. Même état mental.

Du 7 au 13, l'extrait de datura est réadministré aux mêmes doses progressives.

14. La malade, qui en a ingéré hier 35 centigrammes, a eu de la céphalalgie et des vomissements. Aujourd'hui elle a beaucoup d'agitation entretenue par de nombreuses hallucinations de la vue et illusions de l'ouïe. Elle voit des animaux, notamment des rats, parcourir en troupe sa chambre et grimper sur son lit.

Le bruit que font ses souliers quand elle marche se transforme en un véritable langage articulé; suivant ses expressions, ses souliers parlent : « Ils l'appellent voleuse, sans cœur, p...., etc. » Dilatation des pupilles, sécheresse du gosier, soif vive. Cessation de l'emploi du médicament.

22. Les hallucinations et les illusions sont moins fréquentes et moins intenses. L'agitation a cessé en grande partie. Les conceptions délirantes sont toujours les mêmes. La dilatation des pupilles, la soif, la sécheresse du gosier, la céphalalgie, les vomissements n'existent plus.

28. Aucun changement notable dans l'état mental.

Du 3 au 7 janvier 1851, l'extrait de datura est repris aux mêmes doses progressives.

8. La malade, qui en a ingéré hier 25 centigrammes, est très-agitée aujourd'hui. Les hallucinations de la vue et les illusions de l'ouïe ont redoublé de fréquence et d'intensité. Suspension du médicament.

14. L'agitation a disparu. Le délire sensorial s'est très-notablement amoindri. La lypémanie persiste toujours à son degré habituel

Du 20 au 24, 45 centigrammes de datura.

Du 25. Le médicament est suspendu.

Du 1er au 6 février, 45 centigrammes.

7. Aucune amélioration. Cessation du datura.

Du 14 au 18, 7 1/2 décigrammes de datura.

30. Etat intellectuel toujours le même. La médication est définitivement abandonnée.

Ici, comme dans le cas précédent, le datura a été administré à six reprises sans aucune influence favorable sur l'état de l'intelligence.

Dès que la malade arrive à en ingérer de 20 à 35 centigrammes par jour, il survient des symptômes d'intoxication, de l'agitation se manifeste, causée et entretenue par de nombreuses hallucinations et illusions des sens. Le paroxysme cesse au bout de quelques jours; mais la lypémanie reste avec son intensité primitive.

Obs. XXXVII. — Prudent B..., ex-sous-officier dans la ligne, est âgé de 28 ans; il a une constitution médiocre et un tempérament lymphatico-nerveux. Son père est mort d'une affection cérébrale et il a une tante aliénée.

Tant qu'il resta sous les drapeaux, sa vie fut très-irrégulière. Livré notamment à la débauche, il passait très-souvent les nuits dans des maisons de prostitution; ce qui avait fini par altérer sensiblement sa constitution.

Deux ans après avoir quitté le service, en 1849, B... devint triste, inquiet, soupçonneux, misanthrope; bientôt il s'imagine que ses voisins ont ourdi une conspiration contre lui; qu'ils se sont ligués pour lui reprocher les dissipations de sa conduite.

Lit-il dans les journaux le récit de quelque action scandaleuse plus ou moins analogue à celles dont il a à rougir, ou voit-il au théâtre représenter l'histoire d'un fils débauché, il croit aussitôt que c'est lui qu'on désigne, en ayant la précaution de se servir du voile d'un pseudonyme. Il assure aussi que ses ennemis le tourmentent au moyen du magnétisme animal et du fluide électrique; qu'ils lui envoient des secousses et des émotions très pénibles. Dans le but de se délivrer de ces prétendues persécutions, il se précipite par une fenêtre d'un troisième étage. Heureusement pour lui, il tombe dans un jardin où se trouvent étendues des cordes destinées à suspendre du linge, lesquelles cordes amortissent les effets de la chute; néanmoins celle-ci est assez grave pour l'obliger à garder le lit pendant trois mois.

Depuis lors, la lypémanie semblait perdre chaque jour de son intensité; mais au commencement de l'année 1851 elle redoubla, et le 3 avril ce malade entra en maison de santé.

Actuellement, M. B..., est en proie à une foule d'hallucinations et de conceptions délirantes. Il prétend que ses ennemis lui envoient de mauvaises odeurs à l'aide de trous qu'ils pratiquent dans la cloison de sa chambre. Il les accuse de chercher à l'empoisonner en faisant mettre du blanc de céruse dans ses boissons et ses aliments. Dans le but de se soustraire à l'influence de ces prétendues odeurs et saveurs malfaisantes, il emplit de mastic les moindres fissures qu'il découvre aux parois de sa chambre, souffle sans cesse à l'entour de lui, tantôt avec sa bouche, tantôt avec un soufflet. Il place sur son pot à eau des serviettes mouillées, dans lesquelles il enveloppe aussi du pain et de la viande. Il assure que les ennemis qui ont juré sa perte correspondent avec lui au moyen de l'électricité et du magnétisme animal. Il a la conviction qu'en dépit de l'éloignement où ils se trouvent, leurs paroles parviennent jusqu'à lui et que les siennes ne manquent pas d'arriver à leurs oreilles. D'autres fois, la correspondance est purement mentale. Il lit dans leurs pensées comme ils lisent dans les siennes. On lui adresse de la sorte une foule de sobriquets, d'injures ou de plaisanteries. Ses ennemis l'appellent alternativement : « Jésuite, Paillasse, Rigolo, *nommons Battur.* » Parfois les hallucinations de l'ouïe et surtout celles du goût l'exaltent à un point extrême. Un jour, pour se venger de son domestique qu'il traite d'empoisonneur, il pila du verre et l'introduisit dans la soupe que devait manger cet homme.

Au physique, M. B.. est bien portant, sauf un flux hémorroïdal très-fréquent et qui quelquefois est assez copieux pour occasionner de la pâleur et de la faiblesse.

Sous l'influence de lavements avec addition d'un gramme d'essence de térébenthine en suspension dans un jaune d'œuf, répété chaque jour durant environ trois semaines, le flux sanguin par le rectum a presque entièrement cessé. La cessation de ce flux n'a exercé aucune action sur l'état mental, ni en mieux ni en pire.

Du 5 au 11 mai, l'extrait de datura stramonium est administré dans du café au lait, à l'insu du malade, en commençant par 5 centigr. et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

12. M. B..., qui en a ingéré hier 35 centigr., se plaint d'avoir la vue un peu trouble, la bouche et le pharynx à l'état de sécheresse; il a de la soif; les pupilles sont notablement dilatées; aucun changement dans l'état intellectuel. Cessation du datura.

16. Même état mental. La soif, la sécheresse de la bouche et la dilatation des pupilles ont cessé.

Du 20 au 29, 2 grammes 75 centigr. d'extrait de datura sont administrés.

30. Le malade, qui en a ingéré hier 5 décigr., est en proie à la plus grande agitation : réveil en sursaut, sommeil troublé par des rêves effrayants. Ce matin, M. B... pousse des cris de détresse; il assure qu'il voit des étincelles tomber sur sa tête, que le feu est dans la maison, et qu'il va périr dans les flammes. *Suspension du médicament.*

3 juin. Le paroxysme a presque entièrement cessé; les hallucinations sont à peine appréciables; mais la lypémanie persiste.

Du 10 au 19 juin, 2 grammes 25 centigr. de datura sont ingérés.

20. Le malade, qui en a pris hier 45 centigr., est en proie à un paroxysme caractérisé surtout par de nombreuses hallucinations de la vue. *Suspension du médicament.*

25. Sauf les hallucinations qui sont moins intenses, la lypémanie n'a subi aucune modification.

Du 4 au 10 juillet, reprise du datura aux mêmes doses croissantes.

11. Même état intellectuel. La médication est définitivement abandonnée.

Quoique ingéré à quatre reprises et à doses assez élevées, le datura ne produit aucune modification avantageuse sur l'état cérébral. A la dose de 35 centigr. par jour, des phénomènes d'intoxication se manifestent; mais ils n'atteignent pas les facultés intellectuelles; c'est en arrivant seulement à 5 décigr. par jour qu'on voit le délire lypémanique augmenter et tendre à se transformer en accès de manie.

Obs. XXXVIII. — M. Claude P..., âgé de 38 ans, teneur de livres dans une maison de commerce de Paris, a tous les attributs physiques et moraux du tempérament nerveux. Il est fils d'un père qui tomba dans la démence à la suite d'une seconde attaque d'apoplexie. Marié depuis environ dix ans, père de trois enfants, il a toujours eu une conduite exemplaire. Étant garçon, il a un peu abusé des femmes, mais nullement des liqueurs fortes. Sans être dans une position fortunée, il n'a ni dettes, ni embarras d'affaires. Sa femme et ses parents ne lui ont jamais suscité aucune contrariété, aucun chagrin.

Au mois de mai 1850, il eut une fissure à l'anus, contre laquelle son médecin, le docteur Fabrège, employa une pommade sédative et la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent.

Au mois d'avril 1851, il eut une turgescence hémorroïdale qui, sans le faire souffrir positivement, le gênait et le rendait mélancolique.

Au mois de mai, l'idée de se mutiler naquit subitement, et sans cause connue, dans son esprit. La vue d'un instrument pointu, d'un canif surtout, suscitait en lui le désir de s'en servir pour s'en crever les yeux. Ces pensées de mutilation le dominèrent environ huit jours.

A peu près vers la même époque, il eut quelques illusions de la vue : il croyait parfois que son corps prenait du développement en hauteur; c'était principalement quand il marchait que sa taille lui semblait plus élevée que d'habitude.

Il s'opéra aussi certaines modifications dans ses facultés affectives. M. P... s'emportait pour la contrariété la plus légère, et souvent il frappait ses enfants

sans aucun motif. Indifférent jusqu'alors en matière de culte, il était devenu très-passionné pour les cérémonies de la religion catholique : il assistait souvent aux offices, d'où il revenait toujours le cœur plein d'émotions. Un jour qu'il s'était rendu à l'église Saint-Eustache, afin d'être témoin de la première communion des enfants, il ent la fantaisie de s'assurer du nombre des communiants et des communiantes, et de l'inserire sur son carnet, pour en faire part à sa femme. D'un autre côté, il était devenu très-credule et très-enthousiaste en matière de somnambulisme et de magnétisme animal. Pour peu qu'on lui fit d'opposition à cet égard, il entrait dans la plus grande colère.

Du reste, il n'y avait aucun désordre apparent dans ses discours ni dans sa conduite. Il se rendait ponctuellement à son bureau, où il remplissait ses devoirs avec son intelligence et son ardeur habituelles.

Les choses en étaient là lorsque survinrent les événements politiques du mois de décembre. Le 4, se trouvant avec sa femme et ses enfants sur le boulevard des Italiens, au moment où des coups de feu furent tirés par un régiment de lanciers, M. P..., naturellement craintif, éprouva une frayeur extrême, qu'il chercha vainement à dissimuler à sa femme.

A dater de ce moment, il devint inquiet, sombre, distrait. A son bureau on ne tarda à s'apercevoir de cet état de mélancolie, et comme il avait commis une erreur presque insignifiante sur une facture, on saisit ce prétexte pour l'engager à prendre quelques semaines de repos.

Cette décision, prise à son égard par le chef de la maison de commerce où il était employé, acheva de déranger son intelligence. La pensée de rester sans travail, et d'être à charge à sa femme, fut dès lors sans cesse présente à son esprit.

Un jour qu'il était plus triste et plus silencieux que d'habitude, et que sa femme le pressait de questions : Ne m'interroge pas, lui répondit-il, je ne veux ni n'ose te répondre; je suis un misérable, un homme horrible, ne m'interroge pas, te dis-je; et comme sa femme insistait toujours, eh bien! ajouta-t-il, après avoir hésité longtemps, *tue-moi*, si tu ne veux pas que *je te tue*, et que *je vous tue tous*. Une inspiration, que je crois venir de Dieu, car j'ai aperçu un rayon lumineux s'introduire par ma bouche, m'ordonne de te mettre à mort et de périr avec toi.

Un soir il dit à sa femme avec une grande exaltation : coupe-moi la gorge avec un couteau. Si tu m'aimes, tue-moi, je t'en supplie. Et comme, en adressant cette demande, il élevait la voix de manière à être entendu des voisins, sa femme, pour le faire taire et le calmer, lui promit de le tuer s'il cherchait à s'endormir. Il s'endormit après que sa femme lui eut fait le serment de l'égorger pendant son sommeil.

Un autre jour qu'il était invité à dîner avec sa femme chez un de ses beaux-frères, et que celle-ci se disposait à se rendre à l'invitation, il lui dit au moment de partir : Comment, tu oses venir seule? Comment, tu ne crains pas de t'exposer à la rage d'un misérable tel que moi? En route, et pendant tout le temps du dîner, il fut très sombre et très-silencieux. Au dessert, son beau-frère l'ayant pressé de questions, il lui répondit : Je suis taciturne parce que, en me rendant chez vous, quelque chose me poussait à tuer ma femme; mais maintenant, elle n'a plus rien à craindre, elle peut revenir seule avec moi : mon accès commence à se passer.

Une autre fois, il dit à sa femme : Eh bien! puisque tu ne veux pas me tuer je vais être obligé de me tuer moi-même; et au même moment il ouvre une fenêtre et fait semblant de vouloir se précipiter dans la rue. Sa femme pousse alors des cris, appelle au secours; et tout aussitôt il se retire, ferme la fenêtre en disant : En définitive, calme-toi, je voudrais bien mourir, mais je n'ai pas le courage d'attenter à ma vie. Il avoua aussi avoir préparé des rasoirs dans l'intention de se couper la gorge, sans avoir eu la force de mettre ses projets de suicide à exécution.

Un peu plus tard, il survint d'autres phénomènes : M. P... apercevait partout un cercle lumineux qui allait toujours en s'élargissant. Il eut la sensation d'être suspendu à l'air. Il fut pris d'une envie continuelle de courir circulairement dans sa chambre, et quand on lui demandait le motif qui le poussait à courir ainsi, il répondait qu'il allait dans l'*immensité*, et qu'il n'était pas maître de ne pas agir ainsi.

Or, malgré le froid qui régnait vers la fin de décembre, il ne voulait pas supporter de feu dans sa chambre; il se levait la nuit et restait des heures entières les pieds nus sans se douter de l'abaissement assez considérable de la température. Parfois il bondissait, en quelque sorte, et cherchait à s'élancer jusqu'au plafond. Assez souvent, il avait des convulsions toniques, des contractions musculaires permanentes, fort analogues à celles de l'extase et de la catalepsie.

Ce fut alors que son médecin, le docteur Fabrège, fut appelé auprès de lui. Ce honorable confrère prescrivit des bains tièdes, l'emploi de la glace sur la tête et une application de six sangsues à l'anus.

Le malade prit en tout trois bains tièdes d'environ deux heures de durée. Ce moyen parut produire un peu de calme, mais l'agitation redoubla après l'application des sangsues, qui ne rendirent pas, du reste, une grande quantité de sang.

Le 28 décembre, M. Fabrège confia le malade à nos soins.

Interrogé et examiné par nous avec beaucoup d'attention, M. P... nous a offert l'état suivant :

Il a de l'ordre et de la suite dans les idées, il répond nettement à presque toutes les questions qu'on lui adresse, relativement à son âge, sa famille, ses habitudes, ses occupations, sa maladie, etc. Il avoue, avec un peu de honte et d'hésitation, avoir été et être encore en butte à tous les symptômes psychiques signalés plus haut. Sa position lui fait horreur, il n'a aucun espoir de recouvrer sa santé. Ce qui l'afflige et l'entretient surtout dans cette souffrance morale, c'est qu'il croit que son corps n'est plus le même; il s'imagine que sa poitrine et sa tête tendent à acquérir une hauteur et une largeur telles, que très-prochainement ces parties subiront le sort des ballons trop dilatés. Dans l'ordre intellectuel, c'est le seul point sur lequel le malade délire.

Il n'y a pas de céphalalgie; le pouls est vif et fréquent, la peau sans chaleur. Les veines superficielles du thorax sont assez dilatées. Aucune lésion dans les principaux viscères appréciable par la palpation, la percussion et l'auscultation; sommeil de quelques heures à peine, appétit médiocre; constipation habituelle; tic indolent des muscles du visage, du côté droit seulement. Absence de tumeurs hémorrhoïdales. Point de spermathorrhée (aucune tache au linge, aucun dépôt spermatique dans l'urine). Des aiguilles, enfoncées profondément dans la peau des bras, des avant-bras, des cuisses, des jambes et du tronc, ne produisent presque pas de douleur. Le malade sent bien qu'on le pique, mais il a à peine conscience de la piqûre, en tant que sensation pénible. Sa figure ne témoigne aucune souffrance durant l'expérimentation.

2 janvier 1852. Cinq centigrammes d'extrait de datura délayé dans les aliments.

Du 3 au 9, cette dose est chaque jour doublée.

10. Le malade, qui a ingéré hier 4 décigrammes du médicament, est en proie à une grande agitation; la nuit a été troublée par des rêves effrayants. Ce matin, il voit des animaux fantastiques se promener autour de lui, et des globes lumineux, pareils à des feux d'artifice, descendre du ciel. Ces hallucinations l'épouvantent; il sort de son lit en poussant des cris de détresse; il appelle à son secours, et il brise les vitres de sa chambre dans le but de s'échapper. Refus de prendre aucun aliment. (Suspension du datura.)

15. Les hallucinations et le paroxysme maniaque ont cessé; tous les autres symptômes persistent. Le malade consent à prendre un peu de nourriture, mais il le fait avec beaucoup de défiance.

Du 25 au 31, 1 gramme 4 décigrammes de datura, en commençant par 5 centigrammes et en doublant chaque jour cette dose.

1er février. Les 35 centigrammes ingérés hier produisent une dilatation considérable des pupilles, une soif extrême et de la sécheresse au gosier. Le malade accuse des érections permanentes. Il prétend que son corps augmente de volume à vue d'œil et qu'il s'allonge tellement que sa tête doit incessamment atteindre le plafond. Cette illusion visuelle l'épouvante beaucoup. (Suspension du médicament.)

8. Sauf les érections, qui ont complètement disparu ainsi que les illusions visuelles, le délire ne subit aucune modification.

Du 18 au 25, reprise du datura à doses croissantes, en commençant toujours par 5 centigrammes.

26. Taciturnité complète et refus de prendre de la nourriture.

29. Le malade, qui n'a pas mangé depuis deux jours, reçoit une douche, après laquelle il consent à avaler un peu de bouillon et de vin.

31. Nouveau refus de manger, nouvelle douche.

2 mars. Les douches ne suffisent plus pour contraindre le malade à se nourrir. Il faut recourir à l'emploi de la sonde œsophagienne.

10. M. P..., qui ne prend depuis huit jours qu'un peu de bouillon et de vin dont il régurgite une bonne partie, a maigri considérablement. Il s'obstine à garder le silence.

14. Mort.

Ici, nous voyons encore le datura augmenter le trouble intellectuel dès qu'on atteint la dose de 35 à 40 centigrammes. Il détermine surtout des hallucinations et des illusions des sens; mais les paroxysmes n'exercent aucune influence favorable sur l'état du délire primitif. Celui-ci se complique même d'une circonstance très-fâcheuse, le refus de prendre des aliments, circonstance à laquelle il faut attribuer la mort du malade. Signalons aussi un phénomène de l'ordre somatique, qui paraît bien être sous la dépendance de la médication employée, je veux parler des érections permanentes auxquelles le sujet fut en proie.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

TERMINAISON. — Sur onze aliénés, le datura stramonium a produit la guérison radicale chez trois; une guérison passagère ou de l'amélioration chez cinq; et chez trois il n'a exercé aucune espèce d'influence. — Chez les trois sujets guéris complétement, la convalescence se manifesta au bout d'un mois de traitement chez deux, et au bout de trois mois et demi chez l'autre.

SEXES. — Tous les malades guéris radicalement appartenaient au sexe féminin; et parmi les cinq qui ont offert une guérison passagère ou une simple amélioration, il y avait quatre femmes. Sur les trois autres malades n'ayant éprouvé aucun avantage de l'emploi du médicament, il y avait deux hommes.

GENRES DE DÉLIRE. — Sauf un cas de lypémanie stupide, consécutive à un état puerpéral, tous les autres étaient des cas de folie circonscrite avec ou sans hallucinations et illusions des sens. Parmi les trois malades guéris radicalement, il y avait deux cas de lypémanie religieuse, et un de lypémanie relative à des objets politiques. Sur les cinq cas de guérison passagère ou d'amélioration simple, le datura a exercé son influence favorable deux fois sur le symptôme *hallucination ou illusion des sens*, et trois fois sur le symptôme *idée fixe ou conception délirante*.

DOSES. — Les quantités de datura ingérées à doses croissantes, n'ont jamais été portées au delà de 5 décigrammes par jour. En moyenne, elles

variaient entre 35 et 40 centigrammes. Pour toute la durée du traitement, les doses les plus élevées n'ont pas dépassé 7 grammes; les plus faibles n'ont pas été inférieures à 1 gramme 2 décigrammes. En moyenne elles ont varié entre 4 et 5 grammes.

Phénomènes psychiques d'intoxication. — Chez sept malades, des désordres cérébraux ont été produits par le datura dès qu'on atteignit les doses de 35 centigrammes 4 et 5 décigrammes par jour. Ces symptômes ont consisté une fois en une simple excitation maniaque, et six fois en des hallucinations et illusions des sens accompagnées d'un surcroît d'intensité ou d'une transformation du délire primitif.

Phénomènes physiologiques divers. — Chez deux malades, le datura a produit de l'excitation du côté des organes génitaux; chez deux autres, il a déterminé la manifestation de symptômes à la peau (une fois un érysipèle au visage, et une fois un exanthème pourpré aux mains). Chez presque tous, il est survenu un ou plusieurs des phénomènes suivants: soif, sécheresse du gosier, dilatation des pupilles, obscurcissement de la vue, diplopie, céphalalgie, vertiges, nausées, vomissements, diarrhée. Mais de tous ces derniers symptômes les plus fréquents étaient sans contredit la sécheresse du gosier, la céphalalgie, la dilatation des pupilles et le trouble de la vue.

(*La suite prochainement.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

V. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Les numéros des six derniers mois de 1852 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *De quelques points controversés du traitement*. 2° *Traitement du ganglion par l'emploi topique de l'iode aidé de la compression*; par M. Rottenburg. 3° *Des maladies observées à l'hôpital militaire d'Anvers pendant le premier semestre de* 1852; par M. Gouzée. 4° *Nouveau mode d'application du bandage au plâtre dans les fractures*; par M. Mathysen et M. Lacoste. 5° *Ménoplanie* (*déviation des règles*) *se produisant par une vaste plaie de la jambe*; *guérison*; par M. Hamoir. 6° *Gangrène de la joue*; *nécrose de la mâchoire inférieure*; *difformité hideuse*; *guérison*; par M. Merchie. 7° *Fièvre aphtheuse chez le cheval*; par M. Copette.

Des maladies observées a l'hôpital militaire d'Anvers pendant le premier semestre de 1852; par le médecin principal Gouzée.

Nous empruntons à ce compte rendu les faits suivants qui méritent d'être consignés ici. Les affections qui se montrent communément pendant la durée de l'hiver et du printemps ont pris en 1852 un développement remarquable sous l'influence de conditions météorologiques inaccoutumées. Les maladies de la peau ont été singulièrement communes, particulièrement en ville; l'auteur n'avait jamais rencontré à la fois un aussi grand nombre et une aussi grande variété d'éruptions exanthémateuses, vésiculeuses et pustuleuses. En mars et en avril les pleuro-pneumonies ont été fréquentes; les phthisies ont été assez nombreuses pendant le semestre, en juin les pyrexies paludéennes sont restées rares et légères.

Les petites épidémies de varioles que M. le docteur Goudée a observées par intervalle à Anvers se sont toujours déclarées en hiver et ont cessé au printemps. En 1852 la variole a encore paru en hiver dans le mois de janvier, mais l'épidémie, plus grave que les précédentes, a eu une durée beaucoup plus longue; elle n'a disparu qu'en juin. On a remarqué que la variole n'a pas présenté d'intensité chez les malades qui avaient eu la petite vérole dans leur enfance, tandis que les cas les plus graves se sont rencontrés parmi ceux qui avaient été vaccinés. La vaccine a modifié dans beaucoup de cas l'éruption varioliques et en a amoindri le danger, mais elle n'a pas empêché dans d'autres le développement de la variole vraie, et deux fois une terminaison funeste.

La fièvre typhoïde, qui avait disparu presque complétement depuis l'épidémie de choléra de 1848-49, reparut brusquement sous ses formes les plus graves dans le mois de juillet 1851; depuis cette époque la maladie n'a pas cessé de se montrer avec intensité.

Nouveau mode d'application du bandage au platre dans les fractures; par M. Mathysen.

Aux appareils inamovibles déjà connus, tels que celui de Larrey, de MM. Seutin et Velpeau, de M. Lafargue, l'auteur reproche de manquer de quelques-uns des avantages suivants, qui, sur le champ de bataille, sont de première nécessité. Ainsi ils ne peuvent s'appliquer facilement et avec promptitude; ils n'acquièrent point en peu de minutes une parfaite solidité; ils ne permettent pas qu'on s'assure par la vue de l'état des parties lésées; ils ne se prêtent pas aux changements éventuels que peut subir la partie malade; ils perdent de leur solidité, soit par la suppuration, soit par les liquides qui viennent accidentellement les imbiber.

Le bandage au plâtre que décrit l'auteur lui paraît satisfaire beaucoup mieux à ces importantes conditions. Ses propriétés reposent sur ce simple fait, que de la poudre sèche de plâtre, mise par couches entre deux ou plusieurs compresses, ou frottée sur de la laine ou d'autres pièces d'appareil rudes, et ensuite humectée d'eau, constitue immédiatement un hydrate qui prend la forme solide.

Veut-on construire l'appareil dans sa disposition la plus élémentaire, le moyen est on ne peut plus aisé. On prend deux compresses d'égale grandeur et conpées d'après la longueur et la circonférence du membre blessé. On étend uniformément entre elles une couche de poudre de plâtre (pour la jambe, 300 grammes suffisent). Cette couche ne doit point atteindre jusqu'aux bords, mais laisser, au contraire, une marge libre d'environ deux doigts de largeur. Le membre est alors étendu sur le bandage que l'on mouille convenablement et dont on l'entoure; les bords laissés libres sont ramenés l'un sur l'autre et attachés avec des épingles.

Si l'on désire avoir des ouvertures pour pouvoir examiner l'état du membre, on place dans les endroits où elles doivent se trouver, et cela avant l'application du plâtre, une pelote d'ouate de la grandeur de l'ouverture projetée; et après la dessiccation du bandage, on fend la compresse et on enlève l'onate.

Une pièce coupée dans une vieille converture de laine ou dans un gros linge, et fortement enduite de poudre de plâtre, servira à donner, soit à tout l'appareil, soit à quelques-unes de ses parties que l'on a des raisons pour vouloir fortifier, l'excès de rigidité dont on a besoin.

Enfin, dans le cas où le chirurgien voudrait examiner le membre, une fois le bandage appliqué, ou même changer celui-ci, il suffirait de mouiller les couches de linge à l'endroit indiqué et de les couper.

Ce système se prête également et avec une merveilleuse facilité à maintenir le membre dans telle ou telle direction déterminée. Sa dessiccation si prompte permet, en effet, de tenir les parties dans le sens voulu jusqu'à ce que le plâtre étant sec remplace l'action de la main. Les maladies articulaires, les opérations de ténotomie pour difformités, les fractures voisines des jointures, les sections de cicatrices donneront plus d'une occasion d'utiliser ce simple et précieux mécanisme pour opérer la contention et le redressement des parties qui, avec le bandage amidonné par exemple, n'avaient que trop souvent le temps de revenir à leur deformation primitive avant que le tuteur qu'on leur voulait donner eût acquis la force nécessaire pour remplir convenablement son rôle.

Rapport sur l'état sanitaire de la maison de force et de la maison de sureté civile et militaire de Gand pendant l'exercice de 1850; par M. J. Mareska, médecin en chef.

L'auteur a établi par des statistiques publiées en 1834 et en 1841, que le deuxième trimestre est le plus défavorable à la santé des détenus; c'est celui qui présente invariablement la mortalité la plus considérable. Ces résultats se confirment en 1850. Quand le développement de l'homme est achevé, après la vingt-cinquième année par exemple, la saison la plus défavorable sous ce rapport est l'hiver. D'après ces faits l'auteur admet que les détenus forçats en Belgique subissent de la part des saisons une influence qui n'est pas exactement celle qui s'exerce sur les hommes libres de leur âge; il se demande si l'incarcération, en affaiblissant les constitutions, n'aurait pas pour effet de ramener chez les prisonniers, à un âge plus avancé, des dispositions morbides analogues à celles qui s'observent pendant l'époque difficile du développement corporel.

En calculant la moyenne du poids du corps et les dimensions des grandes cavités et des membres thoraciques et pelviens aux différents âges, on a établi que le poids de l'homme normal ainsi que le contour de la poitrine et des membres vont en augmentant jusqu'à un certain âge. Ces quantités décroissent au contraire chez le détenu dès son entrée; on est donc autorisé à conclure d'une manière générale que l'incarcération comprend des causes nuisibles à l'homme, puisqu'elle arrête son développement et rétrécit l'enveloppe des organes les plus essentiels à la vie. Le poids moyen de 115 détenus entrés pendant l'exercice de 1850 a été de 66,50 kilogrammes, celui de 82 détenus sortis n'a été que de 64,83.

NOTE SUR LES AFFECTIONS INTESTINALES OBSERVÉES PENDANT LES MOIS DE JUIN, JUILLET ET AOUT 1852 DANS LA GARNISON DE NAMUR; par le docteur DECAISNE.

Cette note nous fournit l'occasion de constater que, dans la ville de Namur, les dérangements intestinaux qui sont ordinairement fréquents dans cette saison de l'année se sont compliqués, en 1852, de fièvre typhoïde. A l'hôpital militaire, on a compté 56 diarrhées, 25 fièvres typhoïdes, 23 fièvres muqueuses, 1 choléra cyanique, 1 cholérine. Les fièvres typhoïdes ont présenté, chez quelques-uns des malades, des exacerbations et rarement des accès de fièvre intermittente et rémittente. L'éruption cutanée consistait chez les uns en véritables taches lenticulaires occupant tout l'abdomen et une partie de la poitrine. Chez le plus grand nombre, ces taches de grandeur double se groupaient en certains points de manière à constituer des espèces d'aréoles très-nettes, d'un rouge brun, séparées des autres par des points non tachetés. Chez quelques malades, il s'est montré une sorte d'éruption scarlatineuse commençant à la partie supérieure de la poitrine pour envahir insensiblement l'abdomen et les membres, à mesure qu'elle disparaissait d'en haut. A cette éruption succédèrent des pseudo-pustules, ayant une certaine ressemblance avec les pustules varioliques, mais n'étant pas ombiliquées et ne contenant pas de pus. Tous les malades ont présenté en outre des espèces d'ecchymoses, et des sudamina abondants. Cette description, que nous avons citée textuellement, se rapporte à un ordre de faits exceptionnels que l'auteur aurait dû relater avec plus de détails. Nous ne parlerons du traitement mis en usage que pour faire observer que les malades qui étaient le plus fortement constitués, traités par les émissions sanguines, ont succombé presque immédiatement. Le docteur Decaisne ayant alors cru entrevoir dans cette affection une fièvre à rémittence ou à élément intermittent caché, eut recours au sulfate de quinine, qu'il donna en solution à la dose d'un à deux grammes par jour. Il reste à se demander si les malades ne se seraient pas aussi bien trouvés d'une médication purement expectante.

RELATION MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'EXPÉDITION FAITE PAR LA GOELETTE DE L'ÉTAT LOUISE-MARIE A LA CÔTE OCCIDENTALE D'AFRIQUE; par M. A. FICHEFET, chirurgien a. m.

Le docteur Fichefet renvoie, pour la topographie des localités qu'il a visitées, au mémoire inséré dans les ARCHIVES DE MÉDECINE MILITAIRE BELGE, par MM. Durant et Célarier. Au sujet de l'état de salubrité de cette contrée, il fait remarquer que tous les Européens qu'on y rencontre présentent des signes non équivoques de profondes altérations organiques. On est convenu, dit-il, de distinguer les deux saisons en bonne et mauvaise; dans le fait, il n'y en a pas de bonne, et la meilleure devient assez rapidement fatale aux Européens, pour peu qu'ils aient à se fatiguer. La mauvaise ne respecte rien, elle est *également* mortelle pour les deux races, et en quelques endroits elle dépeuple même les basses-cours. Les travaux d'assainissement seraient impossibles à exécuter, et c'est par ces motifs que les Anglais ont toléré jusqu'à ce jour l'immense marais qui se trouve au nord de la ville de Bathurst, et qui en fait un des lieux les plus meurtriers de la côte.

Nous pensons que l'auteur n'a pas étudié ces faits avec assez de détails; il n'a pas séjourné assez longtemps dans ces localités, où il aurait sans doute reconnu que les nouvelles constructions de Bathurst sont loin d'être dans des conditions de salubrité aussi déplorables qu'il l'annonce.

On a remarqué depuis longtemps, et ce fait est du reste assez connu des navigateurs qui fréquentent les pays chauds, que c'est au sortir des rivières dans lesquelles on a séjourné quelque temps, que se manifestent à bord des navires les maladies les plus nombreuses et les plus graves; le docteur Fichefet les explique en supposant que l'eau contenue à fond de cale, mélange d'eau salée et d'eau douce, dissout les gaz formés par les matières animales et végétales putréfiées de la cargaison ou des vivres, ceux qui sont formés par la dissolution des parties extractives du bois, par l'oxydation des métaux qui constituent le lest, que ces opérations sont favorisées par la chaleur, et que dès que le navire est en mouvement, la vase agitée dégage de nouveaux miasmes, et l'air vicié se répand dans le navire. C'est une théorie de plus à ajouter aux autres, et celle-ci invoque à son appui des faits qui échappent aux autres interprétations, tels que ceux du développement soudain de maladies graves en quittant des parages qui ne présentent aucune condition d'insalubrité.

VI. ANNALES D'OCULISTIQUE.

Les numéros de 1852 et de janvier et février 1853 contiennent les mémoires originaux suivants: 1° *Recherches sur l'action des eaux minérales d'Aix en Savoie dans les maladies des yeux*; par M. Pétrequin. 2° *Compte rendu des maladies de l'œil et de ses annexes traitées pendant l'année 1850 dans le service de M. Barrier (de Lyon)*; par M. Philipeaux. 3° *Matériaux pour servir à l'histoire des abnormités congéniales des yeux et de leurs annexes*; par M. Cornaz. 4° *Mémoire sur l'ophthalmie moyenne*; par M. Langenbeck. 5° *Du traitement de l'ophthalmie, notamment par l'occlusion des paupières*; par M. Forget. 6° *Notice sur les établissements consacrés au traitement des maladies des yeux*; par M. Cornaz. 7° *Mémoire sur l'ophthalmie sous-conjonctivale*; par M. d'Ammon. 8° *Des cataractes congéniales*; par M. Deville. 9° *De la prééminence de l'extraction sur l'abaissement de la cataracte*; par M. Courserant. 10° *Nouveaux instruments pour l'opération de la cataracte*; par M. Laugier. 11° *Des nerfs de l'orbite*; par M. John Struthers. 12° *Du cristallin et de sa capsule*; par M. Gros. 13° *Observations ophthalmologiques propres à infirmer l'opinion généralement admise sur la nature cancéreuse des mélanoses*; par M. Pamard. 14° *Recherches pratiques sur le diagnostic différentiel et sur le traitement méthodique des principales espèces d'amaurose ou goutte sereine*; par M. Bourland, d'après les leçons cliniques de M. Pétrequin. 15° *Observations d'amblyopie presbytique, réunies surtout sous le rapport des variétés et des complications de cette maladie*; par M. Sichel.

NOUVELLE AIGUILLE A LAME MOBILE POUR L'ABAISSEMENT DE LA CATARACTE; KÉRATOTOME CACHÉ TERMINÉ PAR UNE LANCE MOBILE ARTICULÉE POUR L'EXTRACTION DE LA CATARACTE; par M. LAUGIER.

En opérant l'abaissement avec une aiguille à lame immobile, si l'on veut détourner un fragment de cristallin, un lambeau de capsule opaque, on ne le peut qu'en faisant décrire à la lame des arcs de cercle considérables, qui ont pour centre le point de la sclérotique traversé par la tige. L'étendue de ces arcs de cercle expose à des déchirures trop larges de la membrane hyaloïde, quelquefois même à des blessures ou des décollements de l'iris. M. Laugier a pensé qu'on éviterait en partie les difficultés et les dangers de ces mouvements, en rendant la lance mobile sur la tige à l'aide d'une articulation que fait mouvoir une petite bascule placée sur le manche de l'aiguille comme une clef de flûte.

Il résulte de cette modification que la lame peut, à la volonté de l'opérateur, devenir un crochet avec lequel on imprimera au cristallin entier ou à l'un de ses fragments, ou enfin à un lambeau de capsule ou de fausse membrane, des mouvements susceptibles d'amener l'exact dégagement du champ de la pupille. On a, d'ailleurs, l'avantage de pouvoir laisser tout à fait droite, pour l'introduction dans l'œil et pour le passage quelquefois si délicat de l'aiguille entre les procès ciliaires et la capsule antérieure du cristallin, une lance qui prendra, une fois arrivée au devant de la cataracte, le degré d'inclinaison que l'on jugera convenable, et sera susceptible de mouvements alternatifs d'extension et de flexion, suivant le but qu'on se proposera d'atteindre.

La lame est mue par un mécanisme tout à fait comparable à celui duquel résulte la flexion et l'extension de la troisième phalange sur la seconde. M. Laugier fait remarquer qu'on pourrait donner à l'extrémité de l'instrument deux articulations au lieu d'une, et multiplier encore ainsi les services qu'on est en droit d'attendre de cette modification. Mais telle qu'elle est aujourd'hui, on conçoit le parti qu'on peut tirer de cette aiguille dans le broiement de la cataracte, la déchirure de ses adhérences. Quant au principe même de l'articulation, il conduit à des kystitomes articulés, à des curettes articulées, et à une foule de perfectionnements des instruments déjà inventés pour l'opération de la pupille artificielle, soit par déchirure d'adhérences centrales, soit par décollement, instruments qui, faute d'une légère modification, sont restés, malgré le mérite de leur invention, en dehors du domaine de l'art. M. Laugier propose plus spécialement un kératotome caché, résultant de la combinaison de la lame articulée avec une autre lame dont les bords sont mousses et la couvrent. Cet instrument fournira l'avantage de n'inciser la cornée que de dedans en dehors, de telle sorte que la section des lames profondes de cette membrane sera toujours aussi étendue que celle des lames superficielles.

CAS REMARQUABLE DE LUXATION DE L'ŒIL; par M. W. JAMESON.

La rareté de ce fait, son heureuse terminaison, l'intégrité des parties essentielles à la vision malgré l'étendue du déplacement, tout recommande particulièrement l'observation suivante à l'attention de nos lecteurs.

OBS. — Un homme de 30 ans, rentrant chez lui, complétement ivre, à dix heures du soir, heurta de l'œil droit contre un petit crochet de fer ou un clou. Cet instrument pénétra au côté externe de la paupière supérieure. Sa femme accourant à son secours, s'aperçut que l'œil était sorti de l'orbite. Au bout de deux heures et demie, elle parvint à l'amener à l'hôpital malgré sa résistance.

A ce moment le blessé était furieux; son œil était couvert d'un large tablier; il le comprimait et le frottait continuellement. On reconnut que l'œil droit était entièrement au dehors, fixe, immobile, élastique au toucher et complétement

privé de la faculté de voir. Cornée sèche, nuageuse, un peu opaque; pupille modérément contractée et insensible à la lumière d'une chandelle. M. Jameson releva la paupière supérieure avec deux doigts de la main gauche, tandis que, à l'aide du pouce et de l'index de la main droite, il comprimait le globe oculaire. Aussitôt celui-ci fut attiré en arrière avec un bruit distinct, et les paupières se refermèrent au-devant de lui. M. Jameson aperçut alors la petite blessure de l'angle externe de la paupière supérieure. (Application en permanence du froid sur la partie malade pendant le reste de la unit.)

Le lendemain, le blessé ne se souvenait presque de rien. Les paupières étaient gonflées, la conjonctive légèrement injectée, la cornée transparente brillante et humide; larmoiement. Il distingue la lumière, accuse de la céphalalgie et une douleur intense dans le globe de l'œil; pouls plein. (Saignée du bras de près de 480 grammes; laxatif; continuation des applications froides.)

Le troisième jour, diminution du gonflement et de la douleur; la vision est améliorée; cependant les objets ne sont vus qu'imparfaitement et comme à travers un brouillard épais. (Tartrate antimonié.)

Le quatrième jour, toute douleur a disparu; diminution de l'injection de la conjonctive; vision presque entièrement rétablie; tous les mouvements volontaires de l'œil sont conservés.

Le cinquième jour la vision est complètement recouvrée. Le patient sort le lendemain guéri.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Duquesnel sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Beaumont ;

2° Un rapport de M. Guéneau, médecin des épidémies pour le canton de Flavigny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Gissey (Côte-d'Or) ;

3° Un rapport de M. le docteur Houeix, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Ploermel, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Méneac, Lizio, Crugnet et Roc-Saint-André, pendant les mois de février, mars et avril derniers.

4° Un rapport de M. le docteur Lacoste, médecin cantonal, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Saffres et de Boussey, arrondissement de Semur (Côte-d'Or).

— M. Fumey, de Cuiseaux (Saône-et-Loire), adresse une note intitulée : Quelques mots sur la variole et la vaccine, a propos des épidémies de 1841, 1847, et surtout de 1853, dans quelques communes du canton de Cuiseaux. Des faits contenus dans ce mémoire, il résulterait que la vaccination, pour préserver sûrement de la variole, doit être pratiquée et obtenue deux fois. (Comm. de vaccine.)

— M. le docteur Prosper de Piétra-Santa adresse une lettre sur quelques points de l'étiologie des fièvres intermittentes, au sujet du mémoire lu dans la dernière séance par M. F. Jacquot. (Comm. : MM. Bricheteau, Bégin et Roche.)

— M. Colomiès, chirurgien-adjoint de l'hôpital des Syphilitiques de Toulouse, adresse un mémoire sur l'emploi du sulfite de soude dans le traitement de la stomatite mercurielle. (Comm. : MM. Lagneau et Gibert.)

— M. Dominico Caccioppali adresse un mémoire sur la ligature de l'artère sous-clavière. (Comm. : M. Laugier.)

— M. Letellier (de Saint-Leu) adresse une lettre sur l'ergot au sujet de la communication récente de M. Ch. Robin sur ce sujet. L'auteur est d'avis :

1° Que la partie supérieure de l'ergot n'est pas un champignon ;

2° Que l'ergot pousse à la manière des cornes ;

3° Qu'il empêche complétement la formation de la fécule ;

4° Que les pluies ne contribuent pas à son développement ;

5° Qu'il n'est ni contagieux ni héréditaire.

— M. Cuérot, cultivateur à Bone (Algérie), adresse une note sur l'opium algérien. (Comm. nommée.)

— M. Robinet lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports sur des remèdes secrets ou nouveaux auxquels il n'y a pas lieu d'accorder le bénéfice des décrets relatifs aux remèdes. (Adopté.)

DE L'IODE DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

M. Danger lit un mémoire sur l'iode appliqué au traitement de la phthisie pulmonaire.

L'auteur a entrepris sur l'iode appliqué au traitement de la phthisie pulmonaire une série d'observations et de recherches expérimentales, dont il expose dans ce mémoire les principaux résultats. Les moyens extraordinaires qu'exige l'iode dans le manuel opératoire, dit l'auteur, ont jusqu'ici détourné les praticiens de l'emploi de ce métalloïde à l'état de pureté, pour leur faire adopter l'usage exclusif de préparations iodées beaucoup plus maniables. Malheureusement toutes ces préparations se trouvent, en tout ou en partie, dépourvues de la propriété déshydrogénante que possède l'iode pur, propriété déshydrogénante caractéristique, essentielle, mais précieuse, et sans laquelle l'iode n'aurait pas davantage marqué sur beaucoup d'autres corps pour le traitement de la phthisie pulmonaire.

Dans certaines maladies, il est à peu près indifférent que l'iode soit administré sous telle ou telle forme, par telle ou telle voie; mais il n'en est pas ainsi pour les affections des organes de la respiration ou de la circulation : cela tient à un fait physiologique que l'auteur a eu plusieurs l'occasion de mettre en évidence, savoir : que les corps absorbables et non assimilables peuvent pénétrer l'organisme et en être expulsés sans passer par le torrent de la circulation.

Des faits énoncés dans ce mémoire il résulte que, quel que soit le corps inassimilable dont on fasse usage pour combattre la phthisie pulmonaire, ce corps n'aura d'action spéciale que s'il est mis en contact immédiat avec l'organe malade; que, dans l'espèce, les préparations iodées administrées par toute autre voie que celle de la respiration doivent être considérées comme moyens hygiéniques, et qu'en les administrant on ne peut espérer atteindre d'autre but que celui de rétablir ou de maintenir en bon état les autres fonctions.

Mais si les préparations iodées, administrées par toute autre voie que celle de la respiration, sont sans efficacité directe sur les poumons malades, il n'en est pas de même lorsque l'iode pénètre directement dans l'organe.

M. Danger a pensé que la propriété desbydrogénante de l'iode pouvait offrir des ressources immenses à l'art de guérir. A peine l'iode est-il en contact avec les matières organiques qu'il tend à les décomposer en leur enlevant leur hydrogène pour passer à l'état d'acide hydriodique...

C'est ainsi que l'ammoniaque, les matières ammoniacales (et la plupart des sécrétions morbides ont ce caractère) sont instantanément décomposés par l'iode...

Les considérations précédentes ont convaincu l'auteur que l'iode pur est de tous les corps connus celui qui présente les chances les plus favorables au traitement de la phthisie pulmonaire, et que ce corps ne peut, sans perdre sa propriété la plus précieuse, son action déshydrogénante, être administré par d'autres voies que celles de la respiration, et il s'est en conséquence occupé des moyens les plus efficaces pour le porter le plus loin possible dans les ramifications bronchiques.

La question du dosage a présenté de grandes difficultés. Avoir un moyen efficace, prompt, facile de faire pénétrer jusqu'aux lobes pulmonaires des quantités précises d'iode pur, tel est le problème : pour atteindre sa solution, M. Danger fait respirer de l'air pur, sec et chaud, qu'il sature d'iode amené à l'état de vapeur, au moyen d'un appareil dont le mécanisme est fort simple; il consiste en un tube ouvert aux deux extrémités : l'une d'elles est préparée pour y appliquer la bouche, l'autre est contournée pour être prolongée dans la flamme d'une lampe à alcool, afin que le courant d'air, appelé par la succion, ne puisse circuler dans l'appareil que convenablement échauffé. Un petit cylindre d'iode est placé au centre du courant d'air chaud qui, par une disposition particulière de l'appareil, agit sur une des bases des cylindres qu'il use progressivement. La différence de longueur, avant et après un certain nombre de suceions, indique la quantité d'iode volatilisée que le courant d'air a entraînée.

L'auteur résume, dans les termes suivants, les résultats de l'ensemble de ses recherches :

Le moyen le plus propre à combattre la phthisie pulmonaire consiste :

1° A faire trois fois par jour au moins des aspirations à pleins poumons d'air pur, chaud, sec et complétement saturé d'iode pur à l'état de vapeur, à la dose de 1 à 5 centigr. par vingt-quatre beures, selon la force du sujet ;

2° A respirer pendant quelques minutes, un quart d'heure après l'aspiration des vapeurs iodées, un air pur, mais chargé d'humidité, en se plaçant au-dessus d'un bol d'eau bouillante, dans laquelle on peut laisser tomber quelques gouttes d'acide acétique, pour faciliter l'expectoration et apaiser l'impression de sécheresse produite par l'iode sur les muqueuses ;

3° A suivre ponctuellement un régime sévère, en rapport avec toutes les précautions hygiéniques exigées par la position du malade.

L'iode qu'on veut introduire dans les poumons ne doit pas avoir d'autre véhicule que l'air atmosphérique ingéré le plus possible à l'aide d'un appareil approprié.

Cet air doit être pur pour ne pas troubler un instant la transformation du sang veineux en sang artériel.

Il doit être chaud pour ne pas irriter la sensibilité des organes et pour être susceptible de se charger, dans un temps donné, d'une plus grande quantité d'iode.

Il doit être sec pour conserver aux vapeurs d'iode toute leur action déshydrogénante; action qui pourrait être altérée par l'air humide chargé de matières organiques.

Il doit être sec encore pour que le flux bronchique, gonflé par la vapeur d'eau, ne vienne pas intercepter le passage à la vapeur d'iode.

Il doit être complétement saturé d'iode pour qu'une certaine quantité de ce corps puisse arriver intacte jusqu'aux lobes pulmonaires, malgré le flux des grosses ramifications bronchiques qui neutralise l'action d'une grande quantité de ce métalloïde.

Enfin, l'air pur, chaud, sec et complétement saturé d'iode, à l'état de vapeur, doit être ingéré dans les poumons par fortes aspirations; autrement on fatiguerait les bronches sans obtenir de succès.

CANCROÏDE DE LA FACE DORSALE DE LA MAIN.

M. le docteur Victor Szokalski communique trois observations de cancroïde de la face dorsale de la main.

Parmi les ulcérations cancéreuses de la peau, dit l'auteur, celles de la face

dorsale de la main sont, sans contredit, les moins fréquentes et les moins bien connues. C'est à ce titre qu'il communique les observations qu'il a recueillies à ce sujet pendant son séjour dans la haute Bourgogne, « cette terre classique des dégénérescences cancéreuses en général, » et dont nous reproduisons celle qui suit à titre de spécimen :

Obs. — Un laboureur âgé de 48 ans, petit, maigre et maladif, et dont la mère avait succombé à la suite d'un cancer au sein, m'ayant rencontré un jour vers la fin de l'année 1849, me fit voir sur le dos de la main droite, entre les tendons du médius et de l'index, un groupe de petites nodosités, dures, recouvertes de l'épiderme en desquamation, et entourées d'une auréole rouge livide. Elles lui occasionnaient une démangeaison insupportable en sorte qu'il se grattait quelquefois jusqu'au sang. Les tubercules pressés par le doigt, prenaient la coloration blanc jaunâtre et présentaient une résistance cartilagineuse. La plus grande d'entre ces nodosités située au centre, était grosse comme un grain de chènevis, et le groupe entier avait la grandeur d'une pièce de vingt centimes. L'aspect évidemment suspect de cette production me fit croire qu'il fallait la détruire le plus tôt possible (ce qui ne m'avait présenté aucune difficulté, vu qu'elle n'était nullement adhérente aux tissus sousjacents). Mais le malade ne voulait entendre parler ni de l'emploi des caustiques, ni de l'opération chirurgicale. Il négligea son mal, essaya un grand nombre de remèdes, et ce n'était que huit mois après notre première entrevue que je l'ai revu pour le faire entrer à l'hôpital d'Alize-Saint-Reine dont j'étais chirurgien à cette époque. Sa main présentait alors un tout autre aspect. Au lieu des tubercules, on apercevait sur sa peau dorsale une ulcération grande comme une pièce de cinquante centimes, grisâtre au fond et granuleuse, aux bords irréguliers, renversés, bosselés et presque verruqueux. Il en suintait une sérosité sanieuse qui remuait pendant les mouvements des doigts et adhérait aux tissus plus profonds. La peau tout autour d'elle était rouge bleuâtre et parsemée dans plusieurs endroits, près du bord ulcéreux, de petits tubercules qui ressemblaient sous tous les rapports aux tumeurs que j'avais observées au début. Le malade se plaignait de démangeaison qui augmentait à la chaleur, aussi il enveloppait sa main d'une compresse qu'il trempait de temps en temps dans l'eau froide, et enfin il se forma une cicatrice bleuâtre, luisante, presque linéaire, qui ne gênait nullement la mobilité des doigts.

Ces trois observations forment, dit l'auteur, une espèce de trilogie pathologique dont le triste dénoûment se laisse facilement prévoir, bien qu'il ne m'ait pas été donné d'en observer les détails. On y voit que le cancroïde de la main, aussi bien que toute ulcération de ce genre, débute par la dégénérescence squirrheuse de la peau ou par une ulcération accidentelle qui s'envenime dans la suite et prend le caractère carcinomateux. Il est le plus souvent le résultat de la diathèse particulière, au moins dans les trois observations qui précèdent, la dégénérescence cancéreuse était constatée dans la famille des malades, et dans le dernier cas le cancroïde de la main était accompagné de celui de la lèvre inférieure. Si nous suivons la marche et le développement de la maladie, nous trouvons qu'elle présente trois périodes bien tranchées : dans la première, la peau est exclusivement affectée ; dans la deuxième, l'ulcération s'insinue dans les graines des tendons et devient mobile pendant les mouvements des doigts ; dans la troisième, elle s'insère au périoste et aux organes interosseux, elle entoure les tendons de tous les côtés et leur permet de remuer au milieu des tissus transformés sans déplacer la totalité de l'ulcération.

Le pronostic, favorable dans le premier degré, devient plus sérieux dans le second, fâcheux dans le troisième. Dans le premier, on peut traiter l'ulcération par l'opération chirurgicale, bien que cette dernière mérite toujours la préférence ; dans le second, il faut combiner ces deux procédés et détruire pas à pas les tissus dégénérés ; dans le troisième enfin le traitement palliatif est exclusivement indiqué, à moins que l'on ne préfère, en détruisant les tendons extenseurs, rendre la main tout à fait inutile, ou procéder à son amputation. Nous avons vu que la nature porte remède à la destruction partielle des tendons ; en serait-il ainsi s'il s'agissait de leur destruction plus étendue ? Il est permis d'en douter au moins jusqu'à renseignements plus positifs.

Le cancroïde de la main ne diffère certainement pas quant à sa nature du cancroïde des autres parties du corps ; mais sa situation lui imprime un caractère particulier, et c'est à ce titre qu'il se recommande à l'attention des chirurgiens.

EXOSTOSE ÉBURNÉE DE L'OS ETHMOÏDE OCCUPANT TOUTE LA MASSE LATÉRALE DROITE DE CET OS ; EXTIRPATION ; GUÉRISON.

M. Maisonneuve présente à l'Académie un jeune homme chez lequel il a fait, il y a trois semaines, l'extirpation d'une exostose de toute la masse latérale droite de l'os ethmoïde. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf et dure comme de l'ivoire, avait complétement chassé l'œil de l'orbite et causait au malade d'intolérables douleurs.

Par une opération aussi heureusement exécutée que hardiment conçue, M. Maisonneuve en a fait l'ablation complète, et, chose remarquable, l'œil replacé dans l'orbite a complétement retrouvé la faculté de voir. Tous ses mouvements les plus délicats ont été conservés, et la physionomie ne présente pas la moindre altération.

Voici les détails de l'observation :

Obs. — Jeffrin (Théodore), âgé de vingt-deux ans, journalier, d'une constitution robuste, raconte que, vers les premiers jours du mois de mars 1853, il commença à ressentir dans la région de l'orbite une sorte de pesanteur et de douleur sourde ; en même temps, il s'aperçut que son œil droit devenait un peu plus saillant que l'autre. Il y fit d'abord peu d'attention, ne soupçonnant pas que cela pût être le début d'une maladie sérieuse. Mais bientôt les douleurs orbitaires prirent une intensité considérable ; il lui semblait que son œil était pressé dans un étau ; cet organe commença aussi à se dévier en dehors et à sortir de l'orbite en refoulant les paupières en avant.

C'est alors qu'il se décida à consulter un médecin ; celui-ci reconnut l'existence d'une exophthalmie causée par une tumeur dure placée vers la partie profonde et interne de l'orbite, et, considérant avec raison cette affection comme extrêmement grave, il engagea le malade à se rendre à Paris et à venir consulter M. Maisonneuve à l'hôpital Cochin.

C'est le 5 juillet que ce chirurgien le vit pour la première fois : l'œil droit était complétement sorti de l'orbite et fortement porté vers la tempe ; les paupières ne le recouvraient que fort incomplétement : aussi la conjective était-elle le siége d'un certain degré d'inflammation ; les larmes cependant continuaient leur cours régulier, et, chose remarquable, la vision n'était pas entièrement abolie.

A l'angle interne de l'œil, on reconnaissait au toucher la pointe arrondie d'une tumeur évidemment plus profonde et dont on constatait la présence en déprimant les parties molles. Cette tumeur avait une dureté osseuse ; elle était peu sensible à la pression, mais elle était le siége de douleurs sourdes et continues qui fatiguaient beaucoup le malade et le privaient de sommeil. La narine correspondante était libre.

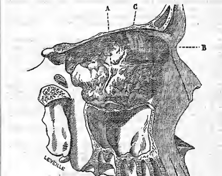
En présence de ces symptômes, M. Maisonneuve n'hésita pas à diagnostiquer une exostose de la paroi interne de l'orbite, exostose probablement éburnée. Quelle était la cause de cette affection ? Le malade n'accusait aucune circonstance qui pût donner à cet égard le moindre éclaircissement ; il n'avait jamais reçu de coup sur l'œil, n'avait jamais eu de syphilis, d'affection cutanée, d'accidents scrofuleux.

Néanmoins, avant de rien entreprendre de chirurgical, M. Maisonneuve crut devoir essayer les préparations iodurées. Le malade fut soumis à l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Ce traitement fut continué pendant quinze jours seulement, parce que la tumeur, loin de diminuer, continuait à faire des progrès sensibles, et surtout parce que les douleurs n'avaient pas subi la moindre amélioration.

Le malade désirait vivement l'opération. M. Maisonneuve se rendit à ses instances et l'exécuta le jeudi 14 juillet de la manière suivante :

Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, le chirurgien cerna par une incision demi-circulaire toute la partie interne de la circonférence de l'orbite commençant au-dessus du sourcil. Les parties molles furent ensuite disséquées jusqu'aux os, de sorte que le périoste compris dans le lambeau entraîna avec lui le muscle orbiculaire et même la partie du grand oblique.

Cette dissection rapide mit à découvert toute la partie antérieure de la tumeur et une partie de sa face interne. Avant de passer outre, il fallut d'abord étancher le sang en faisant la ligature de trois ou quatre petites artérioles, puis commença la partie difficile de l'opération.



La tumeur, incrustée dans la paroi interne de l'orbite, remplissait plus des deux tiers de cette cavité. Sa base ne présentait aucun rétrécissement et semblait se continuer non-seulement avec la paroi orbitaire interne, mais encore avec les parois supérieure et inférieure. Son extrémité postérieure était située trop profondément pour qu'il fût possible de la circonscrire. La partie antérieure seule offrait une saillie mamelonnée sur laquelle on pouvait avoir prise.

M. Maisonneuve chercha d'abord à attaquer cette exostose avec la scie à molette de M. Charrière, avec celle de M. Martin, etc. ; l'étroitesse de la cavité dans laquelle il fallait manœuvrer ne permit pas de faire usage de ces instruments. On essaya alors les pinces de Liston. Mais le tissu de la tumeur était tellement dur et compacte que cet instrument, malgré les efforts les plus considérables, ne parvint même pas à l'entamer ; deux fois les pinces de Liston se brisèrent sous les efforts réunis du chirurgien et de deux aides. Une autre pince fournie par M. Charrière, qui assistait à l'opération, eut le même sort.

Convaincu qu'il ne pouvait rien obtenir des instruments sécateurs, le chirurgien envoya quérir un ciseau à froid ; puis, à l'aide de cet instrument et d'un

maillet, il chercha à buriner la tumeur. Celle-ci résistait toujours et ne se laissait point entamer; un de ses mameloos seulement, gros comme une noisette, se détacha après bien des efforts et fut lancé au loin. Ce résultat, en apparence bien minime, fut cependant la circonstance qui décida le succès.

En effet, derrière ce mamelon, la tumeur présentait une gorge ou rainure au fond de laquelle le tissu osseux avait une moindre densité. Le ciseau, violemment percuté par le marteau, finit par y pénétrer à une certaine profondeur, et bientôt le chirurgien constata que la tumeur était devenue mobile; cette mobilité toutefois était bien peu prononcée, car il fallut un examen attentif pour établir bien positivement son existence.

Un grand résultat était acquis. Cette tumeur, si réfractaire à toute tentative de section, s'était détachée en masse; elle était mobile, il semblait qu'il n'y avait presque plus rien à faire pour en opérer l'extirpation; mais de nouvelles difficultés attendaient encore l'opérateur. Cette tumeur éburnée formait du côté des fosses nasales un relief à peu près semblable à celui qu'elle présentait dans l'orbite, et ces deux portions étaient comme étranglées par une sorte d'anneau osseux formé, en haut par le frontal, en bas et en avant par l'os maxillaire supérieur et son apophyse montante. Ce n'est qu'après de longs et laborieux efforts, au moyen de leviers de toutes sortes, de daviers, etc., qu'enfin la tumeur put être extraite d'un seul bloc.

M. Maisonneuve, portant aussitôt le doigt dans l'excavation profonde produite par l'extirpation de la tumeur, constata, non sans quelque surprise, que l'intérieur de cette excavation était parfaitement lisse et tapissée par une sorte de membrane tomenteuse. Aucune communication apparente n'existait avec le sinus maxillaire, ni même avec les fosses nasales.

Pendant toute cette opération difficile, l'œil n'avait pas été un instant froissé. Les os voisins de la tumeur avaient été scrupuleusement ménagés; aussi M. Maisonneuve ne craignait-il pas, après avoir remis l'œil en place, de rapprocher par première intention les lèvres de la plaie au moyen de la suture entortillée.

L'opération tout entière avait duré une heure et demie. Le malade, soumis au chloroforme, s'était réveillé à plusieurs reprises, et plusieurs fois aussi avait été plongé de nouveau dans le sommeil anesthésique.

En lisant les détails de cette opération laborieuse, on ne peut s'empêcher de croire que de graves accidents inflammatoires ont dû se manifester soit du côté du cerveau, soit au moins dans la profondeur de la face, et surtout du côté de l'œil Il n'en a rien été. L'œil remis en position a repris immédiatement ses fonctions; ses mouvements eux-mêmes ont été parfaitement conservés. La plaie s'est réunie par première intention, et la fièvre traumatique n'a pour ainsi dire pas été sensible.

L'examen de la pièce a fait reconnaître une tumeur osseuse complètement éburnée, dont la forme générale rappelait parfaitement l'os ethmoïde. Ses dimensions étaient, pour le diamètre antéro-postérieur, 0,05; pour le diamètre transversal, 0,04; pour le diamètre vertical, 0,04. La face interne est lisse et régulière, l'externe convexe et mamelonnée. La supérieure présente en avant une excavation profonde où se voient les traces d'une rupture. C'est par là que la tumeur était soudée au frontal dans une étendue de 2 centimètres. L'antérieure est divisée verticalement par une rainure dont les bords, mamelonnés, embrassaient l'apophyse montante de l'os maxillaire. Enfin, la postérieure représentait plutôt un bord arrondi, dont le tubercule supérieur répondait au trou optique. Cette tumeur pesait 28 grammes.



Aujourd'hui, 9 août, le malade, présenté à l'Académie, est dans des conditions telles, qu'on hésite vraiment à dire de quel côté l'opération a été pratiquée. La cicatrice est imperceptible; l'œil, parfaitement semblable à l'autre, ne présente pas la moindre déviation. Il exécute tous les mouvements d'élévation, d'abaissement, d'adduction, d'abduction et de rotation; les paupières jouissent de toute leur mobilité, et les points lacrymaux fonctionnent comme dans la plus parfaite santé.



A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport sur une question de règlement.

BIBLIOGRAPHIE.

MANUEL DE PETITE CHIRURGIE, CONTENANT LES PANSEMENTS, LES BANDAGES, LES APPAREILS DE FRACTURES, LES PESSAIRES, LA VACCINATION, LES INCISIONS, LA SAIGNÉE, LES ABCÈS, LES PLAIES, LES BRULURES, LES ULCÈRES, LE CATHÉTÉRISME, ETC., ETC.; par M. JAMAIN.—Seconde édition entièrement refondue, avec 189 figures intercalées dans le texte. — Un volume in-8°. — 1853. Paris, chez Germer Baillère, libraire-éditeur, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Ce livre traite des parties les plus élémentaires, les plus *manuelles* de la chirurgie; il ne les considère qu'au point de vue utile, mais restreint, de l'application; il est écrit principalement pour les élèves: cette triple considération, si elle dispensait l'auteur d'efforts d'invention et de recherches d'érudition, exigeait en revanche de lui une patience extrême pour colliger les données d'origine si diverse qui composent un ouvrage de cette nature, et une clarté parfaite dans leur exposition. M. Jamain paraît avoir compris comme nous les qualités auxquelles le but spécial de son livre demandait que tout fût sacrifié. Partout l'abondance des détails et la lucidité des descriptions rend l'objet aussi saisissable pour le médecin novice qu'aisément reconnaissable pour le praticien instruit qui ne voudrait dans cette lecture que raviver des souvenirs d'ancienne date. C'est un mérite que nous nous plaisons à reconnaître parce qu'il était ici le plus important, et parce que nous savons tout ce qu'il a pu coûter de peine à l'auteur pour le réaliser. Quelque simples, en effet, que paraisse dans son plan une œuvre de cette espèce, elle exige, on peut le dire, sinon plus de connaissances, du moins, bien certainement, un plus grand nombre de connaissances différentes qu'un traité complet de chirurgie.

C'est en ces termes que nous jugions, il y a huit ans, la première édition du livre de M. Jamain; et nous pouvons aujourd'hui appliquer à la seconde la même appréciation sans en changer un seul terme; car c'est, à part les additions que réclamaient les progrès accomplis depuis lors, identiquement le même texte. Nous ne voudrions pas, cependant, que nos compliments fossent compris dans le sens le plus favorable, car l'exacte similitude des deux éditions, quant aux parties que comprenait la première, montre assez que l'auteur n'a guère tenu compte des défectuosités, imperfections, lacunes, qu'on lui avait indiquées. Nous avions pris soin, nous-mêmes, de lui désigner quelques-uns des passages qui, pour être plus clairs ou plus complets, eussent exigé de sa part un remaniement. Et certes, jamais critique ne fut plus légère pour le fond, plus bienveillante dans la forme!

Sans nous exagérer l'importance des remarques que nous avons eu l'occasion de lui adresser, il nous sera bien permis de regretter que M. Jamain n'en ait pris aucune en considération. Ce n'est pourtant qu'ainsi, ce n'est qu'en écoutant les diverses observations formulées par la critique aussi exempte de mauvais vouloir que d'esprit de rivalité, qu'un écrivain améliore son œuvre, l'amène par degrés au point de perfection nécessaire pour la faire figurer parmi les traités classiques.

A part ce reproche, que nous ne voudrions pas néanmoins faire plus sérieux que les sujets qui l'ont motivé, l'ouvrage, tel que nous l'avons sous les yeux, mérite les mêmes éloges, nous semble destiné à un succès aussi grand. L'auteur s'est soigneusement tenu au courant des changements et perfectionnements réalisés depuis l'époque de sa première édition dans cette branche des sciences médicales. Il a donné plus d'extension à la description des bandages et des appareils de fracture, spécialité si importante, dans l'exercice de laquelle on juge si facilement de l'aptitude d'un élève, et qui réclame si impérieusement de sa part, pour le bien-être du malade, une coopération éclairée et intelligente de l'aide.

Nous n'avons pas remarqué avec moins de satisfaction la place étendue, mais nullement excessive, qu'ont prise dans ce traité les inventions de M. Gariel, sur l'emploi chirurgical du caoutchouc vulcanisé. Bandes, appareils de fracture, agents de la compression rémittente, urinaux, pelottes herniaires, sondes rectales, vessies à tamponnement, etc. Tous les produits émanés de la fécondité de notre ingénieux confrère se trouvent ici décrits avec assez de soin pour que le lecteur puisse prendre une idée de leur utilité et reconnaître les indications variées auxquelles ils satisfont si bien. Nous nous permettrons toutefois une remarque à propos des pessaires. Le plus commode des appareils de ce genre est sans doute celui à double pelotte, dont l'une sert de réservoir pour l'air qui doit distendre celle mise en place. Mais comme ces deux pelottes, ou du moins celle destinée à rester à l'extérieur, étaient gênantes à porter pour la patiente, M. Gariel a eu l'heureuse idée de les rendre indépendantes l'une de l'autre, de telle sorte que l'extérieure, après avoir rempli son office d'insufflateur, s'enlève et est mise de côté. La simplification est précieuse, mais elle ne semble pas suffisante, et ce long tube, que la planche même de M. Jamain nous montre pendant entre les cuisses, vient encore, quoique flexible, causer plus d'un mouvement d'impatience aux malades. Cet inconvénient a été annihilé dans les pessaires *autoclëides* de M. Gillebert d'Hercourt, dont nous ne voulons pas décrire ici le mécanisme, mais qui jouissent du grand avantage de ne laisser à demeure qu'une pelotte dépourvue de tube. L'appareil est donc alors tout entier contenu dans l'intérieur du vagin, quoiqu'il puisse, comme celui de M. Gariel, dont il n'est d'ailleurs qu'un perfectionnement, s'introduire vide et se gonfler par l'insufflation, puis se dégonfler et s'enlever aisément tous les soirs.

Le collodion a également trouvé, dans cette nouvelle édition, une mention; mais, elle aurait, ce nous semble, gagné à être un peu plus détaillée. L'auteur nous dit simplement qu'il produit la réunion des plaies. Mais peut-on l'y mettre avec avantage lorsqu'elles sont déjà un peu anciennes? Faut-il en déposer une seule couche, ou plusieurs successivement? Ne convient-il pas d'en renouveler de temps en temps l'application? L'élève aurait besoin, et le lecteur a le droit d'être renseigné plus positivement sur ces différents points. — Et quant aux autres applications du collodion, pour l'occlusion des paupières, par exemple, M. Jamain se borne à dire que *interposé entre les paupières*, la couche de collodion prévient l'action de l'air sur les surfaces malades. Mais, pratiqué de cette manière, l'occlusion est définitive, ou du moins elle ne peut être enlevée sans des frictions et des tiraillements toujours pénibles, par fois compromettants pour le malade. L'auteur aurait dû, à ce sujet, faire connaître le très-ingénieux, et réellement joli petit appareil de M. Barrier, qui avec trois fils tenus appliqués par le collodion déposé *sur la face externe* de chaque paupière, rapproche ces deux voiles l'un de l'autre par un simple nœud à ganses, en gardant la faculté de les entr'ouvrir toutes les fois qu'il le juge nécessaire pour examiner l'état de l'œil, sans autre embarras que celui de dénouer, puis de renouer les fils.

Les règles à suivre pour l'emploi de l'éther et du chloroforme sont devenues, entre les mains de l'auteur, l'occasion de développements dont nous ne saurions trop approuver l'étendue. Puisque ce soin est, en général, abandonné aux élèves, au moins faut-il qu'ils deviennent assez habiles pour dispenser leurs maîtres de toute appréhension sur les conséquences de l'opération préparatoire importante qu'on leur confie. Les préceptes consignés dans cet ouvrage, empruntés aux classiques les plus sages, MM. Nélaton, Bouisson, Gosselin, sont de nature à donner autant de lumières aux élèves que de sécurité aux chirurgiens.

Enfin, un grand nombre (189) de figures intercalées dans le texte peignent à chaque instant aux yeux du lecteur ce que la description la plus minutieuse est souvent inhabile à faire nettement saisir, on servent encore à le lui rappeler ensuite d'un seul coup d'œil, dans un cas pressé, sans qu'il ait besoin de consulter de nouveau le texte.

P. DIDAY.

VARIÉTÉS.

— Le concours pour l'agrégation (section d'anatomie, de physiologie et des sciences accessoires) s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Verneuil et Segond, pour l'anatomie et la physiologie;

MM. Lecoute et Orfila, pour les sciences accessoires.

— Le docteur Berlioz, doyen du corps médical lyonnais, vient de mourir à l'âge de 85 ans.

— Le docteur Charles Worth, vice-président honoraire à l'hospice des aliénés de Lincoln (Angleterre), a succombé à une attaque d'apoplexie.

— Le gouvernement hollandais a reçu de son ministre plénipotentiaire à Stockholm, la notification officielle que le choléra règne en ce moment à Abo, Elseneur, Saint-Pétersbourg, Croustadt, Narva, Revel, Riga et Copenhague; et que les villes et les territoires suivants peuvent être considérés comme suspects d'infection : toutes les côtes de Finlande, depuis Christianstadt jusqu'aux frontières de la Russie, tous les ports russes du golfe de Finlande et de la Baltique, et les ports de la Zélande.

Par suite des progrès alarmants du choléra à Copenhague et dans les environs, des commissions ont été formées dans diverses villes du Jutland et du Schleswig, pour s'occuper des mesures hygiéniques à prendre. Les autorités militaires de Flenshourg ont pris des mesures pour faire observer les règles de l'hygiène dans les casernes et les baraquements des troupes; il a été décidé en outre qu'il n'y aurait plus d'exercice ni de corvées par les grandes chaleurs.

Une lettre de Copenhague, en date du 29 juillet, annonce que depuis la veille le choléra avait fait des progrès considérables : 346 nouveaux cas et 184 décès en un jour. Le nombre total des cas s'élevait à 4,759 et celui des décès à 2,508. Parmi les victimes, on comptait 9 médecins, dont un attaché à la maison du roi, M. Withhsen, le célèbre peintre M. d'Eckenberg, etc.

Le JOURNAL DE SAINT-PETERSBOURG annonce que le choléra fait en ce moment d'affreux ravages dans le gouvernement de Kiew et de Tolyn, et qu'il s'est montré dans la grande ville commerciale de Beryczen.

A New-York, le choléra règne aussi avec une grande intensité : du 9 au 16 juillet, on a compté 564 cas, chiffre le plus élevé qu'il y ait eu depuis longtemps.

A la Havane, il enlevait par centaines les noirs travailleurs aux sucreries : un seul planteur en avait perdu 140.

A la Verra-Cruz, l'épidémie est également en progrès.

Enfin, la fièvre jaune continue ses ravages à la Nouvelle-Orléans et à la Jamaïque.

— Le préfet de police vient d'adresser la circulaire suivante aux commissaires de police de Paris et aux maires des communes rurales :

« Messieurs, mon attention vient d'être appelée sur les graves abus et sur les accidents auxquels donne lieu l'exercice de la profession de dentiste sur la voie publique, et sur l'usage du chloroforme employé par des dentistes qui ne sont pas médecins.

» Je vous invite en conséquence, messieurs, à vous opposer à ce que tout individu prenant le titre d'opérateur dentiste se livre à l'extraction des dents et fasse usage du chloroforme sur les places publiques, les marchés, les carrefours et sur quelque point que ce soit de la voie publique de vos sections ou communes respectives, et se livre enfin à aucune pratique chirurgicale ou médicale.

» En ce qui concerne les dentistes exerçant à domicile, l'administration ne peut, en présence de la jurisprudence établie à cet égard, exiger la justification d'un diplôme d'officier de santé ou de médecin ; mais elle peut interdire à ceux qui ne sont munis d'aucun de ces titres d'administrer des remèdes ou des préparations dont l'emploi maladroitement appliqué peut entraîner de graves accidents. Je citerai notamment le chloroforme, l'éthérisation, etc.

» Je vous invite, en conséquence, à faire une notification dans ce sens aux dentistes qui ne pourront vous justifier d'aucun titre, et à vous assurer, autant qu'il sera possible, qu'ils se conforment à cette notification.

» Je recommande à tous vos soins les instructions qui précèdent.

» Recevez, etc. »

— M. Giraldès, chirurgien par interim de l'hôpital de la Charité, assistait, il y a quelques jours, à l'autopsie d'un individu qui avait succombé à un rétrécissement de l'œsophage. La pression exercée sur les branches des ciseaux, afin d'ouvrir le larynx, qui se trouvait ossifié, produisit une fracture sur l'une des lames, près de la pointe. L'extrémité acérée fut projetée avec force et alla s'enfoncer dans l'œil droit de M. Giraldès. Des accidents aigus se sont développés avec une intensité et une rapidité effrayantes. Il paraît certain que la vision sera complétement perdue de ce côté.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE GÉNÉRALE.

ALIMENTATION DU SOLDAT.

(Deuxième article.)

Au sujet d'une lecture faite par M. Poggiale, pharmacien en chef au Val-de-Grâce, dans l'une des dernières séances de l'Académie, nous avons abordé la question de l'alimentation du soldat. Après avoir exprimé la crainte que le projet de donner du pain blanc à la troupe ne fût plus brillant qu'utile, puisque le pain de munition actuel contient plus de matières azotées que le pain blanc de seconde qualité de Paris, nous avons conclu au maintien d'un pain de munition dont le blutage serait poussé plus loin qu'il ne l'est aujourd'hui. En second lieu, nous nous élevions contre l'intention qu'auraient eue certains hauts personnages de l'administration, de faire les achats non plus en grains, mais en farines, nous fondant, d'une part, sur la difficulté de s'assurer exactement et rapidement de la qualité des farines, tandis que le froment en grains est bien vite jugé; et, d'autre part, sur l'impossibilité des approvisionnements, les farines ne se conservant pas comme les grains. Enfin, nous exprimions le désir de voir le gouvernement garantir au soldat la quantité et la qualité de sa ration journalière de viande et de pain blanc dit plain de soupe, soumis à de trop grandes variations, selon la cherté des vivres et le plus ou moins de bonne foi des fournisseurs civils qui, au lieu de se faire une concurrence utile pour le consommateur, s'entendent trop souvent contre lui.

Quand nous écrivions ces lignes, le danger était réel. La haute administration militaire de Paris se range sous deux drapeaux, et cela est fort heureux dans la circonstance: les explications, les débats font gagner un temps précieux pendant lequel le *conseil de santé des armées* peut agir dans le sens que lui dictent son expérience et ses convictions scientifiques, et la presse médicale intervenir pour chercher à éclairer l'autorité sur les véritables besoins des intéressés.

Quoique nous ne soyons en rien initié aux discussions qui ont mûri la question et amené enfin la solution, nous serions fort étonné que le virement complet qui a eu lieu ne provînt pas de la pression exercée sur l'autorité administrative par l'influence médicale, prépondérante en pareil cas, moralement au moins, si ce n'est officiellement, dernier point sur lequel elle est malheureusement reléguée à un plan des plus reculés.

Oui, le changement a été complet, car presque tout ce que nous désirions a été accordé, et la plus grande partie des dangers que nous signalions a été évitée.

Dans un rapport daté du 30 juillet, mais tout récemment publié, il est proposé (et la proposition a été sanctionnée par un décret) de pousser dorénavant jusqu'à 20, au lieu de 15, le blutage du pain de munition. C'est précisément ce que nous demandions. Le surcroît de dépense que ce changement impose au budget de la guerre est d'environ 3 millions.

Nous exprimions aussi le désir que le gouvernement garantît au soldat la qualité et la quantité du pain de soupe et de la ration de viande. Or les *ordinaires* sont autorisés à prendre désormais à la manutention le pain de soupe, dont la qualité sera toujours ainsi la même et dont la quantité se trouvera indirectement garantie, son prix, inférieur à celui des boulangers (1), permettant ainsi d'atteindre toujours 250 ou même 300 grammes. Reste à savoir si ce pain sera confectionné avec les soins convenables, sera toujours cuit à point, de manière à remplir les conditions nécessaires à cette destination. Mais ceci n'est qu'une affaire de surveillance; on peut arriver au résultat voulu. On sait que tel pain qui constitue un bon aliment, consommé pendant le repas, est détestable dans la soupe; tel est, par exemple, l'ancien pain de munition.

Qu'on trouve moyen de fournir au soldat sa ration de viande à un prix plus modéré que celui des bouchers, et bientôt, grâce aux quelques centimes économisés, ici sur le pain de soupe, là sur la viande, on pourra réaliser ce vœu émis par le conseil de santé des armées : rompre la monotonie du blasant régime du soldat, consistant chaque jour dans une soupe et un bouilli le matin, dans une soupe et un bouilli le soir; lui donner quelquefois d'autres aliments sains, nutritifs et peu coûteux, par exemple des ragoûts avec légumes, de la morue, etc., etc. Grâce à la variété de régime, on évite non-seulement le dégoût, mais on parvient à des résultats nutritifs plus considérables avec la même quantité de matières alimentaires; l'homme profite, l'État ne se grève point.

Les abattoirs militaires, tels que ceux d'Algérie, de Rome, etc., et les achats directs des bestiaux par l'administration, permettraient certainement de fournir au soldat de meilleure viande et à moindre prix. On a fait un essai de ce genre au camp de Satory ; nous ne savons quels ont été ses résultats. Mais il ne serait point sage de rendre l'État fournisseur de la viande destinée à toute l'armée, si les intermédiaires devaient rester organisés comme ils le sont.

On remarquera dans le rapport fait au chef de l'État la phrase suivante: que les modifications devront être opérées « sans affaiblir la sécurité que présentent la répartition et le mode d'entretien des approvisionnements. » Il nous est bien permis de voir dans ces lignes la consécration des approvisionnements par l'achat des blés et le rejet de l'achat des farines. C'est encore ce que nous demandions.

Toutes ces questions paraîtront peut-être, au premier abord, de simples détails intéressant une classe restreinte; mais si l'on réfléchit qu'il ne s'agit pas ici de moins de quatre à cinq cent mille hommes, on reconnaîtra bientôt que nous sommes plutôt dans le domaine de l'hygiène publique que dans celui de l'hygiène privée.

Voici une autre question relative à l'alimentation du soldat, non plus valide, mais malade, question qu'on dit définitivement résolue, et pour la solution de laquelle la science n'a pas été assez consultée. Un beau jour, un comptable, je crois, d'un hôpital militaire du Nord, si je ne me trompe, eut le bonheur de prouver qu'avec beaucoup moins de viande dans la marmite de l'hôpital, il obtenait d'aussi bon, que dis-je? de meilleur bouillon, grâce à une cuisson douce et prolongée et à d'autres précautions sans doute encore. Cette idée vaut de l'or; aussi, immédiatement, la haute administration d'ordonner des essais qui, dit-on, vont passer ou sont déjà passés du provisoire au définitif. Malheureusement, quand la qualité d'un bouillon tient à des soins, sinon bien délicats, du moins assidus, elle est bien inconstante et précaire : quatre cuisinières obtiendront quatre bouillons différents avec les mêmes quantités de matières alimentaires, de condiments, de bois, et

(1) 28 centimes le kilogr. au lieu de 37, prix payé actuellement à Paris par les *ordinaires*.

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XX.

CIVITA-VECCHIA. — 1° TOPOGRAPHIE MÉDICALE.

A M. Baudens, inspecteur médical, membre du conseil de santé des armées.

(Suite et fin.)

A Civita-Vecchia, la température est beaucoup plus égale qu'à Rome, soit qu'on la considère dans l'espace d'une année, soit dans un nycthémère. La moyenne hivernale est plus élevée de 3°, la moyenne estivale plus basse de 2° à 3°. Ce bénéfice est dû au voisinage de la grande nappe méditerranéenne, qui réchauffe l'atmosphère en hiver, et la rafraîchit en été (1).

Cette égalité de température existe également dans le cours de chaque nycthémère, ainsi que nous l'avons dit. On peut s'en assurer par le tableau suivant, où les mesures sont prises à l'aide du thermomètre centigrade.

(1) Il y a les mêmes différences météorologiques, à peu près, entre les maremmes du littoral toscan et Florence, qu'entre la côte de Civita-Vecchia et Rome. (Salvagnoli Marchetti, STATISTICA MEDICA DELLE MAREMME TOSCANE.)

	Août. 2e quinzaine.	Septemb.	Octobre. 1re quinzaine.
Oscillation thermom. nycthémérale moyenne.	6,00	8,00	7,50
— — — maxima. .	11,00	11,00	10,50
— — — minima. .	2,00	2,00	2,00
Température moyenne.	24,50	22,50	18,50
— maxima	30,00	29,00	25,00
— minima	19,00	16,00	12,00

N'ayant pas de thermomètre à minima, nous avons fait nos observations tous les jours vers quatre heures et demie du matin, de sorte que le point le plus bas de la colonne thermométrique n'a peut-être pas toujours été saisi, et que, autre conséquence importante, la température moyenne de chaque mois, extraite de la moyenne des maxima et des minima absolus, est probablement trop élevée. Nous avons dû indiquer ces causes d'erreur.

Les registres de l'Observatoire romain, de 1843 à 1850, donnent les résultats suivants :

	Température moyenne centigr.	Oscillation nycthémérale moyenne centigr.
Juillet.	23,72	12,09
Août.	22,92	12,00
Septembre. . . .	20,36	11,31
Octobre	16,91	10,65

dans le même temps. On ne saurait en exiger davantage des infirmiers coisiniers, qui ne portent point le cordon bleu, et ne sont pas doués de la patience féminine.

Cela est si vrai que, hors de cet hôpital du Nord, on ne semblerait pas avoir été aussi heureux : on aurait tout bonnement trouvé, les médecins désintéressés du moins, que plus on rognait la quantité de viande, plus le bouillon était clair. Dans un hôpital de Paris, que nous visitions au moins deux fois par semaine, nous avons pu nous assurer de la réalité de ces faits. Faudrait-il supposer que l'attentive cuisinière du Nord, avec un flegme vraiment flamand, couchait sur l'âtre, veillait au pot, réprimant les bouillonnements impétueux, écumant à point, salant avec mesure, mettant la carotte à temps, et que ces collègues ne se soucient point d'une telle besogne? Nous ne saurions la blâmer; aucun soin n'est petit, quand on parvient à de grands résultats.

Mais ce n'est point dans la difficulté d'obtenir des soins toujours soutenus, toujours pareils, que réside le vice principal de l'imaginaire amélioration qu'on a révée. Vous avez beau dire et beau faire, quand un morceau de viande contenant, je suppose, cent parties de matières assimilables, en aura cédé quarante au bouillon, il serait moins nutritif que s'il n'en avait donné que vingt ou trente. Ce qu'on gagne d'un côté, on le perd de l'autre. Le malade en pâtira donc, puisqu'il ne recevra pas davantage de viande, et que celle-ci sera bien plus dépouillée de ses principes nutritifs, que sous le règne de l'ancien système. Le raisonnement n'est poict malaisé; chacun peut le faire.

Il est juste de dire que, par une sorte de large compensation, l'administration vient d'introduire tout récemment, dans le régime des hôpitaux, de très-importantes et utiles améliorations, dont bénéficieront surtout les hommes soumis à une diète sévère. Mais si en donnant d'une main elle n'avait pas un peu retiré de l'autre, cela n'eût-il pas mieux valu, et pour elle-même et pour tous?

Le laboratoire du Val-de-Grâce, qui a si heureusement analysé les eaux et les pains de munition à l'usage de la troupe, nous semblerait remplir une utile mission en appréciant chimiquement les qualités nutritives du bouilli, avant et après l'adoption de la nouvelle mesure, et en demandant à l'expérimentation physiologique la sanction des données chimiques, comme cela a été si heureusement fait à propos du son.

FÉLIX JACQUOT.

ANATOMIE.

RECHERCHES SUR LES GLANDES DES PAUPIÈRES (mémoire lu à la Société de biologie); par M. le docteur SAPPEY, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

2° GLANDES MUQUEUSES OU SOUS-CONJONCTIVALES.

Ces glandes, situées immédiatement au-dessous de la conjonctive, sont visibles à l'œil nu sans préparation préalable; mais on les distingue beaucoup mieux lorsque les paupières ont macéré quelque temps dans l'acide acétique. Elles occupent l'angle que forme la conjonctive en se réfléchissant des paupières sur le globe de l'œil; c'est surtout dans la moitié interne de cet angle de réflexion qu'on les trouve, d'où il suit qu'elles sont disposées sur une ligne courbe dont la concavité regarde en dehors.

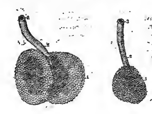
Le nombre des glandes sous-conjonctivales varie beaucoup suivant les individus. Chez quelques sujets, je n'ai pu en compter que huit à dix; chez d'autres, j'en ai rencontré jusqu'à vingt ou vingt-cinq. Dans ce dernier cas, elles sont beaucoup plus apparentes, parce qu'elles sont plus rapprochées les unes des autres, et se présentent alors sous l'aspect d'une petite traînée qui se détache par sa couleur grise sur le fond transparent de la conjonctive.

La plupart ne dépassent pas dans leurs plus grandes dimensions un quart ou un cinquième de millimètre; d'autres sont plus petites et ne deviennent visibles qu'à un grossissement de 15 ou 20 diamètres; mais il n'est pas rare d'en rencontrer qui offrent jusqu'à un demi-millimètre d'épaisseur.

Leur forme est en général arrondie; le plus fréquemment elles se montrent isolées et indépendantes les unes des autres; quelquefois elles s'unissent deux à deux et prennent alors un aspect bilobé.

FIG. 4.

Glandes muqueuses ou sous-conjonctivales des paupières.



Vues au microscope, à un grossissement de 20 ou 25 diamètres, ces glandes présentent une structure tout à fait semblable à celle des glandules mucipares situées à la base de la langue. Leur aspect est également identique à celui des lobules qui composent chez les mammifères la glande de Harder. Celle-ci, on le sait, repose sur le côté interne du globe oculaire, en arrière de la caroncule lacrymale; ses conduits excréteurs que j'ai injectés sur le mouton et sur le bœuf viennent s'ouvrir au côté interne du pli qui a été considéré chez ces animaux comme une troisième paupière à l'état rudimentaire. Or il est digne de remarque que parmi les animaux dont la conjonctive est recouverte d'une couche de mucus, les uns ne possèdent pour organe sécréteur de ce mucus qu'un seul corps glanduleux, la *glande de Harder*, tandis que d'autres possèdent, indépendamment de cette glande principale, des glandules mucipares irrégulièrement disséminées dans le tissu cellulaire sous-conjonctival. Ces dernières sont les seules qu'on observe dans l'espèce humaine. L'homme par conséquent n'est pas privé de

---

Ou bien la cause d'erreur que nous avons indiquée a eu une influence considérable, ou en 1850 l'été a été plus chaud à Civita qu'à Rome; car la moyenne de chaque mois est supérieure de près de 2 degrés dans la première localité. Cette dernière supposition est très-admissible, et expliquerait la gravité vraiment insolite de l'endémo-épidémie de Civita-Vecchia en 1850.

Maintenant que le territoire et la météorologie de Civita-Vecchia nous sont connus, un mot sur la ville elle-même.

Le port de Civita est formé par deux jetées qui, partant de la terre, s'avancent au large. Sur l'étroite jetée du nord est bâti le lazaret, tandis que la citadelle, appelée aussi fort Michel-Ange, s'élève à l'origine de celle du sud. Une autre jetée, l'*ante-murale*, surmontée d'un phare, s'étend entre les deux extrémités libres des premières, laissant une passe entre elle et chacune de celles-ci. Le port est salubre, aéré, les eaux s'y renouvellent facilement. Un point seulement laisse à désirer, c'est l'angle qui se trouve entre la *Santé* et la petite porte du quai; les eaux y sont basses, les algues s'y accumulent, et un égout y vomit des résidus fermentescibles qu'agitent sans cesse des myriades de petits poissons attirés par cet appât. Dans le port, entre le lazaret et le palais des papes, s'ouvre par un goulot étroit le bassin appelé Darsena, darse. Des murs élevés l'entourent, empêchent les courants d'air de brasser son atmosphère, concentrent l'humidité et s'opposent aux rayons solaires. L'eau de la *Darsena* n'a pas non plus la transparence de celle du port. C'est là qu'est situé le bagne, où sont enfermés 1,400 à 1,500 forçats. Le scorbut et les fièvres putrides y ont fait quelques apparitions, devenues plus rares aujourd'hui.

Les rues neuves de Civita sont larges, renflées par des places, embellies par des palais; les autres, notamment l'artère principale, sont étroites, humides. L'enceinte fortifiée est trop resserrée, malgré l'extension qu'on lui a donnée en joignant le saillant de deux bastions, opération qui a nui à la défense, mais a permis de construire le nouveau quartier dit Guetto. Pour loger la population exubérante, il a fallu gagner en hauteur ce qu'on ne pouvait prendre en superficie; aussi voit-on des maisons de cinq étages. La hauteur des constructions fait paraître les rues plus étroites encore et empêche le renouvellement de l'air. Les logements sont fort rares à Civita pour les étrangers, et les habitants peu aisés s'accumulent par familles dans d'étroites pièces. La malpropreté exagère encore ces vices dans l'hygiène; les rues sont médiocrement propres, mais les escaliers des maisons sont surtout de véritables fumiers. Les appartements laissent aussi à désirer, et les personnes bien plus encore.

L'eau douce n'est pas en rapport avec les besoins de la ville. Les vaisseaux dont l'équipage est nombreux, sont quelquefois obligés d'aller chercher une aiguade à quelques lieues plus loin. Un vieil aqueduc de Trajan, restauré et presque refait par le pape Clément XI, amène de la montagne une eau d'assez médiocre qualité. Elle n'a pas cette saveur fraîche, légèrement piquante, qu'on trouve à beaucoup des eaux consommées à Rome. Elle est un peu lourde et a quelque chose de sirupeux, de sorte qu'agitée et tournoyant dans un verre, elle laisse une mince couche qui persiste quelques instants sur les parois, au lieu de retomber immédiatement au fond du vase. En une nuit d'été, cette eau prend souvent une odeur repoussante, à cause de la quantité de matières végéto-animales qu'elle contient. Elle ne dissout pas non plus parfaitement le savon.

Des égouts solides et suffisamment multipliés courent sous la ville. L'abattoir

la glande de Harder, ainsi qu'on l'a pensé jusqu'à présent. Cette glande existe chez lui comme chez les autres mammifères; seulement elle se présente sous une forme différente qui a fait méconnaître et son existence et sa nature; les lobules qui la constituent, au lieu de se trouver reliés en un seul organe, sont isolés et comme semés sur une large surface; au lieu de s'ouvrir sur cette surface par un ou deux orifices seulement, ils s'ouvrent par douze, quinze ou vingt pertuis; au lieu d'être très-nombreux et très-développés, ils sont rares et rudimentaires. Mais que les lobules qui composent la glande de Harder soient rassemblés ou dissociés, que leur volume soit plus ou moins accusé, qu'importe! ne voyons-nous pas les organes les plus identiques se fragmenter souvent et se modifier jusqu'à l'infini dans leur configuration extérieure en passant d'une espèce animale à une autre espèce? Le fait capital ici, c'est l'existence de ces lobules et la parfaite analogie de structure qu'ils présentent dans l'un et l'autre cas.

Concluons donc que la glande de Harder appartient à la fois à l'homme et aux animaux, à l'homme sous une forme fragmentée et rudimentaire, aux animaux sous la forme d'une glande acineuse plus ou moins développée.

B. — Glandes palpébrales dépendantes de la peau.

Deux espèces de glandes sont annexées à la peau des paupières, des glandes sudorifères et des glandes sébacées.

Les glandes sudorifères se présentent dans les voiles palpébraux avec les caractères qu'elles offrent dans toutes les autres parties de l'enveloppe cutanée. Elles m'ont paru cependant un peu moins nombreuses, surtout au voisinage des cils; j'ajouterai qu'elles se trouvent logées, non dans l'épaisseur de la peau, ainsi qu'on l'observe sur un grand nombre de régions, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire entre la peau et le muscle orbiculaire.

Les glandes sébacées des paupières sont peu développées. Toutes ou presques toutes viennent s'aboucher dans les follicules pileux dont elles constituent une dépendance. Par leur situation, leur forme, leurs connexions, elles ne diffèrent pas des glandes pilifères. Les follicules pileux sur les parois desquels ces glandes viennent s'ouvrir sont remarquables par la dilatation et les dimensions de leur cavité, très supérieures au volume du poil de duvet qui l'occupe. Entre la surface de ce poil et les parois de la cavité du follicule, il existe un liquide onctueux semblable ou analogue à celui que sécrète la glande pilifère.

Lorsqu'une tumeur enkystée se développe au-dessous de la couche cutanée des paupières, ce sont très-vraisemblablement ces follicules qui en deviennent le siége et non les petites glandes sébacées qui en dépendent. L'anatomie pathologique n'a-t-elle pas démontré, en effet, que les loupes ou kystes des paupières renferment très-fréquemment des poils? Non-seulement ceux-ci ont été rencontrés dans les kystes palpébraux, mais on les y rencontre quelquefois en grand nombre. La substance contenue dans les tumeurs enkystées des paupières diffère souvent, il est vrai, de la matière sébacée; c'est ce qu'on observe surtout dans les tumeurs un peu volumineuses et dans les tumeurs anciennes. Or remarquons que dans ces deux cas les parois du follicule qui a été le point de départ de la tumeur sont notablement modifiées; nous ne saurions nous étonner par conséquent que le produit sécrété par ces parois le soit aussi. Ajoutons que les poils de duvet qui végètent à la surface des paupières sont très-nombreux, et que cette multiplicité des follicules pileux se trouve en rapport avec la fréquence des kystes palpébraux. Ce serait donc à tort que le siége de ces kystes a été placé jusqu'à présent dans les glandes sébacées des paupières qui sont à la fois et peu nombreuses et peu développées. Ces kystes, dans la très-grande majorité des cas, paraissent être constitués uniquement par les follicules pileux.

C. — Glandes situées sur le pourtour de l'orifice palpébral.

Ces glandes sont extrêmement multipliées. Toutes sécrètent une matière sébacée, et semblent ainsi former une seule et même famille. Cependant elles diffèrent beaucoup par leur siége et leur conformation. Considérées sous ce double point de vue, elles se partagent en trois groupes bien distincts : celles qui occupent l'épaisseur des cartilages tarses ou ***glandes de Meibomius***, celles qui sont annexées aux follicules des cils ou ***glandes ciliaires***, et enfin celles qui composent la caroncule lacrymale.

1° Glandes de Meibomius.

Les glandes de Meibomius, un peu plus rapprochées de la face postérieure que de la face antérieure des cartilages tarses, ne sont pas également nombreuses pour les deux paupières; leur nombre varie de 25 à 30 pour la paupière supérieure, et de 20 à 25 pour la paupière inférieure. La plupart suivent une direction perpendiculaire au bord libre des voiles palpébraux, et marchent en ligne droite par conséquent. Toutefois, dans le cartilage tarse supérieur, on en remarque plusieurs qui s'écartent de ce trajet rectiligne : quelques-unes décrivent de légères flexuosités; d'autres suivent d'abord une direction ascendante, puis se réfléchissent pour se porter verticalement en bas; d'autres marchent parallèlement au bord adhérent du cartilage, passent sur le sommet de plusieurs glandes, se courbent ensuite à angle droit ou à angle obtus, et descendent perpendiculairement vers le bord libre de la paupière. Toutes viennent s'ouvrir sur la lèvre postérieure de ce bord libre par un orifice bien apparent à travers lequel on peut facilement exprimer une partie du produit onctueux qu'elles renferment.

Ces glandes ont été considérées jusqu'à présent comme des follicules agrégés; une étude plus attentive de leur structure démontre qu'elles doivent être classées parmi les glandes en grappe. Sur les côtés du canal excréteur qui les parcourent dans toute leur longueur, on observe en effet, non de simples follicules s'ouvrant directement dans la cavité de celui-ci, mais des groupes de follicules qui s'ouvrent dans le conduit principal par autant de conduits accessoires, de telle sorte que chacun de ces groupes représente un petit lobe. Pour bien distinguer ces lobes, il convient de laisser macérer pendant quelques jours les cartilages tarses dans une solution d'acide acétique. Si on les examine alors avec une loupe, on réussira facilement à constater : 1° que leur nombre s'élève à 30 ou 40 pour les glandes de moyenne longueur; 2° qu'ils sont échelonnés à droite et à gauche du canal central, sans affecter cependant une grande régularité; 3° qu'ils n'offrent pas un égal développement : les uns sont simples et les autres composés.

Les lobes simples sont des agglomérations d'utricules groupées autour d'un petit conduit qui reçoit le produit de leur sécrétion et qui le dépose ensuite dans le conduit principal.

Les lobes composés sont formés de lobules constitués eux-mêmes par des groupes d'utricules; seulement les conduits excréteurs partis de ces lo-

---

et le Campo-Santo (cimetière) sont hors des murs, au nord de Civita-Vecchia.

On compte deux hôpitaux romains à Civita-Vecchia : l'un, destiné aux femmes, contient trente lits; l'autre, qui reçoit les hommes, civils et militaires, peut loger 300 malades. Dans le premier (Orsi cité par M. Dusourd), la mortalité a été, pendant dix ans, de 5 p. 100, et dans le second de 4 1/16. La mortalité à l'hôpital du bagne serait la même qu'à l'hôpital des hommes. Notre hôpital militaire a occupé jusqu'en 1851 le *Quartierone*, fort belle caserne que nous avons dû céder à la troupe à cette époque. Le soldat valide y a gagné beaucoup; on peut mettre 900 hommes dans le *Quartierone*. Auparavant, la troupe était disséminée sur plusieurs stations, dont quelques-unes, notamment près de la *Chiesa della Morte* (1), laissaient à désirer pour la salubrité. Mais le soldat malade a beaucoup perdu, par sa translation dans l'aile de l'hôpital civil destinée autrefois aux militaires romains. Ce bâtiment présente les inconvénients qui suivent : situation à la périphérie de la ville, dans une région moins saine que celle du Quartierone; voisinage des terres du rempart dont il n'est séparé que par une étroite tranchée; humidité provenant de ce voisinage et d'un lavoir public mal entretenu; salles du premier obscures et sans air; les salles du second sont belles; un bout de rempart a été converti en promenoir, avantage que n'offrait pas le premier hôpital.

(1) L'insalubrité de cette caserne, qui a fourni les cas les plus nombreux et les plus graves, était peut-être temporaire, et aurait tenu alors à ce que les fenêtres manquaient de châssis et de vitres.

La salubrité de Civita-Vecchia doit être considérée à un double point de vue : sous le rapport des fièvres endémo-épidémiques palustres et sous celui des autres affections.

Les premières atteignent surtout la périphérie de la ville, du côté de la terre; la face septentrionale est aussi fiévreuse que la face méridionale. L'insalubrité de la périphérie est un fait acquis à l'histoire médicale; en voici un nouvel exemple frappant. Au sud et en dehors de la ville, à cent pas du rempart, existe une maison spacieuse dont les jardins servent d'entrepôt du charbon; en peu d'années, le père, la mère et quatre enfants y sont morts de la fièvre. De l'autre côté du rempart, dans la ville, l'insalubrité est incomparablement moindre. L'ermite qui dessert la chapelle de François de Paule, à un mille de Civita, près de la villa Guglielmotti, n'échappe à la fièvre qu'à la condition de venir coucher chaque nuit en ville, pendant la saison d'été et d'automne.

Les quelques fermes et villas situées autour de Civita cessent d'être habitables à la fin de juillet; il n'y reste que le nombre d'hommes strictement nécessaire pour les besoins les plus urgents des cultures et de l'habitation. Ces malheureux, en proie à des rechutes de fièvre qui se reproduisent à courts intervalles, ne peuvent travailler la moitié du temps; au bout de quelques années, ils deviennent pourtant plus réfractaires aux miasmes, mais leur constitution reste profondément modifiée et altérée.

Beaucoup de campagnards finissent par être si intimement imprégnés par le poison paludéen, leurs liquides sont tellement modifiés, leurs organes si lésés dans leur jeu et dans leur texture, que leur vie n'est plus qu'une longue maladie et une perpétuelle souffrance. En mars, avril et mai, époque la plus

bules, au lieu d'aller s'ouvrir directement dans le canal central, se réunissent entre eux pour donner naissance à un tronc ule qui vient s'aboucher ensuite dans ce canal. C'est surtout à l'origine des glandes de Meibomius, c'est-à-dire au voisinage du bord adhérent du cartilage tarse de la paupière supérieure qu'on observe ces lobes composés. Les glandes qui répondent à la partie moyenne du cartilage présentent presque constamment à leur origine trois ou quatre de ces lobes qui leur donnent un aspect tout à fait identique à celui d'une grappe.

FIG. 5.
Glandes de Meibomius vues à un grossissement de sept diamètres.

FIG. 6.
Glande ciliaire vue à un grossissement de vingt-cinq diamètres.



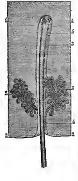


FIG. 5.
Glandes de Meibomius vues à un grossissement de sept diamètres.

1, 1, bord libre de la paupière. — 2, 2, lèvre antérieure de ce bord traversée par les cils. — 3, 3, lèvre postérieure du même bord sur laquelle on observe l'embouchure des glandes de Meibomius. — 4, l'une de ces glandes passant obliquement sur le sommet de deux autres et descendant ensuite vers le bord libre. — 5, une autre glande se portant d'abord verticalement en haut et se réfléchissant ensuite pour se diriger verticalement en bas. — 6, 6, deux glandes offrant à leur origine une forme en grappe très-accusée. — 7, une glande de petite dimension. — 8, glande de dimension moyenne.

FIG. 6.
Glandes ciliaires vues à un grossissement de vingt-cinq diamètres.

1, 1, trame cellulense sur laquelle repose la base des cils. — 2, 2, bord libre de la paupière. — 3, racine du cil. — 4, follicule de ce cil. — 5, 5, glandes ciliaires s'ouvrant dans ce follicule, au voisinage de son extrémité libre.

2° GLANDES CILIAIRES.

Les glandes annexées aux follicules des cils peuvent être distinguées à l'œil nu, malgré leur extrême petitesse; mais leur volume devient plus apparent après une immersion de quelques jours dans l'acide acétique. Elles sont plus manifestes chez certains animaux, dans le bœuf et le mouton, par exemple, non-seulement parce que leurs dimensions sont un peu plus considérables, mais surtout parce qu'elles offrent une couleur d'un jaune vif qui contraste avec la couleur blanche du tissu cellulaire.

Deux glandes ciliaires sont attachées à chaque follicule ; et comme ceux-ci, ou, ce qui revient au même, comme les cils existent sur le bord libre des paupières en nombre variable de 60 à 130, 140 et même 150, on voit, en prenant le chiffre 100 pour terme moyen, que la lèvre antérieure de l'ouverture palpébrale est munie de 400 glandes environ.

Vues à l'œil nu, ces glandes ne sont manifestement, chez le bœuf, qu'une agglomération de 7 à 8 acini, groupés autour d'une cavité centrale jouant le rôle de canal excréteur. Chez l'homme, elles offrent la même structure ; mais leur acini qui les composent étant plus petits, on ne peut les apercevoir qu'à l'aide d'une loupe; on les voit surtout très-bien à un grossissement de 20 à 25 diamètres.

C'est en général sur un point assez rapproché de l'extrémité libre des follicules des cils que ces glandes viennent s'ouvrir. Le produit qu'elles sécrètent est une matière sébacée, analogue à celle qui s'échappe des glandes de Meibomius, dont elles se rapprochent ainsi par leurs fonctions, bien qu'elles en diffèrent beaucoup par leur forme. Ce produit, en arrivant au dehors, se dépose autour des cils, en formant une petite couronne à leur base ; lorsqu'il est sécrété en plus grande abondance, comme on l'observe dans la blépharite ciliaire, si fréquente chez les enfants scrofuleux, il se concrète sous la forme d'un petit anneau jaunâtre ; tant que cette sécrétion morbide reste modérée, les anneaux qui entourent la base de chaque cil se montrent indépendants, et il n'existe pas encore de croûtes sur le bord libre des paupières; mais si elle acquiert plus d'activité, tous ces petits anneaux, d'abord à peine visibles, s'étendent, puis se touchent par leur circonférence, finissent par se confondre et donnent ainsi naissance à ces croûtes molles ou demi-molles qui recouvrent toute ou presque toute la partie antérieure de l'ouverture palpébrale. C'est donc bien à tort que les auteurs ont placé jusqu'à présent le point de départ de la chassie dans les glandes de Meibomius. Ces dernières ne prennent qu'une très-faible part à la formation de ce produit morbide, dont il importait de montrer aux pathologistes les véritables sources; car, mieux éclairés sur le siége réel du mal, on peut espérer que les agents thérapeutiques dont ils disposent prendront entre leurs mains une efficacité moins douteuse.

3° CARONCULE LACRYMALE.

La caroncule lacrymale est un petit corps glanduleux, de forme ovale ou triangulaire, situé dans le grand angle de l'œil, et remarquable par les poils extrêmement fins qui hérissent sa surface. Ce petit corps se compose de 10 à 12 ou 15 glandes sébacées pressées les unes contre les autres et s'ouvrant au dehors par autant d'orifices indépendants. Chacune est formée d'un nombre variable de follicules, à forme plus ou moins allongée, et renflée à leur origine.

éloignée de l'endémo-épidémie passée, nous avons encore rencontré, par les campagnes, des espèces de spectres qui se traînaient tremblants pour chercher un rayon de soleil; leur teint anémique et jaune, leur maigreur, leur ventre proéminent et la gracilité de leurs membres, disaient assez qu'ils étaient frappés par cette cachexie paludéenne presque incurable qui ne finit guère que dans la tombe ou par l'émigration dans un autre climat.

On peut vérifier à Civita-Vecchia cette loi, qu'il faut une certaine altitude pour garantir une localité des miasmes de la plaine ou du rivage. Sur une colline de peu d'altitude, mais tournée vers la mer, à un mille à peu près de Civita, est bâti le couvent des capucins. Il est si insalubre que les religieux sont obligés de le quitter à l'approche de l'endémo-épidémie, pour venir occuper le petit couvent du lazaret. En 1755, d'après Torraca, douze capucins ayant passé l'été dans le grand couvent, ont tous eu la fièvre.

La Talfa et Allumiera, bourgs situés dans la montagne, à plusieurs centaines de mètres d'altitude, sont préservés de l'endémo-épidémie.

L'endémo-épidémie, au dire des habitants et des médecins du pays, et d'après notre propre expérience, suit à peu près la même marche chaque année. Son maximum de gravité arrive lors des premières pluies de la fin de l'été. L'abondance des rosées favorise également le dégagement miasmatique. L'année 1850, dont nous allons tracer l'histoire, n'a, sauf peut-être son intensité et son maximum un peu tardif, pas fait exception à la règle; c'est dans les dix premiers jours d'octobre qu'il faut placer l'apogée des fièvres pendant cette année. En Algérie, les fièvres pernicieuses sont également nombreuses, et surtout extrêmement graves en septembre et octobre (Cas. Broussais, Bertherand, Sonrier et Jacquot, etc., etc.). Ces faits s'expliquent très-facilement par l'étiologie miasmatique; ces pluies et ces rosées détrempent la terre, à une époque où la chaleur est encore assez vive pour activer les élaborations qui se passent sur la terre et dans son sein. L'hypothèse météorologique n'a, au contraire, rien à faire ici.

Il n'est pas facile de comparer rigoureusement Civita-Vecchia à Rome, sous le rapport de l'intensité de l'endémo-épidémie. Certes on ne rencontre pas dans l'enceinte de Civita, habitée sur tous les points, des régions aussi insalubres que certains quartiers qui, pour être dans les murs de Rome, n'en sont pas moins presque déserts; mais, d'autre part, je ne pense pas qu'il existe, dans n'importe quel endroit de Civita, une presque immunité pareille à celle dont on peut se flatter dans quelques lieux privilégiés de Rome. Aussi l'adage suivant a-t-il cours à Civita : Jusqu'en août et septembre, une bonne habitation et un sage régime préservent de la fièvre ; mais à partir de cette époque, personne ne peut se flatter d'y échapper. Somme toute, et en tirant une sorte de moyenne de salubrité, on peut, je crois, avancer que Civita-Vecchia est moins insalubre que la capitale. Cependant, d'après les statistiques officielles que M. Philippe, chirurgien-major à l'hôpital militaire de Civita-Vecchia, a eu l'obligeance de compulser pour nous, la mortalité, de 1841 à 1851, aurait été de 2,71 p. 100, tandis que, d'après monseigneur Morichini (1), à Rome, de 1831 à 1841, elle n'aurait atteint que 2,68 p. 100. Il est nécessaire de faire remarquer que les périodes d'observation ne sont

(1) Morichini, DEGLI INSTITUTI DI CARITA PUBBLICA IN ROMA, etc. 2 vol. in-8°. Rome, 1842.

Tous les follicules d'une même glandule convergent vers l'extrémité libre d'un follicule pileux et s'ouvrent dans la cavité de celui-ci, au niveau de son embouchure. Les glandules de la caroncule lacrymale offrent ainsi la plus grande analogie avec les glandes ciliaires. Comme ces dernières, elles sécrètent une substance grasse ; comme elles, elles sont constituées par un nombre variable d'acini ; comme elles aussi, elles s'abouchent dans un follicule pileux au voisinage de son embouchure. Seulement le follicule pileux et les glandules qui en dépendent affectent ici un développement inverse : sur le bord libre des paupières, le follicule pileux est très-développé et les glandules qui en forment une dépendance le sont très-peu ; dans la caroncule lacrymale, les follicules pileux sont au contraire rudimentaires et les glandules très-accusées ; d'un côté, c'est le cil qui constitue l'organe principal ; de l'autre, c'est l'organe sécréteur ; mais, de part et d'autre, l'organe considéré dans son ensemble reste le même ; il se modifie seulement suivant la destination qu'il est appelé à remplir, et conformément à ce fait général qui a reçu le nom de loi du balancement des organes.

La caroncule lacrymale, les glandes ciliaires et les glandes de Meibomius sont donc trois ordres de glandes sébacées ; les glandes ciliaires et les glandes de Meibomius forment sur le bord libre des paupières une double série linéaire que la caroncule relie l'une à l'autre de manière à former sur l'ouverture palpébrale deux anneaux glanduleux qu'on peut distinguer d'après leur situation relative en postérieur et antérieur. *L'anneau glanduleux postérieur*, bien que constitué par des glandes très-développées, ne présente en général que des affections légères ; *l'anneau glanduleux antérieur*, constitué par des glandes rudimentaires, est au contraire le siége de maladies à la fois plus fréquentes et plus graves. A quelle cause se rattache cette fâcheuse prédisposition ? Probablement à la différence de structure des deux anneaux glanduleux ; l'antérieur, situé au-dessous de la peau, reçoit un très-grand nombre de filets nerveux ; les artères palpébrales le côtoient dans toute son étendue, et lui abandonnent chemin faisant un très-grand nombre de ramuscules qui s'épanouissent en pinceau ou en aigrette sur les follicules des cils et sur les glandes ciliaires. L'anneau glanduleux postérieur, composé des glandes de Meibomius, ne paraît pas recevoir de filets nerveux ; ces glandes reçoivent quelques ramuscules artériels, mais beaucoup moins comparativement que les glandes ciliaires ; d'un côté, nous trouvons donc une exquise sensibilité et une extrême vascularité ; de l'autre, une sensibilité presque nulle et une vascularité moyenne ; or l'observation a depuis longtemps établi que les organes les plus sensibles et les plus vasculaires sont aussi les plus prédisposés à l'irritation et aux affections de tous genres ; ajoutons que si les glandes ciliaires sont beaucoup moins développées que celles de Meibomius, elles sont beaucoup plus multipliées, et que cette supériorité de nombre compense jusqu'à un certain point l'infériorité de leur volume.

FIG. 7. Caroncule lacrymale.



FIG. 8. Cette même caroncule vue à un grossissement de six diamètres.

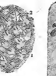


FIG. 9. Cinq glandules de cette caroncule vues à un grossissement de vingt diamètres.



FIG. 7, 8, 9.

Caroncule lacrymale et glandules qui la composent.

FIG. 7. — 1, caroncule lacrymale. — 2, repli semi lunaire de la conjonctive. — 3, 3, points lacrymaux. — 4, 4, relief extérieur des conduits lacrymaux.

FIG. 8. — *Glandules de la caroncule vues à un grossissement de 7 diamètres.* — 1, 1, ces différentes glandules disséminées dans une trame celluleuse. — 2, 2, 2, poils qui surmontent ces glandules.

FIG. 9. — *Cinq glandules de la caroncule vues à un grossissement de 20 diamètres.* — 1, follicule pileux. — 2, poil contenu dans ce follicule. — 3, 3, 3, follicules sébacés convergeant autour de ce même follicule pileux et s'ouvrant dans sa cavité, au niveau de son embouchure.

DIAGNOSTIC.

MÉMOIRE SUR LE DIAGNOSTIC DE LA GALE DE L'HOMME PAR L'INSPECTION DU SILLON A L'ŒIL NU ; par M. le docteur G. PIOGEY, vice-président de la Société médicale d'observation, lauréat de la Faculté.

La clinique est le grand livre de la nature, dans lequel on apprend à connaître, à comparer les divers symptômes d'une maladie, où l'on acquiert des connaissances positives par l'exercice de tous les sens, de toutes les perceptions, afin de porter le diagnostic qui conduit à employer une thérapeutique efficace.

La LEÇON CLINIQUE de M. Devergie, insérée dans la GAZETTE DES HÔPITAUX du 11 septembre 1852, nous faisait espérer une description précise de tous les phénomènes de la gale, portant principalement sur les signes graphiques du sillon et sur la vésicule. Tous ces points, ainsi que le diagnostic, sont passés sous silence, pour s'étendre longuement sur l'historique, pour discuter les opinions théoriques relatives à la génération spontanée, à l'étiologie, pour savoir si la vésicule engendre l'acarus ou si le sarcopte est cause de l'éruption.

On peut comparer la LEÇON CLINIQUE de M. Devergie sur la gale, à une clinique sur la pneumonie, dans laquelle on aurait omis de parler du râle crépitant, tout en commentant la cause, la nature de la maladie, et en discutant la valeur des formes et des symptômes généraux.

Nous avons hésité à faire paraître une rectification des allégations qui servent de base aux opinions de M. Devergie ; mais l'intérêt de la science permet, ordonne même de discuter avec convenance toutes les convictions, toutes les idées, en ayant le plus grand respect pour les personnes. Chaque

---

pas les mêmes, et que la comparaison n'est conséquemment pas rigoureuse.

Nous avons parlé de la salubrité des différentes parties de la ville au point de vue des fièvres paludéennes ; livrons-nous à la même investigation au point de vue de toutes les maladies considérées en bloc.

Les quartiers les moins sains sont les rues étroites dans lesquelles s'entasse une nombreuse population. La nouvelle *rione* du *Guetto*, ou Sant'Antonio, habitée par des gens peu aisés, est pourtant, grâce à ses rues spacieuses, plus saine que les autres quartiers plus riches, mais plus resserrés. La Grande rue, qui part de la place de la Cathédrale et se termine à la place d'Armes, le Corso de Civita-Vecchia, rue commerçante et si populeuse, pèche par la salubrité, ainsi que les ruelles étroites qui se rendent dans cette artère principale ou qui la suivent parallèlement. Étreinte par de hautes maisons, humide et privée de soleil, elle exhale souvent une insupportable odeur provenant des cuisines, des denrées alimentaires qui encombrent les boutiques et des monceaux de morues accumulés dans les magasins. Nous avons déjà parlé des conditions également défavorables qui se rencontrent au bagne et à la Darsena. Or ces deux derniers lieux, la rue principale et les aboutissants, appartiennent aux deux *rioni Santa-Maria* et *San Francesco*, relativement insalubres, comme on va bientôt le voir. Ce dernier quartier a été récemment assaini par l'établissement des deux vastes places dont l'une porte son nom, et dont l'autre conserve celui du fondateur du port de Civita-Vecchia (piazza Trajana). La statistique suivante, puisée par M. Philippe dans les registres officiels, mettra en évidence ces différences de salubrité selon les quartiers :

MOUVEMENT DE LA POPULATION A CIVITA-VECCHIA, DE 1841 à 1851.

Localités.	Population	Naissances.	Décès.	Mariages.
Paroisse Sant'Antonio ou Guetto.	2,800	781, ou 2,78 p. 100	584, ou 2,08 p. 100	181, ou 0,64 p. 100
Paroisse San-Francesco. .	2,600	1,102, ou 4,23 p. 100	769, ou 2,95 p. 100	284, ou 1,09 p. 100
Paroisse Santa-Maria. . .	2,100	894, ou 4,25 p. 100	655, ou 3,11 p. 100	244, ou 1,05 p. 100
Moyenne pour toute la ville.	7,500	3,75	2,71	0,93

D'après M. Orsi, chez les militaires romains, les décès seraient de 2,00 p. 100, et de 3,50 chez les forçats.

Nous ferons simplement remarquer, à propos de cette statistique, que, par une sorte de prévoyance de la nature, qui semble avoir réellement *horreur du vide* en fait de population, dans les quartiers où la mortalité est la plus élevée, les naissances et les mariages se multiplient également, de manière à combler les lacunes.

Avant que la ville ne fût agrandie et percée de nouvelles rues et de places spacieuses, l'entassement, aujourd'hui limité à certains points, existait presque partout. Nous concevons que Torraca ait parlé, à cette époque, du scorbut, des affections cutanées pustuleuses, de la difficile résolution des tumeurs, de la ten-

assertion ne sera pas réfutée séparément, mais par l'exposé de nos opinions, basées sur 300 observations, et qui sont un contraste frappant avec celles de notre honorable contradicteur.

L'acarus mentionné en 1179 par Aviozoar, décrit minutieusement en 1794 par Wichmann, médecin de Hanovre, depuis par tous les auteurs qui ont indiqué le sillon, resta longtemps à l'état de doute, parce qu'on donnait de fausses indications pour le découvrir et qu'on n'indiquait pas son siége précis.

Il ne suffit pas, en pathogénésie, d'avancer un fait, de mentionner un phénomène pour en perpétuer la connaissance, il faut en donner une bonne description, initier le lecteur aux difficultés que l'on a rencontrées, lui fournir les indications nécessaires pour qu'il se place dans les mêmes conditions. Sans ces précautions, la découverte est perdue pour les générations futures, jusqu'à ce qu'un observateur laborieux comble la lacune.

L'acarus n'est pas une pure induction de l'esprit, il n'appartient pas à telle ou telle espèce de gale, il est la cause unique et primitive de tous les accidents qui la caractérisent. — Pas de gale sans acarus et sans sillons. — L'affection ne consiste pas dans une éruption qui s'accompagne d'un produit particulier, le ciron. Attribuer la cause génératrice alternativement à la vésicule ou au sarcopte, c'est absolument comme si l'on disait: le cocon produit la chrysalide ou le ver à soie file le cocon. Il y a dans la succession des phénomènes un principe de causalité qui ne varie jamais; mais très-souvent l'effet est plus apparent, persiste plus longtemps que la cause; il faut se garder de les confondre et de prendre l'un pour l'autre.

L'acarus n'inocule aucun venin pouvant donner lieu à une intoxication. Les démangeaisons que l'on ressent au moment où un sarcopte est déposé sur le corps sont sous la même influence que la sensation sympathique qui se produit à l'aspect d'une personne éloignée couverte de parasites: il suffit même à certaines personnes d'entendre prononcer le mot gale ou de pou pour éprouver un prurit général.

L'acarus femelle occupe une des extrémités du sillon, ne sort jamais de son réduit, pas même la nuit, à moins qu'il n'en soit arraché par le frottement. La jeune larve, au contraire, très-agile, peut parcourir en moins d'une heure la peau en plusieurs sens; si elle a des endroits de prédilection pour creuser son sillon, elle laisse ailleurs des manifestations de ses actes en rapport avec les conditions physiologiques qui favorisent l'accomplissement de telle ou telle fonction.

Toute personne est susceptible de contracter la gale: il n'y a pas de conditions d'âge, de sexe, de tempérament, de propreté; elle est plus fréquente chez les gens malpropres, parce que les acarus s'y trouvent en repos, ne sont pas troublés par des lotions ou des bains. Chez les jeunes gens, la fréquence est expliquée par le vagabondage et les mœurs dissolues de cet âge. Il y a cependant des conditions pathologiques ou professionnelles, qui peuvent s'opposer à la contagion, comme, par exemple, une maladie grave qui détermine une perversion dans les fonctions de la peau, ou une profession qui s'accompagnerait d'émanations ou de toute autre cause parasiticide.

M. Gruby a été bien maladroit, s'il n'a pu se donner la gale en se plaçant des acarus sur le corps, avec toutes les précautions désirables. Cet insuccès étonne de la part d'un observateur qui a publié, sur le favus et sur le muguet, des expériences qu'on n'a pu répéter; M. Gruby a probablement dépensé toute sa puissance d'inoculateur dans ses recherches antérieures, et il n'a pas conservé la moindre sympathie pour un parasite qui en a tant pour tout le monde.

MM. Albin Gras, Bourguignon et moi, nous avons toujours réussi par l'acarus: nos tentatives d'inoculations par la sérosité des vésicules ou du magma d'acarus ont constamment échoué.

M. Devergie croit encore à la contagion par l'atmosphère chargée du miasme psorique. Pendant notre internat à l'hôpital Saint-Louis, deux fois par semaine nous restions cinq heures enfermé dans un cabinet étroit avec quinze ou vingt galeux. M. Bourguignon pendant cinq ans a été fréquemment en contact avec des malades atteints de cette affection: nous n'avons pas contracté la gale par l'atmosphère, mais nous avons acquis la preuve que nous n'étions pas réfractaire à la contagion par l'acarus.

Les vêtements la communiquent, non par les miasmes dont ils sont imprégnés, mais par les acarus ou les œufs qu'ils contiennent. L'acarus enlevé de la peau meurt toujours après quarante-huit heures, lors même qu'il est renfermé dans un tube de verre placé sous l'aisselle; après ce délai, la contagion dépend des œufs, qui peuvent subir une incubation de plusieurs jours, et se développent lorsqu'ils sont placés dans des conditions favorables.

Les expériences de Gleuben, de Tréviranus, de Rédi, de Leuwenboeck, de Wusberg, de Spallanzani, de Muller, d'Ehrenberg, de Schultze, de M. Milne-Edwards, ont prouvé que la génération spontanée n'avait pas même lieu pour les infusoires, et cependant il existe encore des médecins qui l'admettent pour les poux et les acarus, malgré la distinction des sexes et la ponte des œufs.

Au temps d'Aristote, en croyant que les anguilles naissaient du sol ou du limon, les chenilles des feuilles vertes, les poux du corps, on jugeait des faits par les connaissances biologiques que l'on possédait en physiologie animale et végétale; on attribuait la puissance créatrice à la chaleur, à l'humidité, à l'air, à la lumière, conditions indispensables, il est vrai, au développement des êtres et des plantes, quand le principe générateur existe: l'œuf ou la graine.

Les spontéparistes prennent les conditions dans lesquelles s'accomplit un phénomène pour le principe lui-même.

M. Devergie croit non-seulement à la génération spontanée, mais à la transmission de cette propriété héréditairement. Les faits sur lesquels il base ses convictions serviront à prouver son erreur.

Un des exemples les plus remarquables et les plus probants pour lui est relatif à un malade de l'hôpital Saint-Louis, chez lequel il constata l'existence simultanée de la gale, de la syphilis, du scorbut et d'une sécrétion pédiculaire incroyable. La peau se couvrait de poches remplies de poux en nombre tellement considérable qu'on était obligé de changer les draps toutes les deux heures. Pour médication, on prescrivait des bains tièdes, et le malade se couchait immédiatement après.

Commentons la valeur de ce fait.

Cet homme venant d'un dépôt de mendicité, réduit à la plus affreuse misère, était resté probablement plusieurs mois sans changer de linge, sans nuire par conséquent à la multiplication de ses parasites et sans en perdre un seul. Par suite de la simultanéité de la gale, d'une syphilide, d'une phthiriase pédiculaire, la peau était couverte d'éruptions, de concrétions; l'épiderme était éraillé, soulevé en plusieurs points. Les poux déposent ordinairement leurs œufs sur les poils, mais on les rencontre aussi dans les éraillures du derme. Chez les enfants atteints d'impétigo du

---

dance aux suppurations et à l'état putride. Aujourd'hui, M. Gerolami met encore au nombre des affections fréquentes, la chlorose, la leucorrhée, etc., et d'autres maladies qui trahissent la débilité.

Nous ajouterons que les tempéraments lymphatiques outrés, les scrofules, le rachitisme, ne sont pas rares à Civita-Vecchia. La race est néanmoins assez belle, et le tempérament dominant se rapproche du bilioso-sanguin. Le tempérament sanguin est rarement sans mélange, l'élément lymphatique intervenant presque toujours.

Torraca signale déjà la fréquence des affections nerveuses; c'est un point commun à Rome et à Civita-Vecchia. Les phlegmasies pures et franches ne sont pas nombreuses, et ne se manifestent guère que pendant trois mois de l'année, ou quand viennent à régner des conditions météorologiques accidentelles. Le bagne semble être l'endroit de la ville où les affections inflammatoires sont le plus fréquentes; mais cela tient peut-être davantage au genre de vie des forçats qu'au site qu'ils occupent. On rencontre à Civita-Vecchia un nombre fort notable de phthisiques, mais cependant moins qu'en France. M. Gerolami regarde la fièvre typhoïde comme extrêmement rare. Gardons-nous de précipitation dans nos conclusions, car les Romains éparpillent la dothinentérie dans la classe des fièvres nerveuses, des fièvres gastriques, et parmi les *sinochi*; cette affection n'en existe pas moins, pas commune il est vrai, comme nous nous en sommes assuré nous-même, et d'après les autopsies pratiquées par M. Gerolami lui-même.

C'est en vain que, pour établir la fréquence relative et même la simple existence des différentes maladies, on feuilleterait les registres des hôpitaux. Le diagnostic local est fort négligé par les médecins italiens, et leur manière de considérer la pathologie diffère essentiellement de la nôtre. Voici quelques diagnostics pris à l'hôpital du bagne :

Fièvre gastrique dégénérée en nerveuse;
Fièvre gastrique dégénérée en intermittente;
Fièvre reumatique dégénérée en lente nerveuse;
Fièvre gastro-reumatique dégénérée en péripneumonie.

Dans une de nos Lettres précédentes, nous avons fait la critique de ces dénominations et de la doctrine romaine.

L'histoire de 1850, objet de la Lettre suivante, pourra, jusqu'à un certain point, combler cette fâcheuse lacune, mais non pas complétement; en effet, nos soldats, qui ne subissent les influences du climat que depuis quelque temps, ne peuvent point servir d'étalon pour étudier la pathologie indigène de Civita-Vecchia.

Nous avons dit un mot du caractère général de la population de la ville; complétons le tableau en consacrant quelques traits à une classe importante, aux mariniers. C'est la race la plus robuste de Civita-Vecchia; si les travaux de la campagne déserte sont dangereux autour de la ville, en revanche la vie maritime est profitable à la santé. Malheureusement le séjour à terre vient trop souvent détruire une partie des bénéfices dus à la vie de mer. Malgré cette circonstance, et nonobstant la frugalité de leur nourriture, les mariniers sont pleins de vigueur, et sous la peau hâlée de leur torse et de leurs membres presque toujours nus, l'œil sent le relief de muscles bien charnus attachés à une solide charpente.

cuir chevelu, ils sortent par centaines de dessous les concrétions. Chez le malade précédent, les œufs ont été très-certainement déposés sous les squames des syphilides, dans les sillons; et leur éclosion simulait alors une sécrétion pédiculaire sous-cutanée.

Le traitement employé, loin de détruire les parasites, a contribué à en faciliter l'éclosion; en effet, en prenant un bain simple tous les jours, le malade était plongé dans une atmosphère de 30 à 40 degrés centigrades; se couchant immédiatement après, il favorisait le développement de la douce perspiration cutanée qui suit le bain; maintenu dans une température égale, il couvait les œufs placés dans les meilleures conditions physiologiques pour accomplir leurs métamorphoses.

Si on avait, au contraire, prescrit des bains de sublimé, des bains sulfureux; si, examinant la peau, on n'avait pas constaté une seule lente, on aurait été en droit de croire à une génération spontanée.

Les faits suivants sont encore interprétés d'une manière favorable par les spontéparistes.

Chez une personne du monde qui vit dans l'aisance, chez une femme à la suite de ses couches ou d'une maladie grave de longue durée, au moment de la convalescence, on voit quelquefois toute la surface du corps ou le cuir chevelu envahi par une myriade de pédiculi dont l'origine est obscure.

Lorsque la médecine humorale croyait à la coction des humeurs, les malades conservaient le même linge pendant des semaines, des mois entiers; les soins de propreté étaient non-seulement négligés, mais défendus; les exemples précédents étaient beaucoup plus nombreux qu'aujourd'hui.

Cette prétendue génération spontanée s'explique de la manière suivante :

Les œufs de poux sont légers, les cheveux auxquels ils adhèrent sont facilement transportés par les vents ou par les insectes qui voltigent dans nos appartements, un enfant, un adulte peuvent être cause de la contagion. Pendant la durée de la maladie, le parasite subit lentement ses métamorphoses; s'il irrite le derme, on n'en a pas conscience. Au moment de la convalescence, quelle que soit l'époque de la ponte des œufs, ils éclosent tous en même temps, et les accidents sont en raison de leur nombre.

Cette interprétation est démontrée tous les jours en physiologie végétale. Le jardinier et le cultivateur croient-ils à la génération spontanée, parce qu'ils récoltent des plantes différentes de leurs semences? Ils savent que les graines sont transportées par les vents, les oiseaux, les insectes; qu'elles peuvent rester enfouies dans la terre sans s'altérer, pour germer quand elles se trouvent placées dans des conditions favorables.

Si une personne qui a la gale vient à être subitement atteinte d'une maladie grave aiguë, on voit les vésicoles, les éruptions disparaître pendant la période d'augment pour se manifester de nouveau avec la convalescence.

A-t-on affaire à une répercussion et ensuite à une récidive?

Quand on observe avec soin, à mesure que les accidents se caractérisent, les éruptions, stationnaires d'abord, disparaissent ensuite, et leur disparition est postérieure au développement de l'affection fébrile aiguë, au lieu de lui être antérieure. Les acarus ne meurent pas; engourdis dans leurs sillons, ils subissent l'influence pathogénique qui s'opère dans l'organisme; comme une plante parasite ne croît qu'autant que l'espèce, sur laquelle ses spores sont implantés, lui fournit les éléments de sa nutrition. Pendant la convalescence, les accidents de la gale apparaissent avec une intensité remarquable, parce que l'éclosion des œufs se fait en même temps et des larves nombreuses parcourent la surface du corps, mordent le derme; en raison de cette irritation locale naissent les vésicules, les pustules et les démangeaisons dont elles sont le siége.

En croyant à la répercussion de la gale comme cause des maladies, on prend encore l'effet pour le principe.

Le *sillon* est le phénomène essentiel et pathognomonique. On lui a donné longtemps une vésicule pour origine, et assigné pour siége exclusif les mains et les pieds. Jusqu'aux travaux de MM. Renucci, Albin Gras, Bourguignon et Hébra, on le considérait comme étant invisible à l'œil ou très-difficile à reconnaître. Le sillon peut être observé sur toutes les parties du corps, mais il présente des différences capitales. Aux mains, aux pieds, partout où l'épiderme est épais, il a l'aspect d'une ligne ponctuée de blanc et de noir, visible à l'œil, éraillée à une extrémité, imperforée à l'autre, si l'acarus existe. Les points blancs sont des soulèvements épidermiques; les points gris ou noirs de petites perforations. Sinueux en forme d'S de croissant, irrégulièrement circulaire, le sillon varie dans sa longueur en raison de sa durée; il est droit quand il occupe les plis de flexion ou d'extension des articulations.

La vésicule n'a aucune relation de causalité avec le sillon; elle peut exister sur n'importe quel point de sa longueur. L'acarus repose quelquefois sur sa convexité, alors on peut l'extraire avec précaution, sans déterminer l'épanchement de la sérosité. Pour que la vésicule existât toujours à l'extrémité initiale du sillon, il faudrait qu'elle eût le privilége de se développer incessamment à la même place : elle subit son évolution en quatre ou cinq jours. Le sillon a souvent plusieurs mois de durée.

Aux organes génitaux chez l'homme, aux mamelons chez les deux sexes, mais principalement chez la femme, aux aisselles, etc., partout où l'épiderme n'offre pas l'épaisseur nécessaire, le sillon est une rainure sans pointillé qui surmonte une papule rouge saillante circulaire de 2 à 3 millimètres jusqu'à 1 centimètre de diamètre.

D'après les particularités précédentes, on doit grouper les sillons dans deux divisions : la première comprend les sillons caractérisés par un pointillé, sans congestion sous-jacente, en rapport avec une vésicule ou une pustule; ils sont superposés et ne communiquent pas avec l'intérieur. Les vésicules, après leur dessiccation, ne laissant pas de traces dans le derme, sont donc sous-épidermiques et les sillons intra-épidermiques. On comprend alors pourquoi, aux mains et aux pieds, les démangeaisons ne sont pas en raison du nombre des sillons, mais en raison des vésicules.

La seconde division comprend les sillons caractérisés par une rainure qui surmonte une papule due à l'épanchement de la lymphe plastique dans le réseau du derme; ils sont le siége d'élancements intolérables par suite de l'irritation incessante des papilles nerveuses; une vésicule ne se développe jamais sur leur trajet; le sillon est sous-épidermique.

Pour extraire l'acarus, il n'est nullement nécessaire d'employer le microscope mobile. Les vieilles femmes corses ont appris que l'œil suffisait le plus souvent. Une loupe de deux ou trois diamètres remplit toutes les conditions désirables, si l'on se rappelle que le ciron occupe toujours l'extrémité imperforée du sillon ou l'extrémité la plus étroite de la rainure qui traverse une papule.

La vésicule : longtemps considérée comme signe pathognomonique servant de base au diagnostic, à la définition, est restée un symptôme vague, malgré l'importance qu'on lui accordait, parce qu'au lieu d'en donner

---

Il est fort heureux qu'une topographie médicale ne soit pas tenue à tracer le caractère moral des habitants. Nous ne serons ainsi pas obligé de dire que ce sont des gens sans aménité, sans hospitalité, et si peu sociables qu'ils ne se fréquentent pas même entre eux.

Le médecin qui retrouve dans sa mémoire un peu de chimie ne manque pas de visiter, pour compléter l'exploration de Civita-Vecchia, les fameuses mines d'Allumiera, d'où l'on extrait l'alun dit de Rome. On sait que ce sel doit sa juste réputation à sa pureté; il ne contient pas de fer, ce qui le rend précieux pour la fixation des couleurs employées en teinture. Cette exploitation a beaucoup perdu de son importance depuis qu'on fait de l'alun de toutes pièces, à l'aide des doubles décompositions. Les procédés d'exploitation sont d'ailleurs assez grossiers; avec une meilleure entente de la fabrication, on produirait davantage et à moindre prix.

Dans ces montagnes salubres de la Tolfa et d'Allumiera, on trouve une source ferrugineuse qui n'est pas exploitée et que nous ne faisons que signaler en passant. Importantes sont au contraire les sources qui alimentaient les thermes de Trajan; nous consacrerons une Lettre à leur étude.

Félix Jacquot.

— Nouvelles du choléra. Une lettre de Copenhague du 17 juillet nous donne les détails suivants sur le nombre des cas de choléra observés dans cette ville, et sur le nombre des décès : le 12 juillet, 84 cas, 46 morts; le 13, 84 cas, 57 morts; le 14, 85 cas, 60 morts; le 15, 153 cas, 68 morts; le 16, 360 cas, 137 morts. — Ces derniers chiffres témoignent des progrès croissants de la maladie; ils représenteraient, dans une population aussi forte que celle de Paris, 3,500 cholériques et 1,370 morts par jour.

L'épidémie fait aussi des ravages à Stettin, et plusieurs cas se sont développés à Dantzig. On craint que la maladie ne s'étende à toutes les provinces qui bordent la Baltique.

— L'Académie de médecine, dans son comité secret de la séance du 9 août, a entendu le rapport d'une commission de onze membres, à l'effet de reviser un article du règlement.

L'article 45 était ainsi conçu :

« Les sections et les commissions présentent trois candidats au moins et six au plus pour chaque place. »

La commission propose d'ajouter :

« Toutefois si dix membres au moins proposent d'autres candidats, l'Académie, consultée, pourra également, après discussion, en admettre la présentation. »

L'Académie a adopté la proposition.

une description exacte et précise, on s'est borné à mentionner les parties du corps où on l'observe le plus souvent.

La vésicule est un épiphénomène sous la dépendance d'une cause mécanique locale, comme la pétéchie, l'érythème se développent après la morsure de la puce et du pou; elle n'a pas pour cause l'inoculation d'un virus qui retentit au loin dans l'organisme; elle se généralise, parce que l'acarus, avant de creuser son sillon, parcourt une partie plus ou moins considérable de la surface du corps, s'arrêtant de préférence dans les plis lozangiques de la peau, où il mord le derme pour y puiser les sucs nécessaires à son alimentation. Quand on entoure une partie où il a séjourné une demi-minute, une minute, le lendemain on aperçoit une légère papule qui devient citrine à son sommet, sous l'influence des frictions pratiquées pour combattre le prurit dont elle est le siége. En parquant des acarus à l'aide d'un verre convexe, les éruptions sont limitées aux parties qu'ils peuvent seulement parcourir.

Il y a deux espèces de vésicules: une vésicule perlée, seule admise par M. Bourguignon, limitée aux pieds et aux mains; une vésicule acuminée papuleuse qui débute par une papule. La différence dépend de l'épaisseur de l'épiderme: toutes deux doivent être admises.

De ce que la gale s'accompagne de papules, de vésicules, de pustules, de furoncles, etc., d'un prurit général; en faut-il conclure que ces manifestations, par leurs variétés, sont dues à l'inoculation d'un virus?

La diversité des éruptions serait contraire à ce qu'on observe pour les maladies contagieuses inoculables: la variole, la vaccine, la syphilis. L'identité de la cause entraîne l'identité des symptômes principaux. A la longue, pour les affections seules qui deviennent chroniques, la syphilis, par exemple; le tempérament, la constitution impriment un cachet particulier et modifient les accidents ultérieurs.

La constance de certains symptômes et la diversité des éruptions militent en faveur d'une cause externe.

Le sillon est toujours le même, en tenant compte des modifications qui sont liées à sa topographie; les vésicules, prises séparément, offrent le même caractère. Les autres éruptions sont sous la dépendance du tempérament de l'idiosyncrasie et de la durée de la cause agissante.

DIAGNOSTIC.

Les idées humorales ont dominé si longtemps la pathogénie cutanée que, malgré la découverte de l'acarus, la description du sillon, la vésicule considérée comme l'expression d'une humeur intérieure, dont l'organisme cherchait à se débarrasser, reste encore, pour un grand nombre de praticiens, un élément puissant de diagnostic. Persister à baser le diagnostic sur l'aspect, le volume, le siége des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses, sur leur disposition, leur fréquence, la périodicité du prurit; c'est absolument comme si aujourd'hui on revenait à vouloir diagnostiquer une pneumonie d'après l'ensemble des symptômes généraux, l'aspect du facies, sans pratiquer l'auscultation et la percussion. Les symptômes généraux: fièvre, malaise, oppression, toux, expectoration, sont des jalons, des signes de probabilité qui mettent sur la voie du diagnostic; mais il faut le râle crépitant pour la certitude; de même pour la gale, il faut le sillon et l'acarus. Les autres éruptions peuvent exister plusieurs jours, plusieurs semaines après la destruction des parasites et par conséquent après la guérison.

Le sillon est le seul signe pathognomonique, en tenant compte de ses caractères distinctifs de siége et de durée. C'est par sa description qu'on parvient à reconnaître la présence du parasite. Lorsque l'affection date de plusieurs mois, un grand nombre de sillons sont convertis en simples éraillures; mais il en est toujours de récents, pourvus de tous les caractères. Sur 300 observations, nous n'avons pas rencontré un seul exemple où il ait manqué. Les papules qui siégent aux organes génitaux chez l'homme, au mamelon chez la femme, servent souvent à préciser un diagnostic douteux par l'inspection des mains. Sur 265 observations, nous avons rencontré 184 fois des papules au pénis et au scrotum, jamais à la vulve: cette différence qui existe entre les deux sexes s'explique par le contact des mains avec le pénis pour l'excrétion urinaire, et par la fréquence de la contagion de la gale, en même temps que d'autres maladies, au milieu de scènes de débauches. Cinq fois la gale existait exclusivement au pénis.

Sur les parties précédentes, la distinction précise de la papule surmontée du sillon est très-importante à cause de son analogie de siége et d'aspect avec les accidents secondaires de la syphilis (tubercules muqueux). Des malades atteints de gale seulement ont été pendant plusieurs mois soumis à un traitement mercuriel à l'intérieur, dans le but de combattre de prétendus accidents constitutionnels, et le sarcopte n'était nullement troublé dans ses fonctions. La méprise devient plus facile encore, quand la syphilis et la gale existent en même temps, comme nous en avons observé quinze exemples.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

VII. ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE.

Les troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième livraisons de l'année 1852-1853, contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Recherches sur la première dentition et sur les accidents qui accompagnent cette période de la vie*; par M. Delcour. 2° *Du rhumatisme*; par M. Macario. 3° *Guérison d'un cas d'ozène; affection cérébrale dont l'issue a été funeste quatre mois après*; par M. Plouviez. 4° *Epidémie d'angine membraneuse et gangréneuse*; par M. Mazier. 5° *Observation d'hydropisie pendant la grossesse; accouchement; hydropisie du fœtus*; par M. L'Hermitte. 6° *Réflexions sur la thérapeutique de l'épilepsie*; par M. Pinnviez. 7° *Quelques observations de pustule maligne*; par M. L'Hermitte.

DU RHUMATISME; par le docteur MACARIO, médecin à Sancergues.

L'auteur, qui exerce dans le département du Cher, décrit dans un mémoire les diverses variétés d'affections rhumatismales qu'il a observées chez les paysans et les gens de la campagne. L'espèce de rhumatisme la plus commune est celle qui affecte les tissus musculaires sous forme chronique; vient ensuite le rhumatisme articulaire aigu, puis le rhumatisme musculaire aigu. Le rhumatisme articulaire chronique est très-rare chez les paysans, d'après M. le docteur Macario. Il y a suivant lui, pour le rhumatisme comme pour toutes les maladies, une *prédisposition innée ou acquise* sans laquelle les maladies ne se développeraient pas et qui suffit quelquefois seule pour donner lieu à un rhumatisme en l'absence de toute cause occasionnelle. Cette prédisposition consisterait dans les conditions de sexe, d'âge, de tempérament, d'idiosyncrasie, de constitution, d'hérédité, d'habitude, de régime, d'états maladifs. Nous comprenons que l'on range parmi ce genre de causes les conditions que nous venons d'énumérer; l'auteur y ajoute à tort à notre sens les conditions de climat, de saisons, de température. Dans le rhumatisme articulaire aigu, contrairement à ce qui a été observé, il a compté un plus grand nombre de femmes que d'hommes, 20 sur 31 cas; de l'examen de l'âge des malades il conclut avec tous les observateurs que c'est entre la vingtième et la cinquantième année que le rhumatisme articulaire aigu se déclare le plus ordinairement. Dans les lieux où il a observé les saisons d'hiver et d'automne sont les plus favorables au développement du rhumatisme articulaire aigu. Quant aux causes occasionnelles, il a constaté l'impression du froid humide, le refroidissement subit du corps lorsqu'il est en sueur, les alternatives de froid et de chaud, de dessèchement sur le corps d'habits mouillés par la pluie, le sommeil sur le gazon, mais de toutes ces causes la plus évidente est sans contredit le froid humide. M. le docteur Macario rappelle à ce sujet l'opinion de Sydenham, adoptée aujourd'hui par M. Bouillaud, et qui a paru trop exclusive à beaucoup d'observateurs.

Combien de temps le rhumatisme se déclare-t-il après l'action de la cause? Cette question est sans doute difficile à résoudre, mais elle est d'une importance capitale en étiologie. Haygarth, praticien anglais, avait observé que sur 26 cas de rhumatisme, 10 en avaient éprouvé les symptômes le premier jour, quelquefois au bout d'une heure et même d'une demi-heure après l'action du froid. Dans 2 cas le rhumatisme se déclara le second jour, dans 3 le quatrième et dans 1 seul le cinquième. Haygarth est persuadé que la maladie commence à se développer du moment même que l'on s'expose au froid. D'après les observations qui lui sont propres, l'auteur range dans l'ordre suivant les articulations, selon qu'elles sont plus ou moins souvent affectées par le rhumatisme: genou, articulation tibio-tarsienne, articulation coxo-fémorale, articulation du poignet, articulation du coude et des doigts, articulation des orteils, articulation de l'épaule, articulation sterno-claviculaire, articulation de la machoire et du gros orteil.

Au sujet de la *durée*, après avoir rappelé l'opinion de M. Bouilland, de 1 à 2 septénaires; de M. Chomel, 21 jours; de M. Roche, 40 jours; de M. Legroux, 17 jours; de Maclead, 25 jours, il indique dans les termes suivants les résultats de sa pratique rurale: 1 malade a guéri du soir au lendemain, 1 en 2 jours, 1 en 3 jours, 1 en 4 ou 5 jours; chez 2 malades seulement la guérison s'est fait attendre 30 ou 35 jours; les malades aban-

donnés aux seules ressources de la nature ont mis 3 mois et plus à se guérir.

Le traitement adopté par ce praticien consiste dans l'administration de nitrate de potasse, 12, 15, 20 grammes par jour dans 1 litre et demi de tisane; il repousse les émissions sanguines, il n'a point fait usage des autres médications. Suivent 26 observations dont 15 de rhumatisme articulaire. La lecture de ces faits, comme du reste celle de tout ce travail, annonce un bon esprit d'observation et une critique judicieuse, ces deux conditions indispensables de l'observation en médecine.

ÉPIDÉMIE D'ANGINE MEMBRANEUSE ET GANGRÉNEUSE ; par le docteur MAZIER, médecin de l'hospice civil de l'Aigle (Orne).

L'épidémie qu'a observée le docteur Mazier a régné pendant plus de seize mois, de 1850 à 1851, à l'Aigle, petite ville de 6,000 habitants, située dans le département de l'Orne.

C'est à son début que l'épidémie a été la plus meurtrière ; elle a frappé plus particulièrement les enfants de 2 à 10 ans ; il y en a eu peu parmi les adultes, dont un seul a succombé. Sur plus de 600 malades, il y a eu environ 60 décès.

Très-peu d'enfants ont été exempts de l'angine épidémique, plusieurs après cinq, six ou huit jours d'une apparente convalescence ont éprouvé des rechutes assez graves; d'autres ont été atteints deux et même trois fois dans le cours de cette épidémie, à plusieurs mois de distance, la maladie a toujours été plus grave dans ses dernières atteintes que dans les premières.

La maladie a régné pendant l'été comme pendant l'hiver; les changements brusques du chaud au froid ont été l'une des causes les plus fréquentes des recrudescences de l'épidémie. M. Mazier ne pense pas que cette angine ait été contagieuse, et pourtant il reconnaît lui-même que presque toutes les fois qu'un enfant malade de cette affection s'est trouvé couché dans une pièce petite, chaude et peu aérée, ceux qui lui donnaient des soins et plusieurs de ceux qui venaient seulement le voir et qui restaient assez souvent dans sa chambre se sont trouvés atteints de la même maladie.

Dans une seule famille, il a vu 6 enfants être pris successivement, puis le père, la mère, et enfin une sœur de la Miséricorde.

En général, la maladie faisait beaucoup de progrès chez les enfants avant de leur avoir causé une douleur capable d'exciter leurs plaintes ; chez les enfants au-dessous de 6 ans, le larynx était souvent le premier affecté, la maladie s'annonçait par une toux croupale qui ne tardait pas à être suivie de suffocation; au-dessous de 4 ans, la maladie semblait débuter par les fosses nasales et s'annonçait par de l'enchifrènement accompagné d'une sécrétion muqueuse abondante et fétide ; dans l'un et l'autre cas, il ne paraissait pas de fausse membrane au pharynx.

La saignée était toujours avantageuse au début de la maladie, mais seulement chez les enfants forts et sanguins; les vomitifs, utiles au début, surtout dans la forme croupale; les purgatifs, le calomel, les vésicatoires n'ont joui d'aucune efficacité.

La cautérisation, employée au début, soit avec l'alun, soit avec le nitrate d'argent, a toujours été très-utile; les gargarismes n'avaient d'effets avantageux qu'à la condition d'être très-toniques et très-astringents.

QUELQUES OBSERVATIONS DE PUSTULE MALIGNE ; par le docteur L'HERMITTE, médecin à Hotton.

Le docteur l'Hermitte a reconnu que les affections charbonneuses, rares dans certaines contrées, sont extrêmement fréquentes dans les Ardennes; il a vu qu'elles y sévissent parfois d'une manière épidémique. Les épizooties charbonneuses y sont du reste fort fréquentes, et il n'est pas rare de voir le bétail de villages et même de communes entières décimé par ces affections, de même que par la pneumonie. La pustule maligne qu'on observe le plus souvent revêt quelquefois une gravité effrayante, et cause le plus souvent la mort quand les sujets qui en sont atteints ne viennent pas en temps utile réclamer le secours de l'art. D'autres fois cette affection est plus légère et guérirait même probablement sans aucun traitement. Ce travail est accompagné de 5 observations qui laissent peut-être à désirer, soit au point de vue de l'étiologie, soit à celui des symptômes. L'auteur s'arrête à discuter la question d'origine sans preuves suffisantes, il rattache sans motif valable le développement de ces affections à certaines maladies des bestiaux; il n'énumère point avec assez de soin les symptômes propres à chaque cas et ne jette aucune lumière nouvelle sur le traitement.

VIII. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros de janvier, février et mars 1853, contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur les névroses fébriles*; par M. Liégey. 2° *Rétrécissement chronique de l'œsophage ; cathétérisme; guérison*; par M. Deborge. 3° *Les symptômes secondaires de la syphilis sont-ils contagieux?* par M. Putégnat. 4° *Influence de la vaccination au début de la variole sur la marche de cette maladie*; par M. Schverman. 5° *Note sur le traitement du tétanos par le chloroforme*; par M. Putégnat. 6° *Réflexions médicales sur les fonctions du foie*; par M. Puttaert. 7° *Imminence d'asphyxie par une très-faible dose de chloroforme*; par M. Schœnfeld. 8° *La méthode amovo-inamovible et le bandage ouaté*; par M. Crocq. 9° *Nouveaux instruments de chirurgie*; par M. Soupart.

RÉTRÉCISSEMENT CHRONIQUE DE L'ŒSOPHAGE ; CATHÉTÉRISME ; GUÉRISON ; par M. DEBORGE.

Voilà un bel exemple de guérison d'une affection qui menaçait d'être prochainement mortelle, et obtenue par un moyen des plus simples. Nous le signalons d'autant plus volontiers que la pratique suivie ici pour réaliser la cure est l'analogue parfait de celle qu'on emploie d'ordinaire, et avec le plus grand succès, pour produire la dilatation permanente des rétrécissements de l'urètre.

OBS. — Une dame de 46 ans, goitreuse depuis son enfance, avait perdu ses règles depuis un an lorsque, sans aucune cause appréciable, elle remarqua que les aliments d'un repas qu'elle prenait n'arrivaient dans l'estomac qu'avec difficulté, et semblaient être arrêtés au passage. Elle ne s'en inquiéta d'abord que peu. Mais la dysphagie alla en augmentant ; l'ingestion des solides, puis celle des potages devint graduellement impossible. Après dix-huit mois de cet état, la malade était dans le marasme le plus complet. Son pouls extrêmement faible, son teint jaune-paille, l'infiltration de ses membres pelviens, faisaient craindre une terminaison fatale. Déjà un médecin avait diagnostiqué un cancer du pylore.

Voulant juger comment les choses se passaient, M. Debourge fit avaler devant lui de l'eau sucrée. Elle parvint sans difficulté jusqu'à l'obstacle, qu'il jugea se trouver près de l'estomac. Mais à peine avalée, cette eau fut rejetée par une sorte de rumination, ce qui, au dire de la malade et de ses parents, avait lieu chaque fois qu'elle essayait l'ingestion de quelque liquide.

De concert avec M. le docteur Lefèvre, l'auteur proposa le cathétérisme de l'œsophage. Une sonde en gomme élastique d'un petit calibre et imprégnée d'huile d'olives pénétra très-facilement dans l'œsophage, jusqu'à quatre travers de doigt environ du cardia. Arrivé en cet endroit, l'instrument dut être poussé avec une certaine force pour vaincre la coarctation et pénétrer dans l'estomac. Après quinze ou vingt secondes on le retira, et il s'écoula par la bouche une grande quantité de fluides muqueux, gluants ; ce qui, du reste, avait lieu toutes les fois que quelque chose était ingéré. Une seconde canule un peu plus volumineuse fut introduite aussitôt après et parvint de même, en poussant avec un peu de force. On en profita pour injecter dans l'estomac du consommé, qui fut parfaitement conservé.

Le lendemain on procéda, dans une nouvelle séance, à trois introductions successives de sonde et une ingestion de consommé.

Le surlendemain on fit suivre ces manœuvres de l'introduction d'une baleine garnie d'une petite éponge préalablement trempée dans du blanc d'œuf. Cet instrument franchit l'obstacle plus difficilement ; on s'en servit pour lui faire exécuter dans le passage rétréci quelques mouvements de va-et-vient. Après quelques instants de repos, la malade put avaler un bouillon à l'aide d'un chalumeau, sans qu'il fût ensuite rejeté. Mais quelques heures après, l'ancien état de choses se reproduisit, à la suite d'une nouvelle ingestion de liquide.

Le quatrième jour, deux introductions de sonde, et deux de l'éponge avec mouvements de va-et-vient ; on laissa ces instruments le plus longtemps possible dans l'obstacle.

A partir du cinquième jour, le cathétérisme, avec des sondes et des éponges de plus en plus volumineuses, ne fut plus répété que de deux jours l'un, puis après tous les trois jours, puis tous les quatre, puis tous les cinq.

Au bout de trois mois, la malade, dont l'embonpoint ordinaire était à peu près recouvré, avait regagné assez de force pour faire à pied 2 kilomètres et venir se faire cathétériser chez le médecin. M. Debourge crut prudent de continuer encore le cathétérisme de huit jours en huit jours pendant deux autres mois, époque à laquelle la guérison lui parut être complète.

Aujourd'hui, quatre ans se sont écoulés depuis lors, et cette femme continue d'être en parfaite santé.

IX. LA PRESSE MÉDICALE BELGE.

Les numéros de janvier, février et mars 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Grossesse de 7 à 8 mois; œdème général;*

éclampsie; accouchement prématuré artificiel; par M. Casier. 2° *Observation d'ophthalmie granuleuse double, accompagnée de quelques considérations pratiques sur la nature et le traitement de cette maladie* (clinique de M. Thiry); par M. Pelit. 3° *Revue clinique des principaux cas qui ont été traités dans le service chirurgical de M. Seutin, du 15 avril au 31 décembre 1852;* par M. Prévost. 4° *Anévrisme de l'artère carotide primitive; ligature à sa partie inférieure; guérison;* par MM. Dropsy et Barnatte. 5° *De la syphilisation artificielle employée comme moyen préventif et curatif de la syphilis constitutionnelle;* par M. Thiry. 6° *Note sur le tannate de zinc;* par M. Bonnewyn. 7° *Mémoires et observations sur les kystes du cou;* par M. Seutin.

GROSSESSE DE 7 A 8 MOIS; OEDÈME GÉNÉRAL; ÉCLAMPSIE; ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL; par M. CASIER.

C'est en général pour une maladie ancienne, confirmée, pour un vice de conformation du bassin, par exemple, que l'accouchement provoqué prématurément est conseillé par les auteurs. Les affections accidentelles, intercurrentes, telles que l'hémorrhagie ou les convulsions, n'en sont pas ordinairement regardées comme une indication aussi rationnelle, parce que la médecine possède d'autres moyens pour triompher de ces états morbides, et que, d'ailleurs, le danger dont ils deviennent la cause est ordinairement trop pressant pour admettre un remède dont l'effet doit se faire attendre aussi longtemps que cela a lieu pour la provocation du travail. Il est cependant des circonstances où cette ressource doit, en pareil cas, être employée; l'observation suivante en offrira à nos lecteurs un remarquable exemple.

OBS. — Une femme âgée de 30 ans, primipare, chloro-anémique, fut atteinte, vers le septième mois de sa grossesse, d'œdème des pieds, qui s'étendit bientôt à tout le corps; en même temps, elle devint nerveuse, impressionnable.

Le 9 décembre, au matin, elle parut en proie à une sorte de délire : vision troublée, regard fixe, pouls petit et serré. Vers midi, elle fut saisie de convulsions très-violentes. M. Thiry ordonna 16 sangsues aux tempes, le musc et la quinine. M. Casier, appelé peu de temps après, constata un accès éclamptique des plus intenses et des mieux caractérisés.

Il y avait perte complète de connaissance. Lorsqu'on appliquait la main sur le ventre, l'utérus ne paraissait point contracté; mais il suffisait de lui imprimer quelques mouvements de pression pour éveiller ses contractions, pendant lesquelles la malade s'agitait violemment et jetait des cris.

Dans l'après-midi, nulle amélioration; on insista sur l'emploi des mêmes moyens. (Six autres sangsues; deux larges vésicatoires aux jambes.)

Le 10, les convulsions ont continué presque sans interruption toute la nuit et persistent encore. Le col est ouvert et mou; il se laisse un peu dilater. L'auscultation fait encore entendre les bruits du cœur de l'enfant.

La provocation de l'accouchement paraissant être le seul moyen de mettre fin à ces symptômes alarmants, on introduisit dans le col un cylindre d'éponge préparée à la ficelle, de la grosseur du doigt. Pendant cette opération, l'agitation de la malade devint extrême; mais aussitôt après, elle se calma, les contractions des membres diminuèrent, et, pour la première fois, elle prononça quelques mots. (Continuation du musc et du quinquina.)

Le soir, convulsions moins intenses. Le col est un peu plus dilaté que le matin, et l'on sent de temps en temps la tension des membranes par le liquide amniotique, pendant les contractions de la matrice. L'enfant est encore vivant.

Le 11, les convulsions n'ont duré que jusqu'à trois heures du matin; la malade est dans un assoupissement comateux.

Le soir, les contractions de l'utérus sont devenues plus fortes. Le col n'ayant que la dilatation d'une pièce de 2 francs, il n'est pas encore possible de terminer l'accouchement. On introduit un cylindre d'éponge plus volumineux que le premier.

Le 12, à six heures du matin, la malade ayant été extrêmement agitée toute la nuit, et le col ayant la largeur d'une pièce de 5 francs, presque effacé et très-dilatable, la poche des eaux s'y engageant pendant les contractions de la matrice, M. Casier se décida à terminer l'accouchement. Il rompit donc les membranes, constata une présentation du siége, accrocha avec deux doigts le pli de l'aine droite, et amena un enfant assez volumineux, paraissant âgé d'environ 7 mois et demi.

Après l'accouchement et la délivrance, les cris de la malade s'apaisèrent; pendant la nuit, elle dormit deux heures.

Le 13, l'assoupissement a diminué; la malade ne répond pas encore aux questions, mais elle ne se plaint plus; l'œdème sous-cutané a beaucoup diminué. (Purgation saline.)

Le 14, elle répond aux questions, n'éprouve plus qu'un accablement général, se souvient à peine de ce qui s'est passé.

Les lochies coulèrent abondamment, et au bout de quelques jours, la guérison était complète.

— Loin de désapprouver M. Casier d'avoir cherché à provoquer l'accouchement, ce serait plutôt, ainsi qu'il le dit d'ailleurs lui-même, pour avoir autant tardé avant de prendre ce parti qu'on serait en droit de lui adresser quelques critiques. S'il avait agi plus tôt, si surtout il avait substitué la ponction des membranes à la dilatation du col, un double succès aurait vraisemblablement récompensé sa hardiesse, puisque le cœur du fœtus battait encore vingt heures avant la parturition.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

OBSERVATIONS SUR DEUX INDIVIDUS DÉSIGNÉS COMME APPARTENANT A LA RACE AZTÈQUE.

M. H. DE SAUSSURE communique quelques observations sur deux individus désignés comme appartenant à la race aztèque et que l'on montre en ce moment à Londres.

L'auteur borne cette première communication aux quelques remarques générales suivantes sur les caractères physiques communs à ces deux individus, qui sont de sexe différent :

1° TAILLE. Elle est très-peu élevée relativement à l'âge (10 à 11 ans) et n'excède pas 3 pieds. Il est difficile de considérer cette réduction de la taille comme le résultat d'un arrêt de développement à cause des proportions parfaites de la forme, qui est élancée et semblable à celle de l'âge adulte.

2° TÊTE. Elle est extraordinairement petite et ne dépasse pas en volume la tête d'un enfant naissant. L'aire du crâne est inférieure à celle de la face. L'angle facial est de 60 degrés environ.

Le nez forme une saillie considérable, et malgré sa grandeur, il n'est point disgracieux; comprimé vers le haut, il s'épate légèrement vers le bas. Le front est si oblique qu'il continue la ligne du nez; il est bas et n'offre aucune trace de dépression artificielle; au contraire, sur le milieu s'étend une crête osseuse verticale, peu visible, il est vrai, mais sensible au toucher, crête qui se termine sous le cuir chevelu, vers le milieu du coronal, par une petite bosse osseuse. Au-dessus des orbites sont deux enfoncements très-visibles, dirigés obliquement de dedans en dehors et de bas en haut. Au-dessous de ces dépressions, les arcades sourcilières forment une saillie tranchante qui porte un sourcil très-étroit et médiocrement fourni. Le maxillaire supérieur est très-avancé, mais nullement oblique, comme chez les nègres. A partir de ce point, la face fuit autant que le front; la mâchoire inférieure ne correspond nullement à la supérieure, et le menton est encore en retrait.

Les dents ne sont pas implantées obliquement, et lorsque la bouche est fermée les incisives supérieures, non-seulement couvrent entièrement les inférieures, mais les dépassent même d'une quantité très-sensible. Les lèvres ne sont point portées en avant, comme chez les nègres, mais la brièveté de l'inférieure contraste si fort avec la grandeur de sa correspondante que celle-ci parait plus grosse qu'elle ne l'est en réalité.

La physionomie de l'un et de l'autre a de la douceur et de l'intelligence; il y a un éclat extraordinaire dans leurs grands yeux noirs.

Les cheveux sont noirs, très-crépus, mais nullement laineux.

3° DENTITION. Elle parait singulièrement anormale, soit dans l'un, soit dans l'autre sexe. A la seconde dentition, une grande dent a remplacé, à la mâchoire inférieure, deux petites incisives de lait, et il ne reste aucune place pour les deux qui manquent. Le garçon, du reste, a achevé le remplacement de ces incisives depuis plus d'un an, et l'on ne voit chez lui aucune traces de celles qui ont fait défaut à cette époque. La première molaire de remplacement est entièrement développée, quoique la troisième ne fasse qu'apparaître.

4° MAIN. Elle est d'abord remarquable par la brièveté du pouce, qui est court et surtout moins opposable que dans la forme normale; mais c'est dans le petit doigt que se voit la plus grande anomalie : au lieu d'atteindre, comme c'est le cas ordinaire, jusqu'au bout de la deuxième phalange de l'annulaire, il ne va que jusqu'au milieu de cette phalange, ce qui équivaudrait pour nous à un petit doigt tronqué à la base de l'ongle. De plus, tandis que la longueur de la première phalange du petit doigt est d'ordinaire à peu près égale à la somme de deux autres, chez les deux enfants en question cette somme équivaut à peine aux deux tiers de la première longueur. Ces deux phalanges sont atrophiées et paraissent parfaitement ankylosées et réunies en une seule chez le garçon; chez la jeune fille, il y a quelques mouvements obscurs qui rappellent ceux d'une amphiarthrose. Cette réduction parallèle du pouce et du petit doigt mérite d'être notée.

5° La peau est lisse et dépourvue de poils; sa couleur est d'un bistre foncé.

Le poids de ces individus est d'environ 25 livres.

SÉANCE DU 8 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

SUR LA QUANTITÉ D'AMMONIAQUE CONTENUE DANS L'EAU DE PLUIE RECUEILLIE LOIN DES VILLES.

M. BOUSSINGAULT communique une note sur la quantité d'ammoniaque contenue dans l'eau de pluie recueillie loin des villes.

J'ai continué, dit M. Boussingault, à la campagne, les recherches dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie dans la séance du 9 mai dernier. Les résultats

que j'ai obtenus, dans les deux mois qui viennent de s'écouler, paraîtraient établir que la pluie tombée dans les champs renferme notablement moins d'ammoniaque que la pluie recueillie dans une ville.

Du 26 mai au 5 août, j'ai eu l'occasion de faire dix-sept opérations, et si l'on en excepte la pluie du 5 août, aucune des eaux examinées n'a contenu, à beaucoup près, 1 milligramme d'ammoniaque par litre. Or la quantité d'ammoniaque constatée dans les eaux de pluie mesurées à l'Observatoire de Paris, s'élève à une moyenne de 3mg,35 par litre, et cette proportion a varié de 1mg,08 à 5mg,45.

Je suis d'autant plus disposé à croire que la différence que je signale est bien réelle, que, dans les dix-sept opérations mentionnées ci-dessus, il en est quatre qui coïncident avec les expériences faites au Conservatoire des arts et métiers, par M. Houzeau : ce sont celles du 27 mai, du 19 au 25 juillet, du 25 juillet, du 28 au 30 juillet. Il n'y aurait, au reste, rien de surprenant à ce que la pluie qui lave l'atmosphère d'une grande cité contînt plus d'ammoniaque. Paris, sous le rapport des émanations, peut être comparé à un amas de fumier d'une étendue considérable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Raynaud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montauban, sur les épidémies qui ont régné dans cet arrondissement pendant l'année 1852 (commission des épidémies) ;

2° Divers documents relatifs à un nouveau mode de traitement du choléra, que le docteur Witmack, demeurant à Aldesloe, près Hambourg, annonce avoir mis en pratique avec le plus grand succès (commission du choléra) ;

3° Une lettre par laquelle M. Martin, pharmacien à Crenelle, demande que l'Académie fasse examiner une farine et une semoule de gluten, qu'il propose pour l'alimentation des diabétiques ;

4° Un nouvel échantillon d'un extrait de suc de pavot provenant de l'Algérie (commission nommée).

— M. Ancelon (de Dieuze) adresse la relation d'un cas de fracture de la mâchoire inférieure. (Commissaire : M. Langier.)

— M. Pons, de Bez (Gard), adresse quelques observations relatives à la constitution médicale et aux eaux minérales de Cauvalat-les-Bains. (Commission des eaux minérales.)

— M. Chartroule adresse une réclamation au sujet de la dernière communication de M. Danger sur le traitement de la phthisie pulmonaire, qui ne serait, d'après lui, que la reproduction de ce qu'il a communiqué lui-même à l'Académie en 1850. (Commission nommée.)

EPIZOOTIE DES GALLINACES.

M. Leblanc lit en son nom et celui de M. Huzard un projet de réponse au ministre, qui demande l'avis de l'Académie sur une note de M. le docteur Liégey, relative à une épizootie sur les gallinacés. Les commissaires déclarent qu'ils n'ont trouvé dans les quelques lignes adressées par ce médecin que la narration très-succincte d'une maladie épizootique, dont il n'a décrit les symptômes que d'après de simples renseignements fournis par des personnes étrangères à la médecine. M. Liégey ayant donné à espérer d'ailleurs par sa dernière lettre à l'Académie qu'il lui enverrait de nouveaux documents sur ce sujet, les commissaires sont d'avis qu'il n'y a pas lieu, quant à présent, de faire un rapport sur sa communication.

EMPLOI DU SULFATE DE QUININE COMME TRAITEMENT SPÉCIFIQUE DE LA FIÈVRE DITE TYPHOÏDE.

M. Desvouves lit sous ce titre un mémoire dont l'objet principal est de faire connaître les heureux résultats qu'il a obtenus de l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Le sulfate de quinine, dit l'auteur, doit être employé seul ; il faut dans son administration avoir égard à la marche de la maladie et à sa gravité, ne s'attacher ni aux symptômes cérébraux ou pulmonaires, ni à l'état gastrique. Avant d'employer le sulfate de quinine, il prescrit une purgation, non pas comme traitement, mais pour préparer, en quelque sorte, l'appareil digestif à recevoir le médicament et pour que son absorption soit plus prompte.

Dans le cas qu'il a eu à traiter, la médication n'a été commencée qu'après plusieurs jours de l'emploi de la purgation et alors que, les symptômes s'aggravant, l'expectation ne devait plus être gardée. En attaquant courageusement et avec constance la maladie par ce moyen, dit M. Desvouves, tous les symptômes disparaissent avec la fièvre : la diarrhée, la stupeur, le coma cessent, l'intelligence recouvre de suite toute sa plénitude, et la langue elle-même reprend son état naturel.

La sulfate de quinine a agi différemment sur les malades auxquels il a été administré. Quelquefois le premier jour il provoquait un ou deux vomissements, mais la tolérance avait lieu pour les autres.

Des phénomènes que l'auteur n'a jamais observés dans la convalescence des malades atteints de la fièvre typhoïde, pendant le temps qu'il est resté dans les hôpitaux, se sont produits chez les deux malades qui font le sujet des deux premières observations.

Ces phénomènes sont cérébraux et agissent sur la mémoire ; les malades la perdent complétement, non pas la mémoire en tant que souvenir de ce qui s'est passé avant leur maladie, mais bien le souvenir de ce qu'ils viennent de faire, serait-ce même les choses les plus ordinaires et les plus matérielles. Cet état durait près d'une quinzaine après la cessation du traitement, et, chose étonnante, il n'a lieu qu'alors que les forces vitales sont revenues.

La vue, l'ouïe, au début de la médication, souffraient et étaient sous son influence. Les bourdonnements d'oreille persistaient seuls. Chez une jeune personne très-nerveuse, les phénomènes nerveux et cérébraux ont été portés à un degré inquiétant. Elle n'avait pris qu'une dose égale à celle administrée aux autres malades, et lors de son effet, la vue, l'ouïe étaient très-affaiblis ; respiration gênée ; spasmes nerveux. Au bout d'une heure, tout avait cessé ; le soir la malade était calmée. Le médicament fut continué et aucun phénomène semblable ne se manifesta. Un tremblement nerveux des mains persista pendant cinq ou six jours.

La circulation, diminuée de fréquence, ou revenue à son état normal par la médication, reprenait une fréquence extrême aussitôt qu'elle était suspendue ou terminée, à tel point que le pouls s'élevait jusqu'à 136 pulsations. Effrayé de cet état chez quelques malades, l'auteur suspendit la nourriture, craignant une rechute, et prescrivit pendant deux jours le sulfate de quinine. Le pouls diminua de fréquence ; l'état général restant le même, aucun trouble fonctionnel n'ayant lieu, les malades demandant avec instance une alimentation nécessaire à leur état, elle leur fut donnée et fut augmentée journellement, quoique le pouls eût repris sa fréquence, cette fréquence étant due à la faiblesse des malades.

La digestion stomacale était facile. Quelques jours après l'administration du médicament, la constipation succédait à la diarrhée, et la première évacuation, solide, moulée, n'était suivie d'aucune perte ni trace de sang, indices assez certains que le sulfate de quinine avait ou prévenu ou guéri les lésions intestinales. Les autres évacuations étaient faciles.

Dans les cinq cas que M. Desvouves a eu à soigner, la durée du traitement a été, pour la première et la deuxième observation, de huit jours ; pour la troisième, de neuf jours ; pour la quatrième, de douze jours, et pour la cinquième, de dix jours.

La durée du traitement peut donc varier de huit à douze jours au plus. Il faut néanmoins remarquer que le traitement n'a commencé qu'alors que la maladie était arrivée au diagnostic confirmé. Pris au début, le traitement durerait moins longtemps et le médicament serait donné en quantité moindre.

La dose du médicament ne peut être fixée ; elle doit être basée d'après la gravité de la maladie, sa marche, sa durée, l'âge et les forces des malades.

L'auteur, enfin, se croit en mesure de prouver :

1° Que le sulfate de quinine est le spécifique certain de la fièvre dite typhoïde ;

2° Que par son emploi seul elle est enrayée et guérie ;

3° Que la durée du traitement ne doit pas excéder douze jours ;

4° Que la convalescence est très-rapide. (Commissaires : MM. Bouillaud, Rostan, Grisolle.)

DE LA CAUSE IMMÉDIATE ET DU TRAITEMENT DE LA CHUTE DU RECTUM CHEZ LES ENFANTS.

M. Dechaussoy lit sur ce sujet un mémoire, dont nous extrayons les passages suivants, qui en indiquent l'objet principal :

On sait depuis longtemps que, chez les enfants, les chutes du rectum, indépendantes d'une affection chirurgicale bien caractérisée, comme les calculs vésicaux et les polypes du rectum, reconnaissent pour cause la diarrhée ou la constipation habituelle ; on a remarqué aussi que ces troubles de l'exonération s'observent souvent chez des enfants d'une constitution naturellement chétive ou affaiblie par de longues maladies.

Les 13 cas de chute du rectum, que j'ai pu étudier en 1852 à l'hôpital des Enfants, confirment pleinement l'exactitude de ce point d'étiologie ; j'ajoute qu'il me paraît contenir autre chose qu'une notion pathologique curieuse, mais stérile. En effet, voici comment on peut envisager le mode d'action de chacune de ces causes : sous l'influence de selles fréquentes et liquides, toutes les tuniques de l'intestin (mais surtout la muqueuse), le tissu cellulaire ambiant, et même les muscles sphincter et releveur de l'anus, doivent perdre de leur tonicité normale et se relâcher. D'un autre côté, les efforts répétés et violents que nécessite la défécation, chez les enfants habituellement constipés, ne peuvent rester inoffensifs pour le sphincter et peut-être pour le releveur de l'anus ; car on sait que si un exercice modéré et régulier de nos organes, et des muscles en particulier, accroît leur volume et leur puissance, des fatigues trop répétées leur font au contraire éprouver des pertes notables qui peuvent aller jusqu'à l'épuisement complet de leurs forces. On est ainsi conduit à croire que les efforts des sujets constipés peuvent arriver à forcer la résistance de la fibre musculaire antagoniste, au point de lui faire perdre toute espèce de ressort.

Cette manière d'interpréter l'étiologie permet de conclure que les deux causes ci-dessus énoncées ne produisent la chute du rectum qu'après avoir déterminé l'atonie d'une portion de l'appareil musculaire de la défécation ; la diarrhée ou la constipation ont bien fait naître, il est vrai, une altération préalable de la muqueuse, capable de permettre son renversement, mais la persistance de leur action finit par ouvrir la barrière que la muqueuse franchit...

Suffit-il de combattre la diarrhée, la constipation ou l'atonie générale pour guérir les chutes du rectum ? Il est certain que des médications appropriées à chacune de ces trois causes, surtout quand on y a joint l'emploi de topiques

astringents, ont fourni d'heureux résultats aux médecins qui ont pu persévérer longtemps dans leur emploi et qui ont en à traiter des enfants placés au milieu de bonnes conditions hygiéniques; mais on ne peut guère y compter à l'hôpital des Enfants.

Le traitement chirurgical est sans contredit beaucoup plus prompt et plus sûr dans ses effets.

Rapportant à deux chefs les opérations encore usitées de nos jours: 1° l'excision rayonnée des plis de l'anus, 2° la cautérisation, l'auteur apprécie le mode d'action et la valeur de ces deux méthodes, à la dernière desquelles il donne la préférence en se fondant sur des observations recueillies dans le service de M. Guersant à l'hôpital des Enfants, et il termine par la relation d'un cas de guérison obtenue par l'emploi de la strychnine, observé dans le même service. (Comm.: MM. Bouvier et Cazeaux.)

TRAITEMENT ET ÉDUCATION DES IDIOTS.

M. COLLINEAU, au nom d'une commission composée de MM. Virey, Londe, Cornac, Reveillé-Parise, Dubois (d'Amiens), et Collineau, rapporteur, lit un rapport sur le traitement et l'éducation des idiots en général, et en particulier de ceux que renferme l'hospice de Bicêtre (1).

Ce rapport porte principalement sur un mémoire lu à l'Académie en janvier 1843 par M. Voisin, et dans lequel ce médecin faisait connaître les heureux résultats qu'il avait obtenus à l'hospice de Bicêtre, de l'emploi de la méthode de M. Edouard Séguin. Ces observations portent sur 15 sujets idiots de 9 à 15 ans. Tous ces enfants, nés dans les classes inférieures de la société et dont les parents n'ont probablement, dit M. le rapporteur, ni le temps, ni la volonte, ni le pouvoir de s'occuper, sont plus ou moins idiots, plus ou moins infirmes, soit au physique, soit au moral.

Il s'agit donc de raffermir des constitutions débiles, de fixer l'attention, de diriger les sens, de fortifier leur action, de forcer à l'obéissance, de corriger des habitudes vicieuses, de vaincre l'inertie, d'assujettir à des mouvements réguliers, à des exercices d'ensemble; de fortifier les bons instincts, de cultiver quelques germes d'intelligence en exerçant d'abord les sens, en multipliant et en développant les premières idées relatives aux objets extérieurs avec lesquelles l'homme est constamment en rapport; il faut enfin rapprocher de la vie sociale et utiliser autant que possible des êtres plongés jusqu'ici dans l'ignorance, dans la paresse, dans la stupidité la plus profonde et livrés aux habitudes les plus dégradantes.

C'est ce que l'on parvient à faire aujourd'hui à Bicêtre, grâce aux soins d'un professeur spécial, M. Edouard Séguin, ex-instituteur des idiots à l'hospice des Incurables, sur lequel M. Voisin appelle l'attention la plus bienveillante de l'Académie et dont la commission a pu connaître par elle-même toute la capacité.

Les enfants aujourd'hui plus convenablement logés, bien vêtus, mieux nourris, soignés et surveillés, reçoivent l'instruction en commun; seulement on les divise par catégorie suivant leurs progrès et les dispositions particulières qu'ils manifestent. Tous les enseignements sont basés sur l'exemple et sur la pratique.

M. le rapporteur examine ici successivement les divers ordres de moyens mis en usage par M. Séguin, tels que la gymnastique, la parole, la lecture, le calcul, l'écriture, etc. Nous empruntons au rapport les détails suivants sur l'un des procédés particuliers de cette méthode:

Pour apprendre à ses élèves à distinguer les couleurs et à juger de leurs différences, M. Séguin leur fait répandre sur une table de larges morceaux carrés de carton *rouges*, *blancs*, *bleus*, *verts*, etc., et met dans leurs mains des octogones de même matière et de mêmes couleurs, en leur recommandant de placer chacun de ces derniers sur les premiers de couleur semblable: tous finissent par y arriver plus ou moins facilement, en nommant chaque couleur et même chaque nuance.

Or voici ce qui se passe alors nécessairement dans l'esprit de chacun d'eux.

FONCTIONS SENSITIVES. *Regard.* Ils regardent.

FONCTIONS INTELLECTUELLES. *Attention.* Ils portent leur attention sur la masse des cartons qui sont devant eux et sur ceux qu'ils ont à la main.

Comparaison. Ils comparent entre eux ces corps diversement colorés.

Jugement. Ils distinguent et sans hésitation celui qui leur est demandé, et *jugent* que c'est celui-là qu'il faut choisir et placer sur un autre carton de même couleur.

Réflexion. Ou bien ils se sont trompés et recommencent; ils *réfléchissent* alors, c'est-à-dire qu'ils portent de nouveau l'attention, la comparaison et le jugement vers d'autres cartons.

FONCTIONS AFFECTIVES. *Volonté.* Mais ces choses, ils ne les font que parce qu'elles leur sont commandées; ils n'agissent pas entièrement par leur propre volonté, ils obéissent à celle du maître: c'est la volonté passive ou communiquée. Agissent-ils d'eux-mêmes, par goût et par amusement, c'est l'acte spontané, c'est la volonté active, le libre arbitre.

Mémoire. En répétant ces actes, ils en acquièrent l'habitude et finissent par connaître les couleurs et par les distinguer facilement: c'est qu'ils se rappellent l'effet que chacune d'elles produit sur les organes de la vision, c'est la mémoire.

Prévision. Agissent-ils avec certitude ou seulement avec l'espoir de réussir, c'est un acte de prévoyance, c'est la prévision.

Moralité. S'exercent-ils moins par instinct ou par leur propre satisfaction que par obéissance *affectueuse*, c'est un commencement de moralité.

C'est ainsi que, sans qu'ils s'en doutent, on fait parcourir à ces enfants les premiers degrés de l'échelle psychologique, c'est-à-dire que l'on exerce leurs fonctions *sensitives*, *intellectuelles*, *affectives et morales* sur le présent, le passé et l'avenir d'un acte dont on pourrait dire au premier aperçu: *Il ne faut que des yeux pour l'accomplir.*

Nous disons qu'ils ne sont arrivés qu'aux premiers degrés de l'échelle psychologique; c'est qu'en effet il y a bien loin de là aux actes qu'exerce incessamment l'homme mentalement bien organisé, qui, ayant la conscience de ses mouvements intellectuels, peut spontanément et librement s'élever à l'observation et à la généralisation des idées.

Mais on n'a pas la prétention d'élever jusqu'à ce point la faible intelligence des idiots en général; on veut, avant tout, soit au physique, soit au moral, fortifier des constitutions ou des organes, corriger des infirmités, prévenir ou écarter de mauvaises habitudes ou des vices, développer de bonnes dispositions, en faire naître d'autres encore latentes, faciliter, par l'emploi plus correct et mieux dirigé de la parole, les rapports individuels et généraux, quand même ils ne devraient s'établir que dans les limites les plus étroites de la vie sociale, parce que la parole ne transmet pas seulement la pensée, elle la développe, la propage et la féconde. Enfin, on veut, par une éducation spéciale, rendre utiles à eux-mêmes, et jusqu'à un certain point à la société des êtres qui lui sont à charge, qui sans cela, restant nuls ou nuisibles, inspireraient plus de dégoût encore que de pitié.

On ne parviendra jamais, sans doute, à rendre l'éducation des idiots comparable à celle des sourds-muets et des aveugles; ces derniers ont le feu sacré, ils peuvent développer ce germe précieux que l'homme seul possède, ces dispositions intellectuelles dont la culture conduit à tous les genres d'adresse, d'industrie et de savoir, ainsi qu'à cette *moralité consciencieuse*, sans laquelle la plus haute intelligence, objet d'admiration pour le commun des hommes, n'est trop souvent qu'un don funeste. Non, personne ne conçoit la possibilité de porter aussi loin les faibles moyens que quelques idiots nous laissent entrevoir, mais on peut les développer jusqu'au point qui suffit aux actes les plus simples et les plus utiles de la vie sociale.

On le peut certainement, et l'on y parvient dans tous les cas, déjà nombreux, où l'on peut fixer l'attention de l'idiot et l'habituer à l'obéissance. Arrivé là, on conçoit à l'instant les avantages qui résultent des exercices, presque tous corporels, auxquels il peut être soumis.

Ces exercices, néanmoins, outre qu'ils fortifient la constitution et particulièrement les agents organiques le plus souvent employés, dissipent la maladresse et, suivant leur nature, développent l'intelligence sur un point quelconque, parce qu'il est impossible que la répétition incessante d'un même acte matériel n'en facilite pas l'accomplissement, de même qu'il est impossible que l'attention s'arrête et se fixe toujours sur les mêmes choses, sur les mêmes sujets sans se les rendre familiers, ou sans que l'esprit, quelque faible qu'il soit, n'y trouve des sujets d'observation qui, d'abord, lui étaient échappés.

Ils effacent ou corrigent les défauts et les vices qui sont la conséquence nécessaire du désœuvrement et de la paresse.

Ils portent à la moralisation en maintenant, par l'habitude, l'ordre dans l'emploi du temps et l'esprit de conduite dans les actes ordinaires de la vie.

Enfin, et par tous ces moyens, ils dissipent l'ennui, conservent la santé ainsi que la paix de l'âme.

Tels sont les principaux avantages qui résultent nécessairement de la vie active et des travaux simples, modérés et bien dirigés, les seuls auxquels les idiots puissent être soumis.

M. Collineau termine son rapport par les conclusions suivantes:

La commission pense:

1° Qu'en principe, il est parfaitement convenable, et l'on peut même dire que, dans l'état actuel de la civilisation et de la science, il est *indispensable* d'appliquer aux idiots qui en sont susceptibles, un système d'éducation qui tende à développer ou à cultiver les dispositions particulières que chacun d'eux manifeste;

2° Que, sous le point de vue médical et philosophique, cette éducation peut être l'objet d'observations importantes;

3° Que des résultats déjà obtenus et constatés par votre commission, prouvent l'efficacité de la méthode que l'on suit à Bicêtre, et que dès lors et pour de graves motifs, il serait à désirer que l'on format, pour l'éducation des jeunes idiots, des établissements particuliers qui soient entièrement séparés de ceux qui sont destinés à l'aliénation mentale, la folie et l'idiotie étant des affections distinctes;

4° Que des remerciements doivent être adressés à M. le docteur Voisin, pour avoir appelé l'attention de l'Académie sur un sujet aussi digne d'intérêt, et qui, même en ce qui touche à la psychologie, entre presque entièrement dans le domaine des sciences médicales;

5° Enfin, que le mémoire de cet honorable confrère soit déposé dans les archives de l'Académie, avec remerciements à l'auteur.

Après ces conclusions, M. le rapporteur fait connaître en ces termes la marche que l'on a suivie depuis cette époque, les progrès qu'elle a déterminés et les succès définitifs que l'on a obtenus:

Nous avons vu par quels moyens simples et rationnels, bien qu'imparfaits encore, on est parvenu à soumettre les idiots à des mouvements réglés; à fortifier leur organisme, à diriger leurs sens, à fixer leur attention; à développer leurs idées premières, à porter des jugements en rapport avec ces idées; à réfléchir, à penser, dans les limites de leur faible intelligence; à vouloir, et en parcourant

(1) Ce rapport a été fait il y a dix ans. C'est par suite d'une circonstance particulière que M. le rapporteur n'a pas jugé nécessaire de faire connaître, qu'il n'a pas été lu plus tôt.

ainsi, sans le savoir, les premiers degrés de l'échelle psychologique, à s'élever jusqu'à quelques mouvements de moralité. Plusieurs pouvaient être employés utilement à de nombreux travaux agricoles.

C'est alors qu'il leur fut donné un nouveau professeur, M. Vallée, dont l'aptitude, la science, le zèle, ainsi que les moyens d'inspirer l'affection et la confiance, semblent ne rien laisser à désirer.

Aux premiers exercices, on en a ajouté d'autres, tels que la danse, l'escrime, le chant, la déclamation, le dessin. On a monté des ateliers où les plus avancés se livrent aux travaux pour lesquels ils semblent avoir le plus d'aptitude.

Partout on suit une sorte d'enseignement mutuel, les plus forts dirigent les plus faibles, les plus instruits ceux qui sont arriérés.

Un changement admirable s'est opéré, et, pour ceux qui ont vu les idiots couchés sur le sol au milieu des immondices, abandonnés à leurs penchants vicieux délaissés ou rebutés sans retour comme incurables, comme objets de dégoût et de pitié, c'est à ne pas y croire; ou plutôt, c'est à jeter dans un étonnement profond ceux qui, par irréflexion ou par dédain, n'ont pas prévu ce que peuvent les sentiments humanitaires et le bon sens, c'est-à-dire la philosophie bien comprise et bien appliquée.

Des médecins disent et répètent que, malgré tous les soins qu'on lui donne, l'idiot reste toujours idiot, c'est-à-dire qu'il contracte des habitudes, qu'il reçoit et même qu'il acquiert et développe quelques idées, mais qu'il n'arrive jamais jusqu'à obtenir la conscience de ses actes intellectuels, à porter la spontanéité, la volonté raisonnée, dans ses fonctions mentales. Cela peut être vrai pour un grand nombre, et nous l'avons admis; mais le mot *idiotie* est un terme abstrait, et dès lors ne représente à l'esprit qu'une idée sans limites. Tous les idiots ne le sont pas au même degré ni par suite des mêmes causes. Il en est chez lesquels de nouveaux mouvements que l'âge détermine chez tous les hommes, sont rendus salutaires par un traitement physique et moral bien dirigé, tandis qu'abandonnés à eux-mêmes ils resteraient toute leur vie dans l'état d'ignorance et d'abrutissement qui caractérise l'imbécillité.

D'un autre côté, un certain nombre d'idiots ont des dispositions, non révélées, pour un travail manuel, pour un art et même pour quelque partie restreinte des connaissances humaines; sous ce rapport ne se rapprochent-ils pas beaucoup de ces individus, qui hors de leurs spécialités, n'ont ni esprit ni bon sens?

L'établissement de Bicêtre nous en offre des exemples; mais sans nous arrêter à des cas que l'on pourrait regarder comme exceptionnels, nous dirons encore que, pour la généralité des idiots, on est arrivé à un degré d'amélioration auquel on n'osait pas prétendre et à des résultats qui sont des gages assurés de nouveaux succès pour l'avenir;

Que l'éducation que l'on donne aux idiots pourrait, en la modifiant et surtout en s'appuyant sur les bons exemples, ainsi que sur les principes moraux et religieux les plus simples, être utile à un grand nombre d'individus qui, sans être classés parmi les idiots, sont si faibles d'intelligence qu'il leur est presque impossible, sans expérience et sans culture, de se gouverner convenablement à travers les déceptions et les difficultés de l'état social.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons déjà dit. Le traitement physique et moral des idiots à Bicêtre n'a, dans ses bases, subi aucun changement notable. Ceux de nos confrères que ce sujet intéresse pourront, en assistant à l'un des exercices de cet établissement, s'éclairer beaucoup mieux par eux-mêmes que par tout ce que nous pourrions dire; ils trouveront encore une fois sans doute l'occasion de reconnaître que, s'il est une science morale dans ses études et dans ses applications, c'est la médecine.

Sur la demande de M. Adelon, appuyée par plusieurs membres, le travail de M. Voisin sera renvoyé au comité de publication pour être inséré dans les Mémoires de l'Académie.

Les conclusions du rapport ainsi amendées sont mises aux voix et adoptées. La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

Die sensorischen Functionen des Ruckenmarks der Wirbelthiere. — Les fonctions sensorielles de la moelle épinière des animaux vertébrés; mémoire contenant une nouvelle théorie des lois de la réflexion; par M. Edouard Pfluger. — Un vol. in-8° de xiv et 145 pages. — Berlin, 1853; chez Auguste Hirschwald.

Le sujet traité dans le livre dont nous allons rendre compte est un des plus importants de la physiologie. L'auteur remet en question les fonctions tant de fois débattues de la moelle épinière; il critique les faits acquis, les interprète rationnellement, institue lui-même de nombreuses expériences, et arrive à établir que le cerveau n'est pas le siége exclusif du sensorium, mais que la moelle épinière partage avec lui cette propriété, en sorte que la fonction sensorielle appartient au centre cérébro-spinal tout entier. Cette manière de voir était celle de Cuvier, ainsi qu'il résulte de plusieurs passages de son remarquable rapport sur l'ouvrage de M. Flourens; aussi M. Pflüger se plaît-il souvent, dans le cours de son travail, à rendre un juste hommage au génie de notre grand naturaliste.

L'auteur divise son ouvrage en neuf chapitres; le premier est consacré à l'historique de la question, le second traite des mouvements qu'exercent les animaux décapités; le troisième est consacré à la critique des faits; dans le quatrième chapitre l'auteur expose les lois de la réflexion; dans les quatre suivants il réunit les faits pathologiques et les expériences propres à appuyer ses vues; le dernier chapitre traite des mouvements qui ont lien pendant le sommeil.

Dans les notes historiques qui font le sujet du premier chapitre, l'auteur fait ressortir le mérite de deux hommes éminents, Robert Whytt et Prochaska, oubliés, peut-être avec intention, par les physiologistes modernes qui se sont occupés de l'étude des mouvements réflexes. Déjà M. Longet, dans son Traité de physiologie (t. II, p. 102), a réparé cette omission et rendu justice à qui de droit; les nombreuses citations qu'il fait des écrits du célèbre physiologiste viennois montrent que c'est lui qui a le premier interprété nettement, et de la manière la plus explicite, les phénomènes réflexes. M. Pflüger s'attache aussi à faire ressortir les droits de Robert Whytt d'abord, puis de Prochaska, de Legallois et de plusieurs autres physiologistes qui ont précédé M. Marshall-Hall.

Dans le deuxième chapitre, l'auteur jette un coup d'œil général sur les mouvements volontaires qu'exercent les animaux décapités ou même des tronçons de leur corps. Cette revue des phénomènes qu'offrent les animaux décapités formant la base de son travail, l'auteur examine avec soin la nature de ces phénomènes, et fait voir qu'ils ne sont pas nécessairement, comme on le dit, produits par des excitations extérieures. Il a fait lui-même un grand nombre d'expériences sur les grenouilles; il a vu que la grenouille décapitée meut ses pattes et les rapproche du corps quand elle est librement suspendue dans l'air et qu'aucun excitant extérieur ne la sollicite; il a observé les mêmes mouvements sur des grenouilles écorchées auxquelles il avait, de plus, coupé les pattes. Voici, en outre, une expérience curieuse que l'auteur a faite sur des grenouilles accouplées. On sait que le mâle s'accroche fortement à la femelle en l'entourant de ses bras, et qu'il est retenu dans cette position par le renflement spongieux des pouces. Ayant séparé la moelle épinière derrière la moelle allongée, entre l'atlas et la deuxième vertèbre cervicale, le mâle ne quitta pas sa femelle, malgré cette mutilation; il paraissait même l'enlacer encore avec plus de force quand on cherchait à séparer celle-ci. On toucha alors l'un des bras du mâle avec un peu d'acide acétique, l'animal détacha ce bras et chercha, avec sa patte de derrière, à enlever la substance irritante. Si, pendant qu'il était ainsi occupé, on parvenait à détacher la femelle, on pouvait placer sur le corps du mâle différents objets, sans observer de sa part aucune réaction; les bras étaient fléchis, comme lorsqu'ils entouraient la femelle, mais sans mouvements. Au contraire, dès qu'on mettait sur son corps une grenouille femelle, il se redressait, écartait les bras, cherchait à saisir la femelle, et, quand il y parvenait, se cramponnait sur elle.

Ces faits remarquables et beaucoup d'autres, rapportés par l'auteur, ont été observés sur des grenouilles privées de cerveau et de moelle allongée; quand cette dernière était conservée, les mouvements étaient plus étendus et plus variés.

Des expériences analogues ont été faites sur des salamandres, et ont eu les mêmes résultats, c'est-à-dire que les mouvements avaient lieu, quand bien même on éloignait toute cause d'irritation. L'animal décapité restait quelque temps immobile, puis il se dressait sur ses pattes, portait le corps à droite et à gauche, et reprenait son état de repos. Bientôt après il levait alternativement les pattes des deux côtés, et s'avançait, d'abord lentement, puis avec une force toujours croissante; après un repos de quelques minutes, les mêmes mouvements recommençaient; quand on mettait l'animal sur le dos, il se retournait et se plaçait de lui-même sur les pattes.

C'est bien arbitrairement, ce nous semble, qu'on attribuerait ces mouvements à une action réflexe: leur lenteur première, leur force croissante, le repos dont ils sont suivis, leur spontanéité, en un mot, montrent assez qu'ils partent primitivement du centre rachidien.

L'auteur rapporte ensuite les effets de la décapitation chez les tortues, les poissons, les oiseaux, les mammifères, et sur l'homme, et deux faits d'acéphalie, l'un d'Ollivier, l'autre de Marshall-Hall, dans lesquels il y avait respiration, cris, succion, mouvements des extrémités.

Dans le chapitre III, M. Pflüger examine et discute les preuves par lesquelles on voudrait établir que le cerveau est l'organe exclusif du sensorium, et il montre que ces prétendues preuves sont fondées sur des théories et manquent conséquemment de tout caractère expérimental réellement pratique. Il s'applique, entre autres, à réfuter ce point de doctrine assez généralement admis, que les mouvements produits par les animaux décapités ne sont pas spontanés.

Ce chapitre est très-instructif en faits et en discussions.

L'auteur arrive ensuite à établir, dans son quatrième chapitre, les lois des

mouvements réflexes; voici à peu près comment ces lois sont formulées. Il appelle la première : loi de conduction latérale correspondante à la réflexion. Quand une irritation qui attaque un nerf périphérique est suivie de mouvements musculaires réflexes qui n'existent aussi que d'un seul côté du corps, ces mouvements se montrent toujours du même côté que celui auquel appartient le nerf irrité. Comme faits confirmatifs de cette loi, l'auteur rappelle le cas intéressant, relaté par Romberg, d'une fracture de la jambe droite suivie d'un trismus du même côté ; un cas de pleurothotonus du côté droit survenu à la suite d'une plaie du talon correspondant (Elliotson) ; une épilepsie dans laquelle les muscles du côté gauche étaient seuls affectés ; après la mort du malade on trouva une tumeur développée dans le nerf du muscle demi-membraneux (J. Cooke).

La deuxième loi est intitulée : *loi de réflexion symétrique*. L'auteur appelle ainsi une réflexion qui affecte les muscles du côté opposé, mais seulement après que les muscles du même côté ont manifesté leur action, en sorte qu'il n'y a pas d'effet croisé. Tel est le fait observé par John Mitchell : une irritation du nerf de la cinquième paire détermine des secousses et des convulsions dans le cercle d'action du facial, de l'hypoglosse et de l'accessoire du côté gauche, ainsi que dans les plexus cervical et brachial du même côté. Secondairement apparaissent aussi des convulsions du côté droit du corps, et ces convulsions se montrent dans les muscles animés par le facial droit. Tel est encore le cas intéressant communiqué par Edward Seah : Un midshipman de la flotte anglaise a le bras droit emporté par un boulet ; le tétanos survient et se propage de haut en bas, mais il n'envahit pas en même temps les muscles de l'abdomen, il commence par ceux du côté droit.

La troisième loi se relie étroitement à la précédente ; elle a trait à la différence d'intensité de la réflexion quand celle-ci est double ; c'est-à-dire que, lorsque l'excitation d'une fibre nerveuse a provoqué des mouvements réflexes des deux côtés du corps, les mouvements les plus violents correspondent au côté lésé.

L'énoncé de la quatrième loi paraîtra quelque peu obscur ; l'auteur l'appelle loi du mouvement intersensitif moteur et de l'irradiation réflective. Il appelle irradiation réflective la réflexion qui, après s'être localisée dans le cercle d'action de certains nerfs, irradie sur des plexus voisins. Si l'on étudie la marche du mouvement réflexe et que l'on compare sa direction à une flèche, on verra, dit l'auteur, que dans le cerveau cette flèche aura sa pointe tournée vers la moelle allongée, c'est-à-dire de haut en bas, tandis que, dans la moelle épinière, la pointe sera dirigée de bas en haut et tournée aussi vers la moelle allongée. Voici maintenant l'énoncé particulier de ces deux cas :

1° Si un nerf sensitif *cérébral* est irrité, et si nous notons avec attention le nerf moteur auquel l'irritation est transmise par voie réflexe, nous verrons que les racines des deux nerfs se trouvent plus ou moins au même niveau dans l'organe central, ou que la racine du nerf moteur est toujours placée plus en arrière que celle du nerf sensible. Si la réflexion s'étend plus loin sur les nerfs voisins, l'irradiation réflective se dirigera vers la moelle allongée. Ainsi, par exemple, l'irritation du nerf optique produit la contraction de l'iris (réflexion de l'optique sur l'oculo-moteur) ; l'irritation de la conjonctive provoque le clignotement (réflexion de la cinquième paire sur le facial) ; la cautérisation de la cornée amène le clignotement et la contraction de l'iris (réflexion de la cinquième paire sur le facial et l'oculo-moteur) ; l'éternuement suit l'action directe des rayons solaires sur l'œil (réflexion de l'optique sur les nerfs respiratoires) ; l'irritation de la membrane de Schneider produit aussi l'éternuement (réflexion de la cinquième paire sur les nerfs respiratoires) ; l'irritation du pharynx provoque au vomissement (réflexion de la cinquième paire sur le nerf vague et sur les nerfs de la respiration) ; l'irritation de la membrane du tympan peut aussi exciter au vomissement (cette irritation fait aussi éternuer). — Réflexion comme dans le cas précédent.

2° Quand un nerf *spinal* sensible a été irrité et que l'irritation s'est transmise au nerf moteur correspondant, si cette irritation irradie sur d'autres nerfs moteurs voisins, l'irradiation se portera toujours au-dessus du point de départ primitif et jamais au-dessous ; en d'autres termes, nous voyons d'abord les mouvements se produire dans des muscles dont les nerfs naissent de la moelle au même niveau que les racines sensibles irritées ; puis plus tard des mouvements ont lieu dans des régions animées par des nerfs qui naissent au-dessus de ce niveau.

Supposons, par exemple, une irritation des nerfs cutanés des doigts qui détermine des crampes dans les parties animées par le plexus brachial ; si la réflexion irradie sur les plexus voisins, elle envahira le plexus cervical, les nerfs accessoire, vague, facial, etc. Arrivée à la moelle allongée, l'irradiation pourra redescendre en suivant une direction périphérique, et affecter les nerfs respiratoires, puis les plexus cervical, brachial, dorsal, lombaire, sciatique, dans leur ordre de succession.

La cinquième loi se rapporte aux trois catégories de régions du corps, dans lesquelles peuvent se montrer les mouvements réflexes, que la réflexion soit uni ou bilatérale.

A. La réflexion apparaît dans les nerfs moteurs qui sont plus ou moins de niveau avec les fibres sensibles irritées.

B. Si la réflexion se montre dans des moteurs plus ou moins éloignés du point d'origine des nerfs sensibles irrités, ces nerfs moteurs, ainsi excités par voie réflexe, naissent toujours de la moelle allongée. — Ici se rattachent, suivant l'auteur, tous les cas de tétanos traumatique, de trismus, de crampes hystériques qui ont leur cause dans une contraction spasmodique du diaphragme, et plusieurs autres affections nerveuses.

C. La réflexion se montre dans tous les muscles du corps. Elle peut affecter simultanément tous les moteurs, ou produire des contractions musculaires tantôt dans un point, tantôt dans un autre.

Après l'exposé de ces principes, l'auteur relate, dans quatre chapitres, les faits pathologiques et les expériences destinés à en légitimer la valeur. Il a extrait des journaux anglais, français et allemands, des observations intéressantes qu'il analyse succinctement et qu'il rattache aux diverses lois dont nous venons de reproduire les énoncés. Quant aux expériences, elles sont nombreuses, variées, et faites avec beaucoup de soin.

Le dernier chapitre traite des mouvements des personnes endormies. Cuvier disait, il y a longtemps déjà, qu'il ne croit pas qu'un homme qui dort, et qui, pendant le sommeil, cherche la position la plus commode, soit entièrement privé de sensations ; « de ce que la perception n'en a pas été distincte, et de ce qu'il n'en a pas conservé la mémoire, ce n'est pas une preuve qu'il ne les ait pas eues. » (Rapport, p. 78.) C'est à tort, suivant l'auteur, qu'on attribue ces mouvements à la réflexion ; ils dérivent du sensorium, qui a son siége dans l'appareil cérébro-spinal tout entier, mais dont l'activité est diminuée pendant le sommeil. L'expérience suivante montre assez que les mouvements en question ne sauraient être considérés comme des mouvements réflexes. Un petit enfant de trois ans est profondément endormi ; on chatouille sa narine droite ; l'enfant élève son bras droit pour écarter la main qui le tourmente et pour se gratter le nez. On répète le même acte du côté gauche, c'est la main gauche que l'enfant remue de la même manière. L'auteur met alors doucement les deux bras de l'enfant sur les côtés de son corps, recouvre d'un coussin léger le bras gauche, et le maintient en le pressant faiblement ; cela fait, il chatouille la narine gauche ; l'enfant veut porter son bras gauche à la figure ; ne pouvant y parvenir, il contracte ses traits, puis se sert de son bras droit qu'il porte rapidement à son nez pour le frotter.

Nous bornerons ici les quelques citations que nous avons pensé devoir extraire de l'intéressant travail de M. Pflüger ; nous croyons que cet auteur est dans le vrai en revendiquant pour la moelle épinière une partie des attributions que l'on rapportait exclusivement au cerveau, et en faisant de l'axe nerveux cérébro-spinal tout entier un centre de sensations et de perception. Son livre sera lu avec fruit par les physiologistes, et contribuera à réformer des idées qui reposaient plutôt sur des théories que sur des faits bien constatés et bien observés.

A. Lereboullet.

VARIÉTÉS.

— *Nominations dans la Légion d'honneur.* — Par divers décrets, ont été nommés officiers de la Légion d'honneur, MM. Conneau, premier médecin de l'empereur ; Besuchet de Saunois, auteur du *Traité de la gastrite et des gastralgies*.

Ont été également nommés officiers, MM. Jules Roux, second chirurgien en chef de la marine ; Maillot, inspecteur du service de santé des armées, et Laure (Auguste), second médecin en chef à la Guyane.

Ont été nommés chevaliers, MM. Jouvin (Jean-Pierre), pharmacien, professeur de marine à l'École navale ; Canolle (Louis-Joseph-Octave), chirurgien de marine de 1re classe ; Debry (Jules-Marcelin-Pierre), chirurgien de marine de 2e classe ; Fol (Augustin-Armand-Marie), chirurgien de marine de 2e classe ; Savina (Benjamin-Clément-Henri-Marie), chirurgien de marine de 2e classe ; Lequesne, médecin à Nogent-sur-Seine ; Chapuis, chirurgien de la marine à la Martinique ; Davasse, chirurgien aide-major au 9e bataillon de la garde nationale de la Seine ; Abeille, médecin à l'hôpital du Roule ; Pastoret, médecin de Briançon ; Frasseto, médecin à l'hôpital d'Ajaccio ; Gugelot, médecin major au 60e de ligne ; Loyer, médecin major au 49e de ligne ; Marchessaux, médecin major au 10e de ligne ; Girard, médecin major au 12e chasseurs ; Minvielle, médecin major à l'hôpital de Toulon ; Delestre, pharmacien major à l'hôpital de Rennes ; Raoult, pharmacien major à l'hôpital de Saint-Omer ; Goldscheider, pharmacien major à l'hôpital du Val-de-Grâce.

— L'Académie des sciences et belles-lettres de Rouen avait mis au concours l'éloge de Lepec de la Clôture ; le prix, consistant en une médaille d'or de 300 f., a été décerné à M. le docteur Max. Simon.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LE SULFATE DE QUININE CONTRE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — EXISTE-T-IL DES RHUMATISMES ET UN PRINCIPE RHUMATISMAL ?

Les deux dernières séances de l'Académie ont permis d'apprécier l'état actuel de la science sur deux des questions les plus importantes et les plus controversées de la médecine moderne. Si la GAZETTE MÉDICALE n'a pas la prétention de dissiper les obscurités qui entretiennent les dissidences, elle peut au moins essayer de montrer quelques-unes des causes qui les perpétuent.

Le traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine nous semble vouloir prendre de l'extension, et les praticiens qui, comme M. Desvonves, pourraient venir communiquer à l'Académie le résultat de leurs observations à ce sujet, sans avoir aucun mérite d'initiative thérapeutique, feraient constater cependant cette vérité : le manque absolu de principe régulateur dans la thérapeutique des fièvres typhoïdes. Nous ne sommes pas de ceux qui pensent que les études faites sur le traitement de cette affection ne laissent rien à désirer, et que, dans la pratique, il n'y a qu'à se conformer aux traitements qui ont fourni aux diverses statistiques les chiffres moindres de mortalité ou de durée de la maladie. Nous avons vu faire beaucoup d'essais de ce genre, et après avoir suivi un grand nombre de cas, depuis bientôt dix ans, dans les grands hôpitaux, nous nous sommes demandé pourquoi les tentatives étaient infructueuses, quelles sont les conditions qui font échouer les expériences, ou qui rendent toutes ces recherches à peine démonstratives.

C'est là probablement la question qu'il faudrait résoudre aujourd'hui en face de toutes ces médications dont chacune revendique, dans la fièvre typhoïde, sa part des succès, et pour apprécier le degré d'efficacité de certains prétendus spécifiques, tels que le sulfate de quinine. En donnant ici une sorte de programme des questions qu'il faudrait poser avant de pouvoir résoudre ce problème thérapeutique, nous n'avons nullement la prétention d'en avoir trouvé la solution : nous indiquons seulement, d'après les données actuelles de la pathologie, les obstacles multiples qu'ajoute à la question du traitement de la fièvre typhoïde l'état d'incertitude de nos connaissances pathologiques sur la nature de cette affection. Quand l'expérimentation empirique ne donne pendant longtemps et toujours que des résultats excessivement variables, il faut bien que le raisonnement ou la théorie intervienne pour expliquer, d'après les données scientifiques, les sources de cette confusion et de cette contradiction.

De toutes les affections du cadre pathologique, il n'en est peut être pas une qui soit aussi variable dans son intensité que la fièvre typhoïde; depuis les degrés les plus légers jusqu'aux cas les plus graves, il y a des nuances infinies. Quel est le praticien qui, dans cette succession non interrompue de cas, pourra se flatter de placer à propos les jalons qui sépareront les cas légers des cas moyens et des cas graves ? A quelle époque de la maladie fera-t-on cette séparation pronostique des cas ? On sait que dans la fièvre typhoïde une appréciation semblable est presque impossible avant la fin du premier septénaire, et qu'assez souvent cette singulière affection prend, après le second ou dans le second septénaire, une gravité qui ne concorde point avec la bénignité des premiers symptômes. Il y a plus : sur quelles classes de phénomènes morbides établira-t-on cette échelle de gravité ? On sait que parmi les phénomènes des maladies, il en est qui sont principalement des signes diagnostics, d'autres des signes pronostics. Il y aurait donc à s'entendre sur cette seconde question. Mais une considération capitale domine tout ce sujet : En somme, de tous les symptômes de la fièvre typhoïde, il n'en est qu'un très-petit nombre qui soient dans un rapport constant avec la gravité de la maladie, et ces symptômes ne s'observent au dehors que dans très-peu de cas. Voilà en résumé la cause de la difficulté du pronostic: elle fait comprendre toute la difficulté de la séparation des cas légers des cas graves; elle est presque complétement insoluble avec les ressources actuelles de la séméiologie, et on n'entrevoit point dans les progrès futurs de l'art du diagnostic, les moyens de solution qui nous manquent actuellement.

La GAZETTE MÉDICALE, qui a pris il y a longtemps déjà l'initiative de ces questions, a pensé avec raison que la méthode analytique ne donnerait point sur un sujet aussi complexe que celui de la thérapeutique de ces maladies, les renseignements qu'on en attendait, et elle a proposé comme moyen de solution la méthode étiologique, si féconde en déductions pratiques. Personne jusqu'ici, que nous sachions, n'a appliqué directement cette méthode à l'étude de la fièvre typhoïde; cependant il en été fait très-souvent dans ce journal une application inductive à l'étude des constitutions médicales dans leurs rapports avec la fièvre typhoïde; or si, dans l'état actuel de la science, il n'y a aucun moyen de préciser la nature de l'influence modificatrice que les constitutions médicales peuvent exercer sur le fond et la forme des fièvres typhoïdes, l'induction étiologique enseigne au moins les réserves qu'il est indispensable d'apporter dans l'appréciation des cas traités sous l'influence de telle ou telle constitution. C'est à la faveur de ce second ordre de données que l'expérimentation thérapeutique pourra conduire à quelques résultats; et c'est dans cette voie, ouverte par nos devanciers, que la GAZETTE MÉDICALE n'a cessé de pousser les praticiens de notre époque.

Une détermination plus précise du degré de gravité des cas, et une appréciation étiologique plus réservée de leur nature, telle est donc la double condition qui doit présider à toute expérimentation sur le traitement de la fièvre typhoïde.

Cette manière de poser le problème en question, nous permet de porter un jugement sur tous les essais tentés avec le sulfate de quinine. A l'exception de quelques essais isolés et sans suite, l'administration des préparations de quinquina dans la fièvre typhoïde a été tentée surtout par les praticiens qui ont retiré de bons effets de cette médication dans le traitement des fièvres continues des pays chauds, et surtout des fièvres à aspect typhoïde des parties palustres de ces régions. Rien de plus logique en apparence que ce traitement pour qui a vu ces deux affections presque identiques dans la forme. Aussi n'on ne doit point s'étonner de voir chaque jour les praticiens qui reviennent des contrées où se montrent les fièvres à quinquina, l'Afrique, le Brésil, les États-Unis, etc., s'efforcer d'employer le sulfate de quinine à haute dose dans toutes les fièvres continues de nos climats. Le résultat de ces tentatives a pour effet, au bout d'un certain temps, de ramener presque invariablement ces praticiens d'outre-mer aux traitements généralement usités. Ils ne renoncent pas pourtant totalement au sulfate de quinine, mais se bornent à le prescrire à dose moindre. Pour en citer un exemple : il y a en ce moment en Angleterre un médecin venu du Brésil qui fait

---

Feuilleton.

ORIGINE DES HÔPITAUX (1).

Les deux monuments les plus anciens de notre civilisation, la BIBLE et les livres homériques, ont été maintes fois fouillés pour y découvrir ce qu'ils peuvent contenir d'enseignements médicaux. Malheureusement, destinés à un tout autre objet que la médecine, ils ne sauraient donner une idée de l'ensemble, bien moins encore des particularités relatives à cet art, a cette science, d ns les temps bibliques et héroïques. Ils servent à poser des jalons sûrs, dans l'étude de ces époques reculées, mais il faut que les analogies et les probabilités, et surtout la connaissance du cœur et des instincts de l'homme primitif, viennent en aide au savant qui veut compléter le tracé des voies, en prolongeant des lignes continues entre ces jalons épars. Or il est rare qu'on ait procédé ainsi : les uns, sous prétexte de ne point sortir du positif, sont restés esclaves de quelques mots consignés dans ces livres, et n'ont cherché nulle part, ni dans l'étude des sociétés naissantes, ni dans la connaissance de l'homme, le complément de ces indications insuffisantes; d'autres, au contraire, laissant à leur imagination un champ trop libre, ont construit un échafaudage, un système tout entiers, dans lesquels la fantaisie a la plus large part. Quand on commence à se lancer dans les suppositions, on va quelquefois étrangement loin. C'est ainsi qu'on n'a pas été embarrassé pour trouver l'origine de l'infirmerie, de l'hôpital, dans la maison même de notre premier père Adam. Ses fils ont enfanté dans la douleur; on a dû les mettre dans un lieu séparé pour dérober ce spectacle aux jeunes enfants; enfin Ève a certainement aide ses filles à se débarrasser de leur fruit. Voilà la première infirmerie, voilà la première personne donnant des soins médicaux. De pareilles recherches nous rappellent certains nobles entichés de l'antiquité de leur race, allant chercher leurs ancêtres dans des époques de complète obscurité, et qui préféreraient les trouver parmi les bêtes, au jour avant la création de l'homme, que de descendre de quelque honnête bourgeois dont on montre encore la boutique au coin de la rue. Je crois tout simplement, pour ma part, que la sagesse divine a paré à tout, pourvu à tout, par les procédés les plus simples : le couple primitif, jeté sans expérience dans une nouvelle vie remplie de peines et de besoins, et n'ayant encore acquis aucune des notions qui servent à y pourvoir, a sans doute été doué d'un instinct pareil à celui qui, chez les animaux, remplace l'intelligence, la perfection, la transmission des connaissances de père en fils; cet instinct s'est affaibli à mesure qu'une faculté plus noble a de plus en plus déve-

(1) Quelques mots sur l'origine de la médecine, des hôpitaux et des ordres hospitaliers, à propos du livre de M. FÉLIX ROUBAUD, intitulé : DES HÔPITAUX AU POINT DE VUE DE LEUR ORIGINE ET DE LEUR UTILITÉ.

grand bruit dans la presse médicale des succès qu'il obtient dans le traitement de la fièvre typhoïde par le *cinchonisme*, et qui se flatte d'arrêter le développement de cette affection par des doses élevées de sulfate de quinine. Nous avons pris connaissance des observations qu'il a publiées, nous les avons comparées aux essais semblables dont nous avons été nous-même témoin, et nous nous hâtons de dire que nous n'avons rien trouvé de probant dans ces prétendues guérisons. La GAZETTE MÉDICALE a cité à ce sujet (numéro du 23 juillet, p. 471) les résultats du traitement des fièvres de Londres (typhus fever et fièvre typhoïde) à l'hôpital Saint-Georges par des doses élevées de sulfate de quinine, et nous disions que, dans un très-grand nombre et dans une très-grande variété de cas, il avait été impossible de s'assurer si les effets curatifs de la quinine étaient plus marqués dans telle ou telle forme morbide, dans tel ou tel degré de la maladie. Est-ce à dire que le sulfate de quinine ne puisse pas être administré avec avantage dans certaines fièvres typhoïdes? Loin de nous l'idée de nous prononcer d'une manière aussi absolue; mais nous demandons, avant tout, qu'on détermine ces formes de la maladie où les proportions de quinquina, sans agir comme spécifiques, sont administrées avec avantage. Cette distinction des cas, que réclame la pathologie de notre temps, nous voudrions la voir porter même dans la pathologie des pays chauds, et au lieu d'englober toutes les affections fébriles de ces contrées sous le nom de fièvres à quinquina, comme on englobait, il y a dix ou douze ans, toutes les fièvres continues de ce pays sous le nom de fièvres typhoïdes, il serait à désirer qu'on étudiât davantage les différences des maladies suivant les diverses localités, les diverses épidémies ou endémies. C'est ainsi qu'on expliquerait pourquoi le prétendu spécifique des fièvres des pays chauds, loin de juguler les pyrexies continues ou pseudocontinues, ne modifie qu'à peine, dans certains cas, la marche.

— Le rhumatisme existe-t-il? Le rhumatisme est-il une affection spécifique? — Les maladies de cause spécifique sont-elles simplement des maladies de causes occultes? Jusqu'à quel point les douleurs rhumatismales peuvent-elles être considérées comme des douleurs névralgiques? L'action réflexe rend-elle compte de l'extension, de la simultanéité, de la variabilité des douleurs rhumatismales et névralgiques? Ces phénomènes s'expliquent-ils par un ébranlement, une vibration du système nerveux? Telles sont les questions qu'on a soulevées à l'occasion d'un rapport de M. Piorry sur la névralgie intercostale.

Dire que les opinions les plus contradictoires ont été successivement émises à l'occasion de ces questions, n'est-ce pas montrer l'incertitude des données actuelles de la science à l'endroit de leur solution?

Et d'abord, sous le prétexte qu'il est impossible de voir et de sentir la cause rhumatismale, M. le rapporteur proposait de rayer cette cause du cadre étiologique. Cette prétention est une de ces facéties scientifiques auxquelles M. Piorry ne nous a que trop habitués; et si l'honorable membre n'apportait toujours, à défendre les opinions les plus étranges, les paradoxes les plus insoutenables, une certaine verve de conviction, un contingent de faits et de remarques qui ne manquent ni de nouveauté ni d'originalité, on serait dispensé de s'y arrêter. M. Piorry nie le rhumatisme parce qu'il ne le voit ni ne le touche; mais, ainsi que M. Requin le lui a fait observer avec esprit, sur quel fondement admet-il les vibrations ou les oscillations nerveuses comme moyen d'expliquer les douleurs rhumatismales et leurs migrations incessantes? Si M. Piorry a vu et touché ces vibrations, pourquoi ne les a-t-il pas fait dessiner, a demandé M. Requin. La prétention de M. le rapporteur ne méritait vraiment pas une critique plus sérieuse. M. Requin ne s'est pourtant pas contenté d'opposer une réfutation facétieuse à une doctrine facétieuse. Ce que les sens ne constatent pas, a-t-il ajouté, l'esprit l'induit. Là où il y a des effets différents, une bonne logique enseigne l'existence de causes différentes. Cela est incontestable, et voilà la formule de la vérité et du vrai progrès. Malheureusement l'habile professeur a délaissé cette vérité féconde et élevée pour se livrer à une digression moins heureuse sur les causes *occultes* et sur les causes *spécifiques* des maladies. On a substitué, a-t-il dit sans raison, dans ces derniers temps, les causes spécifiques aux causes occultes, qui sont exactement la même chose : il valait mieux conserver les premières, qui ne préjugent rien, que de les remplacer par les secondes, qui ont la prétention mal fondée de faire préjuger quelque chose. Nous en demandons bien pardon à l'honorable professeur; mais, ainsi que la GAZETTE MÉDICALE l'enseigne depuis bien longtemps, les causes *occultes* et les causes *spécifiques* expriment deux ordres d'idées différentes; il n'y a pas là seulement une différence de mots, mais une différence de choses, une différence de principes. Et en effet, une cause occulte peut être et ne pas être spécifique, et une cause spécifique peut être et ne pas être une cause occulte. La cause syphilitique est une cause spécifique, et lorsqu'elle est entourée de ses caractères diagnostiques, elle cesse d'être une cause occulte. Il en est de même de toutes les causes spécifiques connues, déterminées et déterminables. Mais une cause occulte est celle qui se révèle par ses effets particuliers, qui ne paraît être rattachée à aucune cause déterminée. Cause occulte et cause spécifique expriment donc deux états différents de la notion étiologique.

En ce qui concerne la cause rhumatismale, on peut dire que c'est plus une cause occulte qu'une cause spécifique; car si on est forcé de l'admettre, et si on peut la reconnaître à ses effets propres et différents, on n'est nullement fondé à dire qu'on en connaît le caractère spécifique. Ce caractère est purement *inductif* ou *subjectif*, et non *objectif*, à l'inverse de ce qui existe pour le principe syphilitique.

L'une des causes des dissidences qui règnent dans l'étude étiologique des maladies, tient, ainsi qu'on l'a surabondamment démontré dans ce journal, à ce que l'on confond incessamment les causes éloignées avec les causes prochaines : les unes étrangères à l'économie, les autres propres à l'économie. Or, dans le rhumatisme, il y a un principe étranger à l'économie qui fait réagir anormalement les organes et les tissus : ce principe, voilà la cause éloignée; et la réaction qu'il provoque, voilà la cause prochaine. C'est faute de s'entendre sur ces deux termes de la question, qu'on part de données différentes et que l'on aboutit à des conclusions opposées. Les deux données existent; quelle est leur part respective? Voilà le problème.

L'étude du mécanisme de la réaction rhumatismale et des douleurs qu'il engendre a conduit M. le rapporteur à examiner jusqu'où l'action réflexe du système nerveux pouvait éclairer la transmission et la migration des douleurs rhumatismales. Il n'a rien dit à cet égard qui mérite d'être noté; mais il a fourni à M. Bérard l'occasion de protester en faveur de la doctrine qui regarde l'action réflexe comme l'effet d'une réaction des centres nerveux, lesquels seraient au moins indispensables à la manifestation de cette action. Il serait trop long de discuter ici ce point intéressant de doctrine. On se borne à rappeler au savant professeur de physiologie l'argument reproduit par M. Piorry, qu'il y a des animaux dépourvus de cerveau et de moelle qui possèdent néanmoins l'action réflexe. Nous ajonte-

---

loppé ses moyens, et que l'expérience accumulée a fourni à l'homme des éléments d'induction et de comparaison de plus en plus nombreux, de plus en plus variés, substitution de l'intellect à l'instinct dont nous sommes tous les jours témoins, pour peu que nous voulions suivre l'évolution des peuples sauvages. Notre mère commune, ne vous en déplaise, a tout bonnement, tout naturellement accouché comme une femelle d'animal, et les opérations consécutives à l'exonération ne se sont pas faites d'une autre façon. Dans la sagesse de Dieu, il ne pouvait en être autrement.

Si la folle du logis en train de suppositions peut nous conduire dans un monde étrange, la servilité à l'histoire nous mène quelquefois aussi à l'invraisemblance. Ainsi M. Roubaud pense que les Hébreux n'ont eu ni médecins ni médecine, du temps de Moïse et sous les juges; il n'est en effet question ni des uns ni de l'autre, dans les livres sacrés. Mais interrogez les instincts les plus impérieux, les impulsions les plus naturelles de l'homme, jetez les yeux sur toutes les peuplades sauvages errant par les plaines, les forêts et les déserts de toutes les parties du monde, et vous vous demanderez bientôt s'il est possible que les Hébreux n'aient point connu une médecine quelconque, absurde, superstitieuse, tant que vous voudrez, mais enfin ayant pour but de soulager une souffrance réelle. Le chien lèche sa blessure; l'homme a-t-il vu ses maux sans y chercher instinctivement un soulagement? Après le besoin de vivre, vient celui d'éloigner la souffrance. Cela est dans la nature humaine; pour en être sûr, je n'ai pas besoin que l'histoire me le dise.

Mais toute maladie ou infirmité venait de Dieu, d'après les livres mosaïques, continue l'auteur du bon et intéressant ouvrage que nous avons cité; on ne devait point naturellement chercher à guérir ce qui était l'œuvre de Dieu, la conséquence nécessaire, la suite fatale d'un péché. Si fait, car l'instinct est plus fort que la croyance, que la théorie, que l'idée; qui souffre cherche à ne plus souffrir, c'est son premier soin. Les raisons ne manquent pas ensuite : tout en priant Dieu d'éloigner le mal, réputé son œuvre, on emploie les procédés que l'on croit les meilleurs pour opérer la réparation, pour l'accélérer si Dieu la conseil. Je le pansai, Dieu le guérit. Ces idées, du reste, étaient si peu un obstacle à l'existence de la médecine, que du temps des rois d'Israël et de Juda, sous l'empire de ces mêmes croyances, les prêtres pratiquaient cet art, et qu'il existait même des médecins proprement dits faisant une active concurrence aux lévites. On sait que le roi Ézéchias fut guéri par un cataplasme de figues sèches placé sur une plaie, d'après l'avis du prophète Ésaïe.

Quelle place occupaient les médecins dans la hiérarchie sociale des Hébreux? M. Roubaud la croit infime, en s'appuyant sur un passage qu'on a traduit de trois façons : Jacob étant mort, Joseph commanda de l'embaumer *aux médecins qui le servaient* (de Genoude), *à ceux de ses serviteurs qui étaient médecins* (David Martin), *à ses esclaves les médecins* (Cahen). C'est ce qui nous ravale autant que possible, dit M. Roubaud.

Quand on veut construire un monde tout entier avec un mot, on risque fort de se tromper. Or, dans l'espèce, il nous semble qu'on exagère singulièrement la valeur et la portée du mot. Sous Auguste et ses successeurs, les médecins étaient tellement honorés qu'on leur conférait l'ordre équestre, qu'on les exceptait dans les décrets d'expulsion des étrangers, en temps de famine, qu'on leur élevait des statues, que l'un d'eux est appelé par Tacite *ami* de

rons que des animaux auxquels la moelle a été enlevée n'ont pas pour cela perdu la faculté de produire les mouvements réflexes. M. le professeur Bérard trouvera, au compte rendu de l'ouvrage de M. Edouard Pfluger, inséré dans notre dernier numéro, d'utiles renseignements à cet égard.

L'action réflexe est donc loin d'avoir encore une solution physiologique satisfaisante.

ANATOMIE.

RECHERCHES SUR LES GLANDES DE LA PITUITAIRE (mémoire lu à la Société de biologie); par M. le docteur SAPPEY, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Chaque sens a été doué de glandes qui lui sont propres. Le sens de l'ouïe nous offre à son entrée les glandes lumineuses; le sens de la vue possède les glandes lacrymales; au sens du goût sont annexées les glandes salivaires, et à celui du tact les glandes qui élaborent la sueur. Le sens de l'odorat n'a pas été moins richement doté que les précédents; il a reçu en partage des glandes muqueuses extrêmement multipliées et d'une structure assez compliquée. Logées dans l'épaisseur de la membrane qui tapisse les parois des fosses nasales, ces glandes, par le produit visqueux qui s'écoule de leur cavité, entretiennent dans un état d'humidité permanente la surface libre de la pituitaire et favorisent ainsi la perception des odeurs; que ce produit augmente ou diminue de quantité, qu'il se tarisse momentanément dans ses sources, qu'il se modifie dans sa nature intime, que les glandes qui en sont le point de départ deviennent, en un mot, le siége d'une altération quelconque, et aussitôt les impressions odorantes s'affaiblissent ou se suppriment. L'exercice et la perfection de l'odorat se trouvent donc liées d'une manière intime à l'existence et à l'intégrité des glandes de la pituitaire qui semblaient ainsi devoir attirer vivement l'attention des anatomistes, et qui cependant, malgré leur multiplicité, malgré l'importance du rôle qui leur est confié, malgré la fréquence de leurs maladies et les conséquences qui en découlent, sont restées jusqu'à ce jour à peu près complétement méconnues. Presque tous les auteurs les passent sous silence, considérant le mucus des fosses nasales comme un simple produit d'exhalation ; quelques-uns cependant les ont mentionnées, mais sans s'attacher ni à démontrer leur existence, ni à reconnaître leur mode de conformation.

En 1695, Ruysch, dans une lettre écrite à Grœtz, avance que les glandes de la pituitaire sont extrêmement nombreuses; la fig. 7 de la pl. 8 annexée à ses *epistolæ*, nous montre qu'il avait observé l'embouchure de ces glandes. Revenant sur le même sujet dans son THESAURUS ANATOMICUS SEXTUS, Ruysch considère les glandes de la muqueuse nasale comme des faisceaux d'artérioles ouvertes à leurs extrémités pour répandre sur la pituitaire le mucus qui l'humecte (1).

En 1767, Lecat signale aussi les glandes de la pituitaire et en parle à peu près dans les mêmes termes : « La pituitaire, dit-il, est spongieuse et sa » surface offre un velouté très-ras. Le tissu spongieux est fait d'un lacis de » vaisseaux, de nerfs et d'une grande quantité de glandes. Le velouté est » composé de l'extrémité de ces vaisseaux, c'est-à-dire des petits mamelons nerveux qui sont l'organe de l'odorat et des extrémités des vaisseaux » d'où découle la pituite (1). » Dans le t. II de son TRAITÉ DES SENSATIONS, cet auteur a fait représenter, dans une figure, les embouchures des glandes de la pituitaire; mais cette figure n'est pas moins défectueuse que celle de Ruysch, dont elle me paraît une reproduction légèrement voilée.

En 1845, M. Huschke, dans son TRAITÉ DE SPLANCHNOLOGIE, a consacré quelques mots à ces glandes; je les citerai textuellement : « Les glandes » mucipares sont tellement nombreuses qu'elles forment au-dessous de la » membrane de Schneider une couche non interrompue, d'une demi-ligne » à une ligne d'épaisseur. Les unes sont simples, les autres représentent, » d'après Valentin, des tubes contournés, des espèces d'amas de petits intestins microscopiques que des fibres de tissu cellulaire entourent et » isolent les uns des autres. Leurs orifices varient beaucoup quant aux » dimensions; entre les plus grands qui affectent la forme de fentes, on en » découvre une multitude de petits (2). »

Tels sont les auteurs qui ont signalé et admis l'existence des glandes de la pituitaire. Tous se bornent à une simple mention, mais aucun ne parle en observateur ; aussi sont-ils tombés dans une commune erreur lorsqu'ils ont voulu définir le mode de conformation qu'elles présentent; elles ne sont, en effet, ni une dépendance du système artériel, ainsi que le pensait Ruysch, ni des follicules, comme l'admet M. Huschke, ni des tubes enroulés sur eux-mêmes à une de leurs extrémités, comme l'avance Valentin : ce sont des glandes en grappe, et j'ajouterai des glandes en grappe parfaites; car les glandes de cet ordre forment deux groupes assez distincts, suivant qu'elles revêtent la forme globuleuse ou la forme allongée. Les glandes en grappe à forme globuleuse ont pour attribut un conduit excréteur qui n'affecte dans son mode de ramescence aucune disposition déterminée ; les glandes en grappe à forme allongée sont munies d'un conduit excréteur principal, de toute la circonférence et de toute la longueur duquel se détachent de distance en distance des conduits secondaires qui se divisent et se subdivisent à leur tour : elles constituent le type des glandes en grappe; pour les distinguer de celles qui précèdent, je conserverai à celles-ci le nom de glandes en grappe, et je donnerai aux secondes celui de *grappes en épi*, dénomination qui exprime assez bien leur caractère propre, c'est-à-dire la subordination de leurs conduits de second ordre au conduit excréteur principal. Les glandes de la pituitaire sont des grappes en épi.

Le nombre des lobules qui entrent dans la composition de chacune de ces grappes est très-variable; sous ce rapport, on peut les diviser en grandes, moyennes et petites. Les plus longues offrent de trente à quarante lobules, les moyennes en présentent quinze à vingt, et les plus petites une dizaine environ. Tantôt les conduits qui partent de ces différents lobules viennent s'ouvrir directement dans le conduit principal; tantôt ils s'abouchent les uns dans les autres, et donnent naissance à un troncule qui se jette dans le tronc commun. C'est ordinairement vers l'origine ou extrémité profonde de la glande qu'on observe ces goupes de lobules; à mesure qu'on se rapproche de son extrémité terminale, ils deviennent de plus en plus rares; autour de la dernière moitié du conduit central, il n'existe plus en général

(1) *Suntque glandulæ nasales, nil nisi fasciculi extremitatum arteriolarum, nares humectantes..* Ruysch, TH. ANAT., VI, p. 3.

(1) Lecat, TRAITÉ DES SENSATIONS, t. II, p. 231.
(2) Huschke, TRAITÉ DE SPLANCHNOLOGIE, p. 559.

---

l'impératrice, etc., etc.; ce qui n'empêche pas qu'à la même époque, il y avait aussi des médecins parmi les esclaves, à telle enseigne que chaque grande maison possédait son petit personnel de médecins esclaves. Or qu'un membre de la famille de l'opulent patron vînt à mourir et que ses esclaves médecins reçussent l'ordre de l'embaumer, cela est fort naturel ; on se fait servir par ses gens. Supposez que l'indication d'un pareil acte fût seul parvenu à votre connaissance, M. Rouhaud aurait pu en conclure que la médecine était alors abandonnée aux gens infimes, et partant peu honorée. Nous savons par d'autres documents qu'il en était tout autrement. Or une pareille erreur n'aurait-elle pas été commise relativement à la médecine chez les Hébreux? Cela nous paraît d'autant plus probable que les lévites, la première caste du peuple de Dieu, exercèrent la médecine et firent même longtemps des efforts pour en maintenir chez eux le monopole, et que, si je ne me trompe, un ou plusieurs rois des Hébreux ont composé eux-mêmes des livres de médecine, fait que ne cite point M. Rouhaud, et que je crois avoir puisé dans Curt Sprengel.

Les prêtres ont été partout les premiers médecins, parce que les prêtres ont été partout les premiers savants, et que la médecine faisait partie de cette rudimentaire science, si peu avancée qu'elle n'avait pas encore subi de divisions. Dans ces temps-là, un homme pouvait dire : Je sais tout. Ceux qui, entraînés par un esprit heureusement passé de mode, se sont aigrement récriés contre l'énormité, les abus, les extravagances de ce monopole longtemps conservé par les prêtres, ont trop oublié que la classe sacerdotale fut longtemps aussi la seule intelligente et instruite. En passant, à cette époque, de ses mains dans celles du peuple, la médecine n'en eût certainement pas été moins superstitieuse, et n'en fût devenue que plus grossière, plus empirique; comme, pour le progrès de cette science, le travail de l'esprit est aussi nécessaire que la collection des faits, puisque toute observation demande à être fécondée par la réflexion, un temps d'arret eût certainement mis des entraves à sa marche. Mais vint une époque où les classes laïques participèrent au bienfait de la culture de l'intelligence, et se sentirent aptes à réclamer leur part des professions libérales. C'est alors que la lutte commence : le clergé ne veut point se dessaisir d'un monopole qui lui donne à la fois lucre et influence; mais les laïques, se sentant appelés, réclament et occupent bientôt à la table une place qu'ils agrandissent rapidement. Ce passage ne s'est pas fait sans secousse, je dirai plus, sans chute dans le niveau de considération dont jouissait la médecine, circonstance qu'on n'a pas assez remarquée. En tombant dans une classe moins influente, moins instruite, moins noble et moins relevée, sans prestige ancien et n'ayant point encore eu le temps d'acquérir un lustre de nouvelle date, la médecine, sur laquelle se reflétait l'illustration du clergé, manqua de cette clarté et s'obscurcit un instant, pour reprendre plus tard un brillant essor. Cette rétrocession momentanée d'illustration semble avoir eu lieu chez tous les peuples. C'est ainsi qu'en France, au douzième et au commencement du treizième siècle, plusieurs conciles défendirent au haut clergé, archidiacres et prélats, de s'adonner à l'art de guérir, dont ils s'occupaient autrefois, et cela parce que la médecine était alors pratiquée par les serfs libérés, qui, notamment après les croisades, se réunirent pour former la commune, le tiers état, et se livrèrent bientôt au commerce, aux arts, aux sciences; caste longtemps méprisée par la noblesse et par le clergé, jusqu'au moment où elle devint, de leur vassale, leur égale, puis leur maîtresse. Ainsi l'on peut dire, en deux

que des lobules isolés qui lui sont contigus. De cette disposition, il résulte que les grappes les plus longues et les plus composées sont plus larges à leur extrémité profonde, tandis que les petites grappes et les grappes de dimensions moyennes offrent une largeur à peu près uniforme dans toute leur étendue. Chacun des lobules qui concourent à former ces grappes se compose d'un nombre variables de granulations ou acinis; sur quelques points, et plus particulièrement au voisinage de l'embouchure des conduits excréteurs, les acinis reposent immédiatement sur ces conduits.

Les glandes de la pituitaire se dirigent perpendiculairement vers sa surface libre. Les plus étendues mesurent environ les deux tiers de l'épaisseur de cette membrane; les autres n'en mesurent que le tiers, le quart ou le cinquième seulement. Les orifices par lesquels elles s'ouvrent sur la muqueuse olfactive sont très-apparents sur certains points, particulièrement à la partie antérieure de la paroi externe des fosses nasales. Tous ces orifices sont arrondis et non ovalaires ou en forme de fente, ainsi que l'avait pensé M. Huschke. Les plus grands ne dépassent pas le diamètre d'un grain de millet. Entre ceux-ci, on en trouve de plus petits, mais qu'on peut cependant distinguer à l'œil nu, et d'autres qui ne deviennent visibles qu'à l'aide d'une loupe. Ils sont assez rapprochés pour donner à la pituitaire l'aspect d'un crible à pertuis inégaux et irrégulièrement répartis. Les dimensions que Ruysch et Lecat assignent à ces pertuis, dans les figures qu'ils leur ont consacrées, sont, d'une part, beaucoup exagérées, et de l'autre beaucoup trop uniformes.

Le nombre des glandes de la pituitaire est très-considérable. Sur certains points, on en compte jusqu'à cent, cent vingt et même cent cinquante, sur un centimètre carré; sur d'autres, ce nombre se réduit à quatre-vingts, à soixante, à cinquante, et descend quelquefois jusqu'à trente ou quarante. Ces glandes sont plus abondamment répandues dans la moitié inférieure

Glandes de la pituitaire vues à un grossissement de vingt diamètres.

1, 1, surface libre de la pituitaire. — 2, 2, surface adhérente de cette membrane. — 3, 3, 3, 3, quatre glandes plus longues et plus composées. — 4, 4, glandes de dimensions moyennes. — 5, glande de la plus petite dimension.

des fosses nasales que sur la moitié supérieure; elles sont extrêmement multipliées sur la paroi externe de ces cavités, au devant des cornets moyen et inférieur. Elles forment aussi une couche continue et très-serrée sur le bord libre de ces cornets. On peut dire d'une manière générale que leur nombre est proportionnel à l'épaisseur de la pituitaire; partout où cette membrane présente une grande épaisseur, les glandes qu'elle renferme se montrent à la fois très-développées et très-nombreuses. Sur les points où elle devient plus mince, ces glandes diminuent de quantité, et dans les régions où elle acquiert une extrême minceur, comme dans les cellules de l'ethmoïde et les différents sinus, on n'en trouve plus aucun vestige. C'est vainement que j'ai cherché les glandes de la muqueuse nasale dans les sinus frontaux, dans les sinus sphénoïdaux, etc. Je dois dire cependant que l'on rencontre ordinairement quelques glandules dans l'épaisseur de la muqueuse qui répond à la base du sinus maxillaire, région sur laquelle on observe aussi très-fréquemment de petits kystes muqueux du volume d'une lentille, d'un pois ou d'une noisette, et même assez considérables parfois pour remplir la totalité du sinus.

Les artères qui se perdent dans l'épaisseur de la muqueuse olfactive sont surtout destinées à ses glandes, dont le volume et le nombre expliquent bien l'extrême vascularité de la pituitaire. Sous ce rapport, la membrane qui tapisse les parois des fosses nasales et celle qui revêt la cavité utérine méritent d'être rapprochées l'une de l'autre : toutes deux sont essentiellement glanduleuses et essentiellement vasculaires. A cette analogie de structure se rattache une analogie non moins remarquable dans les maladies qu'elles nous offrent : toutes deux, en effet, sont la source d'hémorragies, l'une d'une hémorrhagie périodique et mensuelle, l'autre d'une hémorrhagie accidentelle, quelquefois aussi périodique, mais se reproduisant le plus souvent à des intervalles inégaux et plus ou moins éloignés. Toutes deux sont le point de départ de polypes et de tumeurs fibreuses, dont elles constituent le siége le plus habituel; toutes deux sont fréquemment affectées de dégénérescence cancéreuse, et on connait la funeste prédilection du cancer pour les organes glanduleux. Cette analogie de structure et de maladie entre la pituitaire et la muqueuse utérine méritait d'autant plus d'être signalée qu'une ligne de démarcation assez tranchée s'élève, sous ce double rapport, entre les diverses dépendances du système muqueux : ainsi la muqueuse linguale est bien différente de celle du pharynx et de l'œsophage; la muqueuse de l'œsophage diffère beaucoup de celle de l'estomac; la muqueuse de l'estomac ne diffère pas moins de celle de l'intestin grêle; cette dernière se distingue à son tour de la muqueuse du gros intestin, etc. En opposition avec toutes ces différences, il n'était donc pas sans intérêt de mettre en regard les caractères qui rapprochent la muqueuse nasale de la muqueuse utérine, et de montrer que ces membranes, bien que situées pour ainsi dire aux deux pôles du système muqueux, sont surtout redevables des liens anatomiques et pathologiques qui les unissent à la prédominance de leur élément glanduleux.

---

mots, que la considération de la médecine a été liée à celle de la caste qui l'exerçait.

Si la médecine est vieille comme le monde, parce qu'elle est la traduction d'un instinct, d'un besoin qui est de tous les peuples, de tous les temps, il n'en est pas de même des hôpitaux, qui émanent d'une idée, d'une doctrine, d'un principe, d'une religion.

Ni le judaïsme ni le paganisme n'ont connu ces asiles ouverts à la souffrance par la piété et la charité publiques. Pour ces religions égoïstes, la pauvreté et la souffrance, c'était presque la honte et le vice. La belle philosophie des Socrate et des Platon manque de la vivification par la charité, ce grand et sublime nom qui dit plus et moins que philanthropie, fraternité, égalité, qui dit tout ce qu'il faut, rien que ce qu'il faut, et comme il le faut dire.

Les temples des Asclépiades n'étaient que des sortes d'hôtelleries de santé, où *l'on ne pouvait ni mourir ni accoucher*, des maisons de consultations où l'on allait en chercher pour son argent. MM. Malgaigne et Roubaud sont peut-être un peu sévères pour les Asclépions, si vantés par Sprengel, Leclerc, Cabanis, Gauthier, Littré, etc., et les Asclépiades, prêtres-médecins, ne passent guère, aux yeux de M. Roubaud, que pour des charlatans adroits et cupides.

A Rome, nous trouvons des infirmeries ou hôpitaux, *valetudinaria*, dans les camps, à la cour des Césars, dans les grandes maisons; mais ces institutions, créées soit par l'État pour la conservation de ses soldats, soit par les particuliers pour soigner leurs gens, n'ont rien qui ressemble aux établissements hospitaliers ouverts aux malades pauvres.

Avec le christianisme, une autre pensée sociale surgit tout à coup : une âme vaut une âme, c'est-à-dire que nous sommes tous égaux devant Dieu; chacun doit s'entr'aider; les pauvres sont vos frères et les enfants privilégiés du Seigneur; nous sommes agréables au Très Haut et nous gagnons les récompenses futures, en venant au secours de nos frères faibles, pauvres ou souffrants.

Les premiers établissements furent plus que des hôpitaux, *nosocomium*; c'étaient de véritables maisons d'hospitalité, *xenodochium*, *ptochotrophium*. L'Orient semble nous avoir précédés dans ces institutions, et Sébaste ainsi que le royaume du Pont avoir les premiers possédé ces sortes d'asile. Le premier hôpital proprement dit, *nosocomium*, a été fondé à Rome, l'an 380, par l'opulente et charitable matrone Fabiola. Rome, centre du catholicisme, est restée aussi la ville par excellence des hôpitaux : outre ceux que l'État pontifical entretient, il en est d'autres, hôpitaux étrangers, aux frais desquels subviennent différentes nations catholiques, l'Espagne, le Piémont, etc., et qui s'ouvrent pour les sujets de ces divers royaumes. Rome est peut-être aussi la seule ville où existe encore le *xenodochium*, la maison des étrangers, qu'on retrouve parfaitement dans la Trinité des Pèlerins, où les pieux et pauvres voyageurs sont couchés et hébergés gratuitement pendant un nombre de jours variables, établissement dont nous avons, du reste, parlé ailleurs.

L'Italie, centre de rayonnement des idées religieuses, fut la première, après l'Orient, à se couvrir d'hôpitaux, et la France ne se trouve pas une des dernières. L'Hôtel-Dieu de Lyon, fondé sous le nom de *xenodochium*, date de l'an 542.

Il nous importe peu de poursuivre, à travers les temps, l'histoire du progrès des hôpitaux, et de faire voir comment ils sont passés du régime sacerdotal sous

DIAGNOSTIC.

MÉMOIRE SUR LE DIAGNOSTIC DE LA GALE DE L'HOMME PAR L'INSPECTION DU SILLON A L'ŒIL NU; par M. le docteur G. PIOGEY, vice-président de la Société médicale d'observation, lauréat de la Faculté.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

TRAITEMENT.

La gale étant sous la dépendance d'une action toute locale, on doit la combattre, malgré les complications, par une médication parasiticide, de même que pour combattre avec succès une inflammation pustuleuse ou furonculeuse entretenue par une épine ou par un irritant quelconque, il faut enlever l'épine ou empêcher la cause d'agir.

La médication la plus efficace, sans action nuisible sur la peau et sur l'organisme, consiste à faire prendre un bain de savon, afin d'assouplir et de ramollir l'épiderme; immédiatement après, on pratique une friction générale avec 60 à 80 grammes de pommade sulfuro-alcaline:

Soufre.	30	grammes.
Sous-carbonate de potasse. . .	15	—
Axonge	120	—

On se couche sans essuyer la pommade. Le lendemain matin, la friction est renouvelée, et, quatre ou cinq heures après, on prend un second bain de savon, puis on change de linge et de vêtements. On peut se dispenser de soumettre les vêtements de laine à une fumigation sulfureuse, en les exposant à l'air pendant huit jours; après ce délai les acarus sont morts, et les œufs ne conservent plus la faculté de se développer.

Si les pustules sont nombreuses, si le derme est excorié, on supprime le sous-carbonate de potasse et l'on conserve le soufre, agent parasiticide par excellence et sans action irritante.

Les éruptions consécutives seront combattues par le traitement qu'elles réclament, sans tenir compte de la cause génératrice. Indépendamment des vésicules et des papules que l'on observe forcément le lendemain ou le surlendemain d'une friction générale, les éruptions se manifestent et persistent en raison de la durée antérieure de l'action irritante par les acarus, qui ont développé une congestion habituelle, une prédisposition aux éruptions que l'on ne peut faire cesser brusquement: un bain de son tous les deux ou trois jours pendant plusieurs semaines en modère l'intensité et même les empêche de se produire.

Les frictions générales rudes sont indispensables afin que la pommade pénètre au travers des orifices situés sur la longueur du sillon, et agisse non-seulement sur les acarus, mais encore sur les œufset les larves. Aucune partie du corps ne doit être omise: le parasite peut être rencontré partout, bien qu'il ait des siéges de prédilection pour creuser son sillon.

Une pommade employée en onctions douces procure seulement les inconvénients de cette médication. En effet, quelques précautions qu'on apporte dans les embrocations, les pustules, les éraillures seront pénétrées, le derme sera irrité et l'acarus, enfoui dans son chemin couvert, protégé par l'épiderme, poursuivra tranquillement ses fonctions.

D'après des expériences faites par M. Bazin à l'hôpital Saint-Louis, six frictions à l'huile d'olives ou à l'axonge déterminent des vésicules plus nombreuses que deux frictions avec la pommade sulfuro-alcaline ou au goudron.

Les auteurs les plus opposés aux frictions générales rudes manquent de logique dans leurs arguments. Ils les accusent de trop irriter le derme, de faire naître une éruption plus grave que la maladie première, et de répercuter en même temps les vésicules et les pustules. Il est impossible que deux effets aussi opposés se produisent sous l'influence d'une même cause.

On n'empêche pas l'éruption de se manifester; elle est même quelquefois accrue le lendemain; on supprime la cause pour l'avenir en détruisant l'acarus.

Les frictions générales faites avec des substances irritantes n'ont déterminé aucun accident dans 300 faits recueillis avec soin.

Tels sont les points principaux que nous tenions à exposer, afin de montrer combien l'observation donne de résultats contraires aux opinions professées sur la gale par la majorité des médecins.

Nous avons négligé l'incubation, le mode de contagion, la transmission des animaux à l'homme, et *vice versâ*, etc., questions importantes mais moins pratiques que nous exposerons ailleurs,

Avant de poser des conclusions, nous rapporterons trois observations à l'appui de nos appréciations.

GALE DATANT D'AU MOINS DEUX MOIS, CARACTÉRISÉE PAR DES SILLONS TYPES 1° AUX MAINS, DONT QUELQUES-UNS SONT EN RAPPORT AVEC DES VÉSICULES, SANS COMMUNIQUER AVEC LA SÉROSITÉ, 2° AU PÉNIS, PAR DE GROSSES PAPILLES LENTICULAIRES SURMONTÉES DE SILLONS; GUÉRISON PAR DEUX FRICTIONS GÉNÉRALES AVEC LA POMMADE SULFURO-ALCALINE; ÉRUPTION DE VÉSICULES CONSÉCUTIVES AUX FRICTIONS; BAINS SIMPLES.

OBS. I. — Léger (Maxime), âgé de 22 ans, garçon marchand de vins, couchant dans un garni lors de la première invasion de la gale, entre le 29 mai au n° 2 de la salle Henri IV, service de M. Bazin, hôpital Saint-Louis. Fort bien constitué, il a la peau brune, l'épiderme très-épais. La transpiration, facile aux mains, a beaucoup augmenté depuis trois semaines. Atteint de la gale pour la première fois il y a une année, il fut traité à l'hôpital Saint-Louis par un bain sulfureux tous les jours, et une friction avec la pommade sulfuro-alcaline d'Helmerich sur les articulations radio-carpiennes, tibio-tarsiennes et les avant-bras, renouvelée matin et soir. Depuis il a pris trois bains seulement, et de temps en temps il a éprouvé des démangeaisons accompagnées de vésicules semblables à celles qu'il avait lors de sa première admission.

Il ignore le mode de contagion de la récidive. Les démangeaisons vives datent de deux mois; depuis dix-huit jours elles sont intolérables le soir, et le sommeil est impossible.

ÉTAT PRÉSENT. L'ensemble des éruptions se compose de vésicules perlées dans les espaces interdigitaux, de sillons nombreux aux mains et aux éminences hypothenars, de vésicules acuminées, papuleuses, aux avant-bras, d'érythème aux aisselles, de prurigo aux cuisses et sur le ventre, enfin de grosses papules sur le pénis et le scrotum.

DESCRIPTION. Dans l'espace interdigital de l'index et du médius droit, un sillon d'un centimètre de longueur, non en rapport avec une vésicule et ne reposant pas sur une congestion du derme, dirigé en zigzag, présente une éraillure épidermique de trois à quatre millimètres de diamètre à une extrémité; à l'autre

---

l'administration civile; mais il est intéressant d'assister à la formation et au développement des ordres religieux hospitaliers.

Plusieurs graves enseignements ressortent de cette étude: la charité chrétienne sollicite et détermine les hommes aux plus nobles entreprises, aux plus grands sacrifices; mais toute institution religieuse hospitalière, nous ajouterons *et autre*, ne demeure méritoire, desintéressée, dévouée, qu'autant qu'elle reste pauvre, humble, militante; tout ordre religieux hospitalier qui acquiert des richesses et de la puissance, oublie sa destination premiere, met ses interêts au-dessus de celui du pauvre et du malade, et délaisse bientôt ces soins pour une mission qu'il croit plus noble et plus brillante. Tels sont les écueils parmi lesquels vogue le désintéressement humain, que, si l'on veut garantir au pauvre malade des soins toujours dévoués et désintéressés, il ne faut le confier qu'à des gens ayant fait vœu de pauvreté, qu'à des frères dans toute l'acception du mot.

Au cinquième siécle de l'ére chrétienne se forme la corporation des parabalaires, qui, sans avoir été des médecins proprement dits, se dévouaient à soigner les malades. Leur nom (παραβάλλεσθαι, s'exposer au danger) indique une intrépidité qu'ils ne démentiront point dans les premiers temps. Devenus plus tard puissants, ils se montrèrent bientôt dangereux: effroi des chefs et même du peuple, fomentant des troubles, s'immisçant dans les querelles religieuses, ils finirent par être l'objet des plus sévères mesures, entre autres de la part de Théodose.

Un des ordres les plus utiles fut celui qui, fondé par les négociants d'Amalfi, établit à Jérusalem l'hôpital de Saint-Jean-l'Aumônier, et donna naissance aux Joannites. Il eut le rare mérite de ne guère sortir de ses attributions, de rester obscur et par là méritant; et ce n'est point sans vénération qu'on contemple à Saint-Pierre de Rome la statue du fondateur d'un ordre qui sut ainsi rester fidèle à sa destination première, pendant que les autres s'en déviaient étrangement, oubliant la pauvreté pour l'opulence, le sacrifice pour l'ambition.

Les fameux chevaliers de Saint-Jean-de-Jérusalem et les farouches Templiers, ainsi que d'autres ordres nés en Palestine, ne furent institués que pour secourir, défendre au besoin les armes à la main, recueillir et soigner les pèlerins fatigués ou malades: guerriers au dehors, c'étaient, au dedans, des hospitaliers, de *nobles infirmiers*. Jamais de tels soins ne furent relevés par plus de noblesse. Saint Louis donnait l'exemple en pansant lui-même les malades, et je ne sais plus quel roi, quels fils ou frères de rois de France, ne s'arrêtaient plus à ces soins, mais allaient jusqu'à baiser les plaies sanieuses des pauvres couverts d'ulcères. Quand les grands de la terre prodiguaient de tels exemples, qui se serait arrêté en chemin? C'est une sainte religion que celle qui sait ainsi ennoblir les soins les plus vulgaires, et faire dominer tout sentiment par celui de la charité.

Mais ces ordres chevaleresques devinrent vite riches, puissants et redoutés; la soif de la gloire sur le champ de bataille leur fit bientôt abandonner le modeste mérite des soins hospitaliers; d'abord on en chargea des employés d'un ordre inférieur, puis il n'en fut presque plus question. Nous n'avons pas à conter ici leurs brillantes pages historiques, leur décrépitude et leur fin sur un rocher ou dans les flammes du bûcher; mais nous avons à enregistrer ces enseignements du passé, pour désirer dans nos hôpitaux des ordres religieux

est un point blanchâtre, opalin, formé par un soulèvement de l'épiderme imperforé. Entre les deux parties extrêmes existe le pointillé grisâtre. Une vésicule perlée, de la grosseur d'un grain de chènevis, est à la partie interne du médius; sa convexité est obliquement traversée par une rainure, qui offre les mêmes caractères que le sillon précédent. L'éraillure initiale est en dehors de la vésicule, le point opalin, blanchâtre, imperforé, repose directement sur elle; le sarcopte est extrait sans déterminer l'écoulement de la sérosité.

A l'éminence thénar, quatre sillons d'un centimètre de longueur, et en partie déchirés; à la face interne de l'avant-bras, de petites papules rouges disséminées, disparaissant momentanément à la pression; quelques unes sont surmontées d'une vésicule citrine, d'autres ont à leur sommet un caillot sanguin concrété : tels sont les trois aspects présentés par la vésicule acuminée, papuleuse.

Deux vésicules perlées, en rapport avec deux sillons, occupent un espace interdigital de la main gauche; les acarus sont extraits, et les lamelles épidermiques qui séparent les pointillés grisâtres sont déchirés, sans déterminer l'écoulement de la sérosité.

Un sillon droit, de 14 millimètres, occupe un des plis transversaux de la face dorsale du poignet; à l'éminence hypothénar, trois sillons courbes en forme d'S; sur l'avant-bras, le ventre et les cuisses, du prurigo et des vésicules acuminées, papuleuses; sur la face dorsale du pénis, une grosse papule rouge lenticulaire, traversée par une rainure; elle a l'aspect d'une papule muqueuse non ulcérée; mais elle est le siége d'un prurit très-vif, et l'extraction de l'acarus précise le diagnostic; l'épiderme des fesses est éraillé au pourtour de quatre pustules d'impétigo.

Traitement. Le 29, après un bain, friction générale avec la pommade sulfuro-alcaline pendant un quart d'heure; chaleur vive; cuisson pendant la friction et une heure après. Nouvelle friction le lendemain matin; bain simple dans l'après-midi.

Le 31, le sommeil a été peu interrompu et les démangeaisons beaucoup moins vives. Les acarus sont déformés, desséchés, les sillons en partie déchirés. Érythème sur les avant-bras et les cuisses; nouvelle éruption de vésicules dans les espaces interdigitaux. Exeat le 1er juin.

Des bains ont été recommandés. Le malade devait se présenter à la consultation si l'éruption récidivait; il n'est point revenu.

Est-ce une récidive de l'affection traitée une année auparavant? Ou bien la gale s'est-elle développée sous l'influence d'une nouvelle contagion?

Les auteurs qui pensent que la gale laisse dans l'économie un virus, un principe susceptible de dégénérer en une autre affection ou de se reproduire après un temps plus ou moins long, admettraient que depuis la première invasion, la maladie a été seulement modifiée, enrayée dans sa marche, et qu'elle n'a pas cessé d'exister, à cause des démangeaisons et des rares vésicules observées.

Si la gale avait une année de durée, les complications seraient plus graves et les sillons plus longs, plus nombreux. Le prurit et les vésicules constatés à des intervalles éloignés sont sans valeur; les vésicules existent chez tous les galeux à la suite de la médication la plus rapide et la plus méthodique.

Ces phénomènes sont sous la dépendance de la congestion du derme, déterminée par la durée et l'intensité des éruptions. Les vésicules et les démangeaisons qui se manifestent après la guérison de la gale guérissant d'autant plus facilement qu'on les combat par les bains simples ou le traitement qui leur convient individuellement, ne sont donc pas une récidive.

Indépendamment de l'ensemble des symptômes présentés par ce malade, on a une raison d'admettre une contagion récente dans la profession de garçon marchand de vins, qui le met sans cesse en rapport avec la classe des débauchés et des vagabonds, où la gale est pour ainsi dire endémique.

Le traitement avec deux frictions générales a réussi complétement.

GALE DATANT DE QUATRE MOIS, COMPLIQUÉE D'IMPÉTIGO, D'ECTHYMA DANS LES ESPACES INTERDIGITAUX, CARACTÉRISÉE PAR DES SILLONS AUX ÉMINENCES THÉNAR ET HYPOTHÉNAR, DONT TROIS SEULEMENT SONT EN RAPPORT AVEC DES VÉSICULES; PAR UN SILLON A L'OMBILIC ET DE GROSSES PAPULES A L'AISELLE ET AUX ORGANES GÉNITAUX; MANIFESTATION DE VÉSICULES ET DE PUSTULES APRÈS LES FRICTIONS; GUÉRISON PAR LES BAINS SIMPLES.

Obs. II.—Colette (Victor), âgé de 17 ans, bouvier, atteint de la gale pour la première fois, entre, le 17 juillet, au n° 10 de la salle Henri IV, hôpital Saint-Louis, service de M. Bazin. Il ne couche pas dans un garni, mais deux fois par semaine il passe la nuit dans le même lit avec deux camarades, remplacés souvent par des gens assez dénués de ressources pour rechercher l'emploi de conduire les bestiaux aux abattoirs. Le mode de contagion, ignoré, dépend probablement du contact intime et fréquent avec des inconnus plongés dans la misère et le plus complet dénûment.

Les démangeaisons remontent à quatre mois au moins; point de traitement antérieur.

État présent. Sillons aux mains, dans les espaces interdigitaux et aux éminences hypothénars; pustules d'impétigo et d'ecthyma à toutes les périodes d'évolution; pas une seule vésicule perlée aux mains; vésicules acuminées, papuleuses, sur les avant-bras, les bras et la partie supérieure du tronc. Un sillon repose sur l'ombilic; plusieurs papules, surmontées de sillons, occupent les organes génitaux. Des pustules d'impétigo aux fesses; de rares vésicules acuminées, papuleuses; du prurigo sur les cuisses et les jambes, complètent le tableau de l'éruption.

Description. Dans les espaces interdigitaux de droite, des pustules d'impétigo reposent sur un derme dur, rouge, rugueux, et s'étendent jusque sur le dos de la main. A la face palmaire sont de volumineuses pustules d'ecthyma; une seule est traversée par un sillon. L'acarus repose sur sa convexité, et peut être extrait sans déterminer l'écoulement du pus. Sur la face dorsale du pouce, deux sillons irréguliers, un à la face dorsale du petit doigt, trois à l'éminence hypothénar, cinq à l'éminence thénar; un seul est en rapport avec une vésicule. A la main gauche, l'éruption impétigineuse, moins considérable, occupe les espaces interdigitaux et se propage sur le dos de la main. Il y a quatorze sillons, dont trois sont en rapport avec des vésicules acuminées, papuleuses, principalement à la face interne de l'avant-bras. Impetigo au coude. En dedans du bord antérieur du creux axillaire droit, se trouve une papule lenticulaire allongée, rouge et saillante, surmontée d'une rainure d'où l'acarus est extrait. Aux cuisses et au ventre, les vésicules acuminées, papuleuses, plus larges que sur les bras, sont le siége de démangeaisons très-vives.

Le sillon situé dans la cavité ombilicale, long de 7 à 8 millimètres, repose sur une congestion du derme, et ne présente pas le pointillé pathognomonique ni les soulèvements épidermiques. L'acarus est extrait de l'extrémité la plus rétrécie. Sept papules lenticulaires, saillantes, disséminées sur le pénis, le scrotum et le périnée, sont prises par un de mes collègues pour des tubercules muqueux. L'épiderme est éraillé aux fesses, et de nombreuses pustules d'impétigo représentent un tissu enflammé.

Traitement. Le 18, malgré les complications graves en apparence, ou pratique deux frictions générales avec la pommade sulfuro-alcaline.

Le 19, après un bain de son, le sommeil n'a pas été interrompu par les démangeaisons; les concrétions impétigineuses sont enlevées; le derme est rouge à leur niveau; les sillons pénétrés par la pommade renferment des acarus morts.

Le 20, rares vésicules sur les avant-bras; pustules développées aux mains

---

pauvres, appartenant à de petites corporations obscures et isolées. Il faut que celles-ci soient reliées moralement entre elles par le seul esprit évangélique de dévouement et de charité, mais non point par une unité de direction les resserrant toutes dans son réseau, à l'aide d'une hiérarchie de fonctionnaires; ce qui anéantit toujours la charité, en engendrant l'esprit de corps, l'ambition et l'amour de la domination, en mettant à la place du prochain l'égoïsme de corporation, terrible dans les ordres ecclésiastiques, où le *moi* individuel ne s'oublie qu'à la condition de lui substituer le *moi* collectif.

Félix Jacquot.

— Par décret du 12 août, ont été autorisés à accepter et à porter différentes décorations d'ordres étrangers les médecins dont les noms suivent :

M. Ph. Ricord, les décorations de l'ordre de Léopold de Belgique (chevalier), de Charles III d'Espagne (chevalier), de la couronne de chêne des Pays-Bas (chevalier), de Sainte-Anne de Russie (2e classe), des Saint-Maurice et Lazare de Sardaigne (chevalier), de Wasa de Suède (chevalier);

M. Souhaut (Marie-Nicolas), chirurgien aide-major au 12e régiment d'artillerie, la décoration de l'ordre de Pie des États romains (chevalier);

M. Perrin (Théodore), docteur en médecine, même décoration;

M. Brochand, médecin-major au 3e régiment de cuirassiers, la décoration de l'ordre de la Conception de la Villa-Viciosa (chevalier).

— M. le docteur Prunelle, inspecteur honoraire des eaux de Vichy, membre correspondant de l'Académie des sciences, membre associé de l'Académie de médecine, vient de mourir à l'âge de 77 ans, frappé d'une attaque d'apoplexie.

— M. le docteur Serrurier (Jean-Baptiste-Toussaint), chevalier de la Légion d'honneur et de l'ordre de l'Éperon d'or, ancien secrétaire général de la Société de médecine pratique, est mort dans sa soixante-dix-septième année, rue Saint-Dominique-Saint-Germain, n° 12.

— L'Académie médico-chirurgicale de Ferrare a mis au concours, pour l'année 1854, la question suivante:

« Des maladies chroniques du foie, et en particulier de celles qui se montrent fréquemment dans les pays marécageux, mais à climat tempéré, dans lesquels dominent les fièvres intermittentes. »

Prix : une médaille d'or de 100 écus romains.

Les mémoires en latin, italien ou français devront être adressés, suivant les formes académiques, et avant le 31 mars 1854, au secrétariat de l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare.

— L'hôpital fondé à Aoste (Sardaigne), pour le traitement des crétins, par les soins et la fortune de M. Cibrario, contient 12 lits, 4 pour les filles et 8 pour les garçons. D'après les règlements, cet établissement ne doit recevoir que des sujets de 3 à 5 ans, et 2 seulement au-dessus de cet âge. Il renferme aujourd'hui de vrais crétins, des demi-crétins et des crétineux. La direction sanitaire est confiée au docteur Rich, médecin de l'hôpital Saint-Maurice.

après les frictions. Le malade n'a éprouvé aucun dérangement dans sa santé. Tous les jours un bain de son jusqu'au 24 juillet, jour de l'exeat.

Au premier examen, les symptômes dominants étaient les pustules des mains, et l'on pouvait croire que les sillons étaient en raison inverse des éruptions; mais nous en avons compté vingt-cinq pourvus de leur acaros.

Il eût été impossible de baser le diagnostic sur le siége et la description de la vésicule; tandis qu'avec le sillon on arrive à une certitude mathématique, en tenant compte des différences qu'il présente en raison du siége où on l'observe.

Malgré les complications qui eussent inquiété un médecin humoriste, les frictions générales ont été employées avec succès, et l'éruption consécutive a été guérie par les bains simples.

GALE DIAGNOSTIQUÉE SYPHILIS PAR UN MÉDECIN DE LA VILLE; SIGNES PLUS APPARENTS AUX PARTIES GÉNITALES QU'AUX MAINS.

Obs. III. — Gatan, âgé de 57 ans, journalier, entre le 5 octobre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 77, service de M. Bazin, atteint de la gale pour la première fois; il en ignore le mode de contagion.

Les premiers accidents, qui remontent à deux mois au moins, ont débuté au scrotum par des élancements et de grosses papules. Les mains ne présentent pas une seule vésicule perlée et n'ont jamais été le siége d'élancements. On découvre trois sillons seulement: un dans l'espace interdigital du médius et de l'annulaire droit, deux à la flexion du poignet gauche. Vésicules acuminées papuleuses sur les avant-bras et les bras.

Sur le bord antérieur de l'aisselle gauche est une papule d'un centimètre de longueur dure, rouge, saillante, qui occupe toute l'épaisseur du derme et est le siége de vifs élancements.

De nombreuses papules lenticulaires rouges, saillantes, ulcérées ou traversées obliquement par une rainure, sont à la jonction de la racine du pénis avec le scrotum. Erosions épidermiques, exsudations impétigineuses à la fesse gauche.

Traitement. — Deux frictions générales avec la pommade sulfuro-alcaline. Érythème et vésicules le lendemain. Bains simples; guérison; exeat le 8 octobre.

Cette observation est une preuve de l'importance que l'on doit attribuer à la description du sillon aux parties génitales.

CONCLUSIONS.

1° L'acarus n'est jamais un produit morbide de l'éruption: il ne naît point spontanément, il est la cause unique et obligée de la gale.

2° Le mode de contagion par le sarcopte est constant quand on prend les précautions nécessaires.

3° La vésicule naît sous l'influence d'une irritation locale, ordinairement d'une morsure. Les autres éruptions sont des complications, des formes de la maladie liées à la durée de l'affection ou au tempérament.

4° Les vésicules accompagnent le plus souvent la gale; elles se développent un jour ou deux après les morsures du sarcopte. Le lendemain d'une friction générale, on peut les constater sur les parties contaminées la veille. Elles persistent après la mort des acarus, et après la guérison par conséquent; elles ne peuvent donc servir d'élément de diagnostic. Le prurit est en raison du nombre des vésicules et non en raison du nombre des sillons.

5° Le diagnostic de la gale repose sur le sillon, en tenant compte des différences qu'il présente en raison de sa topographie; il est visible à l'œil, et une loupe de deux diamètres suffit pour en apprécier tous les caractères. Partout où l'épiderme est épais, aux mains et aux pieds surtout, il est intra-épidermique, présente l'aspect d'une ligne ponctuée, ne s'accompagne pas de démangeaisons, à moins qu'une vésicule ne se développe sur son trajet. Aux parties où l'épiderme est mince, il est sous-épidermique, repose sur de grosses papules ou une congestion du derme, et s'accompagne de démangeaisons et d'élancements intolérables.

6° Relativement au siége des sillons, on peut établir la progression décroissante suivante: mains, pénis et scrotum, mamelons chez la femme surtout, fesses, aisselles, pieds, genoux, ombilic, etc.

7° Le sillon au pénis et au scrotum mérite une sérieuse attention, à cause de sa fréquence et de son analogie avec les accidents secondaires de la syphilis (tubercules muqueux et syphilides papuleuses).

8° Deux frictions générales rudes avec 80 grammes de pommade sulfuro-alcaline pratiquées l'une le soir, l'autre le lendemain matin, précédées et suivies d'un bain de savon, suffisent pour détruire tous les parasites. Si l'éruption pustuleuse est très-confluente, on supprime le sous-carbonate de potasse pour conserver le soufre, agent parasiticide par excellence qui, en contact avec les parties excoriées, détermine une très-faible irritation.

9° La possibilité d'extraire le sarcopte après les frictions rudes, permet de juger la question relative aux éruptions consécutives en général, et aux vésicules en particulier.

10° Lorsqu'on aura constaté la mort des parasites, les éruptions consécutives au traitement seront traitées par la médication qu'elles réclament sans se préoccuper de la cause. Dans tous les cas, il est nécessaire de prescrire un bain de son tous les deux ou trois jours pendant deux semaines, afin de combattre la prédisposition aux éruptions développées par la durée de l'irritation locale.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA PYRÉTOLOGIE ROMAINE; par M. le docteur Félix Jacquot.

RÉPONSE A M. LE PROFESSEUR GASPARD CERIOLI (DE CRÉMONE) (1).

L'amour perdit Troie; ce n'était pas le coup d'essai de ce malin et aveugle enfant, et ce petit révolutionnaire n'en est pas resté là. Or, cher professeur, la discorde est entre nous pour moins encore, pour une virgule! Une virgule peut faire bien du mal; en diplomatie, cela suffit pour que deux nations s'égorgent. Nous n'en sommes heureusement pas là, une explication nous raccommodera, et si je passe un jour à Crémone, loin de vous aborder avec le regard qu'Ajax promenait sur le promontoire de Sigée, ce sera avec les mots: *Servo umilissimo, mio caro professore.*

Arrivons au fait. On lit dans la lettre incriminée: *Le brownisme, à l'envers de Rasori et de Tommasini, fait voir partout la diathèse sthénique, l'inflammation, etc.* Moi, né Français, je ne comprends pas un mot à cette phrase; l'auriez vous comprise, vous, cher professeur, né Italien? Mais supprimez la virgule dont le compositeur m'a surchargé, et tout deviendra clair: *Le brownisme à l'envers de Rasori, etc.*, c'est-à-dire *le brownisme renversé, le contraire du brownisme*, comme je l'ai écrit du reste, en d'autres passages. Brown voyait l'asthénie presque partout, l'hypersthénie presque nulle part; Rasori et Tommasini voient l'hypersthénie quasi en tout cas, l'hyposthénie quasi jamais; ces deux doctrines sont donc les antipodes. Broussais ne connaissait pas de doctrine plus ennemie que celle de Brown; Rasori et Tommasini, qui ont tant de rapport avec Broussais, ont certainement la même bête noire.

Ainsi donc, cher professeur, vous avez parfaitement raison « de vouloir prouver, de concert avec l'illustre professeur Tommasini, que ce dernier n'a pas suivi la doctrine de Brown, mais qu'au contraire il a déclaré la guerre au réformateur écossais, etc. » Vous prêchez à un converti; nous sommes parfaitement d'accord.

Ailleurs, on ne m'a ni ajouté ni biffé aucune virgule; je crois être clair, mais je n'ai pas eu le honneur d'être compris. Jamais je n'ai rien écrit de pareil à cette phrase que vous me prêtez: « Les médecins de cette ville (Rome) administrent le quinquina dans toutes les fièvres qu'ils appellent nerveuses, groupe hétérogène comprenant les fièvres causées par les miasmes des marécages, et les affections de toute autre nature. » J'ai, au contraire, parlé de la doctrine particulière au docteur Uffreduzzi, et écrit textuellement: « *Le tort de ce dernier consiste à administrer le sulfate de quinine dans toutes les fièvres, dites nerveuses, groupe hétérogène, etc.* » Ainsi, au lieu de faire un reproche à l'école romaine, nous nous adressons à un réformateur allant à l'encontre de l'école de Rome et condamné par elle.

J'arrive au plus gros du débat. Vous dites, cher professeur: « Tous les praticiens ne seront pas de l'avis de M. le docteur Jacquot, quand il soutient qu'à Rome les fièvres rémittentes ne sont pas traitées convenablement et avec conscience, » (ce dernier reproche n'est jamais sorti de ma bouche; je sais reconnaître la probité scientifique tout en condamnant les doctrines) « car une telle supposition, en diminuant la bonne réputation des médecins de cette ville, aurait une conséquence absurde, mais inévitable, c'est de dire que, continuellement en présence de ces fièvres, ils n'auraient pu en connaître la nature ni le meilleur traitement, et que, faute d'expérience, » (il y a voir et bien voir; je ne prétends pas qu'on n'ait pas vu) « ils auraient besoin de recourir aux études des médecins étrangers au pays. »

La conséquence serait curieuse, mais non absurde. Du temps de Broussais, en France, on prétendait qu'on ne faisait rien de bien avant lui, quoiqu'on eût l'expérience des siècles; aujourd'hui on prétend qu'on faisait fort mal sous Broussais, et m'est avis qu'on a raison. Tel est l'empire des doctrines; exclusives, elles faussent jusqu'à l'observation; nous n'avons pas d'autre reproche à faire aux Romains.

Nous nous instruisons, depuis vingt-trois ans, à une bonne école, en Algérie; nous n'avions pas besoin d'aller à Rome pour connaître les fièvres

(1) Voir, dans le numéro du 9 juillet, p. 443, la lettre de M. le professeur Gaspard Cerioli.

des pays chauds. Croyez-vous qu'étudier ces maladies dans deux contrées différentes ne donne pas d'excellents enseignements? Certains grands ordres de faits, plus prononcés, plus saisissables en Algérie qu'à Rome, nous ont permis de les découvrir à Rome, où ils se trouvent plus obscurs, plus amalgamés à des éléments étrangers, d'où vient qu'ils sont très-souvent méconnus. C'est ainsi que nous avons pu saisir l'élément palustre, intermittent, l'exigence du quinquina, dans des affections où tout cela est méconnu à Rome. Mais, d'autre part, certaines affections, étouffées en Algérie par la prépondérance d'un autre élément, et méconnues quelquefois aussi dans notre colonie, vous ont apparu à Rome, à cause de leur énergie, de leur individualité tranchée; telles sont la fièvre gastrique et surtout gastro-reumatique, voire même la nerveuse, classes romaines hétérogènes, mais qui, purgées des fièvres palustres que l'on fait à tort concourir à leur formation conjointement avec des fièvres estivo-automnales non palustres, restent des espèces morbides bien déterminées et dont on ne saurait contester l'existence.

Il y a du bon à prendre partout; c'est avec cette idée que nous sommes arrivé à Rome; aussi avons-nous recherché les médecins romains, vu des malades en ville, fréquenté les hôpitaux, médité les auteurs italiens. Nos confrères de Rome ont pensé, eux, qu'ils n'avaient rien à gagner à notre commerce. Le plus attrapé sera finalement celui qui récoltera le moins. Nous pouvions donner beaucoup et recevoir un peu; nous avons reçu un peu sans rien donner du tout; c'est tout bénéfice, et la vraie manière de s'enrichir.

Encore quelque temps, cher professeur, et j'essayerai de faire connaître la doctrine et les résultats auxquels je crois pouvoir m'arrêter après sept ans de pratique en Afrique et en Italie. Jusque-là toute discussion serait oiseuse, car j'ai beaucoup abattu, ou, tout au moins, essayé d'abattre, mais rien édifié encore. On sait ce que je ne veux pas, mais personne ne sait ce que je veux. J'ai tenté de saper la doctrine romaine; je vais bientôt mettre ma débile pioche sur la terre africaine. Une fois le terrain déblayé, je chercherai à bâtir une modeste cabane, et, logé dedans, je me défendrai de mon mieux. Je vous y attends, et si, après avoir bien sué sang et eau, vous ne pouvez y entrer de force, victoire que je n'ose espérer, je vous en ouvrirai amicalement la porte, et nous prendrons ensemble l'*orzata* aimée des Italiens, non tout autre rafraîchissement pacificateur de cette vilaine hypersthénie, votre ennemie à vous, à Rasori et à Tommasini.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. DEUTSCHE KLINIK,

Rédigée par le docteur ALEXANDRE GOSCHEN.

(Deuxième semestre de 1852.)

INJECTIONS DE CHARBON CONTRE LA PUTRESCENCE DE L'UTÉRUS; par le docteur FR. EISENMENGER.

L'auteur a parfaitement raison quand il dit, en commençant son article, que la relation d'un cas heureux, fût-il unique, est de nature à exciter l'intérêt, quand il s'agit d'une maladie dangereuse ou même presque toujours mortelle. Les vertus antiseptiques du charbon sont souvent utilisées dans le traitement des plaies de mauvaise nature; il n'est pas étonnant que cette substance rende de bons services quand il s'agit de lésions de l'utérus; l'essentiel est de faire arriver la liqueur antiputride sur la surface malade. Nous nous joignons donc à l'auteur pour appeler l'attention des accoucheurs sur un remède aussi simple qu'il paraît être efficace. Voici l'observation publiée par le docteur Eisenmenger :

OBS. — Une femme âgée de 42 ans, d'une bonne constitution, avait déjà eu neuf couches heureuses. Pendant la vingt-cinquième semaine de sa dixième grossesse, elle cessa tout à coup, à la suite d'une forte émotion, de sentir les mouvements du fœtus, et les signes de la mort de ce dernier ne tardèrent pas à se montrer. Trois semaines plus tard, cette femme commença à perdre quelque peu de sang, mais elle n'y fit pas attention. Ce ne fut que quinze jours après, c'est-à-dire à la trente et unième semaine de sa grossesse, qu'elle ressentit les premiers maux; les pertes étaient plus abondantes et le sang répandait une très-mauvaise odeur. Dans la soirée du même jour, elle mit au monde un fœtus de 6 mois environ, mort depuis longtemps. Le placenta étant resté, on s'occupa de l'extraire, ce qu'on ne put faire que partiellement, à cause de l'étroitesse de l'orifice utérin, qui ne permettait pas même l'introduction de deux de doigts. Il resta ainsi une portion du placenta adhérente, au fond de l'utérus, et qu'il fut impossible de détacher. Ceci se passait le 5 juillet. Tout alla bien jusqu'au 14; mais le 15 survint une hémorrhagie qui augmenta le jour suivant et prit un tel caractère d'intensité qu'il fallut recourir au tamponnement. La malade se remit assez bien. Le 19 il y eut des frissons, suivis de chaleur, se répétant à des intervalles assez rapprochés; pouls à 130, petit; sécrétion lactée supprimée; lochies peu copieuses, infectes; soif, sécheresse de la langue, regard anxieux, teint pâle; jambe gauche insensible, comme paralysée.

Dès le second accès de frisson, on pratiqua des injections de charbon dans la cavité de l'utérus (1 à 2 gros de charbon de tilleul sur 4 à 6 onces d'eau). Ces injections furent répétées trois ou quatre fois par jour et continuées pendant plusieurs jours; à l'intérieur, on fit prendre du quinquina.

Le 20, délire, céphalalgie intense, vomiturition; respiration courte, anxieuse; un peu de toux; diarrhée; pouls à 100.

Le 21, amélioration, lochies plus abondantes, très-fétides.

Le 22, tous les symptômes inquiétants avaient disparu. On continua encore le traitement pendant plusieurs jours, en ayant soin, quelque temps après chaque injection charbonneuse, de pratiquer une injection d'eau tiède pour entraîner les particules de charbon. La malade se rétablit promptement.

DE LA PÉRIOSTITE SACRÉE; par le professeur ALBERS, de Bonn.

On sait que le périoste de la région sacrée est assez souvent le siége d'une phlegmasie grave, dont le diagnostic n'est pas toujours facile et dont l'issue est presque constamment mortelle, peut-être parce que la maladie a été méconnue dans son principe. L'auteur distingue deux formes de cette affection: la périostite sacrée rhumatismale *suppurative* et la périostite sacrée *exsudative*.

La *périostite rhumatismale* peut, dans son début, revêtir les caractères du lombago; mais elle s'en distingue par sa durée, par l'affection de la région supérieure de la cuisse et par la tumeur locale qui se manifeste. On la confond assez souvent avec la sciatique; mais celle-ci suit le trajet tout entier des nerfs, tandis que la périostite s'arrête à la partie supérieure de la cuisse. Elle se distingue de la psoïte en ce que cette dernière affection empêche, dès son début, la rotation de la cuisse. Quant à la coxalgie, on se rappellera que son siége primitif réside dans l'articulation, tandis que les premières douleurs qui annoncent une périostite siégent dans les lombes, et s'étendent plus tard seulement à la région coxale.

L'auteur décrit les symptômes de la périostite rhumatismale depuis son début. Ce sont d'abord des frissons, accompagnés d'une sorte d'engourdissement dans la région lombaire, puis chaleurs, accablement, inappétence, douleur qui occupe surtout un côté des lombes et augmente par les moindres mouvements; la douleur est plus forte la nuit et augmente aussi par le décubitus sur le côté malade. Ce premier stade échappe le plus souvent au médecin, parce que les malades eux-mêmes y attachent peu d'importance. Ce n'est que lorsque les douleurs, devenues plus vives, irradient vers la cuisse et rendent les mouvements plus pénibles, qu'on a recours à l'homme de l'art. On connaît la marche de cette triste maladie. Le pus qui s'amasse sous le périoste fuse le long des os ou perce le périoste pour se répandre dans le tissu cellulaire ambiant. Voici, d'après les observations de l'auteur, les directions diverses que suit le pus :

1° Il s'accumule à la face externe des vertèbres et de l'os des îles, ou descend jusqu'à la cuisse. Il en résulte des fistules, des nécroses, l'amaigrissement, la chute des forces, etc. Les foyers purulents peuvent se trouver assez rapprochés du plexus ischiatique pour affecter ce dernier et simuler une sciatique.

2° Le conduit fistuleux peut aussi se porter le long de la face antérieure de l'os iliaque vers la partie inférieure du bassin, passer sous le ligament de Poupart ou à travers le trou ovalaire, et se faire jour au tiers supérieur de la cuisse. L'auteur relate un cas semblable qui s'est rencontré dans sa pratique.

OBS. I. — Une couturière âgée de 23 ans, bien constituée et jusque-là toujours bien portante, fut prise, sans autre cause connue que le séjour dans une habitation humide, de douleurs dans la région sacrée, douleurs qui augmentaient aux moindres mouvements, même des bras. Elle se remit complétement de cette première atteinte; mais six mois plus tard elle fut prise de nouveau des mêmes douleurs, avec plus de violence que la première fois. Il s'établit à la partie supérieure de la cuisse gauche, près des grandes lèvres, une fistule qui donna issue à de petites esquilles. La sonde pénétrait jusqu'à 5 pouces vers l'intérieur du bassin, sans pouvoir aller plus avant. Toux sèche avec bruit respiratoire normal; accès fébriles, suivis de sueurs copieuses; diarrhée; urine sédimenteuse. La toux devint de plus en plus forte, ne diminuant que lorsque la diarrhée était plus abondante. La cuisse gauche finit par être comme paralysée et la fesse correspondante devint fortement tuméfiée jusqu'à la crête iliaque. La malade mourut au bout de dix mois.

A l'autopsie, on trouva un vaste abcès commençant à la deuxième vertèbre lombaire, embrassant la région sacrée et couvrant toute l'étendue de l'os des îles. Le périoste lui-même, épaissi et lardacé, formait avec l'os les parois de cet abcès. Le siége principal de la carie était aux vertèbres lombaires. L'abcès se terminait par trois fistules qui cheminaient entre les muscles de la fesse et de la cuisse et finissaient par se réunir en une seule. L'os de la cuisse était intact.

3° Un troisième cas de mes observations, dit l'auteur, nous apprend que la fistule peut s'étendre directement à travers le bassin et apparaître au-dessous de l'échancrure sciatique.

Obs. II. — Un homme de 38 ans était affecté d'un mal que quelques médecins regardaient comme une sciatique, d'autres comme une psoïte, d'autres encore comme une coxalgie. Cet homme racontait que sa maladie avait commencé deux ans auparavant par une douleur dans les lombes, à la suite de laquelle il s'était formé une tumeur dans la région fessière du côté gauche. La fièvre hectique survint; le malade fut pris de toux, de dépérissement, et succomba.

Une énorme tumeur s'étendait depuis la troisième vertèbre lombaire jusqu'au bas du sacrum, du côté gauche; sur les côtés, cette tumeur s'étendait à gauche sur la surface interne de l'os iliaque, et à droite par-dessus le promontoire, jusqu'à l'échancrure sciatique et jusque près de l'articulation coxofémorale. Cette tumeur, élevée comme un coussin élastique, avait refoulé l'S du colon; ses parois avaient près d'un pouce d'épaisseur et étaient formées d'une substance fibreuse lardacée; sa cavité contenait un pus verdâtre liquide, dont la quantité pourrait s'élever à une ou 2 livres. La surface des vertèbres était rugueuse et poreuse; il s'en détachait de petites esquilles; le corps de ces vertèbres avait une consistance lardacée. Le sacrum et l'os coxal présentaient la même altération. L'enveloppe fibreuse se continuait insensiblement avec le périoste normal. Le pus s'était accumulé en grande quantité au-dessus de la cavité cotyloïde droite, et se rapprochait de la surface de la peau, où il n'aurait pas tardé à former un abcès.

Ces faits, joints à d'autres analogues et aussi peu satisfaisants pour le médecin, montrent l'importance qu'il convient d'attacher au diagnostic, dès le début de l'affection. La chirurgie possède des moyens puissants pour combattre les périostites; ces moyens (vésicatoires, cautères actuels, moxas) joints à un traitement interne approprié (huile de foie de morue, par exemple) arrêteraient sans doute la maladie dans sa marche, si l'on s'y prenait à temps.

De l'huile de térébenthine contre l'hémoptysie; par le docteur Lange (de Koolgsberg).

L'hémoptysie qui accompagne si souvent la phthisie pulmonaire est un symptôme grave qui résiste quelquefois aux moyens les plus rationnels. L'auteur ayant remarqué les bons effets de l'huile de térébenthine associée au baume de copahu, dans les affections catarrhales des poumons et dans les cas de dilatation des bronches, sans qu'il en résultât aucune irritation, eut l'idée d'en essayer l'emploi contre les crachements de sang des phthisiques. Sur 7 cas, l'huile de térébenthine réussit 5 fois.

Le premier cas concerne un jeune homme de 19 ans, affecté de tubercules et de cavernes, qui fut pris d'hémoptysies opiniâtres qui se renouvelaient tous les jours ou tous les deux jours. L'ergotine, l'acétate de plomb, la digitale, le tannin, n'avaient agi que temporairement; le sel de cuisine lui-même n'arrêtait les accès qu'imparfaitement. L'huile de térébenthine fut donnée à la dose de quinze gouttes quatre fois par jour; déjà au bout de vingt-quatre heures, l'hémorrhagie s'arrêta pour ne plus reparaître, même lorsqu'on eut au bout de quinze jours cessé l'emploi du médicament. La maladie suivit son cours ordinaire et se termina par la mort, mais sans qu'il y eût aucun accès violent de toux ou de fièvre.

L'huile de térébenthine se montra aussi efficace dans 3 autres cas d'hémoptysie. D'un autre côté, elle échoua dans 2 cas semblables.

Ce médicament n'excite généralement aucun dégoût; l'auteur le fait prendre pur ou dans du lait et le donne jusqu'à la dose de trente gouttes toutes les deux heures. Il l'a aussi employé avec succès contre des hémoptysies rebelles, sur des sujets non atteints de phthisie. Il rappelle d'ailleurs que plusieurs médecins anglais l'emploient aussi avec succès dans leur pratique.

Deux cas intéressants de névralgie; par le docteur Gutherz (de Ludwigshafen).

Le premier cas est une névralgie utérine périodique, à type quotidien, survenue chez une femme accouchée depuis dix jours, et caractérisée par une sensibilité extraordinaire de la région hypogastrique, avec gêne de la respiration, refroidissement des extrémités, contraction des traits du visage, etc. Elle céda immédiatement au bout de quatre accès à l'emploi du sulfate de quinine.

Le deuxième cas est une névralgie gonorrhéique affectant le nerf honteux interne.

Obs. — M. S., 25 ans, contracta une gonorrhée qui fut traitée par le cubèbe et par des injections d'acétate de zinc (un demi grain par once d'eau distillée). Au bout d'un mois, le 21 juin, il fut regardé comme guéri. Deux jours plus tard, le 23 juin, le malade vint trouver son médecin, disant qu'il avait éprouvé, pendant qu'il allait à la selle, une douleur spasmodique violente partant de l'anus et du scrotum et se propageant le long de la jambe droite. Pendant la durée de sa visite, le malade eut plusieurs accès semblables, et l'auteur put s'assurer que la douleur suivait le trajet du nerf honteux interne du côté droit. On fit garder le lit et l'on prescrivit des diaphorétiques. Le jour suivant les accès devinrent plus violents; ils revenaient toutes les cinq minutes et duraient de vingt à vingt-cinq secondes. On employa inutilement, et même sans la moindre amélioration, le chloroforme, l'éther chlorique, les sangsues, une pommade opiacée, l'acétate de morphine à l'intérieur, la même substance par voie endermique sur le derme mis à nu, puis une pommade composée d'un grain de vératrine sur deux gros d'axonge. Enfin l'auteur eut l'idée heureuse de chercher à rétablir l'écoulement blennorrhagique. Il fit prendre en une fois 32 grammes (une once) de baume de copahu, qui produisit promptement des selles diarrhéiques. Au bout de deux heures le malade sentit dans le canal de l'urètre une démangeaison qui dura plusieurs heures et fut suivie de l'écoulement d'un mucus blanchâtre.

Dès ce moment les douleurs névralgiques cessèrent comme par enchantement, et l'écoulement lui-même ne tarda pas à se guérir sans l'emploi d'aucun médicament.

Essais sur l'emploi de l'arsenic dans les fièvres intermittentes; par le docteur Zeroni (de Mannheim).

L'auteur a traité, par l'arsenic, 108 malades; 11 ont reçu 1/6e de grain par jour pendant trois jours et 1/3 de grain pendant les neuf jours suivants; total 3 1/2 grains en douze jours; 97 malades ont pris 1/6 de grain par jour pendant les douze jours qu'a duré le traitement, en tout 2 grains.

Les 11 cas de la première série comprennent 7 tierces et 4 quotidiennes; les malades (3 hommes et 8 femmes), âgés de 19 à 39 ans appartiennent à la classe ouvrière et jouissent d'une bonne constitution, à l'exception de 4 filles, dont 2 sont anémiques et les 2 autres ont des troubles de la menstruation.

Chez tous les 7 malades atteints de fièvre tierce, la fièvre a été coupée dès le deuxième accès; mais, sous l'influence d'une dose plus forte (1/3 de grain), 5 ont éprouvé de l'excitation, une accélération du pouls et quelques légères douleurs d'intestin; 2 filles (19 et 21 ans) n'ont rien ressenti.

Les 4 fièvres quotidiennes (4 filles) guérirent au bout de trois à cinq accès, mais éprouvèrent divers accidents; 3 de ces malades étaient des récidives de fièvres tierces. Deux éprouvèrent une rechute quinze et dix-sept jours après la cessation de l'arsenic; elles furent guéries par la quinine.

Le résultat général de cette première série fut donc : 2 guérisons simples, 7 avec accidents et 2 rechutes.

La seconde série d'expériences comprend 97 cas (59 hommes et 30 femmes), dont 73 tierces simples, 9 tierces compliquées, 14 quotidiennes et 1 quarte.

Les malades appartiennent aussi à la classe ouvrière et ont de 15 à 55 ans. Sur les 73 tierces simples, 8 cédèrent après le premier accès, 46 après le deuxième, 4 après le troisième, 1 après le quatrième et 1 après le cinquième. L'arsenic fut sans succès dans 4 cas et il y eut 11 rechutes; 22 malades éprouvèrent divers accidents (congestions céphaliques, malaise, inappétence, vomissements, coliques, diarrhée, œdème des extrémités, etc.); ces accidents disparaissaient rapidement dès qu'on cessait l'emploi du remède.

L'arsenic fut efficace dans les 9 cas de fièvre tierce compliquée de diverses affections (pneumonie, bronchite, tuméfaction et induration de la rate, hydrémie, *purpura hæmorrhagica*, etc.).

Les 14 cas de fièvre quotidienne comprenaient 11 hommes (de 20 à 51 ans) et 3 filles (de 16 à 23 ans), tous de la classe ouvrière. Ils guérirent, savoir : 1 malade après le premier accès, 1 après le deuxième, 4 après le troisième, 6 après le quatrième, 1 après le cinquième et 1 après le neuvième; il y eut, chez 7 malades, des accidents, et chez 3 des rechutes.

Quant au seul cas de fièvre quarte, il résista à l'arsenic et ne céda qu'à l'emploi de la quinine.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur fait la statistique détaillée des accidents survenus sous l'influence de l'arsenic, en les répartissant d'après l'âge, le sexe, la constitution, la saison, le genre de l'affection, etc.; puis il touche la question relative au mode d'action de ce médicament.

L'auteur conclut en disant que l'arsenic jouit évidemment de propriétés antifébriles et constitue un remède inoffensif quand il est administré à petites doses très-étendues. Cependant il occasionne souvent des accidents, quoique peu graves, qu'on n'a pas à reprocher au sulfate de quinine; la convalescence est, en général, assez lente et nécessite un régime fortifiant, toutes circonstances qui prolongent la durée du séjour des malades à l'hôpital. Sous ce dernier rapport, l'auteur trouve, par les relevés des dépenses, qu'il n'y a pas d'économie à substituer l'arsenic au sulfate de quinine, attendu que les frais d'un plus long séjour à l'hôpital et d'une nourriture plus substantielle, compensent la différence de prix des deux médicaments.

Somme toute, les expériences faites par M. Zeroni ne nous semblent pas

militer en faveur de l'emploi de l'arsenic comme succédané de la quinine. Sous le rapport de la rapidité et de la sûreté de son action antifébrile, ce médicament peut rivaliser avec le sulfate de quinine, du moins dans le plus grand nombre des cas; mais dès l'instant qu'il s'agit de le préférer à ce dernier comme plus économique, il ne faut pas perdre de vue le régime plus succulent qu'il convient de donner aux malades et la plus longue durée de leur séjour à l'hôpital, circonstances qui augmentent nécessairement la dépense.

LE BICHROMATE DE POTASSE CONTRE LA SYPHILIS; par le professeur HEYFELDER.

Les expériences peu nombreuses encore tentées par le professeur d'Erlangen confirment en grande partie les bons résultats annoncés par MM. Vicente et Rohin (GAZ. MÉD., 1852, p. 229.)

Voici la méthode d'administration suivie par M. Heyfelder :

Un gramme de bichromate de potasse est mélangé à une quantité suffisante d'extrait de gentiane, pour faire 80 pilules. Le malade, qui doit observer une diète sévère, prend tous les soirs une pilule, puis un verre d'eau sucrée. A partir du quatrième jour, il prend deux pilules, une le matin et une le soir. Si la pilule du matin occasionne du dégoût ou des vomissements, on administre un peu d'extrait d'opium. Du dixième au treizième jour, 3 pilules; à partir du seizième jour, 4 pilules; au vingt et unième jour, 5 pilules; et au vingt-quatrième jour, 6 pilules. De cette manière un malade prend, en trente et un jours, 160 pilules, et la cure est achevée.

L'auteur donne pour boisson une décoction de gaïac et de salsepareille.

1° Fille de 32 ans. Ulcères syphilitiques de la gorge, condylomes humides à l'anus. Traitement administré du 26 décembre au 25 janvier. Point de dégoût, de vomissements ni de diarrhée. Guérison des ulcères; diminution des condylomes, qui disparaissent au bout de vingt jours par l'emploi de la teinture de Freiberg.

2° Fille de 25 ans. Ulcères de la gorge; larges condylomes aux grandes lèvres et à la partie interne de la cuisse; gonflement des tibias. Traitement du 24 mars au 24 avril. Disparition de tous les accidents, diminution sensible des condylomes, qui guérissent au bout de douze jours par la cautérisation. Le cinquième et le sixième jour du traitement, il y eut du malaise et des vomissements qui cédèrent à l'emploi de l'extrait d'opium.

3° Fille de 26 ans. Ulcères du pharynx; condylomes aux grandes lèvres et à l'anus. Au bout de trois semaines, guérison des ulcères; traitement des condylomes, d'abord par le calomel et l'eau salée, puis par la teinture de Freyberg. Pas d'accidents.

4° Fille de 19 ans. Larges condylomes à l'anus. Emploi simultané du bichromate de potasse et de la teinture de Freiberg. Guérison au bout de quinze jours.

5° Fille de 23 ans. Plusieurs syphilis antécédentes traitées par le mercure. Leucorrhée, ulcères phagédéniques du vagin. Dès le douzième jour du traitement, affection des gencives et salivation qui force de supprimer le médicament le dix-neuvième jour. Pas de changements dans les symptômes syphilitiques.

L'auteur a employé sans succès le bichromate de potasse dans 2 cas de lupus, dans un cas d'ichthyose et dans un cas de *psoriasis guttata*.

GUÉRISON D'UNE FRACTURE PRÉSUMÉE DE L'APOPHYSE ODONTOÏDE DE LA DEUXIÈME VERTÈBRE CERVICALE; par le docteur BERNHUBER (de Passau).

OBS. — Un jeune garçon boulanger, âgé de 18 ans, maltraité par son maître, tomba en arrière et sa nuque heurta fortement contre l'angle d'un meuble. Il fut relevé sans connaissance et transporté à l'hôpital.

Voici l'état qu'il offrait : face rouge, paupières abaissées, pupilles contractées, bouche largement ouverte, contractions des muscles du pharynx, écume sur les lèvres, décubitus immobile, perte complète de connaissance. Respiration pénible; mouvements saccadés d'inspiration que l'auteur compare aux mouvements que fait la bouche d'un poisson qui se pâme. Pouls normal, pieds froids. On ne voit au cou ni tuméfaction, ni rougeur, ni aucune déformation; seulement il existe dans la région de la première et de la deuxième vertèbre, tout près de l'occiput, une petite tache bleuâtre douloureuse au toucher; quand on presse un peu fort sur ce point, on détermine de violentes secousses dans tout le corps et une respiration accélérée, avec un bruit de râle semblable à celui d'un mourant. Ces symptômes, extrêmement inquiétants, empêchèrent de pousser plus loin l'exploration de la région malade. On se borna pour le moment aux antiphlogistiques et aux fomentations froides sur la tête et sur la nuque. Une saignée faite au bras ne fournit que quelques onces de sang.

La nuit se passa assez bien; mais le malade resta dans le même état d'insensibilité, sans prononcer une parole, sans ouvrir les paupières et sans pouvoir avaler. Vers le matin survinrent des convulsions; de temps à autre la tête était rejetée en arrière comme dans l'opisthotonos; le blessé portait souvent la main à la nuque; respiration stertoreuse, pouls filiforme, 72 pulsations; suppression totale des selles et de l'urine; il semblait que la vie allait s'éteindre d'un moment à l'autre.

L'auteur saisit la tête du malade entre ses deux mains et la souleva en la tirant lentement en haut, de manière à amener le tronc dans la position assise. Au moment même le malade ouvrit les yeux et reprit sa connaissance; il put répondre par signes aux questions qu'on lui faisait. On disposa aussitôt une sorte de potence au-dessus du lit, et l'on put fixer la tête du malade dans cette position, à l'aide de larges bandes passées autour du front et du menton.

Le malade demanda à boire, avala avec facilité et prononça quelques paroles. Bientôt la mémoire lui revint, et il put raconter au juge d'instruction les mauvais traitement que son maître lui avait fait éprouver. De ce moment tous les accidents disparurent et les fonctions se régularisèrent. Le malade s'habitua à sa gênante position et put même dormir. On continua à maintenir la tête dans l'extension, car on avait remarqué que l'état soporeux tendait à revenir toutes les fois qu'elle s'affaissait sur le tronc.

Le septième jour, en renouvelant l'appareil, on s'aperçut que la tête se maintenait immobile, mais le malade ne pouvait ni la tourner, ni la fléchir. On essaya de le laisser quelques heures sans bandage, mais bientôt les vertiges, la somnolence, etc., obligèrent de l'appliquer de nouveau.

Les jours suivants, les mouvements de rotation de la tête se rétablissent peu à peu, mais la flexion est impossible.

Le malade guérit complétement, seulement il conserva de la roideur dans les mouvements de la tête.

L'auteur discute longuement les questions de diagnostic que fait naître ce cas intéressant et remarquable par son heureuse issue; il s'arrête à l'idée d'une fracture de l'apophyse odontoïde, opinion qui nous paraît aussi plus probable que celle d'une luxation, surtout à cause des accidents qui menaçaient de reparaître et survenaient en effet quand on cessait de maintenir la tête dans l'extension.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret en date du 13 août, qui approuve l'élection faite par l'Académie, dans sa séance du 2 de ce mois, de M. Chatin, pour remplir la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Sur l'invitation de M. le président, M. Chatin, présent à la séance, prend place parmi ses collègues.

Le même ministre transmet un paquet contenant du cow-pox, recueilli dans la commune de Guran (Haute-Garonne), qui lui a été envoyé par M. Latour, médecin-major en retraite, avec une note et des certificats constatant son authenticité. (Commission de vaccine.)

— M. le ministre du commerce transmet plusieurs lettres relatives à des remèdes secrets, et annonce l'envoi d'échantillons d'une source minérale sulfureuse de Gazost (Hautes-Pyrenées) pour analyse. (Commission des eaux minérales.)

— M. EUGÈNE GRELLOIS, médecin-major à l'hôpital militaire de Metz, adresse un mémoire ayant pour titre : QUELQUES POINTS INÉDITS DE L'HISTOIRE DES EAUX THERMALES D'HAMMAM-MESKHOUTIN, et une notice sur quelques sources thermales du cercle de Ghelma.

— M. LARUE (de Bergerac), adresse un mémoire intitulé : NOUVELLES OBSERVATIONS RELATIVES A L'ACTION ANTIGOUTTEUSE ET ANTIRHUMATISMALE DES FEUILLES DE FRÊNE. (Comm. : MM. Grisolle et Requin.)

— M. LERICHE (de Lyon) adresse un mémoire sur les injections iodées, dans les grandes cavités closes.

M. Leriche informe en outre l'Académie, dans sa lettre d'envoi, qu'il a dernièrement employé la teinture d'iode dans les articulations pour dissoudre les corps étrangers. (Comm. : MM. Velpeau, Larrey et Bégin.)

— M. PLOUVIEZ (de Lille) adresse un travail sur un nouveau traitement contre les flueurs blanches et les pertes sanguines utérines, hors l'état de grossesse, chez les femmes qui ont eu des enfants.

M. Plouviez se sert à cet effet de petit spéculums utérins avec lesquels on peut arriver facilement dans l'intérieur de la matrice et y porter au besoin des remèdes plus ou moins actifs, tout en ménageant les parties saines. (Commiss. : MM. Méller, Gibert et Huguier.)

SUPPRESSION DES QUARTIERS DE GATEUX DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS.

M. LONDE lit, au nom d'une commission, un rapport sur une note relative à la suppression des quartiers de gâteux dans les asiles d'aliénés, par M. le docteur Archambault, médecin en chef du service des hommes à la Maison nationale de Charenton.

Dans la séance du 24 juin 1851, M. Archambault a entretenu l'Académie d'une amélioration qu'il venait de réaliser dans la Maison des aliénés de Charenton (V. GAZ. MÉD., 1851). M. Archambault, partant de cette observation, que, sans

des circonstances exceptionnelles, les exonérations intestinales n'ont lieu qu'une seule fois dans les vingt-quatre heures, et avec les caractères ordinaires, chez les aliénés désignés sous le nom de gâteux, et que ces malades ne gâtent que faute d'intelligence pour les diriger dans les habitudes ordinaires de la vie, et non par suite d'un changement dans leur état organique, a conçu l'idée de substituer à l'intelligence absente des malades l'intelligence active du personnel de service; c'est par l'application de cette idée simple, c'est-à-dire en conduisant les malades matin et soir à la garde-robe, et en leur faisant présenter plusieurs fois par jour l'urinoir, qu'il est parvenu à ramener ces malheureux à l'état de propreté et aux conditions communes des autres aliénés, et à supprimer entièrement la division des gâteux.

Les tentatives de M. Archambault ont commencé le 1er mai, et le succès a dépassé ses espérances : les draps, la literie, les vêtements ont cessé d'être souillés, et, depuis le 20 mai, tous les aliénés gâteux de la Maison de Charenton ont repris les vêtements usuels que chacun d'eux avait quittés.

Aujourd'hui, dans le service de M. Archambault, les gâteux, dit M. le rapporteur, n'ont rien dans les vêtements qui les distingue des autres malades; ils occupent une salle de réunion qui, ainsi que les dortoirs, est parquetée, cirée et frottée, et où ils sont assis sur des siéges et des fauteuils ordinaires. Dans ces salles, dans le réfectoire, en un mot dans tout le quartier, plus d'odeur fétide et repoussante, plus rien qui puisse le distinguer des autres divisions de la maison.

Ainsi, dans l'intervalle de vingt jours, a été tentée et exécutée, avec un succès qui ne s'est point démenti, une mesure d'hygiène destinée à faire disparaître une des plaies les plus humiliantes et les plus affligeantes de l'humanité.

La commission a été mise en demeure de se prononcer sur une question de priorité. En effet, depuis la lecture du travail de M. Archambault, plusieurs lettres ont été adressées pour réclamer la priorité de l'idée et du succès; ces lettres sont de M. Renaudin, directeur de l'asile de Maréville; de M. Girard, médecin de l'asile d'Auxerre, et de M. Morel, médecin des aliénés de Maréville.

M. le rapporteur, après avoir examiné attentivement les motifs de ces diverses réclamations, résume le jugement de la commission en ces termes:

De tout ce qui précède, il résulte que l'amélioration de la position des gâteux, cette plaie qui semblait la plus incurable des établissements d'aliénés, occupe depuis longtemps les médecins éclairés et consciencieux qui dirigent ces établissements; qu'avant M. Archambault, beaucoup de moyens analogues à ceux qu'il mentionne ont été conseillés, beaucoup d'efforts même ont été tentés, mais sans produire autre chose qu'un palliatif au mal existant; qu'en aucun lieu, on n'est arrivé à le couper dans sa racine, et qu'enfin c'est à M. Archambault qu'appartient l'honneur d'avoir obtenu un résultat complet, entièrement satisfaisant, et d'avoir, en un mot, fait totalement disparaître des établissements d'aliénés le quartier des gâteux.

La commission propose, en conséquence, d'adresser des remerciments à M. Archambault, et, pour consacrer la date d'une réforme importante, d'ordonner le renvoi de son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

NÉVRALGIE INTERCOSTALE.

M. Piorry lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Lecadre (du Havre) concernant la névralgie intercostale.

M. Lecadre a adressé à l'Académie un travail relatif aux névralgies intercostales, affections dont l'étude, dit M. le rapporteur, est d'une utilité pratique extrême, et qui sont encore fort incomplétement connues. M. Lecadre, tout en donnant des éloges à un ouvrage récent sur les névralgies, déclare n'avoir point rencontré ces points douloureux que l'on a dit être surtout fixés à telle ou telle partie du nerf malade. Il a constaté aussi que le plus fréquemment ce même nerf souffrait dans toute son étendue. Il admet que dans les névralgies intercostales se déclarent parfois des syncopes qu'il attribue à des accidents hystériques. Ces lipothymies sont en définitive assez rares. L'auteur n'en recherche pas la raison anatomique et physiologique qui paraît être l'extension de l'état névropathique des parois thoraciques, non pas aux poumons, comme il le croit, mais aux nerfs pneumogastriques et cardiaques. Cette extension du mal aux nerfs du cœur donne parfois une extrême gravité à la névralgie thoraco-brachiale, dite angine de poitrine, et semble être la cause de ces morts subites dont on a parlé, et dont je crois avoir vu trois exemples.

Ces faits et d'autres observés avant et depuis sont venus, suivant M. le rapporteur, démontrer l'exactitude des propositions suivantes :

1° La névralgie intercostale est parfois le résultat d'une lésion persistante, existant dans le nerf qui en est le siége. Il en arrive ainsi pour certains cas, dans lesquels ce nerf a été tiraillé ou comprimé, à l'occasion de certaines positions du corps, et de la flexion du tronc en avant. Dans d'autres cas encore, ainsi que l'a bien étudié M. Bouillaud, une phlegmasie existant dans la plèvre s'est étendue aux filets nerveux situés au-dessous des côtes. Votre rapporteur n'a pas vu jusqu'à présent que des névromes ou mieux des névrocélies aient donné lieu aux névralgies intercostales. Tout au contraire, des souffrances très-vives dans les nerfs situés au-dessous des côtes ont été les symptômes de carcinômes mammaires ou de ganglions situés dans l'aisselle.

2° Le plus ordinairement les douleurs dans un nerf intercostal sont dues à des modifications momentanées survenues dans son état moléculaire, et cela à l'occasion de quelque lésion anatomique plus ou moins persistante, existant ailleurs. C'est ainsi qu'elle est parfois produite par la compression exercée sur les nerfs dorsaux à leur sortie du canal vertébral par une rachisocélie, ou encore par quelque souffrance de la moelle et de ses membranes. C'est encore ainsi que des tumeurs de l'aorte, déformant les vertèbres, peuvent donner lieu à de telles douleurs nerveuses.

3° Sur 100 cas de névralgies intercostales, il y en a peut-être 90 qui sont liées à des affections des ovaires ou avaries.

4° C'est le plus souvent à gauche que la maladie de l'ovaire et des nerfs intercostaux a lieu.

5° Les névralgies intercostales sont très-fréquentes aux approches de l'évacuation périodique, et dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui la suivent; on les observe encore dans les cas où le col de l'utérus est ulcéré, dévié, carcinomateux, etc.

6° Chez l'homme, bien que rarement, à la suite d'excès vénériens et de spermorrhée, on voit survenir de pareilles douleurs.

Il résulte de tout ceci que l'existence d'une névralgie intercostale doit tout d'abord conduire à chercher s'il n'existe pas quelque affection du côté de l'appareil génital. Un autre fait non moins remarquable, c'est la coïncidence, disons même le rapport de cause à effet, existant d'une part entre les lésions des viscères thoraciques ou abdominaux, et de l'autre les névralgies intercostales ou dorso-lombaires. MM. Jolly et Brachet (de Lyon) s'étaient déjà utilement occupés de ces faits

Chose remarquable, on observe souvent qu'une douleur intercostale correspond précisément à la même hauteur qu'une organopathie profonde. Il semble qu'il y ait alors une sorte d'extension de cette souffrance à partir du viscère malade, vers les ganglions et la moelle, puis une *propagation par action dite réflexe aux nerfs pariétaux*.

Dès 1832 et dans mes mémoires sur l'irisalgie, les névralgies et les névroses, bien avant les travaux de Marshall-Hall, j'avais établi l'existence de névropathies, s'étendant par des anastomoses, des ganglions, et sans passer par les centres nerveux, d'une extrémité d'un nerf à un autre nerf. Ce fait est d'une haute importance en pathologie et en diagnose; il donne l'explication de deux séries de phénomènes dont, sans sa connaissance, on se rendrait difficilement compte.

Ces phénomènes et d'autres que rappelle M. Piorry, et qui consistent dans l'extension évidente d'une douleur à partir d'un rameau nerveux vers un autre, ne peuvent guère être expliqués, suivant lui, que par des oscillations, des vibrations morbides propagées dans la continuité du névrosystème. C'est là ce qu'il a désigné sous le nom de *névropallie prosasique* ou extensive.

M. Lecadre cherche à établir une diagnose positive entre les névralgies intercostales et plusieurs affections thoraciques, la pleurodynie, par exemple.

Or on se demande tout d'abord ce qu'il faut entendre par pleurodynie. Si l'auteur veut parler de douleurs musculaires (myosalgie), de souffrances dans les os (ostéalgies), de névralgies pariétales, autres que celles dont les nerfs intercostaux sont le siége, la pleuralgie et même l'entéralgie, alors que des gaz distendent l'intestin, qui s'élève, dans ce cas, sous les côtes, le mot *pleurodynie* est tout à fait vague. Aussi les caractères de diagnose n'ont-ils rien de précis. Les signes fournis par la percussion médiate et l'auscultation, joints à une palpation attentive et à l'étude des circonstances commémoratives, permettent seuls de caractériser avec certitude l'étude des accidents.

Enfin M. Lecadre indique le traitement applicable aux névralgies intercostales. Croyant à l'utilité des vésicatoires placés sur les points affectés, il n'a pas vu que les pansements avec le chlorhydrate de morphine soient suivis de résultats avantageux. Il parle de cautères comme de moyens utiles. Le sulfate de quinine est, dans son opinion, un remède du premier ordre, et il en est ainsi, comme je l'ai établi en 1832 dans un mémoire sur ce sujet, dans toute névralgie qui présente dans ses accès une périodicité marquée. L'auteur rappelle combien sont nombreux les médicaments par lesquels on a cherché à combattre les accidents dont il s'agit, et parmi ceux-ci, il cite le musc, le camphre, la valériane, l'oxyde de zinc, l'assa-fœtida, l'opium, la belladone, etc. Il paraît n'avoir, et je le crois avec raison, que peu de confiance dans l'emploi de tels moyens; mais il en accorde davantage aux procédés thérapeutiques qui ont reçu le nom de révulsifs.

M. Piorry expose comme il suit les résultats de ses propres observations sur l'action des agents thérapeutiques qui réussissent le mieux dans les névralgies intercostales.

1° Avant tout, il faut remédier aux circonstances et aux états morbides qui peuvent avoir été les causes directes ou indirectes de ces douleurs de nerfs, c'est-à-dire qu'il faut, d'une part, rechercher avec soin et combattre les lésions dont l'appareil génital de la femme et même de l'homme peut être le siége, et de l'autre, s'enquérir d'abord s'il n'existe pas quelque affection de la moelle vertébrale, du rachis, de la plèvre (palpation, percussion, délinéation soignées) ou des viscères abdominaux qui aient été les points de départ des phénomènes observés, et faire cesser ensuite autant que possible l'action de tels états organopathiques, c'est-à-dire encore que l'on doit éviter les mouvements, les attitudes, etc., qui, principalement chez les individus débiles, donnent souvent lieu à des névralgies intercostales. Il est même indispensable de rechercher s'il n'existe pas quelque névropathie ayant pour siége la rate, la cinquième paire, qui ait pu se déplacer et déterminer la névrocostalgie. On ne parvient, en effet, à guérir radicalement celle-ci que si l'on est parvenu à remédier à ces diverses souffrances. C'est lorsqu'on aura mis ou que l'on mettra à exécution ces premiers préceptes qu'il conviendra de combattre directement le mal. Ce serait un grand tort en pratique que d'agir autrement, et tel qui le ferait emploierait souvent sans utilité une foule de moyens qu'une médication rationnelle aurait permis d'éviter.

2° On peut essayer de l'emploi de quelques frictions avec des liniments opiacés ou avec du chloroforme. Rarement, bien rarement, ces moyens réussissent.

3° Un bien grand nombre de fois, j'ai fait appliquer des ventouses et des sangsues sur le trajet des nerfs malades, et presque constamment je ne les ai pas vues réussir. Ces moyens n'ont guère été utiles que dans les cas où le mal avait été consécutif à une pleurite, à une lésion traumatique, en un mot dans des circon-

stances où tout portait à croire que les nerfs intercostaux étaient véritablement enflammés, et certes le plus souvent il n'en arrive pas ainsi.

4° Les vésicatoires placés sur les points douloureux sont, comme l'a vu M. Lecadre, éminemment utiles. Il suffit que l'effet rubéfiant et vésicant soit produit pour que le malade soit soulagé.

La suppuration de la surface dénudée ne m'a pas paru avoir d'effets avantageux; elle ne fait pas cesser la névralgie, alors, comme cela arrive trop souvent, que la douleur a résisté à la simple rubéfaction de la peau.

Les cautères, les sétons, les moxas, dans les cas où j'y ai eu recours, n'ont pas mieux réussi, et j'ai même vu les cicatrices auxquelles ils donnent lieu être dans de tels cas, et à la suite d'un bémigona, le siége de vives douleurs.

5° Mais ce qui calme presque constamment les souffrances, ce qui les guérit très-fréquemment (alors que l'on a remédié aux circonstances organiques qui les déterminaient ou les entretenaient), c'est à coup sûr le chlorhydrate de morphine, appliqué à la dose de 2 à 3 centigr. sur la surface dermique, récemment dénudée par l'ammoniaque très-concentrée ou par les emplâtres cantharidiques.

Il suffit que la petite plaie produite par ces moyens ait 1 ou 2 centimètres de largeur pour qu'un résultat avantageux soit obtenu. Presque toujours, dans les vingt-quatre heures qui suivent l'application dont il s'agit, il y a une amélioration marquée, et cette amélioration continue, alors qu'on a le soin de persister dans l'emploi du sel de morphine, et de renouveler au besoin les applications de vésicatoires. La dose de la morphine ne doit jamais être portée très-haut pour un seul pansement; car à 3 ou 4 centigr., je lui ai vu produire une intoxication encéphalique assez marquée.

Il est difficile de concevoir comment M. Lecadre n'a pas eu à se louer de l'emploi du chlorydrate de morphine administré par la méthode endermique; car, dans une multitude de faits observés à la Pitié, à la Charité ou en ville, ce médicament a bien rarement trompé l'espérance du praticien.

6° Chez quelques malades, l'application pendant plusieurs minutes de coton imbibé de chloroforme, et recouvert d'une petite cloche, sur la partie douloureuse, a paru avoir de l'avantage, mais moins souvent qu'on ne l'a dit. J'ai rarement employé l'électricité et l'électro-magnétisme, qui théoriquement devraient avoir de l'utilité.

Mais ce qui présente comme palliation un avantage réel, c'est un disque de ouate de coton, disposé en couche épaisse et déprimé au centre, dont on recouvre la région affectée, de telle sorte que le centre corresponde aux points où la douleur a lieu, tandis que la circonférence, formant un véritable bourrelet, est placée sur les parties saines et protége ainsi les points les plus malades.

Ce petit procédé a pour but d'abriter le nerf douloureux contre le contact des corps extérieurs, de l'air froid et humide, qui, dans toute névralgie, exaspèrent les accidents.

Un édredon recouvert de soie rend encore moins pénible, dans les cas de névrodermalgie, le contact des vêtements et du froid.

Les médicaments internes, dits antispasmodiques, narcotiques, etc., administrés à un grand nombre de malades atteints de névralgies intercostales, n'ont pas produit d'effets palliatifs ou curatifs. Le sous-carbonate de fer, dans quelques cas, a semblé réussir à la longue, mais non pas dans les premières semaines qui ont suivi son administration, et il n'en est arrivé ainsi que dans les cas d'hydrémie coïncidant avec les névralgies dont il s'agit. C'est en remédiant à l'état du sang coexistant, et non pas en modifiant directement la souffrance nerveuse, que ce moyen exerce une utile action. De tous les médicaments internes, le seul qui ait une influence marquée sur les névralgies intercostales, alors qu'elles se déclarent d'une manière périodique, c'est la quinine en dissolution dans l'alcool, ou dans l'eau aiguisée avec l'acide sulfurique. Sous son influence, alors qu'elle est administrée à hautes doses, parfois les accès s'éloignent et se calment; mais, il faut l'avouer, elle ne remédie en rien au mal lui-même, parce qu'elle ne détruit pas ses causes organiques locales ou éloignées. Aussi, après que ques jours, voit-on fréquemment des accès d'abord calmés se reproduire avec la même violence qu'auparavant; bien plus, les fièvres quotidiennes à stade peu marqué, et qui sont en rapport non pas avec une spléno-mégalie ou une splénite, mais bien avec une névralgie intercostale à gauche, ne se dissipent pas sous l'influence de hautes doses de quinine: elles sont à peine calmées pendant quelques jours, et ne disparaissent que sous l'influence, soit des applications de chlorhydrate de morphine sur la peau dénudée, soit des moyens thérapeutiques dirigés contre les affections de l'angiove ou appareil génital de la femme, dont ces névropathies sont si fréquemment les symptômes.

Nous vous proposons, messieurs, dit M. le rapporteur en terminant, de renvoyer ce mémoire à votre comité de rédaction, pour être publié par extraits dans le BULLETIN; d'adresser des remercîments à l'auteur, et de l'inscrire au nombre des candidats aux places de correspondants nationaux.

M. LONDE demande une petite explication à M. le rapporteur. Comme tous les hommes de mon âge, dit-il, j'ai vu fleurir et tomber une doctrine médicale qui expliquait tout. Ainsi la phthisie était alors le dernier degré de l'irritation du poumon, et en combattant de bonne heure cette irritation, elle n'arrivait pas jusqu'à l'état de phthisie; ainsi même chose pour le cancer, qui n'était qu'une irritation désorganisatrice et qu'on pouvait combattre avec succès dans son germe; enfin il n'existait pas de maladies proprement dites, mais des organes malades, c'est-à-dire irrités. Quant aux virus, vices, principes, etc., ils étaient niés de la manière la plus formelle. Eh bien! Messieurs, je ne crois pas qu'aujourd'hui personne puisse soutenir sérieusement qu'on guérit la phthisie ou le cancer, comme on l'imaginait à cette époque. Et pour en venir à l'objet de ma question, je demanderai à M. le rapporteur, qui vient de dire: « Il n'existe pas de principe névralgique, rhumatismal; il n'existe que des nerfs devenus douloureux, etc.; » je demanderai, dis-je, à M. le rapporteur, comment il explique, sans l'intervention d'un agent, principe ou cause quelconque, ce transport si rapide et si fréquent d'une névralgie ou d'un rhumatisme d'un lieu à un autre.

M. PIORRY: La transmission de la douleur se fait par les nerfs, de la même manière que se transmettent toutes les sensations. Relativement au rhumatisme, je n'y crois pas, parce que je ne peux ni le voir ni le sentir. C'est là une proposition que je suis prêt à soutenir quand on voudra, mais j'affirme jusque-là qu'il n'y a rien de plus mauvais pour la pratique, que d'admettre un principe rhumatismal. Ce n'est le plus souvent que par suite d'erreurs de diagnostic, que l'on admet un rhumatisme Je prendrai pour exemple le lumbago, qui est considéré comme le type du rhumatisme. J'ai vu que, dans l'immense majorité des cas, ce que l'on appelle lumbago est, ou la suite d'un coup, d'une chute sur la région des reins, ou une maladie des vertèbres; j'ai souvent trouvé les os tuméfiés à la suite de ces prétendus rhumatismes. D'autres fois ce sont des cancers de l'utérus, des maladies du testicule qui en imposent pour un lumbago.

Quant au principe névralgique, je ne comprends pas davantage ce que l'on entend par là.

M. REQUIN: Je n'ai pas ici à prendre la défense du rhumatisme. Rien n'est plus rationnel que l'admission de cette maladie dans le cadre nosologique, comme maladie spéciale. M. Piorry ne l'admet pas, parce qu'il ne peut ni le voir ni le sentir. S'il est d'une aussi rigoureuse logique pour ce qu'il n'admet pas, il est bien peu rigoureux en revanche pour ce qu'il admet. M. Piorry a-t-il jamais senti et touché ces oscillations nerveuses dont il parle? Il trouve tout simple que les douleurs névralgiques se propagent par oscillation, cela n'est déjà pas si facile à comprendre. Mais je ne suis pas de la même école philosophique que M. Piorry; avec la vieille philosophie, j'admets des causes partout où je vois des effets, et lorsque ces causes me sont inconnues, je les appelle des causes occultes. Le mot occulte est préférable à mes yeux au mot spécifique qui est plus à la mode aujourd'hui, et c'est à mon avis un mauvais service que Descartes a rendu à la science, que de proscrire les causes occultes.

C'est à tort, aussi, que M. Piorry voudrait proscrire du langage médical la pleurodynie. La pleurodynie est autre chose que la névralgie intercostale.

M. PIORRY: J'ai dit que le rhumatisme était une chose qu'on ne voit ni ne sent, j'aurais dû dire plutôt que c'est une chose qu'on ne comprend pas; je dois ajouter que M. Requin ne me l'a pas fait comprendre davantage. Quant aux oscillations des nerfs, c'est différent. J'ai été atteint, il y a quelques années, d'une irisalgie, affection singulière qui a été observée depuis par d'autres praticiens, et j'ai pu parfaitement suivre sur moi-même, dans la succession des symptômes, les oscillations nerveuses dont il s'agit. Qui n'a senti d'ailleurs ces oscillations si connues sous le nom de fourmillements à la suite de la compression momentanée d'un nerf; et les bourdonnements d'oreille et l'*aura* epileptique, ne sont-ce pas là des exemples d'oscillations nerveuses? Ce n'est donc pas un fait isolé; loin de là. Ce sont là, si l'on veut, des choses qui ne sont pas encore élevées à la démonstration, mais c'est déjà loin du vague qui entoure le rhumatisme.

M. BÉRARD: J'ai la mauvaise chance de me trouver encore une fois en désaccord avec M. Piorry sur une question de physiologie. M. Piorry dit qu'une douleur peut, en remontant le trajet d'un nerf jusqu'à un ganglion se propager par cette voie à un autre nerf. De sorte qu'un ganglion réfléchirait ainsi une impression nerveuse. C'est là un fait inexact. Il n'est pas vrai qu'un ganglion puisse réfléchir une impression; cette propriété n'appartient qu'aux centres nerveux. Il faut de toute nécessité, pour qu'une action reflexe se produise, que l'impression passe par le centre nerveux, qu'elle décrive ainsi un grand cercle. On admettait autrefois que des oscillations nerveuses pouvaient se transmettre directement à un nerf voisin. C'est là une de ces grossières erreurs dont Haller a depuis longtemps fait justice.

L'action réflexe par les ganglions et la transmission d'une impression sans l'intervention des centres nerveux, était sans doute une théorie assez séduisante; mais des expériences décisives en ont démontré la fausseté.

Je ne voudrais pas employer une expression désobligeante vis-à-vis de M. Piorry, mais il me permettra de lui dire que son opinion sur le sujet en question ne paraîtra orthodoxe à aucun physiologiste.

M. PIORRY voudrait que, pour décider une pareille question, on s'entendît d'abord sur ce qu'on doit appeler centres nerveux. Doit on entendre par là le cerveau seulement, la moelle ou une portion de la moelle? les ganglions, enfin, font-ils ou non partie des centres nerveux. On pourrait invoquer le fait des animaux qui n'ont pas de centres nerveux parfaitement limité et qui présentent cependant des exemples d'actions reflexes; chez l'homme même, il y a plusieurs centres.

M. Piorry termine en citant l'exemple d'une femme qui lui a présenté l'exemple d'oscillations nerveuses se propageant d'une partie du corps à une autre, sans passer par les centres nerveux.

La discussion est close.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapport, qui sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MAI 1853; par M. le docteur CHARCOT, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

5° OBSERVATION DE TRACHÉOTOMIE FAITE AVEC SUCCÈS POUR L'EXTRACTION D'UN HARICOT; par le docteur ALBERT DUFOUR, de Saint-Sever (Landes). (Communication faite par M. LABOULBÈNE.)

Le 3 mars, dans la soirée, je fus appelé auprès d'une petite fille de la cam-

pagne, âgée de deux ans et demi qui, en jouant dans un lieu où avaient été dépouillés des haricots, venait d'être prise subitement de menaces d'asphyxie. C'est par des efforts de vomissement que les symptômes de suffocation ont commencé. L'enfant était auparavant en parfaite santé. Comme elle jouait seule et ne sait point encore parler, on ne pouvait que présumer qu'elle avait avalé un des haricots que l'on trouvait épars sur le sol.

A mon arrivée, la petite fille tenue sur les bras de son père, la tête penchée en avant et appuyée, faisait de vains efforts pour respirer et crier; sa face était congestionnée, ses yeux larmoyants, sa respiration manifestement embarrassée.

En vain, par l'introduction réitérée de l'indicateur et la titillation de la luette, je provoquais des efforts d'expulsion et des vomissements, la gêne respiratoire, loin de cesser, paraît s'accroître. A la première introduction du doigt, j'avais cru sentir à l'orifice sus-glottique du larynx la saillie d'un corps lisse comme un haricot qui y était à moitié engagé : j'essayai de le saisir avec une pince à pansement guidée par l'indicateur, mais il avait disparu ; c'est alors que la respiration devint plus gênée, les matières rendues étaient purement muqueuses. On posa la pauvre enfant sur un lit; elle était comme asphyxiée. La décomposition rapide du facies, l'absence complète de la respiration, le refroidissement général, la résolution musculaire, la disparition du pouls, tout annonçait que la vie allait s'éteindre.

Vainement mon doigt explorateur profondément introduit dans le pharynx, cherchait à sentir dans quel point siégeait l'obstacle. Une sonde d'homme en argent se trouvant sous ma main, je l'introduisis dans le larynx espérant à peine en obtenir quelque résultat ; mais à l'instant une bouffée d'air fut expirée par son canal : aussitôt j'aidai par des mouvements de soufflet sur le thorax, ce faible espoir de retour à la vie; peu à peu la respiration se rétablit et se maintint quoique la sonde eût été retirée; la face violacée reprit son teint rosé, les yeux se rouvrirent; un sommeil calme et réparateur succéda presque aussitôt à tous les symptômes effrayants qui venaient de se manifester. Après une demi-heure environ, comme l'enfant, éveillée, mais toujours couchée, continuait à respirer sans la moindre gêne, je commençai à douter de mon diagnostic.

Le docteur Léon Dufour, mon père, que j'avais fait appeler, arriva sur ces entrefaites; il hésita plus que moi encore à croire à la présence d'un corps étranger dans le canal aérien et nous nous demandions si le haricot, après les efforts violents d'expulsion ou pendant la résolution musculaire qui avait eu lieu durant l'asphyxie momentanée, n'aurait point passé du larynx dans l'œsophage, lorsque, la petite fille s'étant dressée pour embrasser sa mère, les embarras de la respiration se remontrèrent : la dyspnée était moins prononcée, mais il s'y joignit deux phénomènes que nous n'avions pas encore constatés à certains moments de l'expiration, on entendait, à l'oreille nue, un bruit non douteux de soupape qu'accompagnait une certaine raucité de la respiration.

De plus, en posant la main au-dessus de la fourchette sternale et en pressant modérément, on percevait dans la trachée la sensation légère mais positive, d'un corps qui allait et venait, sensation qui se manifestait surtout dans les mouvements respiratoires actifs. Ces deux signes de la présence certaine d'un haricot dans les voies de la respiration furent constatés, non-seulement par mon père et par moi, mais aussi par notre confrère le docteur Duhedout qui vint nous assister.

Le diagnostic n'était plus douteux, l'indication devenait formelle : la trachéotomie était le seul moyen d'extraire le corps étranger, et pour mieux en assurer le succès, c'était immédiatement qu'il fallait la pratiquer : le consentement des parents obtenu et fort de l'assistance de mes deux honorables confrères, je pus agir sans autre préoccupation que celle que fait naturellement naître, chez un jeune débutant surtout, la responsabilité d'une opération aussi délicate; elle n'avait point encore été pratiquée dans ce pays-ci.

La manœuvre opératoire ne fut signalée par aucun incident digne d'être noté: il y eut, à la section de la glande thyroïde qui couvrait une certaine portion de la trachée, une assez abondante effusion de sang veineux qui fit tomber la pauvre enfant en syncope, mais, dès que la trachée eut été ouverte, et la petite opérée ranimée par une légère aspersion d'eau froide, l'écoulement s'arrêta par le retour de la respiration. Le dilatateur trachéen introduit, j'y cherchai avec des pinces à pansement à saisir le corps étranger; mais je fis longtemps d'inutiles essais. La perte des forces de l'enfant ne lui permettant plus de résgir utilement, la respiration étant très-faible, et enfin le jour tombant, je me décidai à introduire provisoirement une canule qui permettait à la respiration de fonctionner sans trop de difficulté. — Après deux heures, je revins pour constater l'état de la petite malade qui avait dormi avec calme pendant tout ce temps : j'enlevai la canule et fis de nouvelles tentatives pour saisir le haricot; je provoquai des efforts de toux, des mouvements actifs de respiration, des cris, mais sans résultat : je replaçai la canule mais sans l'introduire profondément, la respiration s'opérant sans peine par le larynx, et voulant seulement ainsi maintenir béante la plaie de la trachée. Je venais à peine de quitter ma malade, préoccupé du procédé que je devrais employer pour extraire l'insaisissable corps étranger lorsqu'une des personnes qui m'avaient assisté dans ces dernières tentatives m'apporta le haricot qu'elle venait de trouver à l'orifice extérieur de la plaie, l'enfant s'étant réendormie.

J'enlevai aussitôt la canule et fis un pansement simple. Le lendemain la petite opérée qui avait parfaitement reposé toute la nuit, prit sans difficulté un peu de lait. — Il y eut pendant quelques jours un peu d'irritation laryngée qui, par la toux qu'elle provoquait, retarda la cicatrisation. Du reste, pas la moindre réaction fébrile; un pansement simple suffit pour amener en 26 jours la cicatrisation complète de la plaie : l'enfant est aujourd'hui en parfaite santé.

Cette observation, quoique ne portant pas sur un fait rare, offre cependant, ce me semble, matière à quelques réflexions intéressantes pour la pratique. — Et d'abord dans les divers incidents qui ont précédé le moment de l'opération nous pouvons remarquer que le haricot dont la présence à l'orifice sus-glottique du larynx avait été constatée, loin d'être expulsé par les manœuvres tentées dans ce but, pénétra au contraire plus profondément dans la cavité laryngienne au point d'amener l'asphyxie complète. Ce résultat qu'on pourrait peut-être attribuer à ce que le doigt aurait involontairement enfoncé le corps étranger en en reconnaissant la présence, ne doit-il pas plutôt être expliqué par cette aspiration énergique qui précède tout effort de vomissement et qui favorise au lieu de l'empêcher la pénétration des corps étrangers dans le canal aérien? Si cette dernière explication est ici la véritable, comme je le crois, ne doit-on pas en conclure qu'il faut, dans les cas de corps étrangers dans les voies de la respiration, insister le moins possible sur les manœuvres tendant à provoquer de violents efforts d'expulsion?

Mais un fait plus important et qui mérite surtout de fixer l'attention, c'est le résultat obtenu par l'introduction de la sonde d'homme dans le larynx lors de l'asphyxie complète. Attiré, comme nous venons de le dire, dans la cavité laryngienne, le haricot, en mettant en jeu les puissances actives de l'organe qu'irritait sa présence, amena l'obstruction complète du canal aérien et rendit la mort imminente : le cathéter, en déplaçant l'obstacle et le précipitant du larynx dans la trachée, non seulement ranima la vie qui s'éteignait, mais encore, en procurant un répit dans les accidents, permit de réfléchir et de préparer tout le monde à la grave opération qui est, dans ces cas désespérés, l'héroïque et unique moyen de salut : il se peut, il est vrai, que la résolution musculaire générale qui survient pendant l'asphyxie momentanée, eût amené le même résultat, en permettant au haricot d'obéir à son propre poids qui le portait vers la trachée; mais l'indication n'en était pas moins formelle. On peut donc, dans les cas de corps étrangers dans le larynx, établir, comme règle, d'introduire une sonde qui, lorsqu'on n'a pu par la bouche saisir le corps, le précipite dans la trachée : la sensibilité peut être moins exquise et la contractilité certainement moindre de la trachée par rapport au larynx, son plus grand calibre, sa longueur, sa bifurcation inférieure, toute sa conformation, en un mot, sont autant de conditions qui expliquent comment les accidents provoqués par les corps étrangers sont bien moins rapidement funestes dans la trachée que dans la cavité laryngienne.

Un troisième incident, qu'il est bon de noter encore, quoiqu'il porte sur un phénomène signalé par tous les auteurs, c'est la rémission complète des accidents de suffocation, qui succéda à la chute du haricot dans le tube trachéen; elle fut telle que le diagnostic en devint douteux, et que l'on put croire au passage du haricot du larynx dans l'œsophage. Ce calme trompeur était évidemment dû soit à ce que le corps étranger, occupant l'orifice d'une des bronches, permettait à l'autre de fonctionner librement, soit à ce que ce corps gisant, par suite du décubitus dorsal, sur la paroi postérieure ou œsophagienne de la trachée, y restait immobile et n'opposait qu'un faible obstacle à une respiration tranquille. Et en effet, dès que la fonction devint plus active et que l'enfant quitta le décubitus dorsal, la dyspnée reparut, et les signes de la présence du haricot ne purent plus être mis en doute.

Pour l'opération, je crois utile de dire combien on doit s'estimer favorisé quand la volonté des parents ne vient point s'opposer à sa pratique immédiate et combien elle a pour elle toutes les chances de réussite quand on peut ainsi l'exécuter avant que le corps étranger ait amené de désordre dans les voies respiratoires. Ici, comme on a pu en juger, les suites ont été celles d'une plaie simple de la trachée : je n'eusse point hésité à tenter la réunion par première intention, si la petite opérée n'en eût laissé maître. Pendant la manœuvre je ne me suis point effrayé de l'abondante effusion de sang qui a suivi la section des tissus sous-cutanés; j'avais déjà pu vérifier, pendant mon séjour comme interne dans les hôpitaux de Paris, combien est juste l'observation de M. le professeur Trousseau, quand il dit que, lorsqu'il n'y a point d'artère atteinte, l'hémorrhagie s'arrête aussitôt après l'ouverture de la trachée et le retour de la respiration. C'est en effet ce qui est arrivé ici.

Enfin pour l'extraction du corps étranger la manière dont il a été rejeté ici à l'orifice externe de la plaie, nous démontre qu'après les premiers essais infructueux pour saisir le corps, on doit cesser tout ce qui pourrait irriter la muqueuse trachéenne, s'attacher seulement à maintenir béants les orifices de la plaie et provoquer des mouvements expiratoires actifs. Si le cas se représentait, au lieu de canule, qui n'a réellement d'utilité que lorsque l'obstacle siége dans le larynx, j'emploierai de petits hameçons, ou, comme on l'a proposé, des épingles courbées en crochets qui, attachés à deux liens qu'on nouerait sur les côtés du cou, maintiendraient écartés les bords de la plaie trachéenne et donneraient ainsi sortie facile et à l'air et au corps étranger.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES MALADIES CHIRURGICALES ET DES OPÉRATIONS QUI LEUR CONVIENNENT ; par le baron BOYER. — Cinquième édition publiée par le baron PHILIPPE BOYER.—Tome VIIe et dernier. — Paris, 1853, chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 23.

C'est avec un sentiment de satisfaction, sûr d'en réveiller partout un semblable, que nous annonçons à nos lecteurs l'achèvement de cette grande œuvre commencée depuis neuf ans et retardée, en dernier lieu, par des causes que nous n'avons pas besoin de connaître pour les déplorer sincèrement. Boyer, quoi qu'on fasse de lui et autour de lui, restera toujours le

plus précieux monument des sciences chirurgicales, le dépôt des plus saines traditions de cette branche de l'art de guérir, que, à force de travaux, la France a presque acquis le droit de regarder comme sienne. Aussi la publication d'une nouvelle édition complète de son traité n'est-elle pas un événement qui puisse passer inaperçu; et nous sommes ici plutôt l'écho des manifestations de l'esprit public que leur instigateur, en signalant à l'attention de nos lecteurs la mise en vente du dernier volume.

Le tome septième, que nous avons sous les yeux, comprend l'étude des maladies des voies urinaires. C'est un des sujets que les recherches modernes ont, depuis la mort de l'auteur, le plus fondamentalement révolutionné. A part la lithotomie dont les règles subsistent encore, à peu d'exceptions près, telles qu'il les avait si méthodiquement tracées, il est bien peu de points sur lesquels le besoin d'un remaniement ne se fît pas plus ou moins vivement sentir. On s'en convaincra sans peine, si l'on réfléchit que c'est sur ce terrain qu'ont porté les découvertes, procédés, contestations, polémiques, défis, etc., des spécialistes les plus ardents, des urologistes. Voyons donc comment M. Ph. Boyer s'est acquitté de la tâche à la fois délicate et difficile de rendre compte de tant de travaux, en éliminant, chose non moins importante et ardue, ceux trop nombreux qui n'ont d'intérêt que pour leur auteur.

Le premier sujet auquel il ait fait une addition est la gravelle. M. Ph. Boyer est du nombre de ceux, et il le dit franchement, qui voient dans la gravelle et dans les calculs urinaires deux maladies essentiellement différentes. Cette distinction lui paraît tellement tranchée, qu'il n'hésite pas à dire que tout individu affecté de gravelle peut être certain d'être préservé de la formation d'un calcul dans les réservoirs de l'urine. La gravelle est une lésion de la sécrétion de l'urine et non un dépôt de quelques-uns de ses principes. Aussi n'y a-t-il qu'une seule gravelle, celle d'acide urique. Cette manière de voir a une grande influence pour éclairer le diagnostic et le traitement, et elle mérite d'être examinée dans tous les moyens que l'auteur a invoqués pour sa défense. Il est seulement à regretter qu'il ait cru devoir en conclure à l'insuffisance absolue de tous les remèdes donnés comme curatifs de cette affection. Sans doute l'administration pharmaceutique des alcalins n'est pas un antidote certain; elle pallie le mal présent plus qu'elle n'en prévient les retours. Mais est-il juste de comprendre dans la même condamnation le régime et surtout les eaux minérales alcalines, notamment celles de Vichy, dont l'efficacité constatée par tant d'exemples méritait bien au moins une mention dans les pages de ce livre?

M. Ph. Boyer nie positivement et à deux reprises que la pression du bec d'une sonde à demeure contre les parois de la vessie puisse occasionner une perforation de ce réservoir. L'accident, quand il a eu lieu, il l'attribue à une disposition individuelle analogue à celle qui se manifeste durant la fièvre typhoïde. Son opinion mérite d'autant plus d'être examinée, qu'elle est, sur ce point, complétement opposée à celle de son père. Or, pour tenir compte de tout, nous convenons volontiers que ces perforations s'observent principalement sur des sujets âgés, gardant le lit depuis longtemps, débilités par l'inaction et la fièvre hectique. Mais, d'autre part, on voit si souvent la vessie n'être malade qu'au point où elle s'est percée, on reconnaît si bien le travail graduel qui a préparé et amené cette terminaison fâcheuse, on trouve un rapport si exact entre la position de la sonde et la situation de l'ouverture anormale, qu'il est bien difficile de résister à la conséquence logique de ses rapprochements, et de refuser à l'agent mécanique qui se présente naturellement là pour l'expliquer, tout effet sur la production d'une lésion que tout conduit à regarder comme traumatique.

Au sujet du diagnostic de la rétention d'urine, M. Ph. Boyer rapporte une intéressante histoire, que son père avait coutume de citer dans ses leçons. Il avait été appelé en consultation pour un malade ayant une ascite, conséquence d'une affection de foie; le but de la réunion était de décider à quelles eaux ce malade serait envoyé. Indépendamment de l'affection du foie, il existait une incontinence d'urine qui obligeait ce malade à garder la chambre depuis plusieurs mois. D'après ses interrogations, Boyer fut porté à penser que la tumeur abdominale n'était pas formée par une ascite, mais par la vessie paralysée qui s'était laissé distendre, et il y introduisit une sonde. Il tira une très-grande quantité d'urine. La tumeur du ventre, l'ascite présumée, disparut immédiatement, et on n'eut plus à soigner que la paralysie de la vessie.

Une addition beaucoup plus importante est celle que M. Ph. Boyer a dû faire au chapitre des rétrécissements de l'urètre. On y lira avec profit les résultats auxquels l'a conduit sa longue pratique. Les conseils qu'il donne sur le moyen de conduire les bougies, ou mieux ce qu'il appelle les *sondes-bougies* dans une stricture difficile à traverser, trouveront de nombreuses occasions d'être utilisés par les jeunes médecins. Quant au temps durant lequel la bougie dilatatrice doit être maintenue en place, il prend un terme moyen entre les *deux, trois ou quatre jours*, que recommandait Boyer, et la *demi-minute* donnée comme terme extrême par quelques spécialistes modernes. Pour lui, c'est entre douze heures et deux jours que le séjour de la bougie doit varier selon les cas. Plus, dit-il à l'appui de ce conseil, plus la sonde restera en place, plus elle comprimera et affaissera l'anneau induré qui existe au niveau du rétrécissement dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et plus elle tendra à le faire disparaître. De plus, l'écoulement occasionné par l'irritation que produit la sonde contribuera aussi à fondre cet engorgement. En résumé, le séjour prolongé de la sonde lui semble avoir l'avantage « d'occasionner l'endurcissement de la muqueuse, en même temps qu'elle fait fondre le point induré. » Nous ne savons si cette théorie sera goûtée des urologistes, si surtout elle semblera capable de compenser les résultats que donnent, à beaucoup moins de frais, les cathétérismes répétés sans laisser la sonde au delà du temps nécessaire pour l'introduire.

Encore un mot sur ce sujet. M. Ph. Boyer ne parle de la cautérisation que pour la proscrire; et c'est justice. Il décrit et approuve la dilatation; c'est aussi notre avis. Mais, quant à l'incision, il ne la nomme même pas! S'il a voulu, ainsi, réagir contre les tendances actuelles aux larges incisions, dont un prix récent a été l'expression fort explicite, ce n'est pas, sous ce rapport, de nous qu'il aurait à attendre un blâme. Mais un ouvrage classique n'est pas une arène ouverte à la polémique, où l'on puisse protester par l'hyperbole contre l'exagération d'autrui. L'incision, quand elle sait se borner, a du bon; et elle méritait bien qu'on prît la peine de signaler ici et ses indications spéciales et les règles de son exécution.

Tout au contraire, les additions concernant les fistules de la vessie se recommandent à la fois par la lucidité des détails et par la sagacité pratique qui a présidé à l'appréciation respective des divers procédés. Il y avait beaucoup à faire pour mettre au courant des inventions contemporaines le texte de Boyer qui, contre la fistule vésico-vaginale, ne prescrit d'autre remède que la sonde à demeure! La lacune a été heureusement comblée. Les moindres perfectionnements ont trouvé une mention dans cet inventaire où la bonne foi et l'impartialité se font remarquer à côté de l'érudition la mieux digérée.

A l'occasion de la taille, Boyer avait écrit, sous le titre d'*addition*, quelques pages sur la taille bilatérale, la recto-vésicale et l'hypogastrique. M. Ph. Boyer a traité, de son côté, les mêmes sujets avec plus d'étendue; mais il n'a pas cru pouvoir néanmoins se permettre de rien retrancher du texte de son père. C'est un scrupule, selon nous, exagéré, quoique respectable. Il en résulte un double emploi et des répétitions presque littérales très-fatigantes pour le lecteur. La mémoire de Boyer n'aurait rien à perdre à la suppression d'un article où il trouva le moyen de décrire la taille bilatérale, sans nommer Dupuytren!

Nous ne pouvons que citer le chapitre sur la lithotritie et celui qui traite des anesthésiques. Ce sont deux monographies de toutes pièces, qui ont nécessité de nombreuses recherches et témoignent de la laborieuse attention que l'annotateur a voulu mettre jusqu'au bout dans l'exécution de la tâche qu'il s'était imposée. En disant qu'il est resté lui-même pendant tout le cours de cette œuvre immense, nous portons un jugement qui sera bien compris de ceux de nos lecteurs qui voudront bien se reporter aux analyses successivement publiées dans la Gazette Médicale, lors de l'apparition de chacun des volumes précédents.

P. Dmay.

VARIÉTÉS.

— On écrit de Copenhague, 21 août:

« On compte maintenant 7,168 personnes atteintes du choléra et 3,891 décès. Le choléra vient d'éclater aussi à Fredricksburg. »

— On écrit de Stockholm, 16 août:

« Il est maintenant officiellement connu que plusieurs cas de choléra ont eu lieu ici; sur 6 personnes atteintes, 5 sont décédées. »

— On écrit de Gothembourg (Suède):

« Dans le faubourg de Mayorna, 24 personnes ont été atteintes du choléra; 12 sont décédées. »

— Le choléra a reparu à Moscou. Une de ses premières victimes a été M. le docteur Louis Sierwuk, professeur d'anatomie à l'Université de cette ville, qui a succombé en deux jours.

Il paraît certain que le choléra a éclaté à Dantzig.

— Dans l'avant-dernière séance (16 août) de l'Académie des sciences, exclusivement consacrée, du reste, à des objets étrangers à la médecine, M. Leroy-d'Étiolles a adressé l'expédition d'un jugement rendu par le tribunal civil de la Seine dans un procès entre lui et M. Charrière, qui intéresse un certain nombre de nos confrères; en voici l'extrait:

« Un fabricant est-il tenu de donner communication de ses livres et registres pour constater et vérifier les dates de l'exécution d'une invention?

» *Oui*, en ce qui concerne les commandes faites par la personne qui requiert la communication des registres;

» *Non*, en ce qui concerne les commandes faites par d'autres personnes, si elles se refusent à l'autoriser. »

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

CONSTITUTION MÉDICALE.

DE LA MARCHE DES DEUX GRANDES ÉPIDÉMIES ACTUELLEMENT RÉGNANTES, LE CHOLÉRA ET LA FIÈVRE JAUNE.

Pendant que les gouvernements de l'Europe occidentale et ceux de l'Amérique du Nord, en vue de faciliter les communications commerciales, travaillent à abaisser chaque jour les obstacles qu'opposaient à ces transactions le code sanitaire, la partie intertropicale des deux Amériques et une grande partie de l'Europe orientale et septentrionale sont actuellement ravagées par deux des fléaux contre lesquels s'élevaient jadis les murs des lazarets. L'Angleterre isolée par la mer, mais de plus en plus esclave chaque jour de ses immenses relations industrielles et commerciales, a la première abaissé et fait disparaître les prohibitions, les quarantaines, les séquestrations, et cet exemple peut-être imprudent qu'elle donnait, elle a voulu le faire suivre par les autres nations. On se rappelle à ce sujet les conférences sanitaires internationales qui ont eu lieu à Paris en 1851; elles devraient aboutir à la formation d'un code sanitaire uniforme et général; la plupart des grandes puissances européennes y étaient représentées par des délégués médecins, administrateurs ou agents consulaires; c'était là au petit pied un congrès interenropéen chargé d'examiner et de résoudre les questions les plus importantes pour la santé des peuples et pour les intérêts du commerce. On sait quel a été le résultat de ces conférences dans lesquelles la plupart des parties contractantes s'étaient réservé le droit de modifier ultérieurement comme bon leur semblerait les résolutions du comité. En fait, cet événement n'a pas modifié d'une manière sensible ce qui existait déjà en Angleterre, mais il a préparé les voies pour l'Espagne, le Portugal, l'Italie, le midi de la France, la Grèce et l'Autriche même.

Nous faisons ici seulement office d'historien, nullement de critique; nous adoptons pour un moment l'idée qui a présidé à l'institution des *conférences*, idée toute politique et toute industrielle; mais nous demandons à voir ce qu'en retour de cette facilité de transactions, les promoteurs des nouvelles réformes ont décrété pour l'hygiène publique, les mesures qui ont été stipulées pour la santé et la sûreté des populations. Nous dirons avec regret que nous avons inutilement cherché à ce sujet un progrès nouveau dans les institutions hygiéniques qui ont été proposées. Les *conférences sanitaires internationales* ont procédé en cela comme le *comité d'hygiène publique d'Angleterre*, et c'est pourquoi nous répétons qu'en présence de deux manifestations épidémiques graves, on s'est laissé aller d'une manière presque exclusive à la grande préoccupation du moment, aux questions politiques, commerciales, industrielles.

En donnant aujourd'hui l'histoire succincte de la marche du choléra et de la fièvre jaune dans les deux dernières années, nous avons en vue seulement d'indiquer l'itinéraire et les progrès de ces épidémies; quant à leur marche future, quant à fixer les limites de leur développement ultérieur, et à préciser le temps qu'elles mettront à accomplir leur évolution, nous dirons plus tard ce que les faits permettent d'augurer à ce sujet.

Pour avoir une idée exacte de la marche de l'épidémie cholérique pendant les deux années de 1851 et de 1852, il faut se rappeler que cette affection semble avoir pris naissance en *Perse*, à la fin de 1850. Les ravages qu'elle a faits dans ce pays en 1851 et 1852 sont considérables. De ce centre, il semblerait que la maladie s'est étendue peu à peu le long du versant méridional de la chaîne du Caucase, comme en 1829 et 1830, ou en 1846 et 1847. Ensuite, presque sans points intermédiaires, des bords de la mer Noire et de la mer Caspienne, le fléau se montre à Moscou et à Saint-Pétersbourg, ainsi que dans un rayon considérable autour de ces capitales. Y a-t-il eu, de la mer Noire à la Baltique, dans ces régions jadis envahies et sillonnées par le choléra, ces traînées cholériques qui permettent de suivre en quelque sorte les différentes étapes qu'aurait parcourues le fléau le long du Volga, du Dnieper? Le manque presque complet de renseignements, le silence du gouvernement russe à ce sujet, ne nous permettent pas de nous prononcer d'une manière absolue; nous dirons cependant qu'il est probable que les épidémies de Moscou et de Saint-Pétersbourg doivent être considérées comme des épidémies isolées ou bien comme des recrudescences épidémiques dont ces pays nous ont déjà donné les exemples les plus remarquables. Toutefois, il faut reconnaître qu'en 1852, et au commencement de 1853, les foyers épidémiques isolés ou les recrudescences épidémiques ont pris un développement et ont acquis une importance dont on n'a que très-peu d'exemples dans les épidémies antérieures. En effet, après la Russie, l'épidémie a envahi *Posen*, *Varsovie* et un grand nombre de petites localités de la Pologne, sévissant dans les villages avec autant d'intensité que dans les grandes villes. Stettin fut ensuite frappé, et c'est de cette ville, des ports de la Russie du nord et peut-être du duché de Posen que le choléra s'est étendu à Copenhague. Arkangel, situé à une distance considérable au nord-est, fut atteint avant le Danemark, ce qui fit penser un moment que le fléau, arrêté dans sa marche, s'était détourné vers le nord; mais les ravages faits à Copenhague, d'où toutes les personnes aisées qui ont pu quitter la ville se sont enfuies, les quarantaines sévères prescrites par les villes anséatiques et les ports commerçants de la Prusse à toutes les provenances de Copenhague et de la Baltique, l'invasion récente de Hambourg, situé dans la mer du Nord, les quelques cas observés à Dantzig donnent aujourd'hui à penser mûrement et font craindre une nouvelle irruption. En même temps les dernières nouvelles nous apprennent que Christiania est atteint en Norwége, et qu'à Stockholm on appréhende l'approche du fléau. La marche de l'épidémie persistera-t-elle dans la direction du Nord jusqu'à son entier épuisement? jusqu'à quel point s'étendra-t-elle au Midi? quelle influence pourraient exercer sur cette marche les grandes agglomérations de troupes qui ont été formées dans ces derniers temps dans la Russie méridionale et sur le Danube? Nous livrons pour le moment toutes ces questions aux calculs et aux appréciations des épidémiologistes.

Avant de tracer la marche de l'épidémie de fièvre jaune qui depuis quatre ans sévit en Amérique, il faut rappeler que c'est depuis cette époque surtout que les communications du golfe du Mexique avec l'Europe sont devenues fréquentes et très-rapides. L'affluence des émigrés européens vers tous les ports du Mexique, sur l'isthme, dans les Guyanes et au Brésil a été considérable; des correspondances nouvelles se sont établies, des ports jadis en rare communication sont reliés aujourd'hui par les nombreuses lignes de bateaux à vapeur qui les mettent en contact les uns avec les autres ainsi qu'avec l'Angleterre. Il serait facile sans doute de baser sur ces faits généraux l'histoire des derniers développements pestilentiels de la fièvre jaune. On sait en effet quelle est la prédisposition des individus non acclimatés, de race européenne, à contracter cette maladie, et presque tous les documents s'accordent à présenter un chiffre énorme

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XXI et avant-dernier.

CIVITA-VECCHIA. — 2° NOTICE SUR LES EAUX THERMALES (1).

A M. le docteur Judas, médecin principal de première classe, secrétaire du conseil de santé des armées.

Rome, 15 mai 1851.

La ville de Civita-Vecchia possède des ressources précieuses qu'elle pourrait exploiter au profit de sa prospérité, mais dont l'insouciante inactivité italienne ne tire aucun parti : nous voulons parler des trois groupes d'eaux thermales appelés sources *Trajanes* ou *Taurines*, sources *della Ficoncella* et enfin *Sferra Cavalli*, situées sur les premiers gradins de la montagne, les deux premières à trois milles de Civita, la dernière à quatre milles. L'eau *Taurine* sort du sol à 624 pieds d'altitude, la *Ficoncella* à 564. Nous ne parlerons pas des sources de *Sferra Cavalli*, plus éloignées et non utilisées; leurs caractères se rapprochent beaucoup, du reste, de ceux des deux autres sources.

Le groupe *della Ficoncella* donne en abondance une eau saline et sulfureuse qui marque 55° centigr. Les dépôts calcaires abandonnés par ces sources se sont accumulés en masse telle, qu'on a été obligé de creuser dans ces concrétions d'une blancheur éclatante, d'étroites tranchées, profondes d'un à 3 mètres, pour rétablir l'écoulement des eaux. Tout le sol des alentours est également formé d'un tuf blanc qui se pulvérise sous le pied. Une longue ligne de fumerolles s'échappe de chaque tranchée, et, pendant l'hiver, les dessine de loin à l'œil du voyageur. Quelques maigres touffes de figuier qui croissent éparses sur ce sol blanchâtre et poudreux, quelques grands blocs épars taillés par le puissant ciseau romain, l'absence de toute habitation et le silence, achèvent de donner à ce site un caractère mélancolique et désolé qui ne manque pas de charme.

C'est à la *Ficoncella* qu'on vient puiser dans des tonneaux l'eau destinée aux bains qu'on prend ensuite en ville.

Sur la source *Taurine* appelée aujourd'hui *Trajane*, l'empereur dont elle porte le nom avait établi de vastes thermes. Un beau massif de ruines aux arcades hardies atteste seul cette splendeur passée. Aujourd'hui les eaux *Taurines* se réunissent à celles de la *Ficoncella* pour aller faire tourner un moulin! il n'existe pas même une masure pour recevoir les baigneurs. Ces ruines ne sont fréquentées que par les curieux et par quelques soldats français qui, au risque de se rôtir, s'y donnent le plaisir du bain chaud gratis, en se plongeant dans

(1) L'histoire des fièvres pernicieuses à forme pectorale qui ont régné en 1850, sera publiée dans les colonnes supérieures de la GAZETTE MÉDICALE, ainsi que l'histoire des endémo-épidémies de Rome en 1851 et 52.

pour la mortalité parmi les équipages de navires, les troupes et les voyageurs. Mais en consultant les faits les plus précis qui ont été publiés à ce sujet, on trouve que sur les lieux mêmes, au Brésil, à Bahia, à Rio, où la maladie, si elle a été importée, n'a pu l'être que par la voie de mer, on est loin de s'entendre sur la route qu'a dû suivre la contagion. On touche là à des difficultés d'observation qui ne sont pas toujours résolues en Europe, et qu'on ne peut s'attendre à voir résoudre dans un pays où les observateurs sont plus rares et souvent aussi peut-être moins exacts que chez nous. Je ne chercherai pas ici à discuter cette question avec les faits incomplets que je pourrais recueillir aux différentes sources; je pense qu'il sera plus profitable de me borner à faire connaître les deux éléments les plus importants de ce problème, les dates d'invasion de la maladie dans les diverses localités et les faits relatifs à leur état sanitaire antérieur.

Avant l'épidémie cholérique de 1849, qui a atteint les villes les plus importantes du littoral du golfe du Mexique, la fièvre jaune, qui est endémique dans ces parages, s'était montrée dans certaines parties des États du Sud de l'Union américaine; on l'observa d'une manière épidémique pendant le choléra, et depuis cette époque, chaque année elle sévit alternativement dans quelques-unes des Antilles. A l'heure actuelle, la Nouvelle-Orléans est encore en proie au fléau. Il serait impossible d'indiquer, pour toutes ces localités, les dates de l'invasion, parce que la transition des cas sporadiques aux cas épidémiques est insensible. Il en est autrement pour la côte du Brésil, où la fièvre jaune n'est ni endémique ni épidémique, où il est même douteux qu'on ait jamais observé cette affection avant 1849, et nous extrayons d'un mémoire que nous avons analysé dans la GAZETTE MÉDICALE (n° 29, p. 458) les dates suivantes, qui nous paraissent réunir les meilleures conditions de certitude : c'est, dans l'ordre d'invasion, *Bahia*, le 2 novembre 1849; *Maceio* et *Rio-de-Janeiro*, le 9; *Pernambouc*, le 21 décembre de la même année; *Parahiba*, janvier 1850; *Para*, février; *Paranagua*, le 15 mars; *Santos*, avril; *Mangoratiba*, *Guarapati*, mai; *Campos*, juin de la même année. Ces localités, comprises entre le 1er et le 26e degré de latitude sud, n'ont pas été envahies successivement du nord au midi. Ainsi Bahia et Rio, qui figurent en première ligne dans l'ordre d'invasion, et qui, à cause de l'importance de leur commerce et de leur population, ont été probablement les deux grands centres de cette épidémie, sont situées, l'une par le 13°, l'autre par le 22e degré de latitude. La maladie s'est en outre étendue à d'autres localités de la côte que nous ne pouvons énumérer ici; de plus, des villes qui avaient été épargnées en 1850, ont été atteintes en 1851. Pendant les deux années qui viennent de s'écouler, on a vu survenir, dans plusieurs grands centres de population, des retours du fléau pendant la saison chaude de l'année, alors que ces affections cessaient leurs ravages partout pendant la saison froide (juillet et août), à l'exception de Santos, ville de peu d'importance, située au sud de Rio, où l'épidémie continua à sévir pendant l'hiver de 1850.

Si l'on ajoute à ces faits que la Guyane française et hollandaise a été atteinte en 1851, et que de *Sainte-Marthe*, la dernière des Antilles, la maladie a été transportée à l'embouchure de la Magdelaine en 1851 et 1852, on aura une idée de l'importance de cette manifestation épidémique, qui comprend, dans l'Amérique du Sud seulement, une étendue considérable de côtes, depuis le 10e degré de latitude nord jusqu'au 30e degré de latitude sud. Si nous comparons cet espace à celui qu'a parcouru le choléra dans l'hémisphère nord, nous trouvons le même chiffre de 40 degrés, ce qui fait, en additionnant, à peu près le quart de la circonférence totale de la terre.

THOLOZAN.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE; par le docteur JOBERT (de Lamballe).

Dans les temps les plus reculés, on a reconnu l'importance de diminuer ou d'éteindre la sensibilité pendant les opérations; toutefois il est impossible de préciser l'époque où de sérieuses investigations ont été dirigées vers ce but. Mais il est hors de doute que les Grecs et les Romains, à qui la science est redevable de tant de découvertes utiles ou de procédés bienfaisants, ont également songé aux moyens de diminuer la sensibilité corporelle pendant la pratique des opérations. Quoi qu'il en soit, leurs recherches à ce sujet paraissent avoir été infructueuses, et nous savons seulement que des tentatives ont été faites pour diminuer ou suspendre tout à fait la sensibilité par les opiacés, la compression des nerfs, les réfrigérants, etc. Tous ces moyens, plus ou moins douloureux par eux-mêmes, tantôt engourdissent la sensibilité générale comme l'opium, et tantôt engourdissent les fonctions locales, en provoquant plus ou moins de douleur, comme la compression et la réfrigération. Ces tâtonnements sont louables, mais ils n'ont frayé aucune voie réellement utile à l'opérateur, qui a bientôt renoncé à l'emploi de procédés plus dangereux qu'utiles.

On avait conseillé, pour diminuer la douleur des opérations, de donner à l'instrument une température élevée, afin de le mettre pour ainsi dire en rapport avec la température des tissus. Ces investigations n'ont servi à rien, et l'expérimentateur a dû fléchir devant la raison.

A proprement parler, jusqu'au dix-neuvième siècle, on ne connaissait pas de moyen qui méritât le nom d'anesthésique, et il faut dire que c'est aux contemporains d'outre-mer et de la France que revient l'honneur de cette belle découverte.

Un chimiste américain, (Jakson de Boston), reconnut que l'éther sulfurique respiré amenait l'insensibilité. Il fit part de ses observations à M. Morton qui en retira un grand profit sur les malades auxquels il arrachait des dents. Plus tard MM. Jakson et Morton divulguèrent leur secret, et les chirurgiens américains se servirent de l'éther pour rendre les malades insensibles pendant les opérations. Ce procédé passa bientôt en Angleterre et en France, où de nombreuses expériences constatèrent l'efficacité de l'éther comme agent anesthésique.

L'attention des physiologistes et des médecins fut excitée au plus haut point, et ils s'efforcèrent de rechercher s'il n'existait pas d'autres moyens encore plus propres à paralyser momentanément la sensibilité de l'homme. M. Flourens essaya l'action du chloroforme sur les animaux; il trouva qu'elle procurait l'insensibilité. Mais ce fut M. Simpson, professeur à l'université d'Édimbourg, qui le premier en fit l'application sur l'homme au mois de novembre 1847.

L'action du chloroforme est si remarquable, si extraordinaire dans ses effets et si constamment active, qu'on a dû le préférer à l'éther, moyen incertain, et sur lequel les médecins ont définitivement arrêté leur jugement.

---

les deux trous d'où s'échappent les eaux, ou mieux dans le ruisseau auquel elles donnent naissance. Elles marquent 45° centigr, c'est-à-dire 10° de moins que la *Ficon ella*.

Nous avons dit que les bains *Trajan* sont situés à trois milles de Civita, à 504 pieds d'altitude, sur la rampe qui part de la mer et s'élève jusqu'aux sommets d'Allumiera et de la Tolfa. A quelques centaines de pas, commencent les belles forêts qui tapissent toute la montagne jusqu'à la cime. Ce lieu, autrefois salubre et fréquenté, ne passe pas pour être favorisé aujourd'hui par l'*aria fina*, et ne serait purgé de toute suspicion qu'à l'aide de plantation qui le garantissaient des vents chargés d'effluves pernicieux. Il est même probable que ce site ne recouvrirait toute son antique salubrité, que si la campagne, jadis cultivée et populeuse, de nos jours déserte et inculte, n'éprouvait elle-même de notables améliorations.

Trajan, fondateur du port de Civita-Vecchia, alors Centumcellæ, bâtit un établissement thermal sur les eaux *Taurines* et une splendide villa célébrée par Pline. *Evocatus*, dit cet auteur, *in consilium à Cæsare nostro ad Centumcellas, maximam ibi cæpi voluptatem..... Villa pulcherrima cingitur viridissimis agris.* Qui reconnaîtrait aujourd'hui, à ce portrait, les tristes alentours de Civita-Vecchia? Les eaux *Taurines* attirèrent beaucoup de monde dans l'antiquité; plusieurs empereurs les honorèrent de leur présence. *Scribonius Largus* et *Marcellus Empiricus* parlent d'un préteur qui fut guéri d'une affection calculeuse par ces *Aquæ Vericariæ* qui, selon quelques antiquaires avec lesquels nous ne sommes pas d'accord, seraient les eaux de Civita-Vecchia. *Rutilius*, séduit par la beauté du site, a écrit une véritable idylle sur les thermes de Civita; citons-en quelques vers qui nous serviront plus tard quand il s'agira d'appréciation au point de vue chimique :

Nosse juvat Tauri dictas de nomine thermas.

. . . .

Non illic gustu latices vitiantur amaro,
Limphaque fumifico sulphure tincta calet;
Purus odor, mollisque sapor dubitare lavantem
Cogit, qua melius parte petantur aquæ (1).

On trouve dans *Lampridius* (*Lampridius ad Commodum*) un passage qui nous intéresse à plus d'un titre; le voici : *Auspicium crudelitatis apud Centumcellas dedit anno XII ætatis, nam cum tepidus forte lotus erat, balneatorem in fornacem conjici jussit.*

Cette fournaise, ce fourneau étaient-ils destinés à augmenter encore le degré de l'eau, marquant alors comme aujourd'hui 45° centigr., afin de pouvoir chauffer les étuves, ou bien les eaux n'étaient-elles pas alors aussi chaudes qu'aujourd'hui, et fallait-il en élever artificiellement la température pour les bains ordinaires? On voit que nous soulevons ici la question d'identité entre ces eaux considérées dans les temps antiques et à l'époque actuelle. Ou il faut avouer que nous nous trompons en appelant *Taurines* les sources que nous décrivons, ou bien il faut admettre qu'elles ont éprouvé des modifications depuis les anciens âges. La première supposition n'est pas admissible; la concordance est bien éta-

(1) Rutilius, ITINERARIUM POETICUM AD CENTUMCELLAS.

Je ne me propose pas d'examiner l'éther sous le rapport de ses caractères chimiques, de sa pureté et de ses mélanges, ni le chloroforme découvert par M. Soubeiran en 1831 quant à son mode de préparation, quant à ses qualités vraies ou fausses. Supposant ces deux agents parfaitement purs, j'indiquerai leur mode d'action sur les organes, la manière dont ils doivent être employés dans la pratique, et les cas où il convient d'en faire usage. Je terminerai par un parallèle entre l'action de l'éther et celle du chloroforme.

QUELS SONT LES ORGANES QUI SE TROUVENT INFLUENCÉS PAR LES ANESTHÉSIQUES, ET QUELS SONT CEUX SUR LESQUELS ILS PORTENT PRINCIPALEMENT LEUR ACTION ?

C'est au mois de février 1847 que M. Flourens a annoncé à l'Académie des sciences le résultat de ses recherches sur l'éthérisation.

Cet habile physiologiste a démontré que l'éther portait son influence sur le système nerveux, que progressivement il agissait sur les lobes cérébraux et successivement sur le cervelet, la moelle épinière, les branches postérieures des nerfs rachidiens, les branches antérieures, et enfin sur la moelle allongée qui ne s'éthérise que la dernière, et c'est alors seulement que survient l'asphyxie.

M. Longet, de son côté, a entrepris une série d'expériences qui ont été lues à l'Académie de médecine et qui lui ont permis d'arriver aux mêmes conclusions que le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Les expériences de M. Flourens offrent trop d'intérêt pour que je puisse les passer sous silence.

« EXP. I. — *Sur un chien.* — Au bout de trente ou trente-cinq minutes » à peu près, l'animal soumis à l'inhalation de l'éther est tombé dans une in- » sensibilité absolue.

» Alors la moelle épinière a été mise à nu sur un point de la région dorsale.

» Pendant cette cruelle opération, l'animal n'a donné aucun signe de dou- » leur.

» La moelle épinière étant mise à nu, on a pincé, coupé les racines posté- » rieures (nerfs du sentiment), et l'animal n'a rien senti.

» On a pincé, coupé les racines antérieures (nerfs du mouvement), et aucun » des muscles auxquels les nerfs venus de ces racines se rendent ne s'est mû.

» Enfin on a blessé, déchiré, coupé la moelle épinière elle-même sans que » l'animal ait donné le moindre signe de douleur, ni de convulsion.

» EXP. II. — *Sur un chien.* — Même expérience que la précédente et même » résultat général; seulement quand on a coupé les racines antérieures (nerfs » du mouvement), il a paru, à la section de chacune de ces racines, une légère » secousse de l'animal.

» EXP. III. — *Sur un chien* — Les parties extérieures étant devenues insen- » sibles, on met la moelle épinière à nu.

» Une racine postérieure est coupée; nulle douleur; la racine antérieure » correspondante est coupée; légère secousse de l'animal.

» L'inhalation de l'éther est continuée pendant quelques minutes encore. Au » bout de ce temps, on coupe une nouvelle racine antérieure, et l'animal n'é- » prouve plus de secousse.

» EXP. IV. — *Sur un lapin.* — L'animal après quinze ou vingt minutes » de l'inhalation de l'éther, a perdu toute sensibilité. La moelle épinière a été » mise à nu. La section des cordons postérieurs ne provoque aucune douleur; » la section des cordons antérieurs détermine une légère secousse de l'animal.

» L'éther a donc l'étonnante faculté d'anéantir pour un temps donné, dans la » moelle épinière, le principe du sentiment et celui du mouvement. De plus, le » principe du sentiment disparaît toujours avant le principe du mouvement.

» Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'effet de l'éther une fois dissipé, la moelle » épinière reprend toutes ses forces perdues, sauf dans les points qui ont été » coupés ou trop maltraités pendant l'expérience.

» Les parties du corps placées au-dessous de ces points restent paralysées.

« On a vu, par mes précédentes expériences, quelle est l'action de l'éther » sur la moelle épinière.

» Quand on soumet un animal à l'action de l'éther, sa moelle épinière » perd d'abord le principe du sentiment; elle perd ensuite le principe du » mouvement, et, ce qu'il faut bien noter, elle perd toujours le principe du » sentiment avant de perdre le principe du mouvement.

» Mais enfin il arrive un moment où elle perd tout à la fois le principe » du sentiment et le principe du mouvement; et cependant l'animal con- » tinue à vivre, il vit, il respire encore. Comment cela se fait-il? comment » cela peut-il se faire ?

» C'est ce que mes nouvelles expériences sur la moelle allongée vont » expliquer.

» Mais, avant de venir à ces expériences mêmes, il me faut nécessaire- » ment reprendre les choses de plus haut.

» J'ai prouvé, par les expériences que je soumis en 1822 à l'Académie, » et qui depuis ont été répétées et confirmées par l'Europe entière, que » les centres nerveux se composent de quatre parties essentiellement » distinctes, savoir : le cerveau proprement dit (lobes ou hémisphères » cérébraux), siége exclusif des perceptions, de la mémoire, du » jugement, de la volonté, en un mot de l'intelligence. Le cervelet, » siége d'une force demeurée jusqu'à moi inconnue, de la force qui équi- » libre, qui coordonne les mouvements de locomotion; la moelle allongée, » siége du principe même de la vie, c'est-à-dire du principe premier mo- » teur du mécanisme respiratoire, et nœud vital de tout le système, et la » moelle épinière, siége du principe du sentiment et du principe du mou- » vement.

» Or en même temps que je donnais ces vérités nouvelles à la science, » M. Ch. Bell, cet illustre physiologiste, lui en donnait une autre non moins » importante; il prouvait que, dans la moelle épinière même, le principe » du sentiment et le principe du mouvement ont leurs siéges distincts, le » principe du sentiment ayant le sien dans la région postérieure et dans les » racines postérieures, et le principe du mouvement ayant le sien dans la » région antérieure et dans les racines antérieures.

» Mais je reviens à la moelle allongée, sur laquelle portent plus parti- » culièrement aujourd'hui mes expériences.

» J'ai prouvé, en 1823, que dans ce qu'on appelle communément et assez » vaguement moelle allongée, il y a un point particulier, déterminé, » circonscrit, qui est le siége du principe premier moteur du méca- » nisme respiratoire, par conséquent le siége du principe même de la » vie, et par conséquent encore le vrai nœud vital du système nerveux » entier.

» Il y a, disais-je alors, dans la moelle allongée, un point dont la » section produit l'anéantissement subit de tous les mouvements inspira- » toires, et ce point se trouve à l'origine même de la huitième paire, ori- » gine qu'il comprend dans son étendue, commençant avec elle et finissant » un peu au-dessous.

» C'est à ce point, disais-je encore, qu'il faut que toutes les autres par- » ties du système nerveux tiennent pour que leurs fonctions s'exercent.

blie entre les sources appelées autrefois *Taurines* et nommées aujourd'hui *Trajanes;* la seconde, au contraire, va cesser d'être une supposition pour devenir chose démontrée. *Rutilius* dit, en effet, bien positivement que les eaux *Taurines* n'étaient pas sulfureuses; or les sources *Trajanes* le sont à un degré très-notable. Enfin, à une époque plus rapprochée de nous, *Mercurialis* les dit ferrugineuses. *Torraca*, qui écrivait en 1761, pense qu'il s'agit bien des mêmes sources, mais que leur nature a changé. Cet auteur dit qu'il y avait primitivement un groupe salin et un groupe sulfureux, et que, peu avant son époque, la première source, par suite de l'incurie, et peut-être de bouleversements terrestres, a disparu comme indivividualité, et s'est mêlée à la seconde, pour constituer les eaux à caractère complexe dont nous nous servons aujourd'hui (1).

Quoi qu'il en soit, qu'il nous suffise d'ajouter quelques mots pour compléter l'historique de ces eaux. Les vastes thermes de Trajan, d'après les recherches de *Manzi*, paraissent avoir été ruinés par les Sarrazins vers 828 ou 832.

Arrivons à la partie médicale et chimique.

Torraca, en 1761, en fit l'analyse qualitative; *Morichini*, de nos jours, analysa quantitativement les eaux *Taurines* et celles de la *Ficoncella*.

Voici les résultats obtenus par ce chimiste, dont les travaux méritent toute confiance. Notre collègue, le docteur Lasserre, a bien voulu opérer la réduction en chiffres décimaux, réduction nécessaire pour établir des comparaisons avec les analyses des autres eaux thermales.

(1) Torraca, *loc. cit.*

	FICONCELLA.	TAURINE.
Température	45° centigr.	55° centigr.
Un litre d'eau donne :		
	centim. cub.	centim. cub.
Gaz acide carbonique	220,000	218,000
hydrogène sulfuré	0,311	0,284
air atmosphérique	0,311	0,283
Principes fixes :		
	centigr. cub.	centigr. cub.
Hydrochlorate de chaux	10,4165	8,8785
— magnésie	»	1,3022
— soude	41,6663	49,5081
Sulfate de soude	49,5081	54,6873
— magnésie	39,0621	36,4488
Carbonate de chaux	93,7489	78,1242
Sulfate de chaux	13,3156	7,8086
Silicate de fer	18,1109	7,8086
Principes fixes contenus dans un litre d'eau,	265,8284	241,5663
Perte	5,2083	

» Le principe de l'action nervense remonte donc des nerfs à la moelle épi-
» nière et de la moelle épinière à ce point, et passé ce point, il rétrograde
» des parties antérieures de l'encéphale aux parties posiérieures, et des
» parties postérieures à ce point encore.

» On a maintenant tous les éléments de la question que je venx ré-
» sondre, et je passe à mes nonvelles expériences sur la moelle allongée.

» Exp. I.—*Sur un chien.*—On a soumis l'animal à l'inhalation de l'éther.

» Au bout de trente-cinq à trente-six minutes, le phénomène de l'éthérisation
» ayant paru, on a mis à nu d'abord une portion de la moelle épinière dorsale,
» et ensnite la moelle allongée. Cela fait, on a pique la région postérieure de la
» moelle épinière; on a pincé, coupé les racines postérieures, et l'animal n'a
» rien senti.

» On a pincé les racines antérieures, et il y a eu un léger monvement de l'a-
» nimal.

» L'inhalation de l'éther a donc été prolongée pendant quelques minutes
» encore.

» Ces quelques minntes éconlées, on a pincé nne nouvelle racine antérieure,
» et l'animal ne s'est pas mû; on a pincé, on a coupé les cordons antérieurs de
» la moelle épinière, et l'animal est resté immobile.

» La moelle épinière avait donc perdu les deux principes du sentiment et dn
» mouvement.

» C'est alors qu'on a exploré la moelle allongée; on l'a piqnée, et l'animal a
» poussé nn cri, et en même temps qu'il poussait ce cri, il y a eu contraction
» manifeste de la masse musculaire de la région cervicale.

» Exp. II. —*Sur un chien.*—An bout de vingt-cinq minntes, l'animal parut
» complétement éthérisé.

» On met à nu la moelle épinière; la pression d'une racine postérieure pro-
» duit une légère douleur.

» On prolonge l'éthérisation.

» Au bout de deux ou trois minutes, on pince une nouvelle racine posté-
» rieure, et l'animal ne sent rien; on pique, on coupe les faisceaux postérieurs,
» et l'animal ne sent rien non plus.

» On passe aux racines et aux faisceaux antérieurs; on les pince, on les coupe,
» on les pique, et l'animal reste immobile.

» Cette insensibilité, cette immotricité de la moelle épinière étant bien consta-
» tées, on examine la moelle allongée déjà mise à nu.

» On la touche, et il y a nn frémissement marqué de tout l'animal, en même
» temps que des contractions très-manifestes dans les muscles cervicaux.

» Je coupe alors la moelle allongée dans ce point déterminé que j'appelle le
» nœud vital du système nerveux, et ce qui, en pareil cas, arrive pour l'animal
» qui est dans son état ordinaire, arrive de même pour l'animal qui est éthérisé,
» c'est-à-dire l'anéantissement soudain de tous les mouvements respiratoires,
» c'est-à-dire la mort soudaine.

» Exp. III. — *Sur un chien.*— Même mise à nu de la moelle épinière et de la
» moelle allongée. Dès que l'animal paraît éthérisé, même perte du sentiment
» et du mouvement dans la moelle épinière; même persistance de l'nn et de
» l'autre dans la moelle allongée; enfin même mort subite de l'animal, à la sec-
» tion du point vital de la moelle allongée.

» Je n'ajonterai pas de nonvelles expériences. Qni ne voit, en effet, que
» la solution que je cherchais est trouvée?

» La moelle épinière de l'animal perd tout principe de sentiment et de
» mouvement, et cependant l'animal vit encore, parce que l'action de la
» moelle allongée survit en lui à l'action de la moelle épinière.

» En d'autres termes, quand on soumet un animal à l'action de l'éther,
» ses centres nerveux perdent successivement leurs forces dans un ordre
» donné: les lobes cérébraux perdent d'abord leur force, c'est-à-dire l'in-
» telligence; puis le cervelet perd la sienne, c'est-à-dire l'équilibration des
» mouvements de locomotion; puis la moelle épinière perd les siennes,
» c'est-à-dire le principe du sentiment et le principe du mouvement. En-
» fin la moelle allongée survit seule dans son action, et c'est pourquoi l'a-
» nimal survit aussi; avec la disparition de l'action de la moelle allongée
» disparaît la vie.

» Après avoir fait avec l'éther sulfurique les expériences qu'on vient de
» voir, et plusieurs autres encore que je ne puis rapporter ici, j'ai voulu
» essayer d'autres éthers.

» J'ai commencé par l'éther chlorhydrique. Avec le concours de mes
» deux aides-naturalistes, MM. Aug. Duméril et Phelippeaux, j'ai soumis
» un animal à l'inhalation de cet acide. Au bout de trois minutes, l'animal
» est mort, mais d'une mort accidentelle qui ne tenait point au nouvel
» éther, ainsi que deux autres expériences me l'ont bientôt appris.

» Dans ces deux autres expériences, l'effet de l'éther chlorhydrique a été
» absolument le même que celui de l'éther sulfurique.

» L'éther chlorhydrique a produit de même l'insensibilité générale, l'in-
» sensibilité de la région postérieure et des racines postérienres de la moelle
» épinière, et enfin l'immotricité de la région antérieure et des racines
» antérieures de cette moelle.

» Seulement, et ceci est une circonstance qui peut avoir son importance,
» l'éther chlorhydrique agit beaucoup plus promptement que l'éther sulfu-
» rique.

» Au bout de douze minutes, l'éthérisation chlorhydrique est complète,
» et de même qu'elle arrive bien plus tôt que l'éthérisation sulfurique, elle
» disparaît aussi bien plus vite.

» Dans trois expériences successives faites avec l'éther nitrique, l'ani-
» mal a constamment succombé dans l'espace compris entre une et deux
» minutes.

» L'inhalation de l'alcool, que j'ai tentée plusieurs fois, ne m'a jamais
» rien donné de semblable au singulier phénomène de l'éthérisation.

» Avec l'alcool, l'animal devient ivre; mais il ne perd jamais ni le sen-
» timent ni le mouvement.

» Je continue ces nouvelles expériences.

» En attendant les résultats nouveaux qu'elles pourront me donner, celles
» qui précèdent suffisent pour établir:

» 1° Que l'action de l'éther sur les centres nerveux est successive et pro-
» gressive, et 2° que cette action successive va d'abord aux lobes céré-
» braux et au cervelet, puis à la moelle épinière, et puis à la moelle al-
» longée.

» Ainsi l'animal perd d'abord l'intelligence et l'équilibre de ses mouve-
» ments; il perd ensuite le sentiment et le mouvement. Quand il a perdu le
» sentiment et le mouvement, il perdrait bientôt la vie. »

(La suite au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA ROTULE; par M. le docteur Seutin.

Monsieur le rédacteur,

La Gatette Médicale a publié, dans les n°s 21, 22, 27 et 28, un mé-

---

Ces eaux sont limpides, ont à la source une odeur sulfureuse évidente, marquent 1,0014 de pesanteur spécifique à 37,5 cent. et 1,0020 à 25° centigr. Elles laissent spontanement déposer une matière blanche abondante, à mesure qu'elles se refroidissent. Les dépôts de la *Ficoncella* contiennent du carbonate de chaux avec une certaine quantité de sulfate de chaux et de silicate de fer. Ce dernier se recueille d'autant plus abondamment qu'on opère plus loin de la source, son peu de solubilité amenant sa précipitation à mesure que l'eau se refroidit.

Les canaux de la *Ficoncella* s'exhaussent bien vite par les dépôts qui se précipitent et se concrètent sur leurs parois; dans les endroits où le cours n'est pas rapide, il se forme à la surface une pellicule assez consistante pour que des insectes puissent s'en servir comme d'un pont.

Morichini et la commission dont il faisait partie, ont étudié la question de la création d'un établissement d'eaux thermales. Dans l'état actuel de la campagne de Civita-Vecchia, on aurait probablement à craindre l'insalubrité, si on élevait des habitations sur la source même. Conduire l'eau à Civita dans des canaux ouverts n'est pas chose possible, car, rendue à la ville, elle ne serait plus qu'à la température ambiante. Des canaux couverts n'ont pas semblé praticables à *Morichini*, à cause de leur encroûtement, de la difficulté du nettoyage, et du refroidissement qui s'opérerait, notamment par suite de la nécessité de laisser des ciels ouverts d'espace en espace, pour permettre le dégagement des vapeurs. Aujourd'hui, on vient puiser à la *Ficoncella* dans des tonneaux qu'on bouche soigneusement, et l'eau, arrivée à Civita-Vecchia, marque encore tout près de 44° centigr., d'après le chimiste déjà nommé.

Abordons maintenant la question principale, celle des effets thérapeutiques de ces eaux. Malheureusement nous serons bientôt à bout de documents; aucun travail n'existe à ce sujet, quoique Civita soit aux portes de Rome et le port de cette ville.

Puisque ces eaux ont changé de nature, depuis les temps où les thermes de Trajan étaient en si grande vogue dans le monde romain, il ne faudrait pas arguer de leur efficacité passée à leur vertu actuelle. Néanmoins citons *Rhodius* à titre de renseignements. Les eaux *Taurines*, dit-il, ne sont pas utiles en boisson, mais sous forme de bains; puis il ajoute, sans autres détails, qu'elles trouvent leur indication dans les maladies des nerfs, les ulcères, les affections chroniques de la peau, les maladies du foie, mais non dans les affections des autres viscères. André Baccio ne fait pas mention des sources de Civita-Vecchia dans son grand ouvrage sur les eaux minérales, ce qui nous porte à croire qu'elles étaient à peu près oubliées au commencement du neuvième siècle.

Mercurialis se prononce nettement sur la vertu des eaux *Taurines*: elles sont utiles dans les maladies des viscères, et de son temps elles étaient très-fréquentes pour ces sortes d'affections. Mais cet auteur les désigne sous le qualificatif de *ferrugineuses;* or les eaux actuelles, quoique contenant très-notablement du fer, n'ont point les caractères physiques facilement saisissables, la couleur, la saveur et surtout les dépôts ocracés dont on avait besoin, à l'époque de *Mercurialis*, pour appeler une eau *ferrugineuse*.

Au milieu du dix-huitième siècle, *Torraca* publia la monographie dont nous avons parlé. Il vante les eaux, sous forme de bains, dans les rétractions musculaires et tendineuses, les rhumatismes, les hydarthroses, la goutte, les obstructions des viscères du bas-ventre, les strumes, les ulcères anciens, les maladies

moire de M. le docteur Baudens sur les fractures de la rotule, et j'ai lu avec beaucoup d'intérêt les ingénieuses considérations émises par ce savant praticien. Vous me permettrez toutefois de lui rappeler quelques observations qu'il n'a pas jugé à propos de mentionner, bien qu'elles aient été publiées, en 1851, dans la deuxième édition de mon TRAITÉ SUR LA MÉTHODE AMOVO-INAMOVIBLE.

D'abord j'ai établi qu'il existe deux variétés parmi les fractures transversales de la rotule, qui seules doivent m'occuper. Tous les praticiens savent que dans certains cas l'écartement est peu prononcé, tandis que dans d'autres il est très-considérable, et peut aller jusqu'à plusieurs pouces. J'ai indiqué la cause de cette différence; c'est que, dans le dernier cas, les tissus fibreux aponévrotiques et ligamenteux qui enveloppent la rotule, qui l'entourent de toute part, ont été brisés, tandis que dans le premier ils ont été respectés. Le plus ou moins d'écartement des fragments ne dépend pas seulement de la contraction des muscles triceps et droit antérieur, mais aussi du degré d'intégrité de ces tissus qui opposent une résistance à la contraction. Cette circonstance n'est pas indifférente, ni au point de vue du traitement, ni au point de vue du pronostic. En effet, ces tissus fibreux agissent dans le même sens que nos appareils, dans le sens du rapprochement des fragments; plus ils sont déchirés, plus il faudra que la contention soit exacte et énergique; plus ils sont intacts, plus on aura de chances d'obtenir ce cal osseux, qui est l'idéal des praticiens, et que M. Baudens recherche avec tant de raison. Je ne pense donc pas que cette considération soit sans importance aux yeux des praticiens pour lesquels ces lignes sont écrites.

M. Baudens relève les inconvénients dus à l'existence d'un cal fibro-cartilagineux : tels que faiblesse du membre, tendance à buter, impossibilité de porter un fardeau un peu lourd, difficulté de monter et descendre les escaliers, claudication. Ces inconvénients sont très-réels et vont quelquefois jusqu'à anéantir les usages du membre ; mais M. Baudens les a trop généralisés. D'abord lorsque l'étendue du cal fibro-cartilagineux ne dépasse pas un travers de doigt, généralement ils n'existent pas. Mais, même dans des cas moins favorables, les fonctions du membre peuvent être *parfaitement* rétablies ; dans des cas où l'écartement a été tellement étendu, que le cal fibro-cartilagineux lui-même n'a pas pu se former ou les fragments ne sont réunis que par des liens fibreux. Voici, en effet, ce que je dis dans l'ouvrage cité (p. 326):

« Lorsque l'écartement est considérable (et il peut aller jusqu'à plusieurs » pouces), il y a simplement des liens fibreux latéraux, formés par le tissu » fibreux qui s'est allongé et dont les trousseaux se sont fortifiés, de façon à » tenir solidement les fragments en place. La marche se rétablit d'autant » plus lentement et plus difficilement que la distance entre les fragments » est plus considérable; cependant il n'est pas exact de dire, avec Boyer » et la plupart des auteurs, que l'existence d'un intervalle considérable » gêne constamment la marche. J'ai vu des personnes chez lesquelles l'ex- » ploration permettait de constater un écartement de plusieurs pouces, » marcher sans claudication et sauter lestement des fossés. Le professeur » Kluyskens (de Gand) a observé la même chose chez des personnes sur » lesquelles, postérieurement, la nécropsie lui a permis de constater la réu- » nion par des liens fibreux latéraux, telle que je l'ai décrite précédemment. » Je crois donc pouvoir affirmer que, au moins dans la plupart des cas, la » marche se rétablit intégralement, alors même qu'il persiste un grand » écartement. »

Si M. Baudens avait fait attention à ce passage, il n'aurait pas dit, avec M. Malgaigne, que, même avec un écartement borné à un centimètre, le membre ne reprend pas complétement ses fonctions. Il aurait admis les observations de Boyer, d'après lequel un écartement qui ne dépasse pas 3 centimètres permet au membre de reprendre sa solidité. Il aurait compris l'opinion de Pott, d'après lequel la réunion médiate n'a pas les inconvénients qu'on lui attribue ; celle de Campers, d'après lequel une ou deux années suffisent pour faire disparaître les inconvénients de la réunion médiate, quelle qu'elle soit; enfin celle de M. Velpeau, qui dit : « Elles per- » mettent au membre de reprendre ses fonctions quand elles ne sont pas » suivies d'un écartement de plus d'un pouce. J'ai même vu des fractures » de rotule accompagnées de 2 ou 3 pouces d'écartement qui n'avaient pas » empêché les fonctions de la jambe de se rétablir. » M. Baudens n'aurait pas rejeté les idées de ces maîtres de l'art, de ces grands praticiens. Il aurait pu les trouver trop absolues, car il est des cas où jamais les fonctions ne se rétablissent, à cause des lésions profondes nerveuses ou musculaires, déterminées par l'excès de tiraillement; mais il aurait compris qu'elles avaient pour base l'observation de faits semblables aux miens et à ceux de Kluyskens.

Ces faits n'ôtent rien de son importance au traitement de ces fractures; car dans les cas heureux il a toujours fallu un long temps avant que le rétablissement des fonctions fût complet; et il en est d'autres, comme ceux rapportés par M. Malgaigne, dans lesquels il n'a jamais eu lieu. Ensuite, le cal fibro-cartilagineux garde assez longtemps une fragilité qui lui permet de se rompre assez facilement, et de reproduire tous les accidents de la fracture. Je suis donc aussi pénétré que M. Baudens de l'importance du traitement des fractures de la rotule, à telle enseigne que dans l'ouvrage cité je leur ai consacré un chapitre spécial.

Je suis tout aussi persuadé que M. Baudens de l'utilité du cal osseux, et je l'obtiens depuis longtemps par l'emploi de ma méthode. Voici, en effet, ce que je disais dans mon ouvrage : « En effet, dans les cas avec écar- » tement considérable aussi bien qu'avec écartement faible, elle maintien- » dra la coaptation, de façon que jamais la longueur de la substance fibreuse » ne pourra rendre la marche difficile, et que l'on pourra même aspirer à » une consolidation osseuse. On sait que celle-ci était tellement rare, il y a » peu de temps encore, qu'on la regardait généralement comme impossible; » eh bien! j'en ai observé plusieurs cas à l'hôpital Saint-Pierre et dans ma » pratique civile, alors qu'un écartement considérable avait séparé les frag- » ments. »

Comment donc M. Baudens a-t-il pu dire : « La réunion immédiate des » fragments de la rotule par un cal osseux est encore si rare, même de nos » jours, que l'on cite comme deux faits à opposer à Pibrac, qui a pu im- » punément défier tous les chirurgiens de l'Europe de lui en montrer un » seul exemple, celui de Blandin relatif à un cal osseux, rapporté dans la » GAZETTE MÉDICALE (1838, p. 701), et celui qui existe au musée Dupuy- » tren, si bien décrit par M. Denonvilliers. L'absence du cal osseux ne plu- » tôt sa rareté tient uniquement à la défectuosité des appareils employés. » En parlant de la défectuosité des appareils sous ce rapport, il devait au moins en excepter le mien, puisqu'avec lui on peut aspirer à obtenir la consolidation osseuse.

Quant à la réunion des os par première intention, sans formation de virole ou de cal provisoire, j'ai établi depuis longtemps qu'elle avait lieu lorsque la coaptation est établie et maintenue dès les premiers moments de

---

de la peau, les calculs urinaires, les maladies chroniques vénériennes, scorbutiques, bilieuses,

Un confrère de *Torraca* s'était réuni à lui pour remettre en vogue les bains Trajan; mais, après avoir tenu des registres exacts pendant quinze ans, il mourut avant d'avoir publié son travail (1). Nous sommes donc réduits à de bien vagues indications sur la valeur thérapeutique de ces eaux.

On trouve dans le SPECTATEUR DE MILAN, année 1826, une lettre d'un certain chevalier *Tambroni*, qui déclare avoir été guéri de la goutte chronique par les eaux de Civita-Vecchia.

Enfin arrive, dans ces derniers temps, la commission envoyée sur les lieux par le gouvernement pontifical. Nous avons extrait du travail de *Morichini* l'analyse des eaux *Taurines* et de la *Ficoncella ;* nous n'y trouvons rien de neuf au point de vue de la thérapeutique.

Chaque année on voit arriver à Civita un certain nombre de baigneurs; nous en avons nous-même soigné quelques-uns, mais pas avec assez de suite pour que nous puissions apprécier les effets des eaux. M. *Gerolami*, médecin à Civita-Vecchia, nous a assuré qu'à chaque saison il compte de nouvelles cures; mais ces vagues renseignements sont loin de suffire pour asseoir des indications précises et détaillées. Il faut, pour arriver à quelques notions, comparer les sources *Taurines* et de la *Ficoncella* avec des eaux minérales dont on connaît à la fois et la composition chimique et les effets thérapeutiques. Après avoir procédé

(1) Ce médecin s'appelait *Constantino Nucci.*

par cette double voie, on ne peut douter de l'efficacité des eaux de Civita-Vecchia pour la cure de beaucoup de maladies.

D'après l'analyse de *Morichini*, on devrait, ce nous semble, ranger les eaux de Civita parmi les thermales salines proprement dites, c'est-à-dire dans ce groupe qui, n'étant caractérisé ni par une alcalinité, ni par une acidulité notables, contient différents sels altérants, apéritifs, diurétiques, sudorifiques, purgatifs. L'abondance du sulfate de soude, du sulfate de magnésie, du chlorhydrate de soude, etc., légitime cette classification. L'acide carbonique n'est pas en assez grande quantité pour les faire classer parmi les acidules; la faible quantité de 0,311 et de 0,284 centimètres cubes d'acide sulfhydrique, ne peut être prise qu'en considération très-secondaire; enfin il n'y a pas assez de fer pour qu'on puisse appeler ces eaux ferrugineuses. Elles sont donc essentiellement salines, secondairement hydrosulfuriquées, en troisième lieu ferrugineuses, dernière propriété sur laquelle on devra peu compter, quoique, par comparaison chimique quantitative, les sources de la *Ficoncella* contiennent plus de sels de fer, 18 centig. par litre, que les eaux réputées essentiellement ferrugineuses de Pyrmont, 10 centig.; de Spa, 6; de Forges, 5, etc. Mais tout dépend de la nature du sel de fer, et de l'ensemble de la composition des eaux.

Morichini ne signale, dans les eaux de Civita, trace ni d'iode, ni de brôme, ni d'arsenic, substances dont on ne savait pas encore alors déceler de minimes parties, et dont quelques-unes seraient peut-être découvertes par une nouvelle analyse.

Les eaux de Civita semblent utiles contre les affections suivantes : engorgements viscéraux chroniques appelés obstructions, reliquats d'inflammations,

l'accident; c'est même une des raisons qui me font adopter *dans tous les cas* la réduction immédiate. M. Bandens admet la réunion osseuse par première intention; il devrait donc aussi, en bonne logique, la favoriser le plus possible par la réduction immédiate et l'application *immédiate* de l'appareil. Cependant il prescrit la réduction médiate et recommande de placer dans les premiers jours un appareil provisoire, ou même de n'en pas mettre du tout.

D'où provient cette contradiction, ce défaut d'accord entre les prémices de M. Bandens et sa pratique? Cela provient, comme je le montrerai plus tard, de la défectuosité de son appareil, défectuosité que le mien ne partage pas.

Le traitement des fractures de la rotule comporte, selon M. Bandens, cinq indications: « 1° Combattre l'arthrite traumatique du genou; 2° placer sur un plan incliné le membre pelvien lésé; 3° le condamner au repos; » 4° maintenir les fragments dans un contact permanent pendant la durée » du traitement; 5° prévenir la roideur de l'articulation du genou par des » mouvements de flexion et d'extension prudemment ménagés. »

Il passe successivement en revue les appareils de Dupuytren, de Boyer, de Pott et de M. Malgaigne, et il démontre leurs inconvénients. Il cite également ceux de J. L. Petit, de MM. Velpeau et Gama, dans le passage suivant:

« Le huit de chiffre exécuté avec une bande à deux globes portant sur » des rouleaux de linge ou d'emplâtres taillés en croissant pour agir avec » plus de précision sur les deux fragments, fort préconisé par J. L. Petit, » a eu de nombreux partisans et se trouve aujourd'hui à peu près abandonné; il est cependant hors de doute qu'en lui assurant, à l'aide de la » dextrine, un degré de solidité dont il était dépourvu, ce bandage donne » entre les mains habiles de M. Velpeau de fort beaux résultats. On sait que » M. Gama se servait avec succès d'un bandage en huit de chiffre fait avec » des bandelettes de sparadrap. »

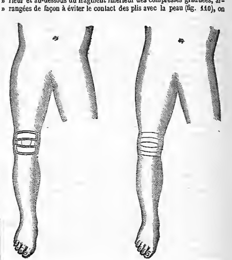
M. Bandens ne parle pas du mien qu'il sait antérieur à celui de M. le professeur Velpeau, quoique je le lui ai montré lorsque j'ai eu l'honneur de le recevoir dans mon hôpital et que je lui ai remis mon ouvrage. M. Bandens a sans doute oublié cette circonstance; je le regrette d'autant plus qu'il avoue que M. Velpeau obtient de fort beaux résultats par un procédé qui n'est qu'une imitation du mien, comme ce chirurgien l'a reconnu dans ses LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE (t. II, p. 468 et 476).

Voici la description de mon appareil, textuellement extraite de mon ouvrage, où M. Baudens a pu la lire:

« On commence par fléchir la cuisse sur le bassin et par étendre la jambe » sur la cuisse pour mettre dans le relâchement les muscles qui s'attachent » à la rotule. Pour obtenir ce résultat, on fait asseoir le blessé sur une chaise » et on place le talon de la jambe malade sur une autre chaise, ou bien on » le fait asseoir en travers sur son lit, la jambe étendue devant lui. » (Fig. 109.)

« Le malade étant ainsi disposé, on place au-dessus du fragment supé» rieur et au-dessous du fragment inférieur des compresses graduées, ar» rangées de façon à éviter le contact des plis avec la peau (fig. 110), on





goutte, gravelle, calculs biliaires et vésicaux, pléthore, prédisposition aux apoplexies, aux congestions, aux irritations, certaines maladies nerveuses, et, en général, dans les affections qui exigent plutôt un traitement altérant, une modification dans la crase du sang, on une dérivation, que l'excitation, la *poussée*, qui résultent des sulfureux, ou que la révivification du sang qui est la conséquence de l'absorption des ferrugineux. Dans notre prochaine et dernière lettre, nous verrons qu'à Viterbe, ville également occupée par nos troupes, existent de puissantes sources ferrugineuses qui rendraient les plus grands services à nos anémiques, et une autre source bromurée, iodurée et hydrosulfuriquée que déjà nous utilisons chaque année.

Les eaux de Civita trouveraient aussi leur emploi dans les blessures anciennes, rétractions musculaires, ankyloses, rhumatismes chroniques, dans certaines affections de la peau, certaines paralysies, et surtout probablement dans quelques affections anciennes des organes digestifs, soit de la muqueuse gastro-intestinale, soit des annexes, comme le foie, la rate.

Les eaux de la *Ficoncella*, plus riches en sels altérants que les sources *Trajanes*, le sont également davantage en silicate de fer, 18 centigrammes au lieu de 7. Chacune de ces eaux répondrait probablement à une nuance différente d'indication; celles de la *Ficoncella* sembleraient préférables contre les affections dont la cure exige un changement de crase profond dans les humeurs, en évitant leur appauvrissement, lorsqu'existeraient par exemple les éléments scrofules, anémie, cachexie palustre. Dans la goutte, la gravelle, les calculs hépatiques et vésicaux, la pléthore, la prédisposition aux apoplexies, les eaux *Taurines* seraient peut-être préférablement indiquées, quoique moins riches en sels altérants, parce qu'elles contiennent seulement 7 centigr. au lieu de 18 de sels de fer, principe à éviter, d'ordinaire, en pareils cas.

Puisque, pour la cure d'une partie des affections que nous avons successivement énumérées, on compte surtout sur les propriétés alterantes de ces eaux, il est bien évident qu'elles doivent être alors administrées non-seulement en bains, mais aussi et surtout en boissons. Dans les affections locales qui exigent des douches, cette indication sera remplie à l'aide des appareils ordinaires; mais ce procédé ne pourra pas facilement être appliqué en grand, à cause de la nécessité de se servir plus ou moins rapidement de l'eau, qui se refroidirait si l'on attendait trop longtemps.

Nous supposons ici qu'on utilise les eaux transportées en ville; c'est en effet la seule manière aujourd'hui, puisqu'il n'y a pas d'établissement sur place. Ce transport ne leur enlève, du reste, aucune propriété essentielle, puisque l'acide sulfhydrique qui en perd en route, est, vu sa faible quantité, un principe sur lequel nous n'avons pas un instant compté pour la cure des maladies que nous avons signalées.

Il nous semble que les eaux de Civita pourraient être utilisées pour nos soldats, sans dépense pour le gouvernement.

Et d'abord, à l'aide du train des équipages, on pourrait transporter l'eau à l'hôpital. Aujourd'hui, l'industrie indigène se contente de hisser des tonneaux remplis, sur des charrettes ouvertes à tout vent, ou plutôt sur des espèces de brancards montés sur des roues. Avec des moyens de transport, de protection et d'isolement convenables, on parviendrait sans doute à conserver quelques degrés de plus à l'eau thermale rendue en ville.

» applique sous le jarret des coussinets d'ouate ou d'étoupe pour garantir » les tendons; on rapproche les compresses graduées l'une de l'autre, jusqu'à ce que les fragments soient mis en contact, et l'on met entre elles » de la ouate ou du vieux linge, afin qu'il ne reste aucun vide. On fixe » alors le tout au moyen de deux bandelettes agglutinatives, qui toutes » deux embrassent la rotule par leur concavité, et qui se croisent sur ses » côtés. J'ai essayé ce moyen, recommandé depuis par M. le docteur Didot » (de Liége); mais j'y ai renoncé, à cause des inflammations érysipélateuses que j'ai vu survenir à la suite de son emploi.

» Cette première bande est enduite d'amidon à l'extérieur. On applique » alors un bandage roulé à partir des orteils jusqu'à la racine de la cuisse, » en ayant soin de garnir toutes les saillies osseuses et tendineuses avec de » la ouate ou des étoupes, pour éviter toute douleur et toute excoriation. » — Le bandage roulé est prolongé à cette hauteur, afin d'exercer sur les » muscles de la cuisse, et surtout sur le droit antérieur, une compression » qui empêche leur contraction et qui les fatigue. Il est enduit d'amidon » sur toute sa face externe, excepté vis-à-vis de la crête du tibia. On applique ensuite une forte attelle postérieure, formée de deux plans de » carton, et deux attelles latérales, pour empêcher tout mouvement de » flexion du genou. Enfin on termine par l'application d'une attelle antérieure de la cuisse, et destinée à vaincre la contraction des muscles. »

J'ai dit que cette méthode remplissait toutes les indications énumérées par M. Baudens. Je le prouve.

La première de ces indications consiste à combattre l'arthrite traumatique du genou. La compression uniforme et méthodique exercée par mon appareil constitue le meilleur moyen, non-seulement de la combattre, mais de la prévenir. C'est là un fait qui a été constaté aujourd'hui par de nombreux observateurs, et entre autres par M. Velpeau, dont M. Bandens ne peut ignorer la pratique.

Il faut, dit-on, placer le membre sur un plan incliné du pied vers le bassin, afin de relâcher les muscles extenseurs de la cuisse, mais je les relâche, en appliquant mon appareil dans la position assise, comme je l'ai indiqué; et que si l'on craignait une contraction consécutive malgré l'appareil, on appliquerait sur la masse des muscles extenseurs un carton assez fort, au-dessus duquel on placerait un sachet de sable, de terre ou autre substance, de 6 à 8 kilos. Ce poids maintient le membre en position et met obstacle à la contraction de la fibre musculaire. Lorsque l'appareil est sec, on l'enlève, et la fibre fatiguée ne tend plus à se contracter et à produire un écartement. Inutile de dire qu'au bout de quelques heures, et avant la dessiccation complète, on peut diminuer le volume du poids s'il occasionne trop de gêne au patient.

Quant au repos de l'articulation fémoro-tibiale, où trouver un moyen qui l'assure mieux qu'un appareil solide emboîtant exactement le membre?

Mon appareil maintient exactement les fragments, vu qu'il se moule sur toutes les saillies, sur toutes les anfractuosités. Si la diminution du volume du membre y fait naître un vide, la section du bandage permet d'y mettre ordre en le resserrant, et en interposant, si cela est nécessaire, un coussinet composé d'étoupe ou de ouate.

Lorsque la consolidation commence à s'opérer, le bandage, préalablement sectionné en long, est fendu transversalement sur les côtés du genou; alors on imprime à celui-ci quelques légers mouvements, tout en maintenant les fragments rapprochés; au moyen des doigts d'un aide, on place la jambe dans une position un peu plus rapprochée de la flexion, et la fixe dans cette position au moyen d'un fort carton postérieur, préalablement préparé et auquel on a donné la forme convenable. Tous les deux ou trois jours, on renouvelle ces manœuvres, et l'on arrive ainsi au bout du traitement sans qu'il reste rien autre chose qu'une roideur légère qui disparaît avec le temps.

Voilà comment ma méthode satisfait à toutes les indications posées par M. Baudens; et, ce qui n'est pas le moins curieux de la chose, c'est qu'elle y satisfait mieux que la sienne. En effet, que fait-il pour prévenir ou combattre l'inflammation, l'arthrite traumatique? Il entoure le genou d'une légère couche de charpie sur laquelle il dépose des glaçons. Mais la réfrigération est loin d'avoir tous les avantages qu'on lui attribue. N'agissant que sur les parties superficielles, elle semble parfois déterminer une réaction vers les parties profondes; le malade indique cette réaction en accusant une sensation de chaleur brûlante à l'intérieur, tandis que les parties externes sont froides. La compression n'a pas cet inconvénient. L'application du froid doit être parfois continuée très-longtemps, sa suppression trop rapide devant faire craindre une réaction. Pendant tout ce temps, la coaptation n'est pas maintenue, les fragments restent à distance, et l'on perd pour la consolidation un temps précieux. On laisse passer, sans en profiter, cette période d'exsudation primitive, si favorable à la réunion immédiate, et l'on diminue considérablement les chances d'obtenir un cal osseux. L'eau mouille le membre et quelquefois le lit, malgré la toile cirée dont on enveloppe le genou, et les éponges que l'on place sur les côtés. Chez les personnes de poitrine délicate, chez les vieillards, cela suffit pour amener une fluxion de poitrine, des douleurs rhumatismales. Du reste, ma méthode n'exclut pas l'usage de la réfrigération; l'expérience m'a appris que celle-ci s'opère fort bien lorsqu'on appliquait sur l'appareil de larges vessies remplies de fragments de glace ou d'un mélange réfrigérant. On a ainsi l'avantage d'y joindre les bienfaits de la compression, et on ne laisse pas les fragments écartés; le membre et le lit ne sont pas humectés par le liquide.

Mais l'appareil de M. Baudens ne pourrait-il pas aussi être appliqué d'emblée? Non, car il exerce des pressions irrégulières, et nullement une compression méthodique, régulière et uniforme comme le mien. Loin d'agir comme résolutif, il tendrait à aggraver l'inflammation, et c'est avec raison que le chirurgien du Val-de-Grâce qualifie son application de *haute imprudence*. Mais il a tort en généralisant cette imputation et en l'étendant à tous les appareils : elle n'est pas applicable au mien qui, au contraire, prévient et combat les accidents.

Nous possédons à Civita un établissement hospitalier permanent, muni de tout ce qui est nécessaire en personnel et en matériel. Civita est notre ville la plus importante, après Rome; il est même certain que nous ne l'évacuerons que postérieurement à la capitale. Civita est le point obligé où passe tout ce qui arrive de France et tout ce qui part de Rome. Entre Rome et Civita existe un service régulier et purement militaire, à l'aide d'un petit vapeur qui parcourt le Tibre et côtoie le rivage de la mer. Civita est ainsi sur *tout chemin*. Donc, rien de plus simple que d'y évacuer les malades de Rome, qui auraient besoin de ses eaux; ils pourraient les prendre dans une salle ou dans une succursale de l'hôpital, convenablement disposées. Avec quelques baignoires seulement, et la précaution de faire alterner les jours de bains par groupes d'hommes, on traiterait facilement tout ce que notre armée de 10,000 hommes à peine, fournirait d'affections indiquant la prise des eaux de Civita.

Resterait toujours Viterbe, dont les eaux répondent à de toutes autres indications, comme nous le verrons dans la prochaine lettre, notre dernière Lettre d'Italie.

Félix Jacquot.

— Le 16 août a eu lieu la première séance du concours pour la place de chef des travaux anatomiques. Deux des cinq compétiteurs, MM. Fano et Giraldès (ce dernier à cause de l'accident qu'il a éprouvé) se sont retirés. M. Gerdy, absent, a été remplacé par M. Nélaton, suppléant. C'est l'*anatomie de l'urètre de l'homme* qui fait le sujet de la première épreuve (préparations sèches).

— M. le docteur Bransby Cooper, esquire, doyen des chirurgiens de Guy's Hospital, à Londres, est mort subitement le 18 août. M. B. Cooper était souffrant depuis quelque temps. Étant à l'Athenæum Club, dont il traversait le salon, il s'arrêta tout à coup et demanda un verre d'eau. Avant qu'on eût pu le lui apporter, il rendit du sang par la bouche, tomba et mourut subitement.

B. Cooper était né à Great-Yarmouth le 2 septembre 1792; il était par conséquent âgé de 61 ans. Il était neveu de l'illustre Astley Cooper, et s'était acquis lui-même une assez grande réputation.

— Nous recevons de M. Leroy-d'Étiolles la lettre suivante:

« Monsieur le rédacteur,

» Pour que vos lecteurs puissent bien comprendre la question de jurisprudence des inventions scientifiques dont vous les avez entretenus dans votre dernier numéro, il me paraît indispensable de leur dire dans quelles circonstances le jugement a été rendu.

» J'avais demandé de vérifier sur les livres de M. Charrière: 1° l'inscription de la livraison de mon *scarificateur prostatique en forme de brise-pierre*, au moyen duquel j'incise les bourrelets et valvules du col de la vessie; 2° la date de la fabrication d'un instrument identiquement semblable dont un autre chirurgien se dit l'inventeur. Le tribunal m'a donné acte de l'inscription de mon instrument sur les registres, et il a déclaré que M. Charrière ne pouvait être forcé de donner communication du compte de mon compétiteur.

» Agréez, etc. »

M. Baudens place le membre sur un plancher en plan incliné. Il avoue lui-même que cette position est très-gênante et très-douloureuse, parfois intolérable, et il attribue ces inconvénients à la tension des tendons du jarret. Là n'en est pas la principale raison : elle réside dans le défaut de point d'appui ; faites reposer le membre étendu sur une surface plane, et vous verrez que le jarret porte à faux. Que telle est réellement la cause des douleurs, M. Baudens lui-même le prouve, en disant qu'il fait usage, avec beaucoup de succès, d'un coussinet moelleux placé sous le jarret. Eh bien ! avec mon appareil, ces douleurs si fortes ne se font pas sentir, parce que toutes les parties sont parfaitement emboîtées et soutenues de toute part. Ainsi, ma méthode remplit toutes les indications remplies par M. Baudens, et elle les remplit mieux que la sienne. Est-ce pour cela qu'il ne daigne pas en faire mention à côté de celle de Pott, de Boyer, de Dupuytren, de M. Malgaigne et de M. Velpeau ?

Les lacs employés par M. Baudens tendent à faire basculer les fragments, à les renverser d'arrière en avant, et à les écarter par leurs bords antérieurs. Pour obvier à cet inconvénient, il implante sur ces lacs de grosses épingles placées transversalement, et supportant des anses de gros fils cirés qui passent sur la rotule et repoussent les fragments en arrière. On pourrait aussi, dit-il, employer un ou plusieurs lacs placés en travers et portant en plein sur les fragments. Avec le bandage roulé, base de ma méthode, on n'a pas besoin de se préoccuper de cette indication qui est parfaitement remplie.

M. Baudens croit son appareil facile à se procurer et d'une application excessivement simple. Mais où le trouvera-t-il donc ailleurs que chez lui ou dans son hôpital ? Sera-t-il sans cesse suivi, comme je le disais autrefois à Mayor, d'un fourgon plein de boîtes, de planches, de coussins, de courroies, etc. ? Au milieu de la campagne, loin des villes, un homme se casse la rotule ; cet accident arrive sur le champ de bataille, et l'on n'a rien sous la main ; que fera-t-on ? Avec ma méthode, cette question est résolue aussitôt que posée : partout il y a des tissus dont on pourra faire des bandes ou des bandelettes ; les vêtements du blessé, la capote du soldat, un mouchoir, etc., serviront à cet usage. Partout on trouvera du carton ou du fort papier qui, réuni en plusieurs doubles, le remplacera ; partout on rencontrera de l'amidon ou, à son défaut, de la farine, du pain, de la pâte à cataplasme, du plâtre, etc.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

II. WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT,

Rédigée par le docteur Wittelshofer.

(Septembre à décembre 1852.)

SUR LE PASSAGE DE LA QUININE DANS L'URINE, SUR SON ACTION ET SON EMPLOI THÉRAPEUTIQUE ; par le docteur Dietl, professeur à Cracovie.

L'étude des modifications que les médicaments subissent dans l'organisme est de la plus haute importance, et elle a déjà rendu de bons services à la thérapeutique, en la faisant sortir du vague de l'empirisme. L'auteur rappelle à ce sujet plusieurs faits intéressants.

Les acides végétaux, quand ils passent dans le sang, se changent en acide carbonique et forment des carbonates. Il suit de là que leur emploi est au moins inutile dans le typhus, car, en se combinant avec l'ammoniaque qui se développe toujours tôt ou tard dans cette maladie, ils forment du carbonate d'ammoniaque et entretiennent ainsi l'intoxication du sang.

Les acides minéraux forment des sels neutres avec les alcalis du sang ; ils neutralisent donc l'ammoniaque et sont, pour cela, préférables aux acides végétaux, dans le traitement des affections typhoïques. D'un autre côté, si l'on donne ces acides dans la maladie de Bright (l'acide nitrique, par exemple), pour coaguler l'albumine du sang, on se trompe, puisque cet acide n'existe plus dans le sang qu'à l'état de sel.

Les sels neutres sont absorbés sans subir de modifications et augmentent la quantité des sels du sang. Or, comme ces sels modifient la coagulabilité du sang, on comprend leur action dans diverses maladies, lorsqu'ils ne sont pas expulsés par le canal intestinal.

Cette action des sels neutres doit attirer notre attention sur l'emploi des eaux salines, et nous faire comprendre comment elles peuvent produire des vertiges, de l'abattement, diverses affections nerveuses.

Les métaux sont en grande partie expulsés par les selles et forment des sulfhydrates avec l'acide sulfhydrique des intestins. Il se forme donc du sulfure de mercure et du sulfure de fer. Le premier, de couleur verte, teint en vert les matières fécales, ce qui fait voir que cette coloration, suite de l'emploi du calomel, n'est pas nécessairement due à la bile, et que, dès lors, l'action du calomel sur la sécrétion biliaire n'est pas aussi évidente qu'on est disposé à l'admettre.

L'arsenic s'élimine rapidement par l'urine.

L'iode passe dans l'urine dix minutes déjà après son administration, et nous remarquerons que plus il passe d'iode par les urines, plus son action est sûre. Il suit de là qu'on peut donner de fortes doses de ce médicament et qu'il est nécessaire d'en prolonger l'emploi, si l'on veut obtenir des résultats satisfaisants.

On a déjà fait voir que la quinine passe dans les urines (Piorry, Liebig, Woehler), mais on n'a pas encore induit de ce fait des conséquences thérapeutiques.

L'auteur indique les moyens de retrouver la quinine dans l'urine par le chlore et l'ammoniaque et par l'iodure potassique avec excès d'iode, ou encore par l'évaporation.

Dans sa clinique, le professeur Dietl emploie une solution concentrée de 6 onces d'iodure, sur 1 gros d'iode pur, qui produit dans l'urine qui contient de la quinine un précipité rouge brique foncé. De ce passage de la quinine dans les urines, l'auteur conclut à l'administration de cette substance à doses assez fortes et répétées pendant un certain temps.

Sous le rapport des doses, l'auteur a remarqué qu'en général, plus la dose est forte, plus la quantité retrouvée dans l'urine est grande, mais qu'il existe cependant, sous ce rapport, un maximum au delà duquel l'urine ne renferme pas une plus grande quantité de quinine, quoiqu'on ait augmenté la dose du médicament. Il appelle l'attention du médecin sur cette espèce de saturation, parce que, dans ce cas, la quinine reste dans le sang et peut produire des accidents. Il a aussi remarqué que l'élimination se fait d'autant plus mal que la cachexie fébrile est plus avancée, la rate plus tuméfiée et plus dure, l'anémie plus prononcée.

La quinine passe dans l'urine beaucoup plus lentement que l'iode ; ce n'est qu'au bout de trois à quatre jours qu'on la découvre.

La rapidité de ce passage dépend toutefois de la nature de la maladie. Les affections dans lesquelles la quinine s'est montrée tardivement et en petite quantité dans l'urine sont : l'engorgement chronique de la rate, la cachexie fébrile avec pâleur et amaigrissement, l'état de relâchement de l'estomac, plus rarement la diarrhée, l'albuminurie, la pneumonie, la pleurésie, l'emphysème, l'hypertrophie du ventricule droit. Au contraire, chez des individus bien portants, la quinine est éliminée au bout d'un temps très-court, quelquefois même au bout de deux à trois heures, ainsi qu'on l'a vu sur des jeunes gens de la clinique qui prenaient par jour 10 grains de quinine en deux fois. En général, chez les malades jeunes et chez les femmes, l'élimination est plus prompte.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur étudie l'action physiologique et l'action thérapeutique du sulfate de quinine. Il montre que, loin de produire une inflammation de l'estomac, ce médicament occasionne plutôt une sorte de paralysie de ce viscère. Sa principale action, quand il est donné à haute dose, s'exerce sur le système nerveux ; il détermine un genre particulier de narcotisme, des tintements d'oreille, une altération de la vue, quelquefois un léger trouble de l'intelligence.

Ordinairement ce narcotisme ne se montre que lorsque la quinine existe dans l'urine ; cependant il se manifeste aussi dans les cas rebelles, alors qu'on ne trouve dans ce liquide aucune trace de quinine, circonstance qui doit engager le praticien à diminuer la dose du médicament ou même à en suspendre l'emploi. Jamais l'auteur n'a observé les effets désastreux signalés par quelques auteurs, tels que la surdité, la cécité, la démence, la paralysie, la mort même. Il établit en principe que dès qu'on s'est assuré de la présence de la quinine dans les urines, on peut être rassuré sur les suites du traitement ; que si, par conséquent, les effets thérapeutiques sont nuls, il est inutile d'insister davantage, la quinine doit être alors entièrement supprimée.

Pour mieux faire ressortir l'action thérapeutique du sulfate de quinine, l'auteur relate un bon nombre d'observations de diverses maladies dans lesquelles ce médicament a été administré avec succès. Il déduit des faits cliniques les indications suivantes :

1° *Dans les fièvres intermittentes.* Suivant l'auteur, la quinine est le seul remède véritablement efficace, non pas seulement pour faire cesser les accès, mais encore et surtout pour combattre les suites que ces fièvres laissent après elles.

2° *Dans les engorgements aigus ou chroniques de la rate.* Quelquefois cependant, l'engorgement résiste ; mais encore, même dans ces cas, la quinine diminue les accidents qui résultent de cette affection de la rate, en particulier les accidents nerveux et la cachexie particulière qui en est la

suite. Quelquefois l'iode a fait disparaître les engorgements qui avaient résisté à l'emploi de la quinine.

3° *Dans les inflammations* dont se compliquent les fièvres intermittentes ou que celles-ci déterminent, telles que : la phlegmasie des reins (premier stade de la maladie de Bright), la pneumonie, la péricardite et l'endocardite, l'hépatite, l'ovarite, la myélite, l'inflammation du cerveau.

4° Dans les *névroses* occasionnées par les fièvres intermittentes : douleurs de la rate, du foie, des reins, du ventre, de la tête, etc.; convulsions, palpitations, asthme, paralysie; délire, manie.

5° Dans l'*anémie* suite de fièvre intermittente, surtout chez les jeunes filles.

6° Dans des maladies qui ne reconnaissent pas la fièvre intermittente pour cause : diverses névralgies aiguës; affections spasmodiques, hystérie. La quinine n'agit pas ici d'une manière certaine, mais elle a rendu de bons services alors que les autres remèdes avaient échoué.

7° Dans le *rhumatisme articulaire*. La quinine s'est souvent montrée efficace; elle a échoué chez les sujets âgés, cachectiques, syphilitiques, etc.

8° Dans le *typhus*, la quinine contribue à diminuer l'excitation nerveuse, mais ne modifie ni n'abrége la marche de la maladie.

9° Dans la *pyémie*, elle agit aussi comme calmant les accidents nerveux.

10° Dans le *délire des ivrognes*. Dans deux cas de cette affection où de fortes doses d'opium avaient échoué, la quinine fit cesser les accès de manie.

La quinine s'est montrée sans action et se trouve ainsi contre-indiquée dans les affections périodiques ou autres, très-aiguës, compliquées de somnolence, de fièvre violente, de phlegmasies; dans les maladies compliquées de perte de sentiment et de paralysie, dans les affections caractérisées par un état de décomposition du sang (hémorrhagies, pétéchies, etc.), et dans la tuberculose.

L'auteur termine cet important travail par des considérations sur la dose et sur le mode d'administration du sulfate de quinine. Il confirme ce que l'expérience nous a depuis longtemps appris, à savoir qu'il faut donner le médicament en solution et à des doses d'autant plus fortes que l'affection à combattre est plus grave.

SUR LA BLENNORRHAGIE DE LA PORTION VAGINALE DE L'UTÉRUS COMME CAUSE DE STÉRILITÉ; par le professeur SIGMUND (de Vienne).

On a souvent signalé l'affection désignée vulgairement sous le nom de fleurs blanches, comme une cause de stérilité; cependant des observations faites sur un grand nombre de femmes ont montré que la leucorrhée, qui a pour siége les organes génitaux externes, l'urètre et le vagin, ne met pas obstacle à la fécondation. Au contraire, la leucorrhée qui affecte la portion vaginale de l'utérus, et qui est accompagnée de tuméfaction du col, empêche réellement l'imprégnation.

L'auteur a observé plusieurs cas qui rentrent dans cette dernière catégorie.

OBS. I. — Madame F., 23 ans, d'une bonne constitution, mariée depuis trois ans et demi, avait été prise, quatre mois après son mariage, d'une leucorrhée qui résista à divers traitements locaux et généraux. L'examen obstétrical fit voir une blennorrhée vaginale médiocre, la muqueuse du vagin pâle, la portion vaginale du col un peu rouge, fortement tuméfiée et saillante; l'orifice utérin, à peine de la grosseur d'un pois, était obstrué par un bouchon de matière visqueuse. La menstruation était normale. Le mari de cette dame était jeune et bien constitué; il vivait en bonne harmonie avec sa femme et avait déjà donné des preuves de sa virilité.

Le traitement se composa d'injection d'eau fraîche (de 12 à 16° R.) répétées trois fois par jour, de la cautérisation superficielle, trois fois par semaine, de la cavité du col et de son contour extérieur, à l'aide du sulfate de cuivre; de bains généraux frais, d'une diète animale, avec un peu de vin et d'exercice en plein air; on conseilla l'abstention du coït.

Au bout de cinq mois, la blennorrhée était guérie.

Le sixième mois, cette femme devint enceinte; elle mit au monde une petite fille vigoureuse, et deux ans plus tard un garçon.

OBS. II.—Madame de B., 20 ans, délicate, ayant plusieurs sœurs scrofuleuses, mais elle-même bien portante; mariée depuis six ans et affectée de leucorrhée depuis quatre ans.

Examen obstétrical : blennorrhée vaginale augmentant avant et après la menstruation, muqueuse un peu rouge, tuméfaction et saillie de la portion vaginale; celle-ci est légèrement excoriée et saigne facilement; son orifice, de la grosseur d'un grain de chènevis, est obstrué par un mucus visqueux, jaunâtre; sensibilité vive du col.

Traitement comme dans le premier cas.

Guérison de la leucorrhée au bout de dix mois; trois mois plus tard, grossesse suivie de la naissance d'un garçon bien portant.

OBS. III. Madame S., 27 ans, avait épousé à l'âge de 20 ans un homme vigoureux et très-bonne santé; deux mois après elle perdit ses règles et se crut enceinte; au troisième mois, elle eut une forte hémorrhagie utérine, et l'on crut à un avortement, mais sans en avoir la certitude.

Depuis cette époque, la menstruation redevint régulière, avec une légère leucorrhée dans les intervalles; malgré de fréquents rapprochements sexuels, il n'y eut plus de grossesse.

Madame S. fut traitée à Bruxelles, à Paris, à Londres, pour les fleurs blanches, sans aucun succès; elle subit même un traitement mercuriel et consomma une forte quantité de sirop de Laffecteur.

L'auteur trouva la muqueuse vaginale pâle, sécrétant une matière crémense peu abondante; la portion vaginale du col utérin boursouflée, saillante; son orifice de la grosseur d'un pois, donnant issue à une grande quantité de viscosités épaisses et grisâtres, le pourtour de l'orifice excorié, saignant au moindre contact, mais insensible.

Le traitement ordinaire employé par le professeur Sigmund fit justice, au bout de trois mois, de l'écoulement leucorrhéique du col; cependant la maladie ayant reparu deux mois plus tard, elle fut combattue avec succès par le muriate de fer (3 grammes sur 30 grammes d'eau distillée) appliqué sur le col à l'aide d'un pinceau et par des injections de sulfate de zinc (1 demi-gr. sur 500 grammes d'eau).

Au bout de douze mois, cette dame accoucha d'une petite fille bien portante.

L'auteur a observé encore quatre autres cas analogues aux trois précédents et guéris de la même manière. Il ne veut pas prétendre que toutes les fois qu'il y aura coïncidence entre la stérilité et la leucorrhée du col utérin, la guérison de cette dernière affection rendra le coït efficace; mais il insiste avec raison sur la nécessité d'un examen attentif des organes reproducteurs et d'un traitement local approprié, parce qu'il est évident que la blennorrhagie de la portion vaginale, surtout quand l'orifice est en quelque sorte fermé par un bouchon, est un obstacle réel à l'imprégnation. Il fait aussi remarquer que, dans tous les cas relatés par lui, la blennorrhée était purement locale, indépendante de toute autre affection, circonstance nécessaire au bon succès du traitement.

(*La suite au numéro prochain.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

NOTE AU SUJET DE LA FÉCULE DE FRITILLAIRE, COMME POUVANT REMPLACER EN PARTIE LA POMME DE TERRE.

M. BASSET adresse une communication accueillie déjà avec intérêt par la Société centrale d'agriculture. Il s'agit d'une plante nouvelle, cultivée seulement jusqu'à présent par les fleuristes, tellement acclimatée qu'on pourrait la considérer comme indigène en France : c'est la *fritillaria imperialis*, dite vulgairement *couronne impériale*.

Occupé depuis 1849 des moyens de suppléer à l'insuffisance probable de la pomme de terre, j'ai fait, dit l'auteur, de nombreuses recherches pour découvrir une plante féculente dont le produit, par la qualité et la quantité, serait apte à remplacer, du moins en partie, dans l'industrie surtout, les produits du *solanum tuberosum*. La *fritillaria imperialis* a résolu cette année le problème que je m'étais proposé.

Voici quelques-uns des faits généraux et des considérations qui, suivant l'auteur, indiquent la portée de cette nouvelle industrie:

1° Les bulbes de fritillaire peuvent très-bien se conserver en cave, en serre ou en silo, jusqu'au printemps. Il résulte de ce fait l'avantage, immense pour la fabrication, de permettre la transformation en fécule, au loisir du producteur.

2° La fécule de fritillaire peut servir à l'alimentation; pour lui enlever toute saveur et toute odeur étrangères, il suffit, après les premiers lavages, de faire macérer cette fécule dans l'eau simple renouvelée, ou dans l'eau vinaigrée à un cinquantième, ou dans l'eau alcalisée à quelques millièmes, le tout pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Un lavage à l'eau complète la purification.

3° Malgré toute l'utilité qu'on en pourrait retirer au point de vue alimentaire, dans l'art du pâtissier, etc., dans le mélange avec les farines de céréales pour les années de disette, dans la confection des potages économiques; malgré l'identité de saveur et de goût de la fécule de fritillaire avec les arrow-root, les tapioca, etc., le but principal de l'auteur a été de donner à l'industrie une fécule abondante, qui pût permettre de laisser la pomme de terre tout entière à son but normal, savoir l'alimentation des hommes et des animaux.

4° Si les résidus de la fécule de pomme de terre peuvent servir à l'engrais des animaux, ceux de la fritillaire, qui contiennent une notable portion de fécule (50 à 60 pour 100), peuvent être facilement transformés en alcool par les procédés connus.

EMPLOI DE L'INSUFFLATION PULMONAIRE DANS QUELQUES CAS D'APNÉE.

M. RIPAULT, médecin à Dijon, soumet au jugement de l'Académie une note sur l'emploi thérapeutique de l'insufflation pulmonaire dans certains cas où le jeu de la respiration est suspendu. A l'appui de cette note, l'auteur donne l'observa-

tion d'un cas qui s'est présenté dans sa pratique. L'observation, recueillie par M. Maréchal, de Censerey, élève de l'école préparatoire de médecine de Dijon, est intitulée : « Péripneumonie droite compliquée d'aphtes sur la voûte palatine, terminée par des abcès d'apnée survenus subitement, et combattus avec succès, pendant douze heures et demie de soins, par l'insufflation pulmonaire. »

Le sujet de cette observation, un enfant âgé de vingt-six jours, a été ranimé plusieurs fois, au moment où la vie était sur le point de s'éteindre, par le moyen de l'insufflation pulmonaire pratiquée avec un soufflet. Les accès d'apnée avaient complètement cessé quatre heures avant la mort de l'enfant. M. Ripault ne doute point que, dans des circonstances moins défavorables, on ne pût, par l'emploi de ce moyen, sauver des malades qui autrement mourraient asphixiés.

La note est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Andral, Rayer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre de l'instruction publique informe l'Académie qu'il a approuvé les nouvelles dispositions qu'elle a proposé d'ajouter à l'article 45 de son règlement.

Le ministre du commerce transmet les rapports de MM. les médecins des épidémies du département du Pas-de-Calais sur les différentes épidémies qui y ont régné dans les années de 1852 et pendant le premier semestre de 1853.

— M. Marchal (de Calvi) adresse une lettre au sujet de la discussion que M. Bérard a soutenue mardi dernier contre M. Piorry, au sujet des ganglions du nerf grand sympathique.

— M. Clauzure (d'Angoulême) adresse un mémoire sur la vaccine et la nécessité des revaccinations. (Comm. de vaccine.)

— M. Durand-Fardel annonce à l'Académie la mort de M. Prunelle, médecin inspecteur honoraire de Vichy.

M. Baillarger demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

RÉGIME DES GATEUX DANS LES MAISONS D'ALIÉNÉS.

M. Baillarger s'exprime en ces termes : Membre de la commission nommée pour examiner le mémoire de M. Archambault sur la suppression des gâteux, je regrette de n'avoir point assisté à la lecture du rapport de M. Londe, et de ne pas connaître les modifications que ce rapport a subies. Voici d'ailleurs quelques-uns des points sur lesquels je désirais appeler l'attention de l'Académie.

On se souvient qu'immédiatement après la lecture du mémoire de M. Archambault, trois ou quatre réclamations de priorité surgirent tout à coup. Parmi ces réclamations se trouve surtout celle de M. Girard, médecin en chef, directeur de l'asile d'Auxerre, lequel depuis longtemps avait indiqué, dans les Annales médico-psychologiques, les moyens si heureusement employés par M. Archambault à Charenton. Ces moyens, M. Girard ne les a pas seulement indiqués, il les a encore mis à exécution avec le plus grand succès dans l'établissement modèle qu'il a créé. C'est donc à ce médecin qu'appartient la priorité des mesures employées pour diminuer le nombre des gâteux, et j'ai regretté que ce fait n'ait pas été signalé dans le rapport tel qu'il a été soumis à la commission.

M. Londe s'est arrêté à une objection qui n'a pas, à mon avis, la valeur qu'il lui attribue. Elle repose en effet sur un malentendu facile à expliquer. On reproche à M. Girard d'avoir signalé jusque dans ces derniers temps un certain nombre de gâteux dans son asile; cela est vrai, mais il en est de même à Charenton.

Dans le mémoire de M. Archambault et dans le rapport de M. Londe, en parlant de la suppression des gâteux, on n'a en vue que les gâteux valides. M. Girard, au contraire, comprend tous les gâteux sans exception. A Bicêtre et à Charenton, les paralytiques forment presque un tiers de la population. Or ces malades parcourent plus ou moins lentement la troisième période de celle dans laquelle ils ne peuvent plus se soutenir sur les jambes et gardent le lit. Ces aliénés non valides ont été comptés par M. Girard et ne l'ont pas été par M. Archambault. En un mot, à Charenton, il n'est question que des *quartiers* de gâteux; à Auxerre, on comprend les quartiers et les *infirmeries*. Cette distinction entre les quartiers et les infirmeries est importante, peut-être eût-elle dû trouver place dans le rapport.

Il y a un autre point non moins utile à signaler.

A Charenton, les essais n'ont réussi que chez les hommes. M. Calmeil a tenté, mais à peu près sans succès, la même réforme chez les femmes. Si le nombre des *gâteux* a diminué à Charenton, celui des gâteuses est resté le même. A Auxerre, M. Girard a par parties égales des hommes et des femmes, et cela expliquerait peut-être encore l'objection qui lui a été faite.

Cette objection n'est donc pas fondée, et c'est à ce médecin distingué que revient l'honneur d'avoir le premier indiqué et mis en pratique les mesures à l'aide desquelles on peut diminuer le nombre des gâteux. Je sais que M. Londe attache peu d'importance à la question de priorité pour le fait dont il s'agit; mais il suffit que la réforme des quartiers de gâteux ait une incontestable utilité pour qu'on comprenne l'insistance de M. Girard à bien établir ses droits.

Au reste, je dois dire que M. Parchappe, de son côté, se proposait s'il eût été présent de réclamer en faveur d'un pauvre infirmier de l'hospice de Rouen, nommé Nicou, et qui fut interrogé il y a quelques jours. Cet homme faisait depuis plus de vingt ans pour les malades gâteux qui lui étaient confiés ce qu'on a fait depuis à Auxerre et à Charenton. Il se levait la nuit et présentait l'urinoir aux malades; en outre il les mettait plusieurs fois chaque jour sur le siége pour éviter que les vêtements ne fussent salis. Cette pratique avait d'ailleurs lieu à Charenton et partout pour les malades confiés à un domestique particulier, et la réforme actuelle consiste surtout à l'extension qui en a été faite aux malades soignés en commun.

Quant aux moyens employés, ils méritent aussi d'être examinés avec soin. Les infirmiers de Charenton ont une subvention spéciale pour les encourager à prévenir la malpropreté de leurs malades; ils se sont ainsi trouvés directement intéressés à faire réussir la réforme qui était tentée. L'un d'eux, qui continuait à avoir des gâteux en plus grande proportion, a été renvoyé. Ces encouragements, cette sévérité, ont assurément un bon côté, mais tout le monde a pensé que peut-être il y avait aussi à craindre de voir les infirmiers dissimuler autant que possible les accidents. M. Girard (d'Auxerre), qui ne donnait que des éloges et point d'argent, y a été trompé; que serait-ce donc s'il y avait eu un intérêt pécunier? Je ne dis pas que cela ait lieu à Charenton; mais je dis que l'on sera exposé à des erreurs dès que l'on se relâchera de la plus extrême surveillance.

Un dernier point beaucoup plus important et qui se lie au précédent, c'est que jusqu'à présent nous n'avons que des résultats généraux et point d'observations particulières; et cependant qui ne comprend que c'est par là qu'il eût fallu commencer? Un malade gâteux arrive dans un établissement, vous allez tenter de l'amener à des habitudes de propreté. Prenez à ce point de vue son observation pendant un mois, dites-nous combien de fois on est obligé de le mettre chaque jour sur le siége, combien de temps on l'y laisse, combien de fois surtout il faut le réveiller pendant la nuit, enfin indiquez le temps nécessaire pour arriver au but, le nombre de petites rechutes qui doivent survenir de temps en temps, alors nous serons fixés d'une manière plus complète, et nous saurons à quel prix on obtient la réforme désirée.

En faisant ces objections, mon intention n'est pas assurément de jeter la moindre défaveur sur la réforme obtenue par M. Girard, à Auxerre, et par M. Archambault, à Charenton; mon seul but, c'est que l'on se garde de toute exagération; c'est que ces mesures ne soient pas poursuivies avec une telle persistance que, dans quelques cas, le remède ne puisse devenir pire que le mal. C'est ce qui arriverait s'il fallait, en hiver par exemple, laisser les malades plusieurs heures sur leur siége, les réveiller plusieurs fois pendant la nuit, et c'est peut-être ce qui serait à craindre quand les infirmiers sont si directement intéressés à prévenir tout accident.

A part ces quelques remarques, je ne puis que m'associer pleinement aux justes éloges que M. Londe a donnés à M. Archambault. Par ses soins, on a vu, à Charenton, diminuer considérablement le nombre des gâteux dans la section des hommes. Les longues blouses en toile dont ces malheureux étaient revêtus, les fauteuils percés, et tout cet attirail de malpropreté a disparu. C'est là une réforme d'une incontestable utilité, et à laquelle tout le monde ne peut qu'applaudir.

M. Londe : Je vais répondre brièvement aux observations de mon honorable collègue M. Baillarger.

1° *Le rapport n'a pas été signé ; il est l'œuvre de M. Londe.*

A cette première observation, je réponds qu'après avoir lu mon rapport, M. Baillarger m'a proposé de le signer, se réservant seulement de prendre la parole pour éclaircir certains faits; que, depuis cette époque, M. Baillarger, après une entrevue avec un des médecins qui réclament la priorité de la mesure prise par M. Archambault, a emporté chez lui, à deux reprises, ce rapport, l'a conservé huit jours chaque fois et n'y a pas ajouté une seule observation; que, de moi-même, j'en ai retranché un passage favorable à M. Archambault; qu'enfin, de tous les commissaires convoqués à l'Académie, un jour où j'ai dû penser que nul n'y pouvait manquer, c'est-à-dire le jour de la nomination de M. Chatin, aucun ne s'est rendu à la convocation, et que M. Ferrus, dont j'ai fait la rencontre en sortant de la séance, m'a engagé à passer outre et à lire mon rapport.

2° M. Baillarger *met en doute la disparition réelle des gâteux, et suppose que, par crainte d'être renvoyés, les infirmiers peuvent dissimuler la vérité.*

A cette seconde observation, je réponds que non-seulement je me suis transporté à Charenton, où, de mes propres yeux, j'ai constaté ce qu'avance M. Archambault, et où j'ai interrogé un homme honorable, M. Loiseau, qui a satisfait à toutes mes demandes; mais que, depuis cette époque, j'ai écrit à M. le directeur de cet établissement, et que j'en ai reçu une lettre entièrement conforme aux réponses verbales qui m'avaient été faites et à ce que j'avais constaté.

3° M. Baillarger *croit que pour l'avantage d'empêcher les malades de gâter, il y a un inconvénient bien plus grave qui domine cette mesure d'économie : c'est celui de troubler le repos des malades.*

Nulle part je n'ai avancé qu'on eût effectué la mesure mentionnée aux dépens du repos des malades, et j'ajoute qu'à l'exception de ce qui concerne leur état intellectuel, ils jouissent de la santé la plus parfaite, et que s'il m'était permis de citer des noms propres, je pourrais le faire à l'appui de ce que j'avance.

4° M. Baillarger *aurait voulu que le rapport ne fût pas fait aussi précipitamment.*

Il y a près de deux ans que j'en suis chargé.

5° M. Baillarger, *tout en donnant des éloges à ce qu'a fait M. Archambault, croit que la priorité appartient à M. Girard.*

J'ai largement fait la part de ce qui appartient à M. Girard, auquel on doit beaucoup, ainsi qu'à MM. Morel et Renaudin, mais j'ai établi par des faits sans

réplique, que la mesure n'avait été amenée à un résultat complet que par M. Archambault.

6° M. Baillarger *aurait voulu des observations particulières.*

Le travail de M. Archambault ne mentionne que des résultats généraux, et votre rapporteur n'a eu à se prononcer que sur ces résultats.

— L'ordre du jour appelle un mémoire de M. Londe sur un appareil mécanique.

M. Londe lit, au nom d'une commission, un rapport en réponse à une demande du ministre, sur un lit mécanique de M. Langlois, destiné à recevoir les évacuations des malades hors d'état de se mouvoir dans leur lit.

La commission propose de répondre à M. le ministre :

1° Que l'emploi du nouvel appareil de M. Langlois ne présente aucun inconvénient;

2° Qu'il peut recevoir des applications avantageuses dans quelques circonstances. (Adopté.)

— M. Robinet lit, au nom de la commission des remèdes secrets, une série de rapports sur des remèdes secrets ou nouveaux.

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS.

M. le docteur Priou (de Nantes), membre correspondant de l'Académie, lit un travail ayant pour titre : Observations sur la rétroversion de l'utérus.

La manière dont s'expriment la plupart des auteurs qui ont écrit sur la rétroversion de l'utérus, dit M. Priou, tend à prouver qu'ils n'en ont parlé que sur oui-dire. En effet, ceux qui, par exemple, proposent, pour redresser l'utérus rétroversé, d'introduire l'index et le médius de la main gauche dans le vagin, pour agir sur le col, et l'index et le médius de l'autre main dans le rectum, pour en soulever le fond, ne se sont jamais trouvés dans la nécessité de recourir à cette manœuvre, car ils se seraient de suite aperçus qu'elle n'est pas praticable, vu le rapprochement des deux mains, qu'il est impossible alors de faire agir de concert.

Nous ferons encore remarquer : 1° que quand la matrice est fortement enclavée dans le bassin, son col n'offre pas assez de résistance pour qu'on puisse exercer sur lui et au moyen des doigts une grande action; 2° que les doigts introduits dans le rectum ne présentent jamais assez de longueur pour qu'ils puissent arriver sur le fond de l'utérus rétroversé, et qui doit être repoussé au delà de la saillie sacro-vertébrale pour reprendre sa direction ordinaire ou verticale.

Pour faire cesser la rétroversion de la matrice contenant le produit de la conception, quelques auteurs proposent d'introduire la main tout entière dans le vagin ou dans le rectum pour replacer la matrice. Ces manœuvres sont-elles réellement praticables? Il ne faudrait pas les négliger, si l'on entrevoyait la possibilité de les tenter, et si, surtout, le moyen de réduction auquel nous avons deux fois recouru avec succès ne réussissait pas; car la ponction de la matrice par le rectum, la symphyséotomie, l'accouchement provoqué, sont des opérations extrêmes pour faire cesser les accidents redoutables qu'amène l'enclavement de la matrice renversée en arrière.

M. Priou rapporte une observation relative à une dame affectée de rétroversion de l'utérus, avec constipation et rétention d'urine. Cette dame était grosse de trois mois et demi environ. M. Priou essaya d'abord d'abaisser le col placé derrière la symphyse pubienne, avec les doigts indicateur et médius de la main droite; n'ayant pu y parvenir, il fit placer la malade sur les coudes et sur les genoux. L'index et le médius introduits dans le rectum, il parvint, par quelques mouvements, à soulever un peu le fond de l'utérus; mais elle n'en éprouva qu'un soulagement incomplet. La rétention d'urine persistait et l'utérus continuait à occuper encore l'excavation pelvienne. Ayant reconnu l'indispensable nécessité, pour faire cesser les accidents, de repousser le fond de l'utérus, il s'y prit comme il suit :

Les doigts ne m'ayant pas paru, à raison de leur peu de longueur, capables de remplir ce but, je me servis, dit-il, d'un gorgeret ordinaire, garni de linge à sa plus grosse extrémité et bien huilé. La malade, mise dans la position que j'ai indiquée plus haut, j'introduisis l'instrument dans l'anus, à l'effet de repousser de bas en haut et de derrière en devant, le fond de l'utérus abaissé, tandis que, d'un autre côté, je tâchais d'agir de haut en bas et de devant en arrière, sur le col utérin, au moyen de deux doigts introduits dans le vagin. Il me fallut employer une assez grande force pour ébranler l'utérus enclavé. Toutefois, par cette manœuvre, je parvins, non pas à le remettre dans une position tout à fait droite, mais du moins à lui permettre de se développer.

La malade, en effet, put quitter le lit au bout de huit jours, entièrement guérie, et sa grossesse continua à marcher régulièrement jusqu'à son terme naturel.

M. Moreau se rappelle qu'il y a environ une quarantaine d'années il eut affaire à une rétroversion semblable à celle dont M. Priou vient d'entretenir l'Académie, chez une dame enceinte de trois mois à trois mois et demi. Il employa, pour réduire l'utérus, un moyen analogue à celui que M. Priou vient de faire connaître; il se servit d'une baguette de bois introduite dans le rectum, et à l'aide de laquelle il repoussa le fond de l'utérus en avant, tandis qu'avec deux doigts introduits dans le vagin, il repoussait le col en arrière. La réduction fut opérée sans trop de difficulté, et elle se maintint si bien, que cette dame accoucha à terme de deux enfants.

M. Cazeaux a eu récemment l'occasion de réduire un utérus rétroversé, mais par un procédé différent. C'était chez une femme grosse de trois mois, qui était dans le service de M. Aran. Sur l'invitation de ce médecin, M. Cazeaux essaya d'abord la réduction à l'aide des doigts introduits dans le vagin, mais n'ayant pu y parvenir après plusieurs tentatives, il eut l'idée de procéder de la manière suivante : il fit placer la malade sur les genoux et sur les coudes, le bassin fortement élevé, et dans cette position, il introduisit la main en totalité dans le vagin, manœuvre que cette attitude rendit plus facile. A l'aide de la main ainsi introduite, et secondée d'ailleurs par l'action de la pesanteur, il parvint assez facilement à obtenir la réduction et à repousser l'utérus jusqu'au-dessus de l'angle sacro-vertébral, où il fut maintenu. Cette réduction lui a paru facile, comparativement au moins aux difficultés extrêmes que l'on rencontre dans la plupart des autres procédés.

M. Moreau avait déjà mis ce procédé en usage, et ce n'est qu'après avoir échoué plusieurs fois par ce moyen qu'il a eu l'idée de recourir à la baguette. L'introduction de la main, d'ailleurs, dans cette circonstance, lui a paru être extrêmement douloureuse pour les femmes. Il se rappelle avoir vu une femme chez laquelle il avait vu procéder comme vient de le dire M. Cazeaux, tomber en s'affaissant sur son lit, tant la douleur avait été intolérable; il se vit dans la nécessité de renoncer à cette manœuvre.

M. Depaul n'a eu l'occasion de rencontrer, dans sa pratique, qu'un seul cas de rétroversion, dont il a obtenu la réduction assez facilement à l'aide de deux doigts d'une main introduits dans le vagin, et des deux doigts de l'autre main introduits dans le rectum. C'était aussi, comme dans les cas qui viennent d'être cités, chez une femme enceinte de trois mois et demi. Il y aurait donc, d'après cela, trois méthodes différentes, et qui paraîtraient toutes trois donner des résultats à peu près également satisfaisants.

M. Danyau : D'après les détails du fait communiqué par M. Priou, il semblerait que la rétention d'urine dût être considérée comme un effet de la rétroversion. Il n'en est pas toujours ainsi, et dans un assez grand nombre de cas, la rétention d'urine doit être considérée comme la cause et non le résultat de la rétroversion. Dans un cas de ce genre, auquel M. Danyau a eu affaire, la vessie étant énormément distendue, il commença par pratiquer le cathétérisme, qui donna issue à une énorme quantité d'urine. Ayant alors introduit les doigts dans le rectum pour tenter de repousser l'utérus, il fut surpris de la facilité avec laquelle cet organe se réduisit comme de lui-même. Il croit donc que si, dans un grand nombre de cas, la rétention d'urine est le résultat de la rétroversion, il est des cas où elle en est la cause. C'est d'ailleurs l'opinion d'un accoucheur anglais, M. Rambotham, qui rapporte un grand nombre de faits à l'appui.

M. Cazeaux ne voit pas du tout, dans ce que vient de dire M. Danyau, la preuve que la rétention d'urine soit la cause première de la rétroversion de la matrice. La rétention d'urine est toujours consécutive à la rétroversion, mais elle l'aggrave et tend à l'accroître; d'effet, elle devient cause à son tour, mais secondairement, c'est une sorte de cercle vicieux dans lequel on tourne dans ce cas, ce qui a causé la méprise où est tombé M. Danyau.

M. Moreau partage, à cet égard, l'opinion de M. Cazeaux. Il y a des cas de rétroversion dont la réduction est tellement difficile, qu'il a fallu aller quelquefois jusqu'à faire la section de la symphyse. A coup sûr, on ne peut admettre dans ces cas-là que la rétroversion soit le résultat de la rétention d'urine.

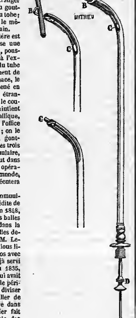
EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DE LA VESSIE AUTRES QUE LES PIERRES ET LEURS DÉBRIS.

M. Leroy-d'Étiolles lit sur ce sujet un mémoire dans lequel, après des considérations générales sur la diversité de forme et de nature de ces corps, il montre que les instruments extracteurs opèrent d'après deux principes d'action : d'abord en ployant les tiges assez flexibles et assez minces pour sortir en double par l'urètre ou à travers un tube, et en faisant pivoter ensuite, pour les placer dans la direction du canal, les corps trop rigides pour se ployer et trop volumineux pour passer en double; après avoir indiqué les différents mécanismes qu'il a mis en usage pour produire ces effets; après avoir rappelé quelle part lui ont faite les rapports académiques dans ce nouveau rameau de la science, ce chirurgien décrit les perfectionnements récents de ses procédés et rapporte des faits qui démontrent leur efficacité. Il cite, entre autres, quatre extractions de sondes ou bougies de gutta-percha opérées par lui depuis moins de six mois. L'une d'elles a eu lieu sur un général qui, en se sondant, avait rompu dans son urètre une grosse bougie de gutta-percha, de laquelle s'était détachée une portion longue de 10 centim. environ. Une quarantaine de tentatives avaient été faites, dans lesquelles un des plus célèbres chirurgiens spécialistes avait détaché quelques parcelles de ce corps. On songeait à pratiquer l'opération de la taille; mais auparavant on voulut avoir l'avis de M. Leroy-d'Étiolles, qui jugea l'extraction possible au moyen d'une modification de l'un de ses instruments. Ses intentions furent comprises et exécutées par M. Mathieu, et dès la première application le corps étranger fut amené au dehors en présence de M. le professeur Gavarret.

Une nouvelle extraction de sonde a été opérée au moyen de cet instrument, il y a dix jours, par M. Leroy-d'Étiolles, sur un médecin de la Bourgogne, affecté de rétention d'urine. Une sonde de gutta-percha, dont il s'était servi par mégarde, se rompit vers le tiers de sa longueur; il prit aussitôt le chemin de fer et se rendit à Paris. Le bout de la sonde était encore dans l'urètre. M. Leroy-d'Étiolles le saisit facilement à la hauteur du bulbe avec une pince urétrale; mais le corps était tellement friable que toute la portion qui proéminait dans la vessie se détacha : le chirurgien eut recours à son nouvel instrument, et du premier coup, sans tâtonnements, le fragment de sonde fut saisi et extrait en présence de M. Baum, professeur de chirurgie à Gœttingue.

Le nouvel extracteur de M. Leroy-d'Étiolles (représenté dans la figure ci-jointe) a le même principe d'action que l'un de ses premiers instruments, qui a fait basculer le corps étranger sur le bord d'une échancrure ou gouttière pratiquée à l'extrémité d'un tube; mais ici le mécanisme n'est pas le même, et produit un effet plus certain.

Sur l'un des bords de la gouttière est une rainure, dans laquelle glisse une demi-bague formant crochet qui, poussée par une tige se prolongeant à l'extérieur, peut dépasser le bord du tube de 2 centim. environ; le fragment de sonde est engagé dans cet espace, le crochet semi-annulaire est ramené en arrière, il fait basculer le corps étranger sur le bord de l'échancrure, le couche dans la gouttière et l'y maintient pendant la sortie. Un cône métallique, mû par une seconde tige, fait l'office d'embout pendant l'introduction; on le retire en arrière pour laisser la gouttière libre. La figure représente les trois positions du crochet demi-annulaire, du corps étranger et de l'embout dans les trois temps de la manœuvre opératoire; manœuvre que tout le monde, ajoute M. Leroy-d'Étiolles, exécutera aussi facilement que lui.



Ce chirurgien termine sa communication en racontant l'histoire inédite de deux blessés de février et de juin 1848, dont le bassin fut traversé par des balles qui détachèrent et poussèrent dans la vessie des esquilles d'os, lesquelles devinrent les noyaux de pierres. M. Leroy-d'Étiolles écrasa les concrétions lithiques et coupa les portions d'os avec un instrument dont il s'était déjà servi avec succès à l'Hôtel-Dieu en 1835, pour morceler un éclat de bois qui avait pénétré dans la vessie à travers le périnée; puis, deux ans après, pour diviser un manche de buis d'une cuiller de moutardier introduit par l'urètre dans la vessie d'une femme. Ce dernier fait a été communiqué à l'Académie des sciences.

AFFECTION TUBERCULEUSE DE L'ENCÉPHALE.

M. Patissier lit, en son nom et celui de M. Michel Lévy, un rapport sur une observation d'*affection tuberculeuse métastatique de l'encéphale*, par M. Pascal, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne.

Il s'agit d'un jeune soldat âgé de 25 ans, qui, après avoir en pendant quelque temps de la fièvre et éprouvé quelques symptômes du côté du cerveau, tels qu'un engourdissement du côté gauche, de la pâleur et de la faiblesse, se plaignit, en entrant à l'hôpital, de bourdonnements à l'oreille gauche, de vertiges, etc., avec conservation de l'intelligence et intégrité de ses sens. Il répond juste aux questions qu'on lui adresse; la vue, l'ouïe, le goût sont intacts; il digère parfaitement; le sommeil est satisfaisant; les urines et les selles sont régulières; tous les mouvements des membres sont libres, et la sensibilité du côté gauche du corps subsiste malgré le sentiment d'engourdissement qui y règne. Il n'y a point de toux, d'expectoration ni d'altération dans le timbre de la voix. La respiration est seulement un peu courte, ce qu'on attribue à la débilité générale.

Il survint, quelques jours après, une congestion cérébrale avec perte de connaissance, coma, roideur, mouvements convulsifs des membres. Ces accidents furent combattus par des sinapismes aux mollets et des sangsues derrière chaque apophyse mastoïde. Le malade recouvra bientôt sa connaissance; mais bientôt la faiblesse alla en augmentant, et la mort eut lieu le 27 juillet 1852.

A l'autopsie cadavérique, on constata particulièrement ce qui suit: la pie-mère de la périphérie du cerveau est rouge, épaisse, granulée, et adhère à la dure-mère le long de la faux du cerveau. Quelques cuillerées de sérosité existent dans les ventricules latéraux. La masse du cerveau est généralement ramollie, au-dessous du corps strié et de la couche optique du côté droit. Dans le parenchyme cérébral, on aperçoit une tumeur dure, arrondie, d'un gris jaunâtre, de la grosseur d'une noisette, et se détachant facilement de la substance cérébrale ramollie qui l'entoure.

Vers l'extrémité postérieure du lobe droit du cervelet, on remarque une tumeur semblable sous tous les rapports.

Dans le milieu du mésocéphale, mais plus à gauche qu'à droite, on trouve une autre tumeur du volume d'une grosse noix, un peu ramollie à son centre, ayant les mêmes caractères physiques que les deux précédentes, qui sont évidemment des tubercules.

La pie-mère rachidienne est rouge. Au niveau des lombes, on constate la présence d'un liquide grisâtre, gélatiniforme. La moelle épinière a la consistance normale. Le poumon droit adhère à la plèvre costale; il est criblé de tubercules suppurés. Partout on ne voit que petites collections de pus grisâtre, liquide, au centre de kystes gros comme des noisettes ou des noix. Le poumon gauche adhère çà et là à la plèvre costale, et est parsemé de granulations grisâtres, lenticulaires, sans collections purulentes.

Il est évident, dit M. le rapporteur, que ce sujet était en proie à la diathèse tuberculeuse, comme le démontrent surabondamment les lésions trouvées dans le cerveau et dans les poumons; mais peut-on admettre, avec M. Pascal, que l'altération de l'encéphale est le résultat de la résorption du pus contenu dans le poumon droit? qu'après avoir été promené avec le sang dans les viscères, ce pus a trouvé le cerveau plus impressionnable et a produit dans cet organe les lésions organiques signalées? Mais ce voyage de la matière tuberculeuse est un jeu de l'imagination: rien ne le démontre. A quoi bon, d'ailleurs, aller à la recherche d'une explication hypothétique, quand l'anatomie pathologique nous en offre une simple, naturelle, très-satisfaisante? Qui ne sait, en effet, que l'affection tuberculeuse envahit très-rarement un seul organe, et que, d'après une loi parfaitement mise en lumière par notre savant collègue M. Louis, on ne constate jamais, après l'âge de 15 ans, de tubercules dans un viscère sans qu'on n'en observe en même temps dans les poumons? Cette vérité a été également mise hors de doute par l'un de vos commissaires, M. Michel Lévy, dans un mémoire sur trois cas d'affection tuberculeuse aiguë de la pie-mère chez les adultes. L'existence simultanée de tubercules, dans le cerveau et les poumons du soldat dont nous venons de relater la nécropsie, est donc un résultat constant, inévitable, de la cachexie tuberculeuse dont il était entaché. En conséquence, vos commissaires estiment que M. Pascal a eu tort d'ajouter à l'expression *affection tuberculeuse de l'encéphale*, l'adjectif *métastatique*, parce que rien ne dénote une métastase dans le cas dont il s'agit.

Toutefois, ce fait fournit matière à d'autres réflexions d'un intérêt essentiellement pratique. Quand on considère que dans une méningite aiguë, la présence d'une ou deux cuillerées de sérosité dans l'arachnoïde suffit pour pervertir l'intelligence, occasionne le coma, quelquefois la paralysie, et trop souvent une terminaison funeste, on a lieu d'être surpris que, chez le malade dont nous venons d'esquisser l'histoire, la lésion étendue, profonde du cerveau, du cervelet et du mésocéphale, n'ait pas altéré sensiblement les fonctions intellectuelles pendant le cours de la maladie, qu'elle ait déterminé seulement un engourdissement du côté gauche du corps sans perte de la sensibilité et de la myotilité, et qu'enfin la mort ne soit survenue que trois mois (du 23 avril au 27 juillet) après la manifestation de cet unique symptôme. La marche différente de la méningite et de l'affection tuberculeuse peut seule nous rendre compte de ce phénomène pathologique; dans la phlegmasie de l'arachnoïde, la marche est aiguë, rapide, tandis que le développement des tubercules encéphaliques a été si lent, si gradué, que la substance cérébrale s'est habituée à la présence de ces produits accidentels; c'est seulement lorsqu'ils sont parvenus à un volume trop considérable qu'il s'est déclaré une congestion sanguine, puis une inflammation suivie de coma, de subdelirium. Dans ce cas, ce n'est pas la lésion organique qui a tué, mais bien l'inflammation qui en a été la suite.

Quant aux désordres graves signalés dans les poumons du même soldat, on remarque encore, avec étonnement, qu'ils n'ont été révélés pendant la vie, ni par la toux, ni par la dyspnée, ni par aucun trouble fonctionnel qui ait pu éveiller l'attention de l'homme de l'art sur l'état morbide de la poitrine. Toutefois, de pareils faits ne sont pas très-rares dans la pratique; on voit parfois des valétudinaires qui mangent, dorment assez bien, vaquent à leurs travaux, seulement ils maigrissent peu à peu sans cause appréciable; ils ont seulement un peu de fièvre le soir, quelques sueurs nocturnes, et après un laps de temps plus ou moins long, la mort survient presque inopinément. A l'autopsie cadavérique, on découvre dans les poumons des masses tuberculeuses à différentes périodes. Plusieurs autres lésions organiques peuvent se développer sans donner lieu, pendant la vie, à aucun symptôme caractéristique. « Nous avons vu, disaient Bayle et M. Cayol, des squirres de l'estomac très-volumineux, et même des cancers ulcérés sur des individus qui n'avaient jamais eu ni vomissements, ni douleurs épigastriques, ni même de dyspepsie. » Les médecins qui ont souvent un certain nombre de cadavres dans les hôpitaux, savent que des tumeurs enkystées considérables, des transformations et des dégénérescences de tissus, peuvent exister sans causer de trouble et sans être soupçonnées du vivant des sujets. Cet état latent des altérations pathologiques qui minent sourdement la constitution, s'observe particulièrement chez les indigents, les vieillards, les individus lymphatiques, peu excitables, dont la vie matérielle domine la vie intellectuelle; chez eux, la marche de la lésion organique est si lente, le système nerveux est si peu impressionnable que la douleur est incomplètement perçue, et que la mort arrive sans perturbation manifeste des fonctions de l'organe lésé. On peut conclure de ces réflexions, que toutes les fois que l'homme de l'art est consulté pour des états maladifs obscurs, mal déterminés, il doit, pour en découvrir autant que possible la cause, interroger soigneusement, à l'aide des divers moyens d'exploration, tous les organes des cavités splanchniques.

Vos commissaires vous proposent d'adresser à M. le docteur Pascal une lettre de remercîments pour son intéressante communication, et de déposer son mémoire dans les archives. (Adopté.)

COMPTES RENDUS DES MÉDECINS INSPECTEURS D'EAUX MINÉRALES.

M. Patissier lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur l'époque où les comptes rendus des médecins inspecteurs des eaux

minérales doivent être transmis à M. le ministre de l'intérieur et du commerce.

Par une lettre en date du 11 juin 1853, M. le directeur général de l'agriculture et du commerce, au nom du ministre, invite l'Académie à examiner et à lui faire connaître si elle trouve quelque avantage à fixer une époque précise pour l'envoi des rapports que les médecins inspecteurs sont tenus de lui adresser chaque année sur le service médical des établissements auxquels ils sont attachés.

La commission propose de répondre à M. le ministre qu'il est nécessaire d'établir une règle uniforme pour l'envoi des rapports des médecins inspecteurs, et que, dans l'intérêt de la science hydrologique, ces fonctionnaires ne doivent être tenus à cet envoi que dix-huit mois après la saison thermale. (Adopté.)

INSTRUMENT PROPRE A DIVISER LES VALVULES DU COL DE LA VESSIE DANS CERTAINS CAS DIFFICILES.

M. Mercier, en présentant un instrument propre à diviser les valvules du col de la vessie dans certains cas difficiles, s'exprime en ces termes :

Dans quelques cas, les instruments à courbure courte et brusque éprouvent de la difficulté à pénétrer dans la vessie, soit à cause de la brièveté du ligament suspenseur de la verge qui ne permet pas d'abaisser suffisamment l'extrémité externe, soit et surtout à cause de ces deux circonstances réunies. Deux fois cette introduction me fut tout à fait impossible : la première, il y a dix ans environ, chez un jeune homme du Val-de-Grâce, et la seconde, il y a quelques semaines, chez un vieillard de 85 ans dans ma pratique privée; et chez tous deux les sondes à long bec pénétraient assez aisément. Mais il était impossible d'allonger le bec de l'instrument sécateur, puisque, pour agir, il faut tourner ce bec en arrière. J'ai donc eu l'idée de combiner celui dont je me sers habituellement avec une sonde ordinaire qui lui sert d'enveloppe et de conducteur.

Cette sonde est ouverte sur un tiers de sa circonférence dans toute l'étendue de sa partie droite, et sur sa partie convexe, dans une longueur égale à celle du bec du sécateur. Celui-ci se trouve logé dans cet espace évidé, et sa portion droite peut tourner dans la portion correspondante de la sonde. Il suffit pour cela de pousser son bec de quelques millimètres pour le dégager du bec de la sonde, et de lui imprimer ensuite un mouvement de rotation.

Lors donc qu'on a introduit ces deux instruments réunis dans la vessie, on maintient la sonde immobile, on pousse le sécateur pour dégager son bec, on le tourne en arrière, on l'attire en bas vers le col de la vessie qu'on accroche et qu'on divise comme avec mon sécateur simple. Cela fait, on suit une marche inverse, c'est-à-dire qu'on le repousse, qu'on retourne son bec en avant et qu'on le ramène dans le bec de la sonde. Un mécanisme de baïonnette placé à l'extrémité externe rend ces différentes manœuvres très-faciles et de la plus grande précision.

Il ne reste plus qu'à retirer le tout comme une algalie ordinaire.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

LA FIÈVRE DITE TYPHOÏDE EST-ELLE UNE FIÈVRE, UNE PYREXIE OU UNE INFLAMMATION ? par M. le docteur H. Lefebvre. — Brochure in-8°.

PARALLÈLE ENTRE LE TYPHUS ET L'AFFECTION TYPHOÏDE ; par M. le docteur Marc d'Espine. — 1853. — Brochure in-8°.

L'affection typhoïde est-elle une fièvre ou une inflammation ? La fièvre typhoïde et le typhus sont-ils une seule et même maladie ou deux maladies distinctes ? — Deux questions, grosses de dissidences, et dont l'une ne tendrait pas moins qu'à remettre en question elle-même la doctrine pyrétologique généralement admise de nos jours, et à rappeler d'ardents débats, qui ont tenu pendant plus de vingt ans le public médical en haleine. Mais quelques efforts que l'on fasse pour raviver ces vieilles querelles, il est peu probable qu'on y parvienne; non pas que nous pensions que la doctrine de la fièvre typhoïde ait résolu toutes les questions de la pyrétologie, et qu'il n'y ait plus désormais qu'à l'accepter comme le dernier mot de la science. Non, sans doute. Lorsque pour s'orienter dans cette immense et obscure question des fièvres essentielles, on a fait appel à l'investigation cadavérique, on n'a pu évidemment espérer que l'anatomie pathologique donnerait à elle seule la clef de toutes les difficultés théoriques et pratiques de la question. L'anatomie pathologique n'a donné que ce qu'il était en son pouvoir et dans sa nature de donner. Elle a conduit à la constatation d'une lésion spéciale constante dans son siége et ses caractères anatomiques et commune à plusieurs des formes diverses des fièvres graves des anciens pyrétologistes. Quant à la nature même de la maladie, à son étiologie et à son traitement, il n'y avait que peu de lumière à attendre de ce genre d'investigation. Ce sont là autant de questions qui restaient entières, et dont il faut demander la solution à d'autres procédés. Mais cette constatation, pour être limitée dans sa portée, n'en avait pas moins une importance capitale au point de vue nosologique, en révélant l'existence d'un caractère commun à un groupe d'affections considérées jusque-là comme distinctes. Un pas de plus dans cette voie, et une étude attentive, patiente et rigoureuse des symptômes, faisait découvrir, dans les mêmes affections, de nouveaux signes dont la coexistence et la relation intime avec la lésion intestinale venaient donner à ce caractère une nouvelle valeur. Le concours de ces deux ordres de caractères a pu ne pas paraître suffisant sans doute pour établir entre les diverses affections dont il s'agit une identité complète, identité que faisaient repousser d'ailleurs des dissemblances symptomatiques d'une certaine importance; mais il impliquait du moins entre elles une assez grande analogie pour les faire considérer comme autant de variétés d'un type commun, comme une sorte de famille morbide à laquelle il convenait de donner désormais une désignation commune, sauf à tenir compte, comme caractéristique accessoire et comme source d'indications thérapeutiques d'une incontestable valeur, des formes symptomatiques diverses, correspondant aux anciennes espèces fébriles.

Voilà, en peu de mots, l'histoire de la fièvre typhoïde; telle est la base sur laquelle repose la doctrine pyrétologique moderne. Si cette base n'est pas inébranlable, s'il reste, à côté des points résolus, des points plus nombreux et plus importants encore à résoudre, on ne peut du moins méconnaître qu'en s'appuyant sur une observation rigoureuse et sur la constatation exacte d'un certain nombre de caractères fixes et constants, on ait eu pour résultat ce double avantage de soustraire, au moins momentanément, la doctrine des fièvres au vague, à l'incertitude et à l'instabilité des caractères purement symptomatiques sur lesquels étaient fondées les anciennes classifications, et de séparer nettement le groupe des pyrexies d'avec les fièvres symptomatiques, avec lesquelles elles étaient encore naguère confondues. D'autres faits et d'autres séries de preuves expérimentales sont venus depuis concourir avec ces premiers résultats, pour rétablir et présenter sous un nouveau jour le fait de l'essentialité des fièvres, objet de tant de contestations.

Telle est, du moins à nos yeux, et, croyons-nous aussi, aux yeux de la généralité des médecins aujourd'hui, la signification réelle qui doit être attachée à la dénomination de fièvre typhoïde. Cette détermination nosologique a rencontré, dès son origine, deux sortes d'oppositions, fondées sur des points de vue diamétralement opposés, qui se sont plusieurs fois reproduites depuis, et qui reparaissent encore de temps à autre : l'une provenant des partisans exclusifs des doctrines traditionnelles, que leur admiration légitime pour les travaux des anciens rend parfois sourds au langage des faits nouveaux qui se produisent dans la science, et injustes envers ceux qui les ont révélés; l'autre, qui a sa source dans la doctrine elle-même, et qui s'empare du fait même sur lequel elle se fonde pour le retourner contre elle.

Nous n'avons rien à dire pour l'instant de la première opposition; la seconde seule va nous occuper un instant, comme faisant l'objet principal de l'une des deux brochures que nous nous sommes proposé d'examiner dans cet article.

M. Lefebvre, en inscrivant en tête de sa brochure cette question : la fièvre dite typhoïde est-elle une fièvre, une pyrexie ou une inflammation ? laisse assez deviner, par les termes mêmes dans lesquels il la formule, le sens dans lequel il la résout. Cette solution se montre, en effet, dès les premières lignes de son opuscule. La thèse soutenue par M. Lefebvre est celle-ci : L'affection typhoïde ne doit point être classée parmi les pyrexies, mais parmi les phlegmasies. Sur quoi se fonde ce médecin pour renouveler une thèse déjà plusieurs fois soutenue et victorieusement réfutée, malgré l'autorité des noms qui s'en étaient faits les patrons ? Sur ce motif, qu'on ne saurait appeler fièvre une affection dont on a défini le siége et le caractère anatomique; sur ce que l'altération spéciale des cryptes de l'intestin et des ganglions mésentériques est une lésion primitive; que c'est à elle qu'il faut rapporter, comme à leur point de départ, la fièvre et toute la série des symptômes et des phénomènes qui caractérisent les diverses phases de la maladie, et que cette lésion, enfin, est de nature inflammatoire.

Il y a, dans l'énoncé seul de ces propositions, une double erreur.

C'est se méprendre singulièrement sur la valeur des mots, et méconnaître les principes les plus élémentaires de la nosologie, que de considérer comme n'étant point une fièvre toute affection dont on peut définir le siége et le caractère anatomique. C'est le propre de la plupart des fièvres dites primitives ou essentielles de produire, si on les laisse parcourir leurs phases ordinaires, des hypérémies, des congestions ou des inflammations secondaires de certains organes ou appareils; et ces localisations elles-mêmes, dont le siége varie avec la nature de la fièvre qui les produit, servent quelquefois à en déterminer l'espèce. Ce n'est donc pas sur le fait d'une localisation plus ou moins éventuelle qu'il faut décider si une affection donnée est ou non une fièvre, mais sur la relation et l'ordre de priorité que l'on constate entre cette lésion et la fièvre. La lésion intestinale de la fièvre ty-

phoïde est-elle primitive ou secondaire? c'est-à-dire, en d'autres termes, le développement de l'éruption dothinentérique est-il antérieur à la manifestation de la fièvre et des autres symptômes initiaux de l'affection typhoïde? L'intensité de la fièvre est elle proportionnelle à l'étendue et à l'intensité de cette éruption et de l'inflammation qui l'accompagne, ainsi que cela devrait être si elle n'était qu'une fièvre symptomatique? Existe-t-il une relation constante et nécessaire entre la série des symptômes qui se déroulent successivement dans les diverses périodes de la fièvre typhoïde et les phases diverses du travail local d'inflammation, de pustulation et d'ulcération qui s'opère dans l'intestin? — Là est la question. La poser ainsi, c'est la résoudre. Nous n'entendons pas, à coup sûr, contester par là l'importance du rôle que joue la lésion intestinale, notamment dans les dernières périodes de la maladie; mais quelle que soit cette importance, et en quelque grande considération qu'il faille la tenir, au point de vue du pronostic surtout, elle n'en doit pas moins être considérée comme un élément de la maladie, et non point comme son principe, son essence. L'éruption intestinale de la fièvre typhoïde ne peut être plus justement comparée, ainsi qu'on l'a fait souvent, qu'avec l'éruption variolique dans la petite vérole, moins l'étendue et la généralisation propres à cette dernière. Or qui a jamais songé à considérer l'éruption variolique comme la lésion primitive, et la fièvre variolique comme une simple fièvre de réaction, une fièvre symptomatique? Ce serait évidemment renverser les termes et l'ordre naturel des choses.

Quant à la lésion des follicules intestinaux, il ne répugne en aucune manière de reconnaître qu'elle est une inflammation, sans que cela change en rien l'état de la question, et qu'il en doive résulter, comme conséquence, que la maladie elle-même est de nature inflammatoire. C'est d'ailleurs là un fait mis hors de doute par les recherches hématologiques qui sont venues sur ce point, comme sur tant d'autres, confirmer la justesse des aperçus et des vues des auteurs anciens sur les fièvres.

Nous pensons en avoir dit assez sur cette question pour démontrer que la thèse, soutenue d'ailleurs avec talent par M. Lefebvre, repose tout entière sur une théorie ruinée.

— La seconde question, celle qui fait le sujet de la brochure de M. Marc d'Espine, mérite, sous un autre point de vue, un plus sérieux examen. Bien des fois posée, la question de l'identité ou de la différence de nature du typhus et de la fièvre typhoïde n'a pas encore reçu une solution définitive, telle du moins qu'elle ait pu satisfaire et mettre d'accord toutes les opinions. Une occasion s'est offerte à M. Marc d'Espine de comparer ces deux affections, et c'est le résultat de cette comparaison qu'il a exposé dans cet opuscule. Bien que ces recherches remontent déjà assez loin, elles n'ont rien perdu pour cela de leur intérêt.

Ayant été témoin, en 1833, d'une épidémie de typhus à Toulon, au moment où il venait de recueillir, dans les hôpitaux de Paris, un grand nombre d'observations de fièvre typhoïde, et possédant ainsi devers lui des éléments précieux de comparaison, M. Marc d'Espine examine parallèlement ces deux maladies dans leurs caractères anatomiques, dans leurs symptômes et dans leurs causes. Un intérêt particulier se rattache à ce parallèle, c'est que le typhus de Toulon, qui en forme un des termes, est la première épidémie de cette nature qui ait été observée depuis qu'on a défini la fièvre typhoïde; c'est la première fois, par conséquent, que les éléments d'appréciation se sont en quelque sorte trouvés réunis sous les yeux d'un même observateur. Nous disons que c'est là une circonstance d'un intérêt capital, en effet, car jusque-là on manquait de termes véritablement comparables, soit que l'on eût négligé, dans la plupart des épidémies observées, de constater les lésions cadavériques, et que l'on se trouvât privé ainsi d'un caractère essentiel pour la différenciation; soit que n'étant pas fixé alors sur les caractères respectifs de ces deux affections, on ait décrit indifféremment sous le nom commun de typhus, des épidémies de nature différente appartenant à l'une ou à l'autre de ces deux affections. C'est par suite de cette confusion inévitable, et faute d'avoir extrait la caractéristique du typhus des seules descriptions qui en ont été faites depuis que l'on connaît la fièvre typhoïde, qu'on a pu voir soutenir alternativement et avec les mêmes apparences de fondement des opinions opposées sur la question qui nous occupe.

Or voici, en deux mots, les caractères essentiels que M. Marc d'Espine a constatés dans le typhus de Toulon : état sain des plaques de Peyer, absence de diarrhée et d'autres symptômes intestinaux, présence d'un exanthème pétéchial, relativement confluent. Cette première série de caractères rapprochée des caractères corrélatifs bien connus de la fièvre typhoïde, implique déjà une différence que confirment encore d'autres circonstances signalées secondairement par l'auteur, telles que l'invasion du typhus à tous les âges, contrairement à ce qui s'observe pour la fièvre typhoïde, la transmission par contagion beaucoup plus prononcée qu'elle ne l'est dans cette dernière affection. Enfin, le caractère essentiellement épidémique du typhus opposé au caractère généralement endémique de la fièvre typhoïde, achève de trancher une question que de nombreuses analogies, d'ailleurs rendaient assez difficile à résoudre.

M. Marc d'Espine, toutefois, ne s'en est pas tenu à cette première démonstration. Pour compléter ce parallèle, et répondre d'avance aux objections qu'on eût pu tirer de ce qu'il ne reposait que sur une seule épidémie, ce qui en infirmait d'avance la valeur, il a réuni, dans sa brochure, les divers documents qui ont pu être recueillis depuis sur le même sujet et dans des contrées différentes, mais en restant fidèle à son plan, c'est-à-dire en n'acceptant, comme termes valables de comparaisons, que des relations d'affections bien déterminées par la double caractéristique symptomatique et anatomo-pathologique. Il a notamment rencontré ces conditions dans l'histoire d'une épidémie de typhus observée à Philadelphie par M. Gerhardt; et les conclusions qui ressortent de ce second parallèle sont parfaitement identiques à celles qui précèdent.

Une dernière difficulté restait encore à lever pour compléter ce système de démonstration. Qu'est-ce que le typhus fever des Anglais? est-ce une affection identique au typhus ou à la fièvre typhoïde, ou bien une affection différente, distincte de l'une et de l'autre, et qui occuperait une sorte de place mixte entre elles deux? On sait combien cette question a été débattue. Après être restée longtemps douteuse, elle semble aujourd'hui s'être dépouillée peu à peu des obscurités qui l'entouraient. Un grand nombre de médecins anglais, et ceux des observateurs français qui ont été à même d'étudier sur les lieux les fièvres endémiques d'Angleterre, s'accordent à reconnaître que sous la désignation commune de *typhus fever* on a confondu jusqu'ici deux affections différentes, bien qu'analogues, dont l'une serait le typhus d'Irlande, devenu endémique dans toute l'Angleterre, et l'autre notre fièvre typhoïde avec ses symptômes et ses lésions caractéristiques; confusion qui expliquerait les apparentes anomalies si souvent opposées à la loi de localisation de l'affection typhoïde, et qu'il ne s'agirait que de faire cesser pour y trouver un argument de plus en faveur de l'opinion défendue dans cet opuscule.

M. Marc d'Espine termine sa dissertation par une proposition qui nous paraît mériter d'être prise en considération, et que nous recommandons avec lui, en terminant, à l'attention des médecins qui se trouveraient à même d'en apprécier la portée. Il propose aux médecins qui auraient l'occasion d'observer les deux maladies, de faire une enquête qui pourrait effectivement servir à convaincre ceux qui conservent encore des doutes sur les différences qui séparent le typhus de l'affection typhoïde. Il est assez bien établi qu'on n'a pas deux fois dans la vie l'affection typhoïde, ce qui, du moins, ne se voit que très-exceptionnellement. Le typhus passe aussi, quoique ce soit moins généralement reconnu, pour ne pas atteindre deux fois le même individu. « Qu'on prenne, dit l'auteur, celle de ces deux propositions qui est la plus accréditée, et que lors de la première épidémie de typhus bien tranché on fasse une enquête sur les antécédents de tous les malades; si on parvenait à constater que quelques-uns auraient en réellement et bien dûment l'affection typhoïde dans leur jeunesse, on serait bien obligé de reconnaître que la maladie dont ils sont atteints n'est pas l'affection typhoïde. »

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

— M. Guinier a été nommé chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Par sa décision du 20 août, M. le ministre a aussi confirmé le choix de la Faculté, en nommant M. Quissac conservateur du Muséum de Montpellier, et M. Piron sous-bibliothécaire.

— Les journaux anglais ont annoncé ces jours derniers que quelques cas de choléra asiatique se sont montrés à Londres.

Le chiffre en serait évalué à 40, dont un tiers environ de décès, constatés par enquêtes de coroner.

La maladie se serait déclarée dans les quartiers populeux et malsains qui avoisinent la Cité et la Tamise.

Nous donnons cette nouvelle sous toutes réserves, quoiqu'elle nous soit affirmée de plusieurs côtés.

— On écrit de Copenhague, le 24 août : « Le choléra, comme on sait, continue à diminuer d'intensité dans notre ville; d'avant-hier à hier il y a eu 21 nouveaux cas et 10 décès, ce qui donne depuis le commencement 7,237 cas et 3,930 morts. Malheureusement l'épidémie, après avoir fait assez de victimes dans notre capitale, semble s'être jetée sur quelques villes de province, où elle sévit d'une manière effroyable.

» En Suède, elle s'étend de plus en plus. Mais c'est en Finlande qu'elle est le plus meurtrière. C'est ainsi qu'à Helsingfors, jusqu'au 12 août, 1,105 personnes ont été atteintes, et 509 sont mortes. A Abo, on a compté jusqu'au 15 août 742 cas et 293 morts, parmi lesquels se trouve M. le docteur Wallenius, directeur du Lazaret pour les cholériques. Le choléra s'est également déclaré à Capelshamm, dans l'île de Gothland. »

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE GÉNÉRALE.

CONGRÈS SCIENTIFIQUE. — CONGRÈS D'ARRAS EN 1853.

Les congrès scientifiques qui, chaque année, se réunissent dans quelqu'une de nos villes de province, sont un puissant moyen de diffusion et de stimulation des lumières. La ville privilégiée devient, pour un moment, la capitale des gens d'esprit, d'observation et de science; c'est le centre vers lequel ils rayonnent de tous les pays d'alentour ou même lointains, voire même de l'étranger; Paris aussi leur fournit sont contingent, devenant à son tour tributaire de la province, dans ces occasions solennelles. C'est ainsi qu'un honorable académicien, M. Baily, ne manque jamais de suivre avec soin et assiduité les séances du congrès scientifique, et de venir en rendre compte à ses collègues, avant que la publicité n'ait initié le public aux débats pacifiques qui s'y sont agités. Dans la dernière séance de l'Académie, M. Baily a substantiellement exposé les questions médicales qui ont été mises à l'ordre du jour au dernier congrès, séant à Arras. Mais avant d'examiner quels ont été la portée et l'esprit de ces questions, il nous semble opportun d'insister davantage sur l'influence exercée par les réunions scientifiques annuelles.

Grâce à ces congrès, tout en conservant à la France les avantages d'une centralisation scientifique permanente à Paris, on atténue une partie des inconvénients qui y sont attachés, puisque, provisoirement, ce centre se déplace. Chaque partie de la France jouit tour à tour de ce bénéfice. Lorsque ce privilége lui est promis pour une époque prochaine, l'ardeur travailleuse, l'amour des recherches scientifiques, l'imagination des artistes et des hommes de lettres, tout se réveille, se ranime, se vivifie; on veut se montrer digne d'avoir été choisi comme lieu de réunion des *doctes* et des *spirituels*, en les recevant dans un milieu où ils puissent respirer à l'aise l'air accoutumé. Les savants du lieu sont comme les membres de fondation, les titulaires, les résidents de cette Académie improvisée; aussi, longtemps d'avance, redoublent-ils de zèle, afin de se trouver à la hauteur de leurs illustres conviés, et de présenter un fonds de travaux destiné à nourrir l'ordre du jour des séances. Chaque ville prétend bien, et tente pour cela de profitables efforts, faire trouver un vrai pays d'Attique à la savante compagnie. A dire vrai, il n'est point de ville, tant béotienne qu'on voudra, qui ne parvienne à se parer d'une certaine couleur intellectuelle dans ces circonstances; de sorte qu'après avoir quelquefois parcouru les contrées les plus arriérées de France, les savants étrangers arrivent, tout surpris, à une véritable noce scientifique, prête à les recevoir et à les fêter.

Ainsi donc, les congrès scientifiques, non-seulement apportent la lumière dans les pays où ils vont siéger, mais provoquent ces pays à devenir par eux-mêmes des foyers, à l'aide de leurs propres émanations; ou, si vous aimez mieux, ils font jaillir la lumière du sol même.

Si l'on apporte son bagage scientifique dans les villes où siége le congrès, on l'y grossit également. Beaucoup de savants modestes et ignorés de la capitale, se sont révélés dans ces circonstances; maintes villes de province sont des centres actifs de travail intellectuel dont l'importance n'était pas soupçonnée. Ce qui n'est pas grand à Paris, n'est grand nulle part; tout livre qui n'émane point de Paris ne peut avoir un succès français, fait trop vrai, surtout pour les publications médicales.

Ce sont là des exagérations préjudiciables engendrées par une centralisation trop absorbante, et desquelles on reviendra, peut-être, quand on se sera convaincu davantage que si Paris est le principal centre intellectuel, ce n'est point le seul.

Pour nous restreindre à notre spécialité, à la médecine, certes la science parisienne est allée chercher en province des enseignements, des observations, des faits qu'elle n'eût point trouvés chez elle. Ainsi la Rochelle et Montpellier lui ont révélé, dans leurs environs, des fièvres palustres endémo-épidémiques dont la marche, les types, les caractères ont un cachet bien spécial. La transmission des maladies, leur transport d'un lieu infecté dans un lieu jusqu'alors respecté, leur importation de maison en maison, l'infection et la contagion, sont des faits qui échappent le plus souvent à Paris, mais dont nos confrères de province sont à même de saisir la filiation, grâce aux conditions dans lesquelles ils se trouvent placés. C'est ainsi que la fièvre typhoïde, déclarée non contagieuse à Paris, est loin d'inspirer la même sécurité en province, où des masses de faits, avec lesquels il faut bien compter, établissent sa transmissibilité, son importation par des individus, sa contagion, pourquoi ne pas dire le mot, dans un nombre très-notable de circonstances. Quand de tels documents arrivent à Paris, ce sont comme des échos lointains qu'on laisse mourir d'eux-mêmes en passant outre; mais quand en tout lieu on vous conte les mêmes faits, sur place même, quand on vous mène dans les maisons, dans les villages où s'est passée la scène, qu'on vous en fait répéter par mainte personne la toujours concordante narration, qu'on vous fait voir, toucher et sentir, en un mot, alors vous êtes bien obligé de donner dans votre esprit une place à cette vérité, nouvelle pour vous, vieille pour vos confrères de province.

La variole, la scarlatine, la rougeole, sont contagieuses, d'avis unanime; eh bien! à Paris, rien de malaisé comme d'en suivre la marche, à cause du morcellement de la ville en nombreux cercles de clientèle, qui se pénètrent réciproquement. En province, au contraire, dans une petite ville ou dans la campagne, on en suit aisément le progrès presque pas à pas.

C'est également en province qu'on éclaircira la question de la transmissibilité et de l'importation du choléra, parce que les faits, obscurs et peu saisissables à Paris, y sont clairs et patents. Nous verrons, à propos du congrès d'Arras, que de nombreux membres de la section de médecine se sont prononcés dans ce sens. Et notez bien que les travaux commencés par un congrès ne sont point, en pure perte, repris *ab ovo* par le congrès suivant. On poursuit d'ordinaire la bâtisse à partir de la dernière assise, grâce d'abord à la publicité, mais aussi à certains habitués, vrais savants ambulants, dans la bonne acception du mot, qui ne manquent pas de venir chaque fois représenter le congrès mort au congrès nouveau-né. Le roi est mort, vive le roi! Ces colporteurs de science, dont quelques-uns ont une originalité dont il ne faut pas rendre passible la caste entière, s'en vont de ville en ville avec leur bagage, gros ou petit, donnant un peu ici, prenant un peu là, et, somme toute, s'enrichissant eux-mêmes et enrichissant autrui, ce qui les absout de bien des petits travers.

Enfin le dernier bénéfice des congrès consiste dans la vulgarisation de la science, et dans la solennité donnée aux décisions.

Le congrès n'est pas seulement, en effet, une réunion de savants, mais une réjouissance publique à laquelle s'associe tout un pays. Combien d'hommes point du tout savants assistent aux séances comme à une fête, et les suivent comme ces curieux ayant l'œil sur la scène sans y remplir

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

Nº XXII et dernier.

RETOUR EN FRANCE PAR VITERBE, LE LAC DE BOLSÈNE, SIENNE, FLORENCE, PISE ET LIVOURNE.

I.

Adieu à Rome. Le mont Soracte; le royal ermite. Viterbe : topographie, météorologie, pathologie, eaux minérales, leur analyse et leurs vertus thérapeutiques.

A mon ami le docteur Armand.

Florence, 24 mars 1853.

Le 20 mars 1853, au soir, j'attendais dans son cabinet, pour lui dire un dernier adieu, mon savant ami l'abbé don Pietro Matranga, helléniste et antiquaire. Il était déjà arrivé depuis quelques minutes, mais je ne l'apercevais pas. Il habite le mont Pincio, aimé de N. Poussin, de Claude Lorrain et de Salvator Rosa. De sa haute fenêtre, mon regard embrassait, pour une dernière fois, ma chère ville de Rome, déjà paisible, à cette heure, entre ses collines déchiquetées par la silhouette des villas princières et des pins-parasols. Il remarqua ma préoccupation et ma tristesse: *Mi sento quasi sul piangere*, lui répondis-je, *perchè vedo per l'ultima volta mia carissima città di Roma!* Un tel sentiment n'est-il point naturel, après quatre années de séjour dans cette Italie aux puissantes séductions, où la gloire offre tant de souvenirs, les arts tant de réalités, les ruines tant de rêveries, où tout est plein de sentiment et de poésie, et la terre avec ses horizons déserts et harmonieux, et ce beau ciel à la fois étincelant et velouté?

Je pars demain matin. Je n'ai point habitué à trop de mélancolie le lecteur qui a bien voulu me suivre dans ce long voyage de quatre ans; je vais tâcher de laisser mes tristes pensées à Rome, et de me charger d'un peu de gaieté pour la dernière étape que nous devons faire ensemble. Partons donc; mais, je vous le proteste: *Mi sento quasi sul piangere*.

Traversons une dernière fois cette grandiose et déserte campagne romaine qui a inspiré le Poussin et Claude Lorrain, cette campagne qui parle si éloquemment à ceux qui ont un esprit et un cœur, mais qui laisse froid ou désillusionné le prosaïque voyageur, l'industriel ou le mathématicien, intelligentes et utiles machines qui n'ont point à fonctionner ici. On passe bientôt le *Ponte Molle, Milvius* des Latins, fameux par la victoire de Constantin sur Maxence, et par l'arrestation des députés Allobroges, complices de Catilina. Puis on s'engage plus avant sur la plage romaine, inculte, fertile pourtant, ondulée par de légères collines, et silonnée de ravines herbeuses où serpentent quelques filets d'eau. Le pauvre village de Baccano reste à gauche. A Monte-Rosi, autre maigre bourgade perchée sur une petite crête, les accidents de terrain se prononcent davantage, et recèlent dans leurs replis un lac marécageux de peu

ancon rôle ! Deux on trois leçons pareilles, le goût des études les prend, et hientôt ils sont des studieux, des observateurs, sinon de vrais savants. Si les sections sont séparées, elles n'en demeurent pas moins unies par une sorte de solidarité; aucune ne veut rester étrangère à ce qu'a fait sa voisine, et prétend réclamer sa petite part de ses faits et gestes. Le mathématicien prend ainsi nne teinte plus littéraire, le littérateur un esprit plus positif, le médecin étend le cercle de ses connaissances an contact de ses collègues des antres sections. Chacun profite dans ce libre échange scientifique.

Les délibérations, soit qu'elles portent sur des sujets pnrement spéculatifs, soit qu'elles aient trait à l'application, acquièrent une hante autorité, quand elles sont prises dans l'assemblée de toutes les sections réunies, par des hommes auxquels lenr talent, lenr position, leur nom, leurs dignités, lenr fortnne, donnent nn grand ascendant, surtout lorsqu'ils parlent à la face du pays accouru pour les entendre et pour s'associer à leurs délibérations. Les petites académies permanentes de province, composées toujours des mêmes hommes, ronlant dans le même cercle, n'ont ni cette influence ni ce prestige. Que d'améliorations, demandées en vain par elles, ont été accordées le jour où le congrès, siégeant dans leurs murs, s'est convaincu de leur importance et a exprimé le vœn de leur réalisation !

M. le docteur Roux, (de Marseille), apôtre des associations médicales dans les congrès, n'a pas manqué de mettre à l'ordre cette importante question, à laquelle il avait déjà gagné des suffrages à Strasbourg, à Orléans et à Marseille. Un essai avait été tenté à Toulouse, mais sans beaucoup de succès, de regrettables dissidences ayant tenu à l'écart une grande partie des médecins de la ville. Le congrès est loin d'avoir été inutile à cette association; il paraît que la question de principe, mise à la place des rivalités de clocher par le congrès, dont l'indépendance est complète en pareille matière, a fini par prévaloir, et que l'association fonctionne aujonrd'hui beaucoup mieux.

Les associations médicales s'établissent en Italie, dans les États sardes, etc. A Turin, les vétérinaires se réunissent également dans nn but de secours mutnels. Cette idée féconde, dont Orfila est le père, est donc basée sur des besoins bien réels ressentis dans tous les pays, puisque notre exemple trouve ainsi partout de l'écho et des imitateurs.

Le congrès d'Arras a formulé nettement et unanimement ses désirs au sujet de l'association médicale. L'Angleterre vient de fonder, près d'Epsom, un établissement destiné à recevoir, comme pensionnaires, 200 médecins infirmes, vieux, nécessiteux, et à faire l'éducation d'un même nombre de fils de médecins. Le congrès voudrait que cet exemple fût snivi en France, et que, sons les auspices du gouvernement, on bâtit un palais destiné à recueillir ceux de nos confrères qni ne peuvent plus, et à former leurs enfants qui ne peuvent pas encore gagner leur vie et celle de leur famille.

Cette décision a été prise avec l'entrain, l'enthousiasme, l'emportement qui ne font jamais défaut, dans les congrès, aux idées libérales et généreuses, mais qui entraînent quelquefois hors du possible et s'opposent ainsi trop souvent à la réalisation.

A en juger par le compte rendu de M. Bally, les questions traitées au congrès d'Arras seraient toutes de hante portée, et les études épidémiologiques, d'hygiène publique, d'économie, etc., y occuperaient une grande place. Ces questions sont en effet celles qui peuvent le mieux s'éclairer au froissement des opinions, et par la discussion des documents recueillis dans tontes les parties du monde civilisé; ce sont celles aussi qui demandent à être propagées avec le plus de diffusion, appliquées le plus largement, si l'on vent parvenir à des résultats hien évidents; car l'hygiène publique ne se fait pas dans un coin isolé, il faut que le voisinage concoure an même but par les mêmes moyens.

A Toulouse, l'an passé, comme à Arras cette année, on s'est occupé de la marche du choléra. Dans la première de ces deux villes, on a fait surtout ressortir son importation par le 11ᵉ de ligne, qui en avait puisé le germe à Avignonet, à 40 kilomètres de Toulouse, et qui sema la maladie partout où il fit étape. A Arras on a insisté davantage encore sur ce mode de propagation : l'un des orateurs, M. Ledieu, directeur de l'École de médecine, met en relief son mode général de transmission dans l'épidémie qui a ravagé le pays; nu autre, M. Lestoquois, suit la marche de la maladie de localités en localités, son introduction de bourgs en villes, comme le dit M. Bally, et signale les individus, qui, sortis des foyers, vont l'importer dans des lieux respectés jusqu'alors. Cinq autres médecins se prononcent dans le même sens; l'nn d'eux proclame nettement sa contagion, quatre fois sur cinq, dans certaines conditions de cohabitation, en se fondant sur des centaines de faits par lui observés.

Avons-nous dunc eu tort d'avancer qu'il est des problèmes dont il faut aller chercher la solution ailleurs qu'à Paris?

La fièvre typhoïde, si fréquente dans nos climats, ne pouvait manquer de fixer l'attention de la compagnie. La section, dit M. Bally, a accepté la méthode de traitement de M. Leroy (de Béthune) : après les saignées et les sangsues, applications froides sur l'abdomen, boissons froides, lavements froids, tout en maintenant les extrémités chaudes. Dans cette maladie qu'on ne guérit pas, mais qu'on simplifie, dans laquelle on aide simplement la nature, que de traitements ont été préconisés, et combien le seront encore! Un congrès est-il bien prudent, quand ni la science ni l'observation ne sont fixées, quand on remet en doute l'efficacité des traitements précédemment acceptés, quand aucune méthode n'est l'objet d'une approbation générale; est-il bien prudent, disons-nous, en donnant sa sanction à une méthode quelconque, et bien adroit en choisissant celle qui ne réunit certainement pas le plus de suffrages? Nous croyons qu'il vaut mieux s'abstenir dans de telles conditions. Qu'un homme se prononce prématurément, l'influence de l'exemple ne s'étendra pas au delà de son cercle; mais une société savante, une académie provisoire, un congrès est tenu à d'autant plus de réserves qu'il a plus d'autorité et son arrêt plus de retentissement.

Depuis bien longtemps on cherche quelles différences la matière de l'hygiène présente dans les pays à goîtres et à crétins, et dans ceux sur lesquels ne pèse point cette endémie. L'un trouve que le goître se groupe dans les pays où l'on fait usage des eaux provenant de la fonte des neiges; celui-là, dans les contrées où les eaux sont séléniteuses; un antre fait snivre à la maladie les veines terrestres magnésiennes, etc., etc. M. Chatain, le nouvel et méritant académicien, trouve de l'iode dans tous les corps de la nature et constate l'absence de goîtres et du crétinisme partont où les eaux contiennent la proportion normale de ce métalloïde. Cela se concevrait à merveille : ce qui guérit le goître l'empêcherait également.

Parmi les plus vastes mesures d'hygiène publique, doit figurer en première ligue une large vue de M. Bonnafont, qui tendrait à supprimer la source de toutes les épidémies, en desséchant tous les marais du globe. Comme le dit M. Bally, Hercule, qui n'a desséché qu'un seul marais, n'est

---

d'étendue. A Ronciglione, bourg situé le long d'un pittoresque ravin qui nous a rappelé les déchirures qui forment un fossé naturel à la poétique Sorente, la campagne est moins nue, et commence à s'égayer d'arbres et de cultures. Nous abordons la chaîne du mont Cimino, qui encaisse de ce côté le bassin de Rome. En s'écartant de la route, on va, à travers les vieilles forêts, visiter le fameux palais-forteresse de Caprarola, chef-d'œuvre de Vignole, l'une des riches et nombreuses habitations de la famille éteinte des Farnèse, qui avait le plus beau palais de Rome et la villa la plus architecturale des environs.

Nous grimpons le Cimino; la route est suspendue sur son flanc. Nous parcourons une région élevée : au 21 mars, il fait encore froid, le ciel est terne, voilé, et il tombe un peu de neige; mais bientôt le soleil dissipe les brumes et illumine une admirable perspective. Sous nos pieds, à gauche, dort le lac de Vico, au fond d'un cratère éteint, dont les bords forment comme un cirque gigantesque peuplé d'arbres au lieu de spectateurs. A droite, la vue s'égare sur une vaste plaine unie, coupée d'arbres épars ou groupés, qui tigrent sa surface glauque de taches d'un vert plus prononcé. Cette belle plaine semble peu habitée. Au milieu, comme une immense cathédrale gothique, s'élève la crête isolée, rocheuse et déchirée du mont Soracte, qui ne se montre point couronné de neiges, comme dans le portrait que nous en trace Horace :

> Vides ut alta stet niva candidum
> Soracte...

mais auquel son austère majesté mérite toujours l'épithète de sacré, de vénérable :

> .... Sancti custos Soractis Apollo.
> VIRGILE.

L'horizon est borné au lointain par la haute chaîne de la Sabine et de l'Apennin, dont les sommets neigeux resplendissent au soleil ou bleuissent dans une demi-ombre transparente.

Déjà nous descendons le Cimino, et nous apercevons Viterbe. Nous ferons ici une longue pose, car cette ville possède des eaux thermales qui nous intéressent. Mais avant de perdre tout à fait de vue ce Soracte, aujourd'hui mont Oreste, dont le village, sis à mi-côte, a déjà disparu, tandis que l'ermitage bâti sur sa crête pointe encore à l'horizon, il faut que j'évoque un souvenir tout français, précisément à propos de cet humble et pieux asile. Un oncle de Charlemagne, un fils de Charles Martel, Carloman, y fut ermite. Le sang répandu dans une bataille gagnée l'avait fait réfléchir, et quel lieu est plus propre à la réflexion qu'une butte d'écorce et de mousse sur le Soracte solitaire? Et cependant d'indiscrets voyageurs vinrent troubler par de fréquentes visites le royal ermite, qui fut obligé de réclamer un autre refuge au mont Cassin, où, pour lui donner le loisir de réfléchir tout à l'aise, on le nomma gardeur des oies du couvent.

Viterbe est située dans la partie supérieure du bassin de la Marta, rivière à laquelle donne naissance le lac de Bolsène, et qui se jette dans la mer sur le rivage de Cornetto. De l'ouest à l'est, de la mer jusqu'à Viterbe et même un peu au delà, le terrain va en montant, jusqu'à une altitude qu'on a trop généreusement, je crois, estimée à 400 mètres. Puis bientôt, à cinq ou six milles à l'est de Viterbe, l'ascension du plan se termine à une sorte d'arête, au delà de laquelle commence le bassin du Tibre, bien reconnaissable à la descente du terrain en sens opposé. Vers les plages tyrrhéniennes, le bassin de la Marta n'a point de

qu'un enfant devant un projet aussi gigantesque. Mais l'honorable académicien tranche aussi lui-même dans le vif, quand il propose d'assainir les marais Pontins en les faisant traverser dans toute leur étendue par le Tibre, des plages du Laurentum à celles de l'antique Anxur, travail gigantesque pour une grande nation comme la France, impraticable pour les États pontificaux, à peu près impossible en tout cas, à cause des difficultés sans nombre topographiques, hydrographiques, etc., etc., et qui, à notre sens, n'aurait qu'un résultat : amener beaucoup plus d'eau dans un bassin qui n'en contient que trop déjà. Mais c'est à César qu'appartient cette idée; rendons à César ce qui appartient à César. Ici personne n'a lieu d'être jaloux.

Enfin, voici une question qui n'est pas mince non plus; car il s'agit d'économiser 60 millions à la France, et cela en enlevant tout simplement les deux ovaires d'un certain nombre de vaches, à l'aide d'une opération répétée cent vingt et une fois avec succès par M. Charrier, si simple et si bénigne, que l'animal ne pousse pas une plainte et n'est pas même indisposé. Cette opération diffère de celles qu'on pratiquait antérieurement en ce qu'elle s'exécute, non par le flanc, mais par le vagin. Chez la vache ainsi châtrée, la lactation se prolonge, et l'engraissement est très-rapide. Les sept cent vingt-cinq mille vaches mangées, plus ou moins maigres, chaque année, auraient enrichi leurs propriétaires par une lactation prolongée, et acquis le double de leur poids, si on les eût soumises à la castration : voilà les 60 millions d'économie.

Cette question, comme celles des épidémies, est de haute portée en elle-même, quelle que soit la solution que leur donne l'expérience. On le voit, nous avons eu raison d'annoncer que les sujets traités au congrès d'Arras ont tous un caractère d'utilité générale et sont dignes d'occuper des savants accourus de toutes parts, non pas pour discuter sur un symptôme ou sur une lésion cadavérique, mais pour agiter les plus hautes questions médicales et hygiéniques, intéressant la santé et le bien-être des populations.

Félix Jacquot.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE ; par le docteur Jobert (de Lamballe).

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

M. Longet, dans les expériences curieuses qu'il a entreprises sur les animaux, a constaté les mêmes résultats que M. Flourens. Je me fais un plaisir d'emprunter à notre honorable confrère le passage suivant : « En effet, dit » cet auteur, je suis parvenu par ce moyen à faire naître à mon gré, chez » les animaux (chiens et lapins), les deux périodes suivantes :

» Dans l'une, l'animal engourdi ne pouvant déjà plus se soutenir sur ses » membres, tombe sur le flanc et s'agite, s'assoupit, puis bientôt, devenu » étranger au monde extérieur, n'exécute aucun mouvement spontané, et » demeure plongé dans un sommeil profond : toutefois il crie encore et » s'agite de nouveau, si je pince fortement une partie sensible de son corps, » sans s'éveiller pour réagir d'une manière efficace et volontaire contre cette » violence extérieure. Cette période est pour nous la période d'éthérisation » des lobes cérébraux, et même des autres parties encéphaliques, excepté » la protubérance annulaire et le bulbe rachidien.

» Dans l'autre, les animaux ayant subi plus longtemps l'inhalation » éthérée, ne crient plus, ne s'agitent plus, même quand on tiraille et » qu'on dilacère les parties les plus sensibles de leur système nerveux. Cette » période est celle d'éthérisation de la protubérance annulaire, dont les » effets viennent s'adjoindre à ceux de la période précédente.

» Mais pour démontrer d'une manière directe que ces variations dans » les phénomènes dépendent de ce que l'éthérisation influence successive» ment et bien réellement celles des portions encéphaliques désignées, il » fallait pouvoir reproduire d'une manière comparative les effets de nos » deux périodes à l'aide de mutilations pratiquées sur l'encéphale d'ani» maux vivants. Or mutile-t-on la masse encéphalique des lapins ou des » chiens, au point de ne laisser dans la cavité crânienne que la protubé» rance et le bulbe, ces animaux quoique paraissant plongés dans un coma » profond, pourront encore sous l'influence de vives irritations extérieures, » pousser des cris plaintifs, s'agiter violemment comme ceux qui n'ont » subi que l'éthérisation des lobes cérébraux; mais vient-on à léser assez » profondément la protubérance annulaire, immédiatement les cris, l'agi» tation qui succédaient à de violents pincements, cessent : on n'a plus » qu'un animal chez lequel la circulation, la respiration et les autres » fonctions nutritives continuent momentanément de s'accomplir; et cet » animal qui vient de perdre sa protubérance, c'est-à-dire son centre per» ceptif des impressions tactiles, doit donc, au point de vue physiologique, » être comparé à cet autre qui a atteint la période d'éthérisation de la pro» tubérance ou d'insensibilité absolue.

» Si maintenant je soumets à l'action des vapeurs éthérées l'un de ces » animaux qui de son encéphale ne conserve que la protubérance et la » bulbe, je parviendrai engourdir complétement la faculté de sentir, de sorte » que non-seulement ses cordons nerveux, mais encore sa protubérance » elle-même deviennent tout à fait insensibles. Puis au bout d'un laps de » temps assez court cette faculté se rétablira, et alors se révélera un fait » intéressant d'observation.

» La protubérance annulaire recouvrera son rôle de centre perceptif des » impressions tactiles, avant de redevenir elle-même organe sensible. En » effet, ce n'est qu'au bout d'un temps assez long, après que le pincement » du sciatique fait déjà crier l'animal, que les excitants appliqués directe» ment sur la protubérance vont à leur tour pouvoir occasionner de nou» velles douleurs, de nouveaux cris.

» Si je ne m'abuse, ce qui précède peut éclairer ce qu'on observe dans » le domaine de l'application pratique.

» Pendant les opérations certains malades poussent des cris violents, re» tirent brusquement leurs membres, et présentent les signes ordinaires de la » douleur; puis revenus à eux-mêmes, ils affirment ne pas savoir ce qu'on » leur a fait, ne rien se rappeler, et n'avoir éprouvé aucune impression » douloureuse. Cela prouve-t-il qu'ils n'aient pas souffert? Je répondrai, » avec mon honorable confrère M. Blandin qu'ils ont seulement perdu la » mémoire de leurs impressions; que pour moi ils avaient subi seulement » l'éthérisation des lobes cérébraux; que, par conséquent, ils étaient dans » un cas à peu près analogue à celui des précédents animaux dépourvus » de leurs lobes, mais munis encore de leur protubérance ou centre per» ceptif des impressions douloureuses. Ainsi les inspirations d'éther pro-

---

limites bien nettement dessinées; il se confond avec les plaines voisines; mais dans sa partie supérieure il est resserré entre le Cimino, au sud, et le massif montagneux du Bolsène, au septentrion. Ces deux pâtés ne sont que le squelette de deux volcans, et les deux lacs qui en occupent le centre, le reste de leurs cratères. Toute la plaine intermédiaire est volcanique; mais on rencontre pourtant des terrains fluviatiles et marins dans les parties basses que la couche de lave n'a pas recouvertes. Les nombreuses et abondantes sources thermales qui jaillissent aux environs de Viterbe, démontrent que les soupiraux du feu intérieur y sont encore voisins de l'écorce terrestre.

La ville de Viterbe, occupée par nos troupes, compte 17,000 âmes. Elle est divisée en quatre parties par deux sillons qui se croisent presque à angle droit, et au fond desquels coulent les deux gros ruisseaux qui, réunis, forment la rivière de Faule, tributaire de la Marta. Quatre villes étrusques se jalonsaient jadis dans ces quatre presqu'îles; devenues romaines par la conquête, elles continuèrent à être rivales; Desiderius, dernier roi lombard, les réunit enfin en une seule commune, et les entoura d'une même muraille. La fusion d'intérêts a eu, outre ses résultats moraux, une conséquence physique : les ravins qui séparaient les quatre villes rivales, se sont comblés peu à peu en maints endroits, de sorte qu'il devient même difficile d'en bien suivre partout les traces.

Viterbe a quelques vieux quartiers, mais en général la ville est percée de grandes et belles rues, pleines d'air et de lumière et pavées de larges dalles de lave. Certaines rues et quelques places ont conservé le caractère grandiose et sévère des anciennes villes d'Italie, entre autres la grand'place, qui a un aspect tout féodal, avec ses façades symétriques et solides en pierres de taille noircies par le temps, avec ses colonnes isolées surmontées d'animaux héraldiques et de blasons, avec son palais public ou communal, édifice qui ne manque pas de grandeur, et dont la longue galerie, d'une mâle architecture, est formée de larges arcades reposant sur une colonnade. Cette richesse ne doit point étonner; Viterbe a eu sa puissance et sa splendeur. Au douzième siècle, les troupes romaines furent même battues par les soldats de la république viterboise. La guerre, disent les chroniques, avait été allumée par une autre Hélène, par Galiana, la plus belle femme de son temps; et tels étaient l'empire et la fascination de la beauté, que les Romains vaincus demandèrent à contempler une dernière fois Galiana; elle leur fut, en effet, montrée d'une tour que votre cicerone vous indiquera près de l'ancienne porte Sant'Antonio.

D'autres débris des anciens âges rappellent, non plus les guerres des petits États entre eux, mais les querelles intestines dans les villes mêmes : nous voulons parler de ces innombrables tours, croulantes pour la plupart, qui, à Viterbe comme à Cornetto, élancent leurs créneaux par-dessus les maisons qu'elles dépassent, comme ces grands arbres qui, ménagés par la hache dans la coupe d'une forêt, dominent longtemps encore les taillis naissants.

Les eaux potables de Viterbe, abondantes et de bonne qualité, sont amenées, notamment par un aqueduc antique, dans de grandes et élégantes fontaines. Viterbe mérite son surnom de ville aux belles fontaines et aux belles filles. La population y est en effet d'un beau type et d'une solide construction, remarque qui n'a point échappé au comte de Tournon, préfet du Tibre, dont nous avons déjà plusieurs fois cité l'estimable ouvrage. Cette population, assez active, est agricole et industrielle. Elle trouve des bénéfices dans l'exploitation

» duisent l'anesthésie, et c'est sans doute ce mode d'éthérisation qui pré» vaudra pour amener l'insensibilité. »

On a cependant voulu mettre les autres surfaces muqueuses à profit pour produire l'insensibilité. Tout naturellement on a été conduit à ingérer l'éther dans l'estomac; mais les résultats n'ont pas été en rapport avec l'espoir qu'on s'était fait de cette manière d'expérimenter.

Sous forme liquide et sous forme de vapeur, on a introduit l'éther dans le rectum pour produire l'insensibilité.

M. le professeur Roux paraît avoir le premier indiqué l'éthérisation rectale. Le 19 février 1847, le docteur Vicente y Iedo constata sur des lapins l'insensibilité après l'injection de doses considérables d'éther par le rectum. M. Marc Dupuis au mois de mars 1847, injecta de l'eau chargée d'éther dans le rectum de chiens et de lapins. Enfin le docteur Pirogoff, chirurgien russe distingué, le premier eut l'idée d'injecter de la vapeur éthérée dans le rectum de l'homme, après avoir tenté des expériences sur des lapins. Sous cette forme l'éther prévient le ballonnement qui suit son introduction à l'état liquide. M. Simonin (de Nancy) a fait différentes expériences sur l'homme et les animaux au moyen de plusieurs appareils décrits dans un ouvrage qu'il a publié en 1849. Comme M. Pirogoff, M. Simonin a produit l'insensibilité par ce genre d'éthérisation.

Je me bornerai à rapporter une observation d'insensibilité survenue à la suite d'introduction de vapeur éthérée dans le rectum, empruntée à l'auteur.

« Obs. — Rouvelin (de Liverdun), âgé de 64 ans, bûcheron, ayant déjà, en » 1822, à la suite d'un accident, subi une amputation partielle de trois orteils, » pratiquée par mon père, n'ayant jamais fait de maladie sérieuse et vivant so» brement, enfonce, le 10 juillet 1847, une épine sous l'ongle du doigt annulaire » de sa main gauche. Une inflammation s'empare du doigt blessé et détermine » une abondante suppuration; deux mois après l'accident, l'épine, longue d'un » centimètre, est extraite, en même temps qu'une portion d'os nécrosé.

» Le malade se présente à la consultation en septembre 1847, offrant une con» stitution assez chétive; sa peau a une couleur de jaune paille. Toutes les pha» langes du doigt étant malades, ainsi que je le dirai plus bas, la désarticulation » du doigt est indispensable. Rouvelin consent à être opéré, après avoir été éthé» risé par le rectum.

» 4 septembre. Dès le matin, le malade a pris et rendu plusieurs lavements. » Le pouls, assez développé, offre 100 pulsations; ce nombre est dû à l'émotion. » On compte dix-huit respirations par minute.

» Éthérisation. — Pendant les cinq premières minutes, l'éther se volatilise à » peine, par suite du peu d'élévation de la température de l'eau, dans laquelle » est plongé le flacon.

» Cinq minutes. L'eau est renouvelée et l'ébullition de l'éther détermine un » dégagement rapide de vapeurs qui passent dans le gros intestin.

» Neuf minutes. Pouls, 80 pulsations, petit, dépressible.

» Quatorze minutes. Pouls, 80 pulsations, 18 respirations. L'S iliaque commence » à se distendre.

» Vingt minutes. Renouvellement de l'eau; ébullition plus considérable; fuite » des vapeurs par l'ouverture du bouchon; le ballonnement du ventre, limité » d'abord à l'S iliaque, devient général après des frictions faites avec la main sur » l'abdomen.

» Vingt-trois minutes. Rouvelin annonce qu'il ne sent plus son doigt malade; la sensibilité de la peau est fortement diminuée aux extrémités pelviennes.

» Vingt-sept minutes. Le ballonnement du ventre augmente à vue d'œil; les » circonvolutions de tout l'intestin se dessinent parfaitement; le malade mani» feste le désir d'aller à la selle et rend quelques gaz par l'anus.

» Vingt-huit minutes. Yeux ouverts, larmoyants; pupilles normales; sensibi» lité plus obtuse encore; manifestation d'un peu d'agitation.

» Trente minutes. Loquacité, agitation; la bouche exhale l'odeur de l'éther » telle qu'elle est perçue lorsqu'on débouche un flacon contenant une grande » quantité de ce liquide; la sensibilité de la peau est complètement anéantie. » Rouvelin chante à tue-tête sur un air populaire.

» L'éthérisation est cessée, et je commence la désarticulation. . . . . »

Mon intention a été seulement de rapporter les effets de l'introduction de l'éther sous forme de vapeur dans le rectum, et non ce qui a trait à l'opération elle-même.

Les expérimentateurs ne se sont pas bornés à étudier les effets de l'éther, par l'inhalation de ce fluide ou par son absorption sur les surfaces muqueuses, mais ils ont encore voulu savoir jusqu'à quel point, sans l'intermédiaire de la circulation il pouvait avoir une influence directe sur le système nerveux, mis à découvert et touché par ce puissant anesthésique.

M. le professeur Serres a entrepris une série d'expériences que je ne dois pas passer sous silence.

« Exp. I. — On dénude la cuisse gauche d'un lapin; l'animal exprime une » douleur très-vive pendant cette opération, qui s'étend aux deux tiers supé» rieurs de la partie interne du membre. On met sur les muscles dénudés une » compresse pliée en quatre, imbibée d'éther sulfurique. Cette application pa» raît tout à fait insensible. Les lambeaux de peau sont ramenés et maintenus » sur la compresse.

» A. Au bout de six minutes, on enlève la compresse; les muscles mis à nu » sont irrités avec la pointe d'un scalpel que l'on enfonce même dans leur in» térieur à une certaine profondeur. L'animal paraît à peine sentir ces diffé» rentes tentatives. La sensibilité des parties qui ont été en contact avec l'éther » est très-affaiblie.

» B. La sensibilité générale est également influencée; on ne détermine ni » cris, ni contractions chez cet animal en lui enfonçant un scalpel profondé» ment dans différentes parties du corps.

» C. Le nerf crural étant mis à nu, la constriction entre les mors d'une pince » détermine des cris et des contractions musculaires.

» D. On verse quelques gouttes d'éther sur le nerf ainsi mis à nu; l'action » des mors de la pince ne détermine pas de cris, mais seulement des contrac» tions dans ce membre.

» Exp. II. — On dénude la partie interne de la cuisse gauche du même ani» mal, qui témoigne par ses cris des souffrances qu'il endure. Le nerf crural » est mis à nu; sa constriction entre les mors d'une pince détermine des cris » et des contractions musculaires très-vives, la faculté sensitive ainsi con» statée :

» A. On verse sur le nerf et les muscles voisins quelques gouttes d'éther; » l'impression du liquide ne paraît faire éprouver à l'animal aucune douleur » par son contact. Le nerf, pincé et tiraillé après la volatilisation de l'éther, ne » fait plus éprouver à l'animal aucune douleur ni aucune contraction.

» B. Au bout de trois minutes, même résultat.

» C. Au bout de dix minutes, même insensibilité.

» Exp. III. — On dénude la partie postérieure de la cuisse droite sur un la» pin fort et très-vivace. Les nerfs sciatique, poplité, internes et externes sont » mis à nu. On détermine des cris et des contractions musculaires en les ser» rant entre les mors d'une pince. Leur sensibilité ayant été constatée, on verse » dans le creux poplité de l'éther en assez grande quantité pour que les deux » nerfs en soient recouverts. Le contact de l'éther ne détermine ni cris ni con» tracture; l'animal ne paraît pas s'en apercevoir.

» A. Au bout de deux minutes, ces deux nerfs, pincés comme précédemment » et tiraillés dans tous les sens, ne font pas jeter des cris à l'animal et ne

---

du lin et du chanvre, et ne dédaigne ni les céréales, ni les mûriers et la sériculture. Les environs de Viterbe se parent, en outre, d'oliviers et des arbres fruitiers de nos pays. Quelques orangers et de très-rares palmiers sont cultivés dans les jardins. Mais Viterbe n'est guère qu'une oasis. En descendant vers l'ouest, on retrouve bientôt la plaine inculte et dépouillée. Toscanella, autre île de verdure, fleurit à l'horizon; la caravane rencontre ensuite Cornetto, la vieille Tarquinies étrusque, puis l'œil s'égare sur les plages bleues du désert des mers.

L'industrie de Viterbe consiste surtout en tannerie, mégisserie, travaux en fer, filatures. La vigne est cultivée; mais le vin, plus capiteux qu'agréable, produit quelquefois une ivresse qui va jusqu'à la fureur.

Nous ne connaissons la météorologie de Viterbe que par les observations prises par notre ami le docteur Armand, chargé de la direction des eaux (service de l'armée) pendant les années 1851 et 52 (1). Elles ne comprennent que l'été, et il était impossible qu'improvisées sans observatoire et assumées volontairement par un seul homme, dévoué, actif, consciencieux au dernier point, il est vrai, elles pussent répondre à toutes les exigences. Telles qu'elles sont, elles nous seront d'un grand secours.

Viterbe étant à près de 400 mètres au-dessus du niveau de Rome, on peut estimer approximativement, en s'appuyant sur les observations de Humboldt, Boussingault, Bravais, Kœmtz, etc., que la moyenne de sa température doit être au plus de 2 degrés cent. inférieure à celle de Rome, soit 13,20° cent. au lieu de 15,20° cent., en supposant que l'altitude de Viterbe n'ait pas été exagérée. La répartition de la chaleur selon les saisons ne nous est pas bien connue; nous ne savons pas si le climat de Viterbe ne serait pas de ceux que l'on a appelés excessifs, à cause de leurs hivers très-froids et de leurs étés très-chauds. Le thermomètre se maintiendrait-il à un certain degré l'hiver, puisque les orangers et quelques *phœnices dactyliferæ* croissent dans les jardins? Mais on sait qu'à Rome même on enferme souvent les orangers dans des espèces de serres, improvisées pour la mauvaise saison, ce qui doit *à fortiori* avoir lieu à Viterbe. Quoi qu'il en soit, l'olivier croît sans aucun soin, ce qui nous empêche de considérer les hivers de cette ville comme plus froids que ceux du midi de la France.

D'autre part, les étés de Viterbe ne semblent pas trouver dans l'altitude du lieu un correctif à la chaleur, comme le croit notre ami; car, d'après les chiffres qu'il fournit lui-même, les trois mois sur lesquels nous possédons des documents de comparaison auraient été beaucoup plus chauds à Viterbe qu'à Rome, ainsi qu'en témoignent les chiffres suivants :

(1) Armand, Des eaux minérales thermales de Viterbe et de son climat, avec recherches sur les thermes romains, brochure consciencieuse et distinguée par laquelle un médecin français, à la demande de la municipalité de Viterbe, a doté cette ville d'une notice qu'elle avait vainement attendue des médecins du pays. Nous nous servons amplement du bon travail de notre ami le docteur Armand, travail dont la Gazette Médicale a déjà donné intégralement la seconde partie, consacrée aux thermes de l'ancienne Rome.

» déterminent dans le membre aucune contraction. Ces tentatives n'ont sur lui » aucune action.

» B. Trois minutes après avoir essuyé l'éther, les nerfs, pincés et tiraillés de » la même manière, conservent leur insensibilité.

» C. Dix minutes plus tard, même résultat.

» D. Au bout de vingt minutes, on constate encore la même insensibilité du » nerf par les mêmes moyens; on tiraille alors le nerf de manière à le détacher » de la moelle épinière; son arrachement ne détermine chez l'animal qu'une « légère contraction des membres sans cris.

» Exp. IV. — Sur le même animal, on dénude la partie postérieure de la » cuisse gauche; il témoigne des douleurs que cette opération lui fait éprouver » par ses cris et ses mouvements; on met à nu le sciatique poplité externe, » et l'on reconnait la sensibilité par la constriction des mors d'une pince; » l'animal pousse aussitôt des cris et contracte énergiquement le membre ab- » dominal.

» A. On verse sur le nerf deux gouttes d'éther. Quand le liquide est volatili- » sé, la constriction des mors de la pince fait pousser à l'animal des cris et » détermine des contractions musculaires très-violentes.

» B. On verse de l'éther en assez grande quantité sur le nerf pour qu'il soit » complètement immergé dans le liquide. Après la volatilisation de l'éther, le » nerf, pincé et tiraillé, ne fait éprouver à l'animal ni contractions ni cris.

» C. Au bout de vingt-cinq minutes, on constate la même insensibilité.

» Exp. V. — On dénude la partie de la cuisse droite d'un lapin; l'animal » fait des mouvements énergiques, mais ne crie pas. Le nerf saphène est mis » à nu jusque vers le pli de l'aine; on le saisit avec des pinces; cette constric- » tion fait pousser des cris à l'animal et exécuter des contractions musculaires » énergiques.

» A. On fait tomber sur le nerf quelques gouttes d'éther; l'animal ne témoi- » gne aucune sensation.

» B. Au bout de cinq minutes, le nerf, serré entre les mors d'une pince, est » devenu insensible; cette tentative ne détermine ni cris ni contractions.

» Exp. VI. — Le nerf sciatique du même membre étant mis à nu, on le » pique avec une épingle à insecte; cette manœuvre détermine des cris et des » douleurs vives dans le membre.

» A. Au bout d'une minute d'immersion dans l'éther, la piqûre du nerf ne » détermine aucun effet appréciable.

» B. La constriction entre les mors d'une pince donne le même résultat; » elle est portée jusqu'au point de déterminer l'attrition complète de la sub- » stance nerveuse.

» C. On met sur le nerf au-dessus du point où la substance nerveuse a été » désorganisée une éponge imbibée de teinture alcoolique de noix vomique; » le nerf est isolé par un morceau de taffetas gommé de manière à empêcher » la suffusion du liquide sur les parties voisines.

» D. Au bout de dix minutes, on expérimente les nerfs sur les parties qui » ont été soumises d'abord à l'éther, puis à la teinture de noix vomique. L'in- » sensibilité persiste même sous l'influence de la constriction par les mors de » la pince, de même que le défaut de contractions.

» Exp. VII. — Sur un lapin fort et très-vivace, on met à nu le nerf médian » du membre thoracique droit; l'animal pousse des cris et s'agite violem- » ment.

» On glisse, sous le nerf bien isolé, un morceau de taffetas gommé, et on » l'humecte avec une dissolution de chlorhydrate de strychnine. Au bout d'une » demi-heure, pendant laquelle l'animal n'a pas présenté la plus légère contrac- » tion, on examine si le nerf a conservé ses facultés sensitives et contractiles. » On a un résultat négatif; l'animal ne témoigne aucune sensation sous l'action » des mors de la pince. On se demande alors si l'air, par son action sur un » nerf mis à découvert, n'a pas seul la propriété d'y déterminer les facultés » sensitives et contractiles? On institue alors l'expérience comparative sui- » vante.

» Exp. VIII. — On met sur le même animal, à découvert, les deux nerfs scia- » tique, poplité internes, on glisse sous chacun d'eux un morceau de taffetas » gommé; on verse quelques gouttes d'éther sur celui du côté gauche.

» A. Au bout de cinq minutes, on pique les deux nerfs d'une manière com- » parative avec une aiguille, on n'obtient aucun résultat.

» B. On serre le nerf qui a été soumis à l'action de l'éther, entre les mors » d'une pince; on ne détermine aucune sensation.

» C. On presse de la même manière le nerf qui n'a été soumis qu'à l'action » de l'air, l'animal pousse des cris et s'agite violemment.

» D. Le nerf, soumis à l'action de l'air, étant piqué plus près de la racine, » dans un lieu qui n'a pas été mis en contact avec l'éther, l'animal pousse des » cris et s'agite violemment.

» Exp. IX. — On découvre le cervelet sur un lapin, au moyen d'une couronne » de trépan; il s'écoule du sang en abondance par la plaie. A plusieurs re- » prises, on fait tomber sur le cervelet, mis à nu et privé de ses méninges, un » filet d'éther, en ayant soin de préserver les narines, de manière que l'animal » ne puisse en respirer.

» A. Au bout d'une demi-heure, on met à nu le nerf sciatique, on le sert en- » tre les mors d'une pince; le lapin pousse des cris et s'agite.

» B. Au bout de trente-cinq minutes, on fait tomber de nouveau sur le cer- » velet un filet d'éther.

» C. Au bout de quarante minutes, on met à nu le sciatique poplité interne » de l'autre côté; l'animal, malgré son extrême faiblesse, pousse encore des » cris très-faibles et s'agite. »

» De ces premières expériences, on peut provisoirement déduire :

» 1° La sensibilité est abolie dans le nerf qui a été soumis à l'action » de l'éther, dans les points qui ont été immédiatement soumis à cette » action et dans toutes les radiations qui immergent du nerf au-dessous de » ce point.

» 2° Dans la partie du nerf qui est au-dessus du point immergé dans » l'éther la sensibilité est conservée.

» 3° Pour tenir compte de l'action de l'air on a fait l'expérience sui- » vante : deux nerfs mis à nu l'un a été immergé dans l'éther, l'autre sou- » mis à l'action de l'air seulement. Expérimentés tous les deux au bout de » cinq minutes, le premier était entièrement insensible sous les mors de la » pince, le second avait conservé ses propriétés.

» 4° Dans toutes les expériences, les tentatives d'examen ont été faites, en » marchant de l'extrémité du nerf vers sa racine.

» 5° D'après une action si instantanée de l'éther liquide sur le tissu ner- » veux, il devenait important de savoir si l'application immédiate de la » strychnine sur le nerf ferait reparaître la sensibilité; la teinture de noix » vomique, la strychnine, et le chlorhydrate de strychnine sont restés » sans effet sur le nerf éthéré.

» 6° La strychnine et le chlorydrate de strychnine appliqués immédia- » tement sur un nerf normal, n'ont pas produit de contraction.

» 7° Enfin des expériences dans lesquelles nous laissons vivre les ani- » maux, afin de constater la persistance des effets de leur succession, » nous pourrons dès à présent conclure que la sensibilité et la motilité » sont abolies dans les rameaux nerveux situés au-dessous du point im- » mergé dans l'éther et dans les muscles auxquels ces rameaux vont se » distribuer.

	Viterbe.	Rome.
Juillet	21° R.	18,18° R.
Août.	23 (1)	18,31
Septembre	14 1/2	13,90

Viterbe est comme Rome, mais à un moindre degré, tributaire de l'endémo-épidémie palustre annuelle. D'après M. Armand, dans les six mois compris entre mai et octobre, 126 malades seraient entrés à l'hôpital, sur un effectif moyen de 350 hommes. Pendant le même intervalle, à Rome, 2,620 malades étaient admis aux hôpitaux, sur un effectif de 8,400, c'est-à-dire que, proportionnellement, la garnison de Viterbe a eu plus de malades. De plus, dans cette ville, les fièvres ont été deux fois aussi nombreuses que les autres affections, et sur 40 fièvres, notre ami le docteur Armand en a trouvé 6 pernicieuses. Il n'y a pas eu de morts; c'est le plus beau de l'affaire; mais toujours est-il que nous ne sommes pas bien rassuré, d'après ces documents du moins, sur la salubrité vantée de la ville de Viterbe, où l'on vit vieux, dit-on pourtant.

Viterbe possède, à quelques milles de ses murs, de grandes richesses en eaux thermales. Citons d'abord l'abondante source du *Bullicame* qui jaillit d'un véritable gouffre, en bouillonnant et en projetant des bulles d'hydrogène sulfuré, d'azote et d'acide carbonique. Cette source, qui suffirait à un vaste établissement, marque 60 à 63° c. d'après M. Armand, 58° d'après M. Gillet; non utilisée pour les bains, elle alimente des routoirs. Elle a été autrefois fréquentée, sous le nom d'*Aquæ Caiæ*, par les Romains, dont l'exploitation nous est encore signalée par des ruines étendues.

Les sources utilisées, parmi d'autres délaissées, sont celle *della Grotta*, ferrugineuse, *della Crociata* pareille au *Bullicame*, et une petite source magnésienne à laquelle on a recours comme laxative, mais dont les vertus ne sont pas très-prononcées, au dire des médecins du pays. Ces trois sources alimentent un établissement consistant dans un seul corps de logis isolé, assis dans un ravin. On y trouve 23 baignoires, 5 appareils pour les douches et une piscine pouvant recevoir 15 à 20 personnes. Les malades habitent presque tous Viterbe et viennent prendre leurs bains dans cet établissement, où cependant quelques-uns pourraient trouver gîte et nourriture, s'ils se contentaient du bien-être d'une simple auberge de petite ville. . . . .

L'eau ferrugineuse, qui marque 45° c., est en même temps arsénique, bromurée et iodurée, et légèrement hydrosulfurique. En fait de sels de fer, c'est le carbonate de peroxyde qui la minéralise; 1,000 grammes d'eau en contiennent 73 milligr. Les boues ferrugineuses sont infiniment plus riches, comme cela a toujours lieu, puisqu'elles recèlent 20 grammes du même sel; l'acide arsénique y figure aussi en quantité très-notable, 140 milligr. sur 1,000 gr.

Arrivons à la source dite sulfureuse de la *Crociata*, dont la composition est semblable à celle du *Bullicame*. Ces eaux ont été d'abord analysées par MM. Gilet, Dusseuil et Monsel, qui, obligés de procéder à une œuvre aussi délicate, sans moyens, sans laboratoire, presque sans instruments, sont arrivés à

(1) A Viterbe comme à Rome, on remarquera cette particularité météorologique, que le mois d'août, normalement moins chaud que juillet, l'a surpassé en température en 1851.

» En présence des résultats fournis par ces expériences nous avons dû » nous demander comment agit l'éther liquide sur le tissu nerveux.

» Est-ce par une action sédative analogue à celle de l'opium et de ses di- » verses préparations?

» Ou bien le tissu est-il altéré dans sa structure et sa composition » intime?

» Si l'éther liquide ne détermine qu'un effet sédatif sur le tissu ner- » veux avec lequel il est en contact, cet effet devra cesser après un cer- » tain laps de temps, et l'action nerveuse reparaître comme elle existait » précédemment.

» On explique de cette manière les résultats qui ont été observés sur » l'homme par suite des inhalations éthérées.

» Si, au contraire, l'éther liquide altère la composition intime du tissu » nerveux, on conçoit non-seulement que l'effet devra être plus durable, » mais même qu'il pourrait rester définitif.

» C'est vers cette dernière conclusion que nous conduisent nos expé- » riences. »

Je ne rapporterai aucune expérience relative à l'action du chloroforme sur le système nerveux, cet agent anesthésique agissant sur les mêmes points de l'arbre nerveux, que l'éther lui-même, mais avec une efficacité et une instantanéité bien autrement remarquables.

J'ai répété les expériences de M. Serres, qui m'ont paru d'une rigoureuse exactitude. Il est curieux de rapprocher de celles-ci quelques recherches faites dans le but d'éclairer le mode d'action de l'acide prussique sur nos organes.

Par une série de vivisections j'ai examiné la question sous tous ses points de vue, et je suis parvenu, je le pense du moins, à démontrer que l'acide prussique n'agit sur le système nerveux que par la voie de la circulation, et non en le mettant en contact direct avec les nerfs.

Qu'il me soit permis de rapprocher les expériences que j'ai faites à différentes époques de celles qui viennent d'être rapportées.

Exp. I. — Sur un lapin, j'ai fait préalablement la section des nerfs crural et sciatique; cette section a été suivie de vives douleurs dans le trajet des deux nerfs; les chairs sont devenues flasques et le mouvement a été perdu, ainsi que la sensibilité de la peau.

La section du nerf sciatique par degrés m'a offert les particularités suivantes: une petite section occasionnait des douleurs intolérables et n'altérait pas la sensibilité ou ne l'altérait que faiblement, et elle ne fut complétement abolie que par la solution de continuité entière. Il suffit donc qu'une partie même très-petite du nerf soit conservée, pour que le courant nerveux continue, et avec lui une partie de la sensibilité et du mouvement.

Quoi qu'il en soit, sur le même animal, j'ai fait une incision dans l'épaisseur de la jambe, et j'ai introduit de la strychnine dans la plaie; deux heures après l'animal était mort. Une heure s'était passée sans qu'il éprouvât aucun symptôme nerveux; je le remuai, et à l'instant même il se déclara des convulsions tétaniques auxquelles il succomba. Ces contractions laissaient quelque intervalle de calme et de repos, mais leur retour était immédiatement provoqué lorsqu'on changeait l'animal de place.

Après la mort, ce lapin offrait une roideur tétanique remarquable. Les veines étaient gorgées de sang. Il en était de même d'une partie de l'aorte, des veines azygos, caves, du foie, des intestins, des membres, qui contenaient une grande quantité de sang en partie liquide, en partie coagulé. Les veines pulmonaires, les oreillettes droite et gauche en étaient remplies; les ventricules en contenaient une petite quantité.

Exp. II. — Sur un autre lapin, j'ai incisé un muscle du membre abdominal, j'ai introduit de la strychnine entre les lèvres de la plaie, en même quantité que pour la première expérience. Le poison n'a eu aucun effet délétère. Chez cet animal, il n'y avait point eu de section préalable des nerfs crural et sciatique.

Exp. III. — Sur un troisième, j'ai incisé la cuisse à la partie inférieure, et j'ai introduit de la strychnine entre les lèvres de la plaie; en moins d'une heure, l'animal avait cessé de vivre.

A l'autopsie, je remarquai les mêmes phénomènes que j'ai signalés plus haut.

Il serait trop long de rapporter ici les autres expériences que j'ai faites sur ce point. Je dirai seulement qu'elles m'ont conduit à conclure:

1° Que l'intégrité des nerfs d'un membre *n'empêche pas* l'absorption d'un liquide vénéneux;

2° Que la section des nerfs d'un membre paraît favoriser l'empoisonnement, ou du moins donner plus d'activité et de promptitude à son action. Peut-on se rendre compte de ce phénomène? Peut-on expliquer cette différence d'action d'un poison, lorsque les nerfs ont été divisés ou sont restés intacts? L'absorption paraît s'animer davantage après la division des nerfs, parce que ceux-ci tenant sous leur dépendance les canaux dans lesquels circulent les liquides, l'équilibre est rompu; il en résulte que lorsque cette force a été détruite, l'absorption du poison paraît être plus active.

Lorsqu'on veut expliquer une mort prompte, on a aussitôt recours au système nerveux; on dit que c'est sur lui que le poison a agi. C'est dans le but d'éclairer cette question que j'ai tenté les expériences suivantes, dans lesquelles j'ai mis le poison en rapport direct avec les nerfs.

Exp. IV. — Sur un lapin, le nerf sciatique étant mis à découvert et divisé dans une partie de son épaisseur, et placé dans une gouttière pour protéger les parties environnantes, j'ai fait tomber sur lui une goutte d'acide hydrocyanique très-pur et préparé depuis peu d'heures, il n'en est résulté aucun phénomène, l'animal n'a pas éprouvé la moindre atteinte du poison.

J'ai fait tomber une goutte du même acide sur la conjonctive du même animal; il a été instantanément frappé à mort, après avoir éprouvé une roideur tétanique et des convulsions. L'œil est demeuré largement ouvert par l'écartement des paupières. Au point qui avait été touché par l'acide hydrocyanique, on apercevait une tache qui simulait une couche de poudre blanche répandue sur la cornée. On peut facilement enlever cette tache et rendre à la cornée sa transparence.

Les vaisseaux étaient gorgés de sang veineux, les poumons étaient rouges et les veines pulmonaires remplies de sang. Les cavités gauches et droites du cœur en contenaient aussi; ce sang était d'une couleur lie de vin.

Au moment où l'acide agit sur l'animal, les battements du cœur perdirent leur force et leur regularité; ils devinrent fibrillaires.

Une goutte de cet acide versée sur le cœur encore palpitant n'en arrêta pas les dernières contractions.

Exp. V. — Sur un autre lapin, la partie postérieure du canal vertébral ayant été détruite, je mis à découvert la moelle épinière, j'introduisis une goutte d'acide hydrocyanique dans son épaisseur, après l'avoir incisée. L'animal succomba, mais beaucoup moins vite que dans l'expérience précédente.

Exp. VI. — Sur un autre lapin, je portai une goutte d'acide hydrocyanique sur la conjonctive; la tache blanche dont j'ai parlé n'était pas plutôt dessinée sur la cornée, que les battements du cœur semblèrent s'arrêter d'une manière magique, et bientôt on ne sentit plus que de légers frémissements.

---

des résultats remarquables d'exactitude, qu'on ne pouvait certes espérer dans de telles circonstances, mais qu'a modifiés postérieurement l'analyse opérée, au laboratoire du Val-de-Grâce, par M. Poggiale.

Voici cette analyse:

	gr.
Acide carbonique libre ou provenant des bicarbonates.	0,4520
Acide sulfhydrique.	0,0097
Carbonate de chaux.	0,7320
— de magnésie	0,0140
Sulfate de chaux.	1,2440
— de magnésie.	0,1470
Chlorure de calcium.	0,0290
— de magnésium.	0,0070
Iodure de sodium	0,0130
Bromure de sodium	traces.
Alumine	0,0150
Carbonate d'oxyde de fer	0,0290
Fluorure de calcium.	traces.
Matières organiques.	0,1980
	2gr,8897

Les boues sulfureuses contiennent 22gr.,752 de soufre sur 1,000 grammes. Elles sont fort utiles dans les affections cutanées; on en transporte à Rome, et l'on prétend qu'elles peuvent se conserver une année.

On a jusqu'ici attribué au soufre les propriétés de ces eaux; cette manière de voir ne nous paraît point exacte. L'action de ces sources est évidemment très-complexe, grâce aux deux puissants altérants brôme et iode, au reconstituant fer, et enfin, à l'acide sulfhydrique.

La quantité de celui-ci, représentée par 6 centim. cubes, d'après M. Gilet, qui a opéré à la source même, paraîtra peu considérable, si on la compare à celle que contiennent les eaux essentiellement sulfureuses d'Aix-la-Chapelle, d'Aix-en-Savoie, etc. Même au sortir de la source, l'eau est claire, limpide, non opaline; versée dans les baignoires, elle ne répand plus d'odeur; au bout de quelques heures d'exposition à l'air, les réactifs n'y décèlent plus un atome de soufre; administrée en bains, quelle que soit l'insistance qu'on y mette, elle ne guérit point la gale. En parlant des effets physiologiques de ces eaux, M. Armand ne dit pas un mot de la *poussée*, que M. Beylot a cependant obtenue, mais peu marquée et sur très-peu d'hommes (1). Bref, le nom exclusif d'eau sulfureuse me semble usurpé par cette source; car, de l'avis de M. Poggiale, les autres principes minéralisateurs jouent certes un rôle très-important. Le brôme et l'iode agissent puissamment, même à des doses très-minimes; ils se prêtent, de plus, ici un mutuel secours, à cause de leur similitude d'action. Le fer ne consiste que pour 0,0290, selon M. Poggiale, tandis que, d'après l'analyse de MM. Gilet, Dusseuil et Mousel, il y trouverait 0,58 de car-

(1) Beylot, Rap. sur l'établ. therm. près Viterbe, *in* Rec. de mém. de méd. mil., t. X, année 1853. Ce rapport, dû à notre ami le docteur Beylot, contient des documents que nous avons utilisés.

Avant que l'animal succombât, la poitrine fut largement ouverte ; le cœur paraissait comme lumineux ; je le vis se gorger de sang veineux.

Il résulte des expériences précédentes et de beaucoup d'autres que je n'ai pas cru devoir rapporter ici : 1° que le plus violent poison ne trouble pas les fonctions générales, lorsqu'il est porté sur un gros nerf dépouillé à l'extérieur de ses vaisseaux, même lorsqu'il a été divisé incomplétement ;

2° Que porté sur un des renflements nerveux, le poison agit avec beaucoup plus de lenteur que lorsqu'on le met en contact avec la conjonctive ou une surface absorbante ; ce qui démontre évidemment qu'il n'a d'action sur le système nerveux que par l'intermédiaire du sang et de la circulation ;

3° Que dans toutes les expériences l'acide hydrocyanique a laissé une tache sur le point sur lequel il a été versé, et que cette tache peut facilement être enlevée par le frottement ;

4° Que la vie est instantanément éteinte par l'action de l'acide hydrocyanique sur le sang, qui, décomposé et chargé des principes de l'acide lui-même, va porter son action sur les sources du fluide nerveux, sur les renflements nerveux rachidiens, en l'épuisant et en empêchant sa formation ;

5° Que les cris de l'animal, indice d'une violente douleur, et ses contractions musculaires, trahissent une action profonde sur la moelle épinière, la protubérance annulaire, les tubercules quadrijumeaux et le cerveau ;

6° Que les contractions éprouvées par les animaux, et qui tendent à porter la tête en arrière, tiennent, non pas à une puissance particulière siégeant dans le cerveau, mais bien aux dispositions de certains muscles et à leur force ; car, après la décapitation d'une poule, d'un canard, on voit au contraire cet animal se porter en avant, ce qui est dû à la disposition des puissances musculaires.

Des expérimentateurs, dans l'intention d'éclairer le mode d'action du chloroforme sur les organes, ont introduit ce précieux anesthésique par des voies que le chirurgien ne pourrait choisir pour produire l'insensibilité ; mais je ne dois pas moins faire mention de ces expériences, auxquelles on a donné des interprétations si diverses.

M. J. Guérin a injecté du chloroforme dans le tissu cellulaire sous-cutané abdominal d'un chien, et il a vu « que les animaux éprouvent une » ébriété longtemps prolongée et une insensibilité plus marquée dans le » train postérieur que dans les parties antérieures. Ils peuvent supporter » des heures entières, quatre à cinq heures, cet état, et meurent pour ainsi » dire de toutes les parties avant de cesser de respirer. »

Le même auteur a introduit directement dans l'appareil de la circulation le chloroforme qui, mêlé au sang veineux, a produit une mort pour ainsi dire instantanée :

« A peine le chloroforme était-il injecté que l'animal mourut comme » foudroyé. Il ne jeta qu'un cri et n'éprouva aucune convulsion. Cela fut » l'affaire de 3 ou 4 secondes. La seule manifestation vitale qu'il ait donnée » après cette sidération est un mouvement incomplet de l'excrétion de » l'urine. Le pouls ni le cœur n'ont plus donné de battements appréciables. »

Que le chloroforme soit introduit dans l'organisme par les surfaces muqueuses, le tissu cellulaire, etc., il y a constamment action sur le système nerveux par l'intermédiaire de la circulation, et ces expériences ingénieusement exécutées ne peuvent pas, suivant moi, faire exception. Il faut cependant voir autre chose dans cette dernière expérience ; car ici le sang est altéré directement ou empoisonné par le chloroforme, introduit sous forme liquide et en certaine quantité. Un liquide, en effet, porté dans l'économie animale par absorption, ou par injection dans l'appareil sanguin, c'est deux choses essentiellement différentes, et qui par conséquent ne peuvent supporter la même comparaison. Un médicament, un poison, subissent pendant l'absorption des changements incontestables qui rendent son action moins perturbatrice que lorsque, sous forme liquide ou solide, il agit sur le sang lui-même.

Cela est si vrai, qu'après l'absorption du chloroforme on n'a rien trouvé dans les organes qui pût expliquer la mort. Le trouble fonctionnel a donc suffi pour tuer. Il n'en est pas de même lorsque le chloroforme a été introduit dans les vaisseaux sous forme liquide, et il est facile de comprendre alors comment il se fait qu'on ait pu rencontrer des lésions dans le sang et dans les poumons.

(La suite au prochain numéro.)

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA ROTULE ; par M. le docteur SEUTIN.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Il est une indication dont M. Baudens ne parle pas, dont on tient généralement fort peu compte, et que je regarde comme très-importante. Est-ce un membre qu'on traite ? ou bien est-ce une machine inerte ? Non, c'est un homme, doué de fonctions qui doivent s'exercer. Est-il rationnel de le laisser croupir dans son lit pendant deux mois, dans une position constamment la même, en décubitus dorsal, pour une lésion toute locale ? Évidemment non. Cette pratique sera même funeste au plus haut degré, si cet homme est un vieillard, un individu affaibli, débilité, un scrofuleux : son genou guérira, mais lui-même deviendra malade. Eh bien ! ma méthode obvie à ces inconvénients. Grâce à elle, le blessé se lève, si toutefois on l'a mis au lit, marche immédiatement après avec ou sans béquilles. M. Baudens remplirait-il cette indication avec sa boîte ? Pourtant elle est d'un prix inestimable pour la satisfaction du blessé, et ensuite pour sa santé.

Voici une observation où ces principes ont été appliqués avec le plus grand succès.

OBS. I. — Le ... 1830, madame la comtesse A. de T., âgée d'environ 50 ans, corpulente et de constitution forte, tomba à la renverse en descendant le grand escalier de l'église de Candenberg, par suite de la maladresse d'un paysan qui avait appuyé le pied sur sa robe. Il lui fut impossible de se relever et de marcher, et ses domestiques durent la porter dans sa voiture. Appelé immédiatement, je constatai une fracture oblique de la partie inférieure de la rotule gauche. Le fragment supérieur comprenait la plus grande partie de l'os, l'inférieur était formé par une portion peu considérable, restée attachée au ligament rotulien. La fente était dirigée en bas et en dedans, de façon qu'à la partie interne le ligament rotulien était tout à fait détaché. Il y avait écartement d'environ un pouce.

Cette dame avait eu, quinze années auparavant, une fracture transversale de

---

bonates et de sulfates, ce qui diffère du tout au tout ; car cette dernière analyse ferait classer le *Bullicame*, comme richesse, bien avant Pyrmont, Spa, Farges et tant d'autres eaux réputées essentiellement ferrugineuses.

Trois années d'observation des effets curatifs de ces eaux sur nos militaires de l'armée d'Italie, permettent déjà de se faire une assez juste idée de leurs vertus thérapeutiques.

Les maladies de la peau sont heureusement attaquées par les eaux dites sulfureuses, puisque, sur 15 cas, M. Beylot a obtenu 14 améliorations ou guérisons. Il est vrai que M. Beylot aidait aux bains par l'application de boues sulfureuses provenant du *Bagnaccio*, bas-fond marécageux situé à 4 milles de Viterbe, et qui paraît être l'ancien *Lacus Vadimonis*, célèbre dans l'histoire.

M. Armand place également en première ligne les affections *psoriques*, mais fait la remarque, déjà rapportée par nous, que la gale n'est point guérie par les eaux *della Crociata*. M. Armand donne l'observation de 26 maladies de la peau, dont 15 guéries, 11 améliorées (1).

Arthrites, engorgements articulaires, hydarthroses, ankyloses, douleurs rhumatismales articulaires et musculaires.

M. Armand a obtenu 6 guérisons, 4 améliorations, et M. Beylot, sur 27 cas, 19 améliorations et 4 guérisons.

Ajoutons qu'en 1850, année où M. Beylot fut chargé des eaux, la saison s'ouvrit prématurément le 25 avril et fut close le 15 juin, à l'époque où elle s'ouvre pour tout le monde. Ces circonstances ont contrarié le traitement.

Sur huit militaires blessés huit mois auparavant au siége de Rome, et chez lesquels persistaient des douleurs et de la faiblesse de la partie affectée, deux seulement ont éprouvé de l'amélioration. Mais les ulcères, les plaies indolentes, les trajets fistuleux sont très-avantageusement modifiés par l'usage combiné des eaux dites sulfureuses et des sources martiales.

M. Beylot a trouvé les eaux de Viterbe médiocrement utiles dans les affections syphilitiques ; M. Armand a été plus heureux, car, sur 22 cas, il a obtenu 9 guérisons et 9 améliorations ; restent 4 cas peu ou pas modifiés. Les douleurs syphilitiques, si fréquentes à Rome, ont été guéries 9 fois sur 20, 7 fois améliorées, et sont 4 fois restées stationnaires. Dans ces deux catégories de faits, notamment dans la première, un traitement antisyphilitique ayant été employé contemporainement aux eaux thermales, ces résultats ne doivent pas être considérés comme très-significatifs.

Les phlegmasies et les engorgements chroniques semblent exiger beaucoup de prudence dans leur traitement par les eaux de la *Crociata*, parce que ces affections se raniment souvent sous l'empire de ce puissant moyen d'excitation, phénomène dont on peut tirer parti pour la guérison, mais qu'il faut contenir dans de justes limites.

M. Armand n'avait pas jugé les eaux de Viterbe bien utiles contre les névralgies dans sa première année d'observation ; mais en 1852 il a obtenu quelques succès, puisque deux sciatiques ont été guéries, et une névralgie hémicranienne soulagée.

(1) M. Armand ne dit point sur combien d'hommes traités. Nous croyons cependant que ces 26 comprennent tous les sujets mis en traitement.

la rotule droite, qui était révélée par un sillon et une substance fibreuse d'un bon travers de doigt d'étendue.

La malade étant assise sur le bord de son lit, comme je l'ai indiqué, je rapprochai les deux fragments au contact, puis j'appliquai l'appareil décrit précédemment. Le pied soulevé par une bande en lisière qu'elle tenait à la main, cette dame put immédiatement, à l'aide d'un bâton tenu de l'autre main, se rendre à un fauteuil, dans lequel elle passa le reste de la journée. Pendant tout le temps nécessaire à la consolidation, elle ne resta pas une journée au lit, elle allait dans ses appartements; elle ne tarda même pas à sortir en voiture. Tout cela ne fit aucun tort à la réunion. Au bout de deux mois, elle put marcher sans appareil; on ne sentait plus qu'un intervalle presque linéaire entre les fragments; le genou était un peu roide, mais n'était pas ankylosé.

Il est facile de constater que la réunion a eu lieu par un cal osseux, et non par un tissu fibro-cartilagineux.

Tout ce que je viens de dire s'applique aux fractures compliquées aussi bien qu'aux fractures simples. S'il y a une différence entre elles, c'est que dans les premières l'immobilité, la compression, l'exclusion de l'air, sont encore bien plus nécessaires, puisque ce ne sont plus seulement les fonctions du membre qui sont compromises, mais la vie même de l'individu. La faculté de lever le malade et de le faire séjourner au grand air, ou changer d'appartement, est surtout précieuse dans les cas où il y a suppuration, et par conséquent possibilité d'infection purulente.

Voici la relation d'un cas dans lequel j'ai obtenu la consolidation osseuse à la suite d'une fracture compliquée.

Obs. II. — Le nommé Henri Eschmann (de Berne), 33 ans, tempérament bilieux et sanguin, courrier, fut apporté à l'hôpital Saint-Pierre, le 9 mars 1849. Il s'était trouvé sur le siége d'une voiture qui, après une descente rapide de la rue de Namur, avait versé à l'entrée de la place Royale. La joue et le genou gauche du blessé avaient porté contre les piliers de l'arcade. M. le docteur Limange, qui se trouvait sur les lieux, constata une fracture comminutive et compliquée de la rotule gauche et une fracture double du maxillaire inférieur. Les téguments de la partie antérieure du genou présentaient une large plaie assez nette, en forme d'y, de 3 centimètres d'étendue, à travers laquelle on put retirer deux éclats de la rotule. Après le rapprochement des fragments restants, M. Limange appliqua un bandage amidonné qui fut complété à l'hôpital, et prolongé jusqu'à la racine de la cuisse. Une potion cordiale fut administrée. (Bandage pour fixer la mâchoire.)

Le 10 mars, nuit bonne, intelligence assez nette, point de douleurs. Un peu d'agitation vers le soir. (Saignée, émétique en lavage, diète.)

Le 11, insomnie, rêvasserie; point de réaction, répétition de l'émétique. Section du bandage: la coaptation est parfaite; la plaie se réunit. On pratique à l'appareil deux incisions transversales, au-dessus et au-dessous du genou, pour former vis-à-vis de celui-ci une fenêtre qui permette de le visiter sans toucher au reste. Le bandage étant refermé, on fait asseoir le malade dans un fauteuil.

A partir de ce jour, rien n'est venu troubler la marche de la consolidation. La double fracture de la mâchoire, au niveau du bord antérieur du masséter gauche, et près de la première petite molaire droite, empêchant la mastication, le malade fut nourri de consommés et de potages épais. Cinq semaines ont suffi au rétablissement des fonctions du maxillaire.

Au bout de la première semaine, la déambulation fut permise au malade, avec les précautions ordinaires.

Eschmann quitte l'hôpital le 12 mai; consolidation complète des différentes fractures. La réunion *osseuse* des fragments de la rotule est sensible à une ligne rugueuse qui traverse obliquement son diamètre transversal. Simple roideur du genou.

Je viens de revoir ce malade (novembre 1850); rien dans sa marche n'indique que la rotule a été fracturée; les mouvements du genou ont recouvré toute leur étendue normale. On sent un léger sillon au niveau de l'ancienne fracture. Pendant la flexion, la rotule, au lieu de se loger entre les condyles du fémur, se porte vers le condyle interne, mais, je le répète, sans le moindre préjudice pour les fonctions du membre.

Permettez-moi, monsieur le rédacteur, de m'étonner de ce que M. Baudens n'ait fait aucune mention de ma méthode, dont les résultats, me semble-t-il, justifient bien la préférence que je lui accorde. Il la connaît pourtant: je la lui ai montrée à l'hôpital Saint-Pierre, où je lui ai remis en mains la première édition de mon ouvrage. Il n'a pas pu ignorer que je me suis rendu à Paris, où je l'ai appliqué pour une fracture de la rotule, dans le service de M. Jobert (de Lamballe); le blessé a marché immédiatement après, en présence d'une foule de médecins et d'élèves. Voici l'observation de ce cas.

Obs. III. — Louis Poirier, opticien, âgé de 20 ans, demeurant rue Popincourt, 55, à Paris, entra le 26 juin 1850 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert, où il fut couché dans la salle Saint-Côme, lit n° 4. Il fut examiné le 27; le genou était tuméfié, la partie antérieure de l'articulation présentait les traces d'une vaste ecchymose. M. Jobert trouva une fracture transversale de la rotule. J'appliquai mon appareil tel que je l'ai décrit; je le fortifiai par des attelles en carton sec, et le blessé put immédiatement, en s'aidant d'un bâton, faire le tour de la salle. Tous les praticiens et les élèves qui étaient présents constatèrent le fait, et entre autres M. le docteur Rigal de Gaillac, membre de l'assemblée nationale et praticien des plus distingués. La chose était tellement extraordinaire qu'on aurait pu douter de la réalité de la fracture, si le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu ne l'avait lui-même constatée.

Lorsque je quittai Paris ce jeune homme était dans l'état le plus satisfaisant; j'ai appris depuis qu'il était sorti le 2 août, complétement guéri. Si l'appareil n'eût été bien maintenu, je ne doute pas que ce blessé, que je n'ai plus revu, n'offre un nouvel exemple de consolidation osseuse.

Il est vrai que j'ai appris depuis que M. Jobert n'applique pas ma méthode et que, malgré ce succès, il continue encore à tenir ses fracturés au lit, le membre maintenu par des lattes. Ceci me rappelle ces malheureux amputés de l'Hôtel-Dieu de Paris, dont on plongeait encore les moignons dans de l'huile bouillante, cinquante ans après qu'Ambroise Paré avait introduit l'usage de la ligature. Ceci me rappelle également l'opposition que rencontra la découverte de Jenner.

Ce n'est pas seulement à Paris et à Bruxelles que j'ai fait constater l'efficacité de ma méthode. Le 21 novembre 1851, à l'hôpital Pellegrini à Naples, en présence de MM. les professeurs Pellegrini et Collucci qui occupent un rang très-distingué dans la science, en présence de plus de quatre cents élèves, j'appliquai mon appareil pour une fracture de la rotule. Immédiatement après le blessé marcha et fit le tour d'une grande salle sans devoir même se servir ni de béquilles, ni de bâton, ni du bras d'un aide. Le 23 novembre, en présence d'un plus grand nombre d'élèves encore, j'opérai la section du bandage. M. le docteur Collucci me témoigna son admiration et me remercia publiquement au nom de ses collègues et de ses élèves. Je suis heureux de profiter de cette occasion pour lui exprimer combien j'ai été touché de cet accueil si flatteur dont je conserverai toujours le souvenir.

Le 29 novembre 1851 je me trouvais à Rome. J'étais allé à l'hôpital Saint-André où je rencontrai M. Petronelli, chirurgien principal, qui m'accueillit avec une obligeance sans bornes. Il me conduisit chez M. Depérussis, lieutenant-colonel du 32e, qui était atteint de fracture de la rotule. Je lui

---

Enfin les eaux ferrugineuses sont utiles aux anémiques, aux individus plongés par les fièvres dans la cachexie palustre et porteurs d'engorgements des viscères abdominaux. Ces sujets demandent en outre à être quelquefois soumis aux eaux altérantes et hydrosulfuriquées de la *Crociata*, desquelles on peut espérer une excitation passagère propre à donner un coup de fouet à l'économie languissante, et une modification dans la crase du sang qui, dans ces cas, exige autre chose qu'une simple réconfortation, qu'une simple révivification. Nous l'avons dit en effet ailleurs, les ferrugineux ont une action bien lente dans la cachexie palustre; il semble qu'il faille déplacer, neutraliser un *quid* circulant avec le sang; et le brôme et l'iode, altérants par excellence, peuvent donner l'espoir de remplir cette indication.

Félix Jacquot.

— A Christiania (Norwége), au 2 septembre, on comptait 490 cas de choléra. Dans la ville, les faubourgs et la banlieue, le nombre des décès s'élevait à 392.

— Quelques cas de choléra se sont montrés à Moss et à Drammez.

— On comptait à Berlin, le 7 septembre, 136 personnes mortes du choléra. L'état sanitaire des troupes qui prennent part aux manœuvres est satisfaisant.

— On écrit de Gothenbourg (Suède), 31 août:

« Jusqu'à présent 70 personnes sont tombées malades du choléra ici et dans les faubourgs; 30 sont décédées.

» A Majorna, il y a 54 décès sur 140 cas de choléra. »

— Nous lisons dans une lettre de la Nouvelle-Orléans datée du 7 août:

« La fièvre jaune, qui a fait ici son apparition depuis plusieurs semaines et qui, sans doute, est une de ces pluies fatales qui nous ont si longtemps désolés, la fièvre jaune a aujourd'hui une marche de géant. Jamais le fléau n'a été plus intense, jamais il n'a mieux étendu ses lugubres ailes sur notre pauvre ville. Depuis vingt-quatre heures surtout, sa puissance semble avoir acquis des forces nouvelles, et ses brûlantes étreintes tuent en quelques heures; de vendredi matin, six heures, à samedi même heure, la fièvre jaune a ouvert 208 tombes. Ce chiffre rappelle les journées les plus meurtrières du choléra.

» A cette heure, la maladie a un caractère des plus alarmants. En effet, elle est si prompte dans ses progrès que le médecin a peine à la suivre; elle défie la science par son incroyable rapidité.

— On écrit de Rome, 29 août:

« Une fièvre endémique fait en ce moment beaucoup de ravages à Rome. Les hôpitaux de San-Giovanni, de San-Spirito et de San-Giacomo ne sont pas assez vastes pour recevoir tous les malades. Il a fallu louer des maisons dans les environs. »

— Il règne depuis quelque temps à Paris une affection épidémique qu'on désigne sous le nom de cholérine, et qui, comme le choléra, se manifeste par des douleurs dans les intestins. Cette affection est, du reste, très-bénigne, et se guérit avec des soins au bout de quelques jours. Il s'est fait remarquer néanmoins dans les hôpitaux quelques cas de cholérine très-graves. Une bonne nourriture est le meilleur préservatif de cette affection.

appliquai mon appareil, conjointement avec le chirurgien-major de son régiment, et immédiatement il put se lever et sortir en voiture. Le 12 décembre, j'obtins les mêmes résultats à l'hôpital de Gênes, en présence de M. le professeur Bussi et autres.

Je reviens à M. Baudens. J'ai offert au gouvernement de S. M. l'empereur d'aller, à mes frais, exposer ma méthode dans les principaux hôpitaux de la France et de l'Algérie, comme je l'ai fait en Russie, au Caucase, à Constantinople, en Italie, à Lyon. Le gouvernement a accepté ma demande ; mais voulant que mes efforts servissent à quelque chose, j'ai désiré que le service de santé militaire fût représenté par une commission chargée officiellement d'apprécier ma méthode et de faire un rapport. Ma proposition fut soumise au conseil de santé qui jugea la chose inutile, paralysant ainsi les bonnes dispositions du gouvernement. J'avoue que je m'attendais à une autre décision de la part des médecins éclairés qui composent ce conseil.

Je ne m'étendrai pas davantage là-dessus; je ferai seulement remarquer qu'il ressort du travail de M. Baudens que ma méthode est loin d'être connue et appréciée.

Si j'ai pris la liberté de vous adresser ces réflexions, monsieur le rédacteur, c'est pour engager tous les praticiens à l'expérimenter, à la comparer avec les autres, et à la juger impartialement d'après sa facilité d'application et ses résultats.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT DE WURTEMBERG.

(Deuxième semestre de 1862.)

ALTÉRATION REMARQUABLE TROUVÉE SUR LE CADAVRE D'UN SUICIDÉ AGÉ DE 74 ANS; par le docteur ARNOLD (de Balingen).

OBS. — Cet homme, père de sept enfants, avait toujours vécu en bonne intelligence avec sa femme. A la mort de celle-ci, il laissa son petit avoir à son fils, à la condition d'être logé, nourri et entretenu par ce dernier. Il fut atteint du typhus à l'âge de 62 ans et se remit parfaitement. Trois à quatre ans plus tard, il se plaignait de temps à autre de maux de tête, et dans ces derniers temps il était sujet aux vertiges, mais ces indispositions ne l'empêchaient pas de travailler. Ne manquant de rien, on n'avait jamais remarqué en lui aucune propension au vol. Cependant, un dimanche, il profita du moment où tous les habitants d'une maison qu'il avait coutume de fréquenter étaient à l'église, pour monter au grenier et charger sur ses épaules un sac d'avoine. Surpris dans le corridor par sa propre fille, celle-ci lui dit de remettre le sac où il l'avait pris. C'est ce qu'il fit en effet; puis, redescendu dans la chambre d'habitation, il saisit un rasoir sur un meuble et se coupa le cou; mais la blessure n'étant pas assez profonde, il courut dans la grange, prit une corde et se pendit à une hauteur de douze pieds au-dessus du sol.

Voici les principaux résultats de l'autopsie. Les os du crâne étaient très-épais; le crâne était, du reste, bien conformé. A l'incision de la dure-mère, il s'écoula environ une once et demie d'une sérosité limpide. La surface des deux hémisphères était recouverte d'une exsudation de lymphe plastique, et l'hémisphère gauche tout entier était caché par une production fibreuse, faiblement adhérente à la dure-mère, et qu'on put détacher facilement. La région correspondante du cerveau était fortement déprimée, et l'hémisphère gauche plus petit que le droit. Le ventricule gauche était réduit de moitié, tandis que le droit avait le double de sa capacité ordinaire et se trouvait rempli de sérosité. La substance cérébrale était saine. Le corps étranger qui avait déprimé d'une manière si remarquable l'hémisphère gauche fut examiné avec attention. Il avait 7 pouces de longueur, 2 de largeur, un demi-pouce à un pouce d'épaisseur, et pesait 7 onces (environ 200 grammes); il se composait d'une capsule fibreuse très-résistante entre les parois de laquelle était déposée une matière grumeleuse jaunâtre, d'un aspect graisseux, qui, examinée au microscope, parut composée de corpuscules purulents déformés, semblables à des corpuscules de lymphe exsudée, et de cristaux de cholestérine avec des plaques irrégulières pareilles à celles qu'on rencontre dans le pus cancéreux.

Il est, certes, très-remarquable que cet homme ait pu vivre aussi longtemps avec une pareille lésion, qui a peut-être commencé à se produire pendant le typhus, et à laquelle il faut attribuer les maux de tête et les vertiges dont il se plaignait de temps à autre. D'un autre côté, on ne peut s'empêcher de voir une relation étroite entre la lésion cérébrale et le penchant au vol qui paraît s'être développé subitement, et dont la non-réussite a conduit ce malheureux à mettre fin à ses jours. Pourrait-on dire que cet homme jouissait de son entière liberté ? Nous ne le pensons pas, et pourtant, avant de consommer son crime, il paraissait et il aurait paru aux yeux de tout le monde, jouir de la plénitude de ses facultés.

HÉMORRHAGIE INTESTINALE CHEZ LES ENFANTS NOUVEAU-NÉS; par le docteur BOEHLEN (d'Ulm).

Cette maladie des enfants nouveau-nés n'est pas de celles que l'on rencontre fréquemment. L'auteur en a observé deux cas : le premier concerne un enfant bien portant, venu à terme, qui fut pris, huit jours après sa naissance, d'aphthes et de diarrhées. Au bout de quinze jours l'enfant, très-affaibli, se trouvait cependant un peu mieux, lorsqu'il évacua tout à coup par le bas, en poussant de violents cris, des matières sanguinolentes, grumeuses, d'un brun noirâtre. Ces évacuations se renouvelèrent quatre ou cinq fois pendant la nuit; l'enfant mourut dans la matinée. L'autopsie ne révéla, pour ainsi dire, aucune lésion, si ce n'est un gonflement des follicules isolés qu'il est assez naturel de rattacher à la diarrhée chronique dont le petit malade était affecté. L'intestin ne renfermait plus aucun coagulum sanguin.

Le second cas se rapporte aussi à un enfant venu au monde dans un état parfait de constitution et de santé, qui mourut quarante-quatre heures après la naissance, après avoir rendu une grande quantité de sang par la bouche et par l'anus. L'intestin tout entier, depuis le tiers supérieur du jéjunum jusqu'à l'extrémité du rectum, était rempli de sang plus ou moins coagulé, adhérent à la muqueuse. L'examen du thorax fit voir deux anomalies curieuses : le poumon ressemblait à un poumon de fœtus par sa position dans le thorax; il était marbré de rouge et de bleu, et présentait sur un grand nombre de points un aspect jaune ou blanchâtre, anémique. Le conduit de Botal était ouvert et représentait une troisième branche de l'artère pulmonaire, plus volumineuse que les deux autres, et qui allait se jeter dans le lobe supérieur du poumon gauche.

SUR LA PRÉSENTATION ET SUR LA PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL, DANS LES POSITIONS DE LA TÊTE; par le docteur ELSASSER (de Stuttgart).

M. Elsasser relate dans son intéressant travail 41 observations de chute du cordon ombilical, dont 30 ont été faites dans l'espace de vingt-deux ans, à l'établissement obstétrical de Stuttgart, sur 4,200 accouchements à terme, avec présentation du crâne, ce qui donne le rapport de 1 à 140. Sur ces 41 accouchements, il y eut 25 enfants vivants (12 garçons et 13 filles) et 16 morts (19 garçons et 4 filles), d'où il suit que la proportion des enfants sauvés égale à peu près les cinq huitièmes des cas; 22 accouchements furent abandonnés à la nature, 19 furent faits par les secours de l'art, et sur ce dernier nombre on appliqua treize fois le forceps, et l'on fit six fois la version sur les pieds. Relativement aux positions, la première se présenta vingt-sept fois, la deuxième quatre fois, la troisième aussi quatre fois, et enfin il y eut six positions obliques ou indéterminées. Le cordon se présentait à l'orifice avant la rupture des membranes, dans 20 cas dont 17 fœtus vivants et 3 morts, et formant procidence, les membranes étant rompues dans 21 cas, 8 vivants, 13 morts. Le cordon était placé en avant du bassin treize fois, à droite et en arrière cinq fois, à gauche et en arrière treize fois, dans l'excavation du sacrum six fois, dans une position indéterminée quatre fois. Dans 7 cas, le cordon était maigre, dans 27 de grosseur moyenne, et dans 7 cas très-épais. Sa longueur était de 14 à 20 pouces dans dix-sept fœtus, et dans vingt-quatre fœtus de 20 à 30 pouces. Le plus grand cordon mesurait 40 pouces, le plus court 14. Le cordon était en même temps enroulé autour du cou, dans trois enfants une fois, dans un enfant deux fois, et une fois autour du pied, ce qui montre que l'enroulement du cordon n'empêche pas toujours sa procidence.

L'autopsie a montré des stases sanguines dans le cerveau ou dans divers organes abdominaux (foie, rate, reins). Nous ne dirons rien des causes ni du pronostic; ce dernier est, comme on sait, presque toujours mauvais pour l'enfant.

Dans l'examen des règles à suivre pour le traitement, l'auteur pose en principe que l'indication principale consiste à empêcher la compression du cordon ou à le faire cesser le plus promptement possible quand elle existe. Mais, pour atteindre ce but, il n'existe aucune règle générale; chaque accoucheur doit agir d'après le cas particulier qui se présente. Il est important de ne pas se laisser induire en erreur par une fausse apparence d'innocuité; car d'un instant à l'autre le danger peut survenir. C'est ainsi, par exemple, que la simple présentation du cordon peut se changer subitement en procidence, lorsque la poche des eaux vient à se rompre.

Quand il n'y a encore que simple présentation, il convient de donner à la femme une position de nature à favoriser le retrait de l'anse qui menace de sortir par l'orifice utérin. Quand l'orifice est suffisamment dilaté, on peut tenter, dans les intervalles des maux, la réduction du cordon, sans déchirer les membranes, ou bien on brise la poche et l'on s'empresse d'opérer la réduction pendant que les eaux s'écoulent. Mais, dans aucun cas, il ne convient d'attendre que la poche s'ouvre d'elle-même.

Dans les cas de procidence du cordon, on arrive quelquefois, par un accouchement rapide, à mettre au jour un enfant vivant, quand les contrac-

tions sont énergiques, l'enfant petit ou le bassin large; mais le plus souvent on est forcé de réduire le cordon le plus tôt possible, et, suivant les cas, d'abandonner l'accouchement à la nature ou de l'achever par les secours de l'art.

Dans ce dernier cas, l'emploi du forceps est préférable à la version sur les pieds, quoique celle-ci soit quelquefois seule indiquée; l'opération doit être conduite aussi rapidement que possible.

La version sur la tête, toujours préférable à celle sur les pieds, doit être précédée de la réduction du cordon. Il ne faut pas négliger cette dernière précaution, même quand il existe des signes de la mort présumée ou prochaine du fœtus, car cette mesure ne peut jamais nuire, et l'on a des exemples où, malgré la présence de signes très-inquiétants, l'enfant a pu être sauvé. La réduction doit se faire à l'aide de la main introduite tout entière, et il faut attendre, pour la retirer, que quelques contractions aient engagé la tête. L'emploi de la main, pour cette opération délicate, est préférable à tous les instruments.

CORPS ÉTRANGERS DANS L'ARTICULATION DU GENOU; par le docteur MORING (1).

OBS. I. — Un jeune garçon de 16 ans vint consulter l'auteur pour une affection du genou droit; celui-ci était deux fois plus gros que le gauche et offrait une fluctuation qui annonçait l'existence d'une grande quantité de synovie. Un an auparavant ce garçon avait fait une chute, et c'est depuis cette époque que le genou se tuméfia et devint le siége de douleurs continuelles. Des saignées, des vésicatoires, des frictions de mercure, d'iode et de tartre stibié, le moxa et le fer rouge furent sans résultat. Un examen attentif fit reconnaître la présence d'un corps étranger mobile dans l'intérieur de l'articulation. L'auteur procéda le lendemain à l'extraction de ce corps par une large incision pratiquée au côté externe de l'articulation; il s'écoula une grande quantité de synovie, suivie de la sortie du corps étranger lui-même. La plaie fut réunie par des bandelettes et le membre maintenu dans l'extension; des fomentations froides furent appliquées immédiatement après l'opération et continuées pendant trois jours. Le quatrième jour, la réunion était parfaite; le malade put retourner chez lui le neuvième jour, parfaitement guéri. Le corps étranger était cartilagineux, lisse, et avait la grosseur et la forme d'une forte amende.

OBS. II. — La deuxième observation concerne un jeune homme qui, depuis plus d'un an, se plaignait souvent de douleurs pendant la marche; le genou gauche était fortement tuméfié. Ayant reconnu la présence d'un corps étranger, l'auteur en pratiqua l'extraction comme précédemment et soumit son malade au même traitement. Le corps étranger avait la grosseur d'une amende et était presque complétement ossifié. Huit ans plus tard, la même affection se reproduisit; elle exigea une nouvelle opération à l'aide de laquelle on extirpa de l'articulation un petit corps lisse, cartilagineux, de la grosseur d'une fève.

L'auteur regarde comme non fondée la crainte de l'entrée de l'air dans l'articulation; l'application immédiate et continue du froid suffit pour prévenir l'inflammation, et c'est surtout à cette précaution qu'il attribue la guérison rapide de ses opérés.

OPÉRATION D'UN GOÎTRE CYSTIQUE PAR INCISION; par le docteur BLUMHARDT (de Stuttgart).

La GAZETTE MÉDICALE (1852, p. 362), a reproduit un article du docteur Seitz, dans lequel on décrit l'opération du goître cystique par la simple incision. C'est une opération semblable qui a été exécutée avec succès par le docteur Blumhardt.

OBS. — Une femme âgée de 26 ans portait depuis l'enfance un goître qui était devenu, depuis trois ans, très-volumineux et gênant. On pouvait y distinguer trois portions ou trois lobes; l'un correspondant à la corne gauche du corps thyroïde, avait la grosseur d'un œuf d'oie, le lobe moyen était gros comme un œuf de poule, et le troisième correspondant à la corne droite avait le volume du poing. On ne percevait à travers la peau aucune pulsation artérielle ni aucune induration; on sentait une fluctuation très-obscure, mais quand on pressait fortement sur un côté, on voyait le côté opposé augmenter de volume, ce qui indiquait assez clairement l'existence d'un liquide. Cependant, pour mieux s'en assurer, l'auteur fit une ponction exploratrice qui le confirma dans ses prévisions. L'opération fut pratiquée de la manière suivante: à l'aide d'un pli fait à la peau, on divisa les téguments par une incision longitudinale depuis la hauteur du larynx jusqu'au sternum; on mit ainsi à nu la tumeur, après avoir coupé sur une sonde cannelée le tissu cellulaire sous-cutané. Une ponction ayant été pratiquée au centre de la tumeur, il en sortit un jet d'un liquide brunâtre assez épais. Le kyste fut alors incisé dans toute sa longueur avec le bistouri et avec des ciseaux. On vit que le sac était constitué par une substance dure, lardacée, et, en certains endroits, cartilagineuse. Après qu'on eut, soit avec le doigt, soit à l'aide d'injections, nettoyé le kyste, on en fixa les bords contre l'ouverture des téguments, puis on remplit de charpie les culs-de-sac antérieur et postérieur de cette grande cavité. Une seule petite artériole fut liée; la plaie fut recouverte d'un simple linge huilé. Pendant les premiers jours il s'écoula une grande quantité de pus fétide. Le cinquième jour, il y eut redoublement de fièvre, céphalalgie, vomituritions, langue chargée, constipation, inflammation des bords de la plaie qui étaient très-sensibles. Ces accidents furent combattus avec succès par une saignée, des sangsues et de légers laxatifs. Au bout de trois semaines à un mois, la suppuration devint moins copieuse et moins fétide, le fond de la plaie commença à se couvrir de bourgeons. Cependant il se forma du côté droit de la tumeur un abcès sous-cutané que l'on dut ouvrir et inciser largement pour donner une prompte issue au pus qu'il renfermait. A partir de ce moment la tumeur entière diminua et la guérison ne tarda pas à s'opérer. La durée du traitement fut d'un peu moins de deux mois.

(1) Voir sur le même sujet le n° 30 de la GAZ. MÉDIC., 23 juillet 1853, p. 470.

NÉVROSE PARTICULIÈRE DES NERFS VAGUE ET ACCESSOIRE, PRODUITE CHEZ UN ENFANT PAR UNE ALIMENTATION TROP COPIEUSE; par le docteur DURR (de Stuttgart).

OBS. — Marie, belle enfant âgée de 17 semaines, est allaitée par sa mère, mais reçoit en outre deux bouillies par jour et une décoction d'orge torréfiée. La quantité de bouillie avait encore été augmentée à partir de la dixième semaine, parce que la mère, qui avait eu ses règles, donnait le sein moins souvent. Les selles devinrent irrégulières, l'enfant fut pris de vomissements et de légères convulsions. L'auteur commença par donner un purgatif, puis il prescrivit l'oxyde de zinc, mais les convulsions augmentèrent d'intensité et se renouvelèrent trois ou quatre fois par jour. L'accès commençait par une forte inspiration, les yeux devenaient fixes, puis l'enfant était pris de hoquets, de vomissements, de secousses des muscles du visage et des épaules, de constriction du cou; la face devenait bleue, la tête était jetée en arrière et sur le côté; enfin un nouveau vomissement terminait l'accès qui durait de 30 à 60 secondes. Pendant ce temps, la respiration était à peine sensible, les contractions du cœur excessivement rapides, et le pouls radical imperceptible.

Le zinc ayant été employé pendant quinze jours sans aucun amendement, M. Dürr prescrivit de ne donner à l'enfant que du lait de vache pur; seulement, pendant quelques jours il fit infuser dans ce lait une petite quantité de rhubarbe. Les accidents ne tardèrent pas à se calmer; cependant, comme ils revenaient encore de temps à autre, on appliqua sur l'épigastre un petit vésicatoire sur lequel on saupoudra un sixième de grain de morphine. De ce moment les accès cessèrent tout à fait.

Nous avons reproduit ce fait pour rappeler aux médecins combien l'observation du régime est importante, surtout chez les petits enfants. Il est évident que l'affection nerveuse dont il est ici question avait été provoquée par une alimentation trop abondante et peu appropriée à un âge aussi tendre. Heureux encore quand cette méthode inconsidérée de gorger les enfants de nourriture n'a pas de suites plus graves!

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 AOUT. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU DIABÈTE.

M. MARCHAL (de Calvi) adresse sur ce sujet la note suivante:

J'ai eu l'honneur, dit-il, de faire connaître à l'Académie, dans une de ses dernières séances, un cas de *gangrène diabétique*. Il s'agissait d'un homme de 54 ans, qui portait deux foyers gangréneux à la partie postérieure du tronc, et une large plaque phlegmoneuse et œdémateuse à la face externe de la cuisse gauche. En recherchant la cause diathésique ou générale de ces lésions, j'avais été conduit à supposer que cet homme avait du sucre dans les urines, et l'analyse avait confirmé cette supposition. La quantité de sucre était considérable: 95, 78, 64 grammes par litre dans plusieurs analyses successives.

Je donnais mes soins, en même temps, à un homme d'une quarantaine d'années, amaurotique et paraplégique, ayant toute son intelligence. L'affection, évidemment, avait son siége dans l'axe cérébro-spinal; mais quelle était la cause générale qui régissait cette affection, en d'autres termes, quelle était la maladie? Après quelques hésitations, je m'arrêtai à l'idée d'une double diathèse, rhumatismale et dartreuse.

Le malade avait éprouvé des douleurs erratiques dans diverses parties du corps; voilà pour la diathèse rhumatismale: quant à la diathèse dartreuse, voici ce qui me la faisait admettre. Il avait, depuis très-longtemps, aux jambes, aux cuisses et sur les épaules, une éruption confluente de pustules qui se succédaient sans cesse; pustules uniformes, sanguinolentes, un peu sanieuses, mais non purulentes, laissant après elles une dépression d'un rouge foncé. De plus, et c'est ce qui embarrassait le diagnostic, il se produisait continuellement, sur diverses parties du corps, des furoncles, lents à se former, et donnant lieu généralement à une perte considérable de tissu cellulaire; quelques-uns étaient très-volumineux. La cure sulfureuse, que j'avais prescrite, n'avait eu d'autre effet que d'améliorer l'état des forces, lorsque je fus appelé auprès du malade dont il est question au commencement de cette note, et chez lequel je parvins à reconnaître, par induction, l'existence du diabète. Or ce malade avait eu un grand nombre de furoncles. De même, le sujet de mon premier cas de gangrène diabétique, observé il y a deux ans, avait eu de nombreux furoncles, et, en outre, il avait présenté aux jambes une éruption semblable à celle que je voyais actuellement chez mon paraplégique. Je fus frappé tout à coup de ce rapprochement, et j'eus l'idée que ce dernier malade pouvait aussi être diabétique.

Les essais auxquels l'urine fut soumise montrèrent que cette conjecture était fondée, mais firent de plus reconnaître certaines causes d'erreur qui, si l'on n'y avait égard, pourraient empêcher de reconnaître la présence du sucre dans des urines qui en contiennent une faible quantité.

Ne pouvant suivre l'auteur dans les développements qu'il donne relativement à cette question, non plus que dans les considérations que lui suggèrent les observations qu'il a faites à diverses époques sur les malades atteints de diabète, nous nous bornerons à reproduire les propositions par lesquelles il résume en terminant sa note, et qu'il présente dans les termes suivants:

Beaucoup d'individus sont diabétiques, et peuvent l'être pendant de longues années, sans qu'on ait lieu de le reconnaître, les signes ordinaires du diabète faisant défaut ou étant très-peu marqués.

Il est essentiel d'examiner les urines des individus qui se plaignent de fatigue habituelle et d'un affaiblissement des extrémités inférieures.

Des urines d'une densité normale peuvent contenir du sucre; il pourra même arriver, chez des individus épuisés, que l'urine diabétique soit moins dense qu'à l'état normal.

Il semblerait que la liqueur saccharimétrique peut éprouver une altération par suite de laquelle elle devient impropre à déceler une médiocre quantité de sucre contenue dans l'urine.

Il peut exister du sucre dans les urines, en quantité faible, mais suffisante pour constituer le diabète, sans que le polarimètre en indique l'existence.

La présence d'un sel ammoniacal dans les urines diabétiques peut empêcher ou atténuer la réunion du bioxyde de cuivre par le glucose.

Dans ce cas, un excès de potasse caustique favorise la réaction, ou même la détermine quand elle était impossible.

Les diabétiques sont sujets à des éruptions pustuleuses et furonculeuses, phénomènes nécrosiques qui peuvent préluder à la gangrène proprement dite, dont il existe aujourd'hui cinq exemples, à ma connaissance.

Il importe essentiellement d'examiner les urines des individus affectés d'éruptions pustuleuses et furonculeuses, et de gangrène dite spontanée.

Il serait possible que la glucosurie pût produire la paraplégie, comme elle produit l'amaurose; dès lors il est essentiel d'examiner l'urine des paraplégiques, comme celle des amaurotiques.

Le traitement de la paraplégie glucosurique devrait être, avant tout, celui de la glucosurie.

On a lieu de supposer que l'abus du sucre dans l'alimentation peut devenir une cause de paraplégie et d'amaurose, et il ne serait pas impossible que le nombre croissant de paralysies observées de nos jours dût être attribué, en partie, à cet abus.

QUANTITÉ D'IODE CONTENUE DANS LES EAUX, L'AIR ET LES PLANTES ALIMENTAIRES DE LA HAVANE.

M. CASASECA adresse une note sur la faible quantité d'iode contenue dans l'eau de la rivière Almendares, qui fournit aux besoins de la population de la Havane, ainsi que dans les plantes terrestres et dans l'atmosphère des tropiques.

Les belles recherches de M. Chatin sur l'iode contenu dans l'air, dans les eaux douces, dans les plantes terrestres et les terrains arables de la France, de la Suisse et des États sardes, ont dû intéresser tous ceux qui aiment les sciences, de même qu'elles ont attiré puissamment l'attention du monde savant. Or il est reconnu qu'à la Havane, et généralement dans toute l'île de Cuba, il n'existe pas de goître primitif; aussi M. Casaseca a-t-il dû croire que l'eau de la rivière Almendares, les plantes terrestres et l'atmosphère des tropiques devaient être fort riches en iode, et cependant il n'en est point ainsi.

Il résulte des recherches de M. Casaseca que les eaux que l'on boit à la Havane sont pauvres en iode; que les plantes terrestres de l'île de Cuba le sont aussi, et que l'atmosphère tropicale paraît l'être encore davantage. Si, d'ailleurs, nous ajoutons, dit-il, que les causes débilitantes, celles qui affectent le système lymphatique, sont plus fortes ici que partout ailleurs, mauvaise nourriture, transpiration abondante et continuelle, miasmes et causes d'infections, multipliés et reproduits à l'infini, on conviendra avec moi, je pense, qu'il est fort extraordinaire que le goître primitif ne soit pas connu à la Havane, et généralement à l'île de Cuba. Quelle en est donc la cause? Un médecin fort distingué de cette ville, le docteur Dupierris, à qui j'ai communiqué mes observations, croit devoir l'attribuer au déplacement de l'air et au renouvellement continuel des couches atmosphériques par la brise journalière qui règne à la Havane, auxquels nous devons ajouter une cause non moins efficace, la rapide purification de cette atmosphère par une belle et puissante végétation, toujours verdoyante, sous l'influence de l'éclatante lumière du soleil des tropiques. »

— M. JOBERT (de Lamballe) communique un mémoire sur l'influence de l'électricité dans les accidents chloroformiques. C'est la suite du travail dont la publication est commencée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BACQUART

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Un rapport de M. le docteur Degen, médecin à Rorbach (Moselle), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Enchenberg, depuis le 24 juin jusqu'au 15 juillet de cette année.

2° Un mémoire contenant l'exposé d'un traitement proposé contre l'hydrophobie, par M. le docteur Henry, médecin à Arnoville (Meurthe). (Commissaire: M. Bouchardat.)

3° Une demande d'analyse d'une eau provenant de la source de Grendrif (Puy-de-Dôme). (Comm. des eaux minérales.)

M. le ministre de l'instruction publique transmet:

Une lettre relative à un traitement du croup. (Commiss.: MM. Louis, Londe et Requin.)

— M. DE LIGNEROLLES (du Calvados) soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle méthode de herniotomie pour le traitement de la hernie étranglée. (Comm.: MM. Malgaigne, Laugier.)

— M. GOIGOUX, de Saint-Genès (Puy-de-Dôme), communique la relation d'un cas d'étranglement intestinal. (Comm.: MM. Malgaigne, Laugier.)

— M. PLOOVIEZ (de Lille) adresse une nouvelle lettre sur la compression de l'aorte abdominale contre les pertes utérines, à l'occasion de la reproduction de cet accident, sur la même personne qui avait déjà été le sujet de la première communication.

— M. J. CONTÉ, d'Aiguillon (Lot-et-Garonne), écrit au sujet du mémoire récemment communiqué à l'Académie par M. Desvoyes, sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde.

L'auteur combat les opinions de M. Desvoues sur ce point. (Renvoyé à la même commission.)

— M. WITTMACK (de Hambourg) adresse une lettre en allemand sur le traitement du choléra asiatique. (Comm. du choléra.)

LE CHOLÉRA DE SAINT-PÉTERSBOURG.

M. THOMAS (de la Nouvelle-Orléans), actuellement à Saint-Pétersbourg, écrit de cette dernière résidence, pour rendre compte à l'Académie des observations qu'il vient d'y faire sur l'épidémie actuelle de choléra.

Voici un extrait étendu de cette lettre:

Le choléra a commencé de nouveau à reparaître à Saint-Pétersbourg depuis le 1er octobre de l'année dernière. Il n'est en décroissance que depuis seulement huit jours, mais n'a pas cessé d'y sévir plus ou moins jusqu'à ce moment.

A dater de son invasion, d'après le relevé fort exact fourni par M. le docteur Arendt, 13,504 personnes ont été atteintes jusqu'au 29 juillet dernier, dont la plupart ont été traitées dans les hôpitaux, les autres en ville. Sur cette quantité si considérable, 5,333 ont succombé, 7,255 ont guéri, et il restait, le 29 juillet, 466 malades, dont le nombre décroît graduellement de jour en jour, les entrées aux hôpitaux devenant de plus en plus rares et les décès presque nuls.

Tout fait donc espérer une terminaison très-prochaine de l'épidémie à Saint-Pétersbourg, tandis que la maladie s'étend, dit-on, à Riga, à Iudjo-Novogorod, et dans d'autres villes de la Russie, sans compter Moscow, où elle existe encore.

Le caractère de la maladie a été analogue à celui des épidémies précédentes, les causes agissant presque toujours de prime abord sur le système nerveux de la vie organique, puis s'étendant à celui de la vie animale et successivement, d'où résultaient les réactions souvent inflammatoires observées par tous les médecins dans cette affection.

Le summum de l'épidémie a eu lieu pendant les mois de mai et juin. Elle ne fut pas interrompue, mais diminuée seulement durant l'hiver.

Le traitement a varié beaucoup, selon les idées des praticiens, selon les cas et même selon les hôpitaux. Ainsi, dans le grand hôpital militaire, on administrait, règle générale, un vomitif d'ipécacuanha aux malades entrants; à celui de Marie-Madeleine et quelques autres, une poudre composée de calomel et de campbre, à la dose de 10 centigr. chaque, à prendre toutes les deux heures, ou plus souvent dans les cas forts graves, pendant toute la période algide, dont les médecins m'ont assuré avoir obtenu d'éclatants succès. Ils y joignaient les frictions excitantes usitées, les rubéfiants, la glace à l'intérieur, des demi-lavements de diverse sorte, etc.

D'autres pratiquaient la médecine des symptômes, la plus rationnelle selon moi; quelques-uns, enfin, employaient des moyens empiriques, de prétendus spécifiques, parmi lesquels, dit-on, fut préconisé le phosphore qui produisit de magnifiques résultats!... L'opium, totalement proscrit par les uns, fut employé à outrance par d'autres.

M. VELPEAU, à l'occasion de cette lettre, demande des nouvelles de la commission du choléra. S'il faut s'en rapporter aux bruits qui courent, le choléra s'approcherait de nous; ne serait-ce pas le cas de faire le rapport depuis si longtemps attendu?

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL répond, en l'absence de M. J. Guérin, rapporteur, qu'il est à sa connaissance que M. Guérin a reçu tous les documents officiels qui ont été transmis à l'Académie, et qu'il les a rendus au fur et à mesure que le dépouillement en a été fait; il y a donc lieu de penser que le rapport pourra être bientôt prêt.

M. VELPEAU fait formellement la proposition que la commission soit invitée à hâter son rapport.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL: La commission sera réunie.

GATEUX.

M. LONDE demande la parole à l'occasion de la correspondance, et donne lecture de la lettre suivante, qui lui a été adressée par M. le directeur de Charenton.

Voici un extrait de cette lettre:

1° Depuis l'introduction des mesures de précaution indiquées par M. Archambault, il n'y a plus, à proprement parler, de gâteux dans le quartier des hommes. Tous les anciens gâteux et les nouveaux malades disposés à gâter sont toujours réunis dans la division dite des gâteux; aucun n'a été transporté ailleurs. On ne fait transporter aux infirmeries que les seuls gâteux atteints de

maladies accidentelles, et ceux qui, trop faibles pour se soutenir, sont obligés de rester toujours couchés.

2° A cette lettre est annexé un état dressé par le surveillant en chef de l'établissement, constatant le nombre de draps salis chaque mois avant l'introduction des mesures mises en pratique par M. Archambault, et le nombre des draps salis depuis l'introduction de ces mesures, c'est-à-dire du 1er mai 1850 au 30 avril 1853. Il résulte de cet état que, dans l'année comprise du 1er mai au 50 avril 1851, le nombre des draps salis par la division des gâteux avait été de 8,939; que le nombre de ces mêmes draps n'a été, pour l'année comprise du 1er mai 1851 au 30 avril 1852, que de 3,211; qu'enfin il n'a plus été, pour l'année comprise du 1er mai 1852 au 30 avril 1833, que de 758.

3° M. le directeur de Charenton regarde les résultats obtenus par les mesures de précaution dont il s'agit comme très-importante au point de vue administratif. Il est évident d'abord que ces mesures doivent prolonger l'existence des malades, il ne saurait ensuite être douteux qu'une diminution aussi considérable dans le nombre des draps et des autres effets d'habillement gâtés, ne donne lieu à une économie notable. D'autres économies résultent également de ce que les matelas, les fauteuils, les parquets, etc., ne sont plus souillés, et de ce que les fauteuils percés spéciaux à l'usage des gâteux, sont devenus sans utilité et ont été complétement supprimés dans la division.

M. Baillarger : Le document que M. Londe vient de communiquer à l'Académie n'est point nouveau, et il était au nombre de ceux qui ont servi de base au rapport. C'est toujours un compte de draps à la place d'observations particulières, qui seules, à mon avis, pourraient servir à faire juger la question d'une manière définitive. Je ne conteste point d'ailleurs, je l'ai dit, que le nombre des gâteux n'ait beaucoup diminué à l'asile d'Auxerre et à Charenton; ce que je conteste, c'est qu'on ait obtenu un résultat complet. Une phrase de la lettre que vient de lire M. Londe suffirait pour le prouver. On reconnaît, en effet, que les malades paralytiques arrivés à la troisième période, celle dans laquelle ils ne peuvent plus se soutenir sont encore gâteux. Or, les paralytiques forment presque un tiers de la population des hommes à Charenton, et beaucoup d'entre eux parcourant lentement cette troisième période, il n'est donc point douteux qu'il n'y ait encore des malades gâtant habituellement. Seulement on les relègue dans les infirmeries. Je répète qu'il est regrettable que l'honorable M. Londe n'ait pas cru devoir faire mention de ces *infirmeries des gâteux*. Beaucoup de personnes, en effet, pourront comprendre que la suppression des quartiers de gâteux équivaut à la disparition complète de ces malades, ce qui n'est rien moins qu'exact. Je ne crois pas d'ailleurs devoir insister davantage; la question devant se représenter bientôt à l'Académie avec de nouveaux documents.

M. Londe croit avoir suffisamment répondu et dans son rapport et dans ce qu'il a dit dans la précédente séance aux observations de M. Baillarger.

La discussion n'a pas de suite.

— M. Bally a la parole pour une lecture. Il s'exprime en ces termes :

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA SECTION DES SCIENCES MÉDICALES AU CONGRÈS D'ARRAS.

M. Bally : La section des sciences médicales aurait désiré que l'analyse complète de ses travaux fût communiquée au congres en assemblée générale; mais lorsque l'on songe que, dans dix-sept séances, il a été présenté, lu et discuté des mémoires qui ne rempliraient pas moins d'un fort volume, il a bien fallu s'imposer des limites.

C'est avec le plus vif regret que le président s'est vu forcé de renoncer à un projet qui lui aurait permis de témoigner sa gratitude aux notabilités médicales de la ville, et à ces célébrités qui, des départements et de l'étranger, sont venues apporter le tribut de leur expérience, de leurs veilles, de leurs méditations.

Toutefois la section a ordonné qu'il fût fait mention d'un certain nombre de communications qui, ce nous semble, ont éclairé divers points de la science.

Disons d'abord que si nos conférences ont eu quelque succès, ont porté quelques fruits, nous en sommes redevables en grande partie au directeur de l'école, M. Ledieu, qui nous a livré un local où nous pouvions, dans la tranquillité la plus absolue, approfondir des questions qui touchent de si près aux intérêts de l'humanité.

C'est là que l'on a parlé avec talent et dans bien des séances de ce présent funeste que, pour la première fois, la presqu'île du Gange a légué à l'Europe; fléau qui, après avoir répandu son poison sur la surface du globe, est allé, après vingt ans, s'abattre en 1837 sur la ville sainte, où il termina sa course meurtrière et vagabonde, et où il n'a plus reparu depuis cette époque.

Nous devons à M. Ledieu un excellent rapport sur les phases de cette épidémie du pseudo-choléra dans l'arrondissement d'Arras. Il nous a, avec la force de sa logique et la puissance de son raisonnement, initié parfaitement à ses voies de transmission.

Puis M. Lestoquois, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu, en suivant l'introduction de la maladie dans plusieurs bourgs et villages, parfaitement situés, parfaitement sains, où rien ne pouvait faire présager une explosion épidémique, a rendu l'importation évidente, en signalant chaque individu qui, sorti des foyers épidémiques, est allé mourir dans l'une de ces localités.

La même thèse a été soutenue par MM. Bremard, Maurice, Serré, Leviez père, correspondant de l'Académie, et par M. Demarquet qui, dans un mémoire bien raisonné, présenté au congrès, s'exprime en ces termes : « Mais si les rapports consistent à séjourner d'emblée et sans précautions, sans préparation aucune, dans l'atmosphère des malades, à y manger et surtout à y dormir, oh! oui, le choléra est contagieux, et il l'est quatre fois sur cinq au moins; des centaines de faits le prouveraient au besoin. »

Nous avons été appelé à expliquer comment nous pouvions concevoir la formation de cette *hydrhémocholadrée* ou choladrée séreuse.

Nous ne la comprenons qu'au moyen d'une matière, d'un corpuscule, effluve ou miasme. Ce corps intoxicant, émané le plus souvent des malades, pénètre dans le sang par la respiration, le désagrége, le dissout, le sépare en deux parts fort distinctes : le cruor ou partie solide et la lymphe ou sérum, partie liquide.

Or la partie aqueuse se précipite vers le tube digestif où les utricules, organes préexistants, mais doués de nouvelles fonctions toutes pathologiques, exsudent si abondamment, qu'ils forment ce cataclysme, qui explique comment les organes sécréteurs, privés des matériaux qu'ils doivent s'approprier, ne fonctionnent plus.

Pendant ce temps ou avant ce temps, les miasmes intoxicants se sont reproduits, multipliés; car le sang est le sol bien amendé où la semence fructifie.

On a aussi cherché à approfondir la question de cette fièvre typhoïde qui imprime tant et de si légitimes terreurs aux mères de famille, et la section a accepté cette méthode de M. Leroy (de Béthune), qui consiste, après les saignées tant générales que locales, dans l'usage des boissons et lavements froids, dans la réfrigération de l'abdomen, en même temps que l'on a soin d'entretenir la chaleur aux extrémités.

Pour nous, la fièvre typhoïde, que nous avons désignée sous la dénomination d'iléo-diclidite elcode, ou, en d'autres termes, d'inflammation ulcéreuse de l'iléon et de son repli valvulaire, ne doit être autre chose que la fièvre putride des anciens, la fièvre adynamique de Pinel.

Or il est malheureusement constant que le vulgaire amalgame sous une dénomination toutes les formes, toutes les nuances des affections fébriles.

Étonnez-vous après cela que l'on vienne vous dire : La fièvre typhoïde et la mortalité ont notablement augmenté depuis l'introduction de la vaccine.

En effet, un membre de la section a hasardé ce blasphème; mais il a été improuvé par l'unanimité de la réunion.

M. Chatin, membre de l'Académie impériale de médecine, est accouru pour nous développer, avce le talent qui le distingue, ses opinions sur la présence de l'iode dans tous les corps de la nature; et appuyé sur près de 500 analyses faites dans autant de localités différentes, en France, dans les États Sardes, en Italie, en Allemagne, il démontre que là où l'iode entre, comme dans les eaux d'Arras, dans des proportions normales, le goître et le crétinisme y sont inconnus.

L'emploi du chloroforme dans les opérations chirurgicales est parfois une question de vie ou de mort. M. Plouviez d'Arras, médecin à Lille, prouve péremptoirement qu'avec de sages et minutieuses précautions qu'il indique, le danger est nul; il préfère avec raison un soufflet aux inspirations par la bouche. Cela se comprend facilement, car le soufflet projette dans les poumons un air fort respirable où entre une grande proportion d'oxygène, agent principal de l'hématose, tandis que l'air sortant de la bouche, beaucoup moins vital, contient plusieurs éléments impropres à la respiration.

M. Bonnafond, préfère avec plusieurs de nos confrères, l'éther au chloroforme; il affirme qu'il est moins dangereux.

Notre savant collègue nous a lu sur l'hygiène publique un mémoire riche de pensées, de faits et de citations, où il provoque des mesures universelles qu'il juge capables d'éteindre la source de toutes les épidémies. Nous avons remarqué dans cette élucubration, que l'auteur, plus vaillant qu'Hercule, qui n'avait desséché qu'un marais, voulait détruire ceux du globe entier.

Nous pensons néanmoins que si ce projet gigantesque ne peut être réalisé, puisque les trois quarts des peuples sont encore à l'état de barbarie, il est possible, dans maintes circonstances, d'assainir de vastes surfaces, témoin ce qui se passe en Sologne.

Ceci nous a conduit à dire que les marais Pontins n'exercent pas, comme on le pense généralement, leur influence sur Rome. L'embranchement des Apennins qui, partant de Frascati, et plus haut, de Tusculum, de Castes, de Ganololfo, se dirige transversalement de l'est à l'ouest jusqu'au Tibre, en passant par Ricia et Velletri, élève un puissant obstacle au passage et au transport des effluves marécageux. A la vérité, Pline avait exprimé une pensée qui semblait provoquer le soupçon, mais il est loin d'affirmer : *Volunt nonnulli*, quelques-uns pensent, a-t-il dit; Lancisi n'est pas plus explicite.

Nous avons dit à plusieurs reprises que les marais Pontins ne seraient jamais assainis tant que l'on ne dirigerait pas le Tibre dans la baie de Terracine, en traversant ces mêmes marais par le centre. Ce n'est pas ici le lieu de développer cette idée qui, au reste, appartient à César.

Une lecture d'une bien haute importance et une démonstration ont été faites par M. Charrier, vétérinaire à Reims, qui doit être connu de nos collègues MM. les médecins vétérinaires qui siégent à l'Académie. Il s'agissait de la castration de la vache. Si ma mémoire ne me trompe pas, M. Charrier a fait quelques essais à Alfort, avec des instruments imparfaits, et ses opérations ont mal réussi.

Maintenant, il a acquis une telle dextérité et a si bien perfectionné son procédé, qu'en trois minutes huit secondes il a enlevé, en notre présence, les ovaires à une vieille vache destinée à être abattue, et en moins de trois minutes à une jeune vache qui devait être conservée et chez qui l'on voulait prolonger la sécrétion du lait.

Le surcroît de temps pour la première était dû à l'induration des ovaires, qui a exigé une plus longue torsion.

Ce n'est point là le plus merveilleux : ce qui constitue le prodige, c'est que l'opération se fait sans douleur, ou, pour mieux dire, sans que les vaches, par des mouvements, témoignent la moindre sensation pénible; et M. Charrier en était à sa cent vingt et unième opération, couronnée de succès.

Il faut bien expliquer *le pourquoi!* La castration se faisait autrefois par le flanc : peau, muscles, membranes, nerfs, vaisseaux, péritoine pariétal, péritoine

viscéral, utérus, tout devait être incisé; et il fallait des aides nombreux et de nombreux moyens pour contenir l'animal.

M. Charrier opère seul; il introduit d'abord la main dans le conduit vaginal; la main sert à diriger un instrument qui ressemble à l'une des deux branches d'un forceps. A l'aide de l'ouverture de cette branche, il incise avec une serpette et d'avant en arrière l'extrémité vaginale, à la paroi supérieure; puis retirant son forceps, il dirige à sa place une pince terminée par un double anneau, et il saisit, les doigts aidant, l'un des ovaires lui fait faire hernie à travers les anneaux, le tord dix, vingt ou trente fois, le sort, puis recommence pour l'autre.

La vache n'est jamais malade à la suite de cette opération. On ne prescrit le repos pendant deux ou trois jours que par simple précaution.

Je trace succinctement, *de visu*, sans avoir reçu aucune note. Le mémoire de l'opérateur paraîtra dans les volumes que publie le congrès, et dont j'ai l'honneur, chaque année, de faire hommage à l'Académie de médecine.

Les avantages de ce procédé sont de prolonger la sécrétion du lait, de favoriser ensuite l'engraissement de l'animal; et M. Charrier estime à plus de 60 millions le bénéfice que l'opération produirait seulement à la France. Ou y tue, en effet, 725,000 vaches plus ou moins maigres. Les castrées acquierent le double de poids, et la viande est infiniment supérieure en qualité.

La dernière séance de la section des sciences médicales fut terminée par un vœu qui, soumis à l'approbation de l'assemblée générale, fut accueilli aux applaudissements universels. Ce vœu a paru au congrès de la plus haute importance et du plus grand intérêt pour la France médicale. J'ose espérer, puisque j'ai le bonheur de le communiquer à l'Académie, qu'elle daignera se joindre à nous, au moins de cœur, pour la réalisation de cet immense projet, dans lequel elle se trouve intéressée comme actrice principale.

L'Angleterre vient de donner le plus grand des exemples aux peuples civilisés, et nous regrettons vivement, nous qui avions conçu quelque chose d'analogue, d'avoir été devancés. L'initiative, dont il faut lui faire honneur, caractérise bien une nation toujours prête à marcher dans les grandes voies de la civilisation.

Tout récemment on a posé près de la ville d'Epsom la première pierre pour la fondation d'un collége de retraite, destiné à assurer un asile à deux cents pensionnaires, malheureux ou infirmes, appartenant tous à la profession médicale ou à leurs veuves, et à établir dans le même local une école où l'éducation serait donnée à deux cents enfants, tous fils de médecins.

L'exécution de ce projet, conçu sur un plan si grandiose, serait chez nous, sans toucher au trésor public, aussi facile que simple. Aussi facile, car les sociétés de secours mutuels, créées par le décret du 26 mars 1852, nous ouvrent la voie, nous enseignent les moyens; aussi simple, car tout se réduirait à un établissement central, entretenu par une souscription d'un franc par mois; cotisation qui, bien que modique, produirait annuellement et au minimum un chiffre de 240,000 fr. Et puis, combien de legs, de dons, qui viendraient augmenter l'aisance et les richesses de l'établissement. Il est bien entendu que l'Algérie et les colonies participeraient au bénéfice de cette haute création. Peut-être, dans son inépuisable générosité, le prince qui règne vous accorderait-il un terrain propre à élever l'édifice, tel, par exemple, que l'éminence de Chaillot, le lieu le plus sain du territoire parisien, jouissant en outre d'une vue ravissante.

Alors le palais de la science et de la réparation serait élevé en regard du palais de la gloire et de la mutilation; et l'enthousiasme de la reconnaissance attacherait de plus en plus à l'ordre, à la loi, au prince, à la patrie, cette classe d'hommes éclairés qui consacrent leurs plus beaux jours à tempérer les souffrances de l'humanité.

Appuyée sur ces hautes et puissantes considérations, la section des sciences médicales émet le vœu suivant, qu'elle soumet au congrès scientifique de France, réuni en assemblée générale :

1° Que, sous les auspices du gouvernement, il soit fondé une société de secours mutuels, composée de tous ceux qui appartiennent *légalement* à l'art de guérir à un titre quelconque;

2° Qu'un palais, disposé pour contenir une école ou collége et deux cents appartements, soit élevé;

3° Que ce palais soit assez vaste pour recevoir deux ou trois cents enfants, comme pensionnaires, tous fils de médecins;

4° Que l'Académie de médecine soit investie du droit de présentation de la liste des candidats à son excellence le ministre de l'intérieur qui la soumettrait à Sa Majesté.

Messieurs, l'âme s'élève, s'électrise à cette haute pensée, et d'avance nous bénissons la main puissante qui dotera la France de ce grand œuvre de civilisation.

— M. le Secrétaire perpétuel annonce qu'il vient de conférer avec M. Guérin de l'objet de la proposition faite tout à l'heure par M. Velpeau. M. Guérin vient de lui faire remarquer qu'il y a eu, près du ministère du commerce, une commission instituée à l'effet de dépouiller tous les documents relatifs au choléra, et qu'il lui est impossible de faire le rapport à l'Académie avant que ce dépouillement soit terminée.

M. J. Guérin ajoute que l'enquête qui se poursuit en ce moment au ministère du commerce est de nature à fournir des éléments précieux sur les questions les plus capitales de l'histoire du choléra, qu'il y a même à cet égard quelques solutions acquises, et qu'il serait inopportun de faire en ce moment le rapport avant que cette enquête ait produit tout ce qu'il y a lieu d'en attendre. D'un autre côté, M. Guérin, qui est rapporteur des deux commissions, pense qu'il serait imprudent de prononcer, au nom de l'Académie, un jugement qui pourrait être démenti par le résultat des investigations auxquelles se livre en ce moment l'administration. Il convient donc d'attendre, pour présenter ce rapport, que tous les documents soient réunis.

Traitement de la vaginite par la cautérisation avec le nitrate d'argent.

M. Depaul lit pour M. Becquerel, absent, un mémoire sur le traitement de la vaginite aiguë et chronique par la cautérisation de la membrane muqueuse du vagin, avec le nitrate d'argent solide.

La vaginite aiguë simple, la vaginite spécifique, la vaginite chronique sans ulcération de la membrane muqueuse du vagin, tels sont les trois cas dans lesquels on peut, dit l'auteur, appliquer le traitement par la cautérisation directe, et dans lesquels il l'a appliqué.

Pour cautériser la membrane muqueuse du vagin, dit-il, il est d'abord indispensable d'introduire le spéculum, après qu'on a fait faire à la malade une injection d'eau froide un peu énergique et un peu prolongée, de manière à débarrasser le col et toute la muqueuse vaginale des produits de sécrétion qui les recouvrent. Chez les femmes atteintes de vaginite aiguë, l'introduction du spéculum est douloureuse et parfois même très-douloureuse, et cependant il faut passer outre. Une fois le spéculum introduit, on consacre à la cautérisation un crayon de nitrate d'argent d'une longueur moyenne de trois centimètres. On cautérise d'abord l'arrière-fond du vagin situé à la partie postérieure du col, puis on cautérise la surface du col, enfin en retirant tout doucement le spéculum, on cautérise à mesure et complétement la membrane muqueuse vaginale tout entière, en ayant soin d'effacer autant que possible les plis du vagin et en promenant le crayon jusques sur l'orifice extérieur lui-même.

Cinq minutes ordinairement après la cautérisation, on fait pratiquer une irrigation d'eau froide et pure aussi abondante que possible, irrigation qui est répétée le jour même de la cautérisation, ainsi que les jours suivants, en ayant soin de les faire multiplier quatre et cinq fois dans la même journée, en les subordonnant à la douleur éprouvée par la malade, douleur qui ne persiste pas le plus ordinairement après la première injection faite.

M. Becquerel résume de la manière suivante les faits contenus dans ce travail :

1° La cautérisation de la membrane muqueuse du vagin atteinte d'inflammation est le moyen infaillible de guérir cette inflammation, soit aiguë, soit chronique.

2° Cette cautérisation est effectuée à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent que l'on promène sur toute l'étendue de la membrane muqueuse du vagin, préalablement débarrassée du muco-pus qui la recouvre par des injections d'eau pure.

3° Le nombre des cautérisations qu'il faut employer varie de 3 à 6. Il en faut en général un moins grand nombre et peut-être d'un peu moins énergiques pour la vaginite aiguë que pour la vaginite chronique.

4° Les effets primitifs sont la production de la douleur et l'augmentation momentanée de l'écoulement; ces deux effets n'ont jamais été assez intenses pour s'opposer à l'emploi de la cautérisation; constamment ils ont été suivis d'une amélioration.

5° L'effet consécutif à la cautérisation est une guérison radicale et complète.

Quand il existe en même temps que la vaginite une inflammation de la muqueuse de la cavité du col, cette circonstance est la seule qui favorise la récidive de la vaginite, après la première ou même une deuxième guérison à l'aide de la cautérisation. (Comm. : MM. Depaul, Huguier.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur les appareils prothétiques des membres inférieurs; par M. Ferdinand Martin. — Un vol. in-8° de 144 pages. — Paris, chez l'auteur, et chez Germer Baillère, libraire-éditeur, 17, rue de l'École-de-Médecine.

En prenant la plume pour rendre compte de cet intéressant opuscule, nous payons avec la plus vive satisfaction, quoiqu'il soit bien arriéré, un tribut aussi spontané que légitime au travailleur ingénieux et modeste qui s'est voué au soulagement des infirmités que la chirurgie nous donne comme une guérison, mais dont tant de malheureux supportent si péniblement les tristes conséquences. Les recherches de M. F. Martin sur la prothèse pelvienne datent déjà de longues années; elles n'étaient jusqu'ici connues que par des communications académiques, et plutôt encore par les sincères éloges de ceux qui avaient été appelés à jouir du bienfait de ses découvertes. L'essai qu'il publie aujourd'hui en contient l'exposé complet, précédé d'un court aperçu historique où il rend à chaque inventeur sa part dans la création des divers détails nécessaires pour constituer un membre inférieur artificiel aussi complet que possible.

Ne pouvant, comme lui, remonter jusqu'aux temps héroïques, peser les titres de priorité de Jupiter inventeur du bras d'ivoire de Pélops, nous passerons d'emblée à une époque plus fertile en progrès, et prendrons pour terme de comparaison la jambe de Mille (d'Aix). Cet appareil, justement vanté comme un perfectionnement majeur, réalise en effet les conditions les plus avantageuses. Il imite la forme du membre naturel; il conserve mobiles les articulations du genou et du cou-de-pied; il prend son point d'appui loin de la cicatrice, sur la tubérosité de l'ischion; enfin il ménage

convenablement la sensibilité du moignon et la délicatesse du tégument de nouvelle formation qui le termine.

Malgré la louable impartialité de sa critique, M. Martin n'a pu se refuser le plaisir de faire remarquer que de ces divers avantages réunis dans le mécanisme de Mille, il n'en est pas un seul qui n'eût été imaginé bien avant lui, et qu'il n'a eu, par conséquent, que le mérite de les y réunir. Mais un reproche plus sérieux porte sur la construction de l'articulation qui, dans cet appareil, représente le genou. En effet, le centre de cette articulation artificielle est placé en avant de l'axe du membre, et par conséquent en avant du point par lequel passe le centre de gravité du poids du corps. L'appareil présente donc un certain degré de demi-flexion, et la chute de celui qui en fait usage, sans cesse imminente, ne peut être évitée par lui que grâce à une attention continuelle, à l'aide d'efforts assez violents et qui deviennent bientôt fort pénibles.

On avait déjà cherché à corriger ce défaut en ajoutant un ressort pour seconder l'action des muscles extenseurs; mais comme la puissance d'un ressort augmente en raison de son degré de tension, il en résultait que l'action du ressort était faible pendant l'extension du membre, et très-forte au contraire pendant la flexion: effet précisément contraire à celui qu'on avait voulu obtenir.

Bien pénétré de l'importance et de la nature du but à atteindre, M. F. Martin s'attacha à trouver un mécanisme capable d'aider l'extension sans gêner la flexion. Il y parvint en appliquant à cet appareil le principe qui fait agir la fusée d'une montre, en ayant seulement soin d'en exagérer l'effet. Par une ingénieuse adaptation de ce système, il réussit à obtenir un tel secours de la puissance supplémentaire appelée en aide, que, en termes de statique, le *moment* de la force va successivement en augmentant à mesure que le membre approche de l'extension complète, et qu'il diminue graduellement jusqu'au point de devenir complétement nul quand la flexion a atteint un certain degré. — La mécanique avait donc reçu les suggestions de la physiologie pour mieux satisfaire à ses besoins. Le résultat fut complet, saisissant, admirable; et tout Paris se rappelle encore ces amputés du pied ou de la jambe, courant, sautant, montant un escalier dansant, voyageant à pied sans fatigue avec leur difformité si bien dissimulée qu'il fallait, même de la part des médecins, un examen attentif pour discerner la bonne jambe de celle qu'on n'osait plus que par convention appeler *la mauvaise*.

Cependant le mécanisme si avantageux de cette pièce de prothèse suscitait contre la généralisation de son emploi quelques objections, restreintes, il est vrai, mais particulièrement pénibles par leur nature et par le caractère philanthropique même de l'inventeur qu'elles venaient frapper. Le prix élevé de cette machine, sa complication qui l'expose à des dérangements dont la réparation serait difficile et coûteuse, n'étaient-ils pas, en effet, un obstacle à ce que l'usage s'en répandit dans les classes peu aisées? L'objection allait même plus loin; car comme on ne se fait guère amputer au bas de la jambe que pour jouir d'un membre artificiel qui rappelle la forme du naturel, si, d'autre part, *le pilon* adapté au genou fléchi est, ainsi que le croient certains chirurgiens, mieux en rapport avec les moyens pécuniaires et avec les occupations fatigantes d'un grand nombre de malades, il en résulterait qu'une des indications de l'amputation sus-malléolaire disparaîtrait, et qu'on serait souvent conduit à pratiquer l'amputation au lieu dit *d'élection*, là où elle est notoirement plus meurtrière. Cette idée développée à l'Académie de médecine par M. le professeur Velpeau, rapporteur, ne découragea point l'honorable inventeur. M. Martin comprit qu'il y avait là un besoin légitime à satisfaire, et il se mit courageusement à travailler sur nouveaux frais, nous pourrions dire pour réaliser une œuvre de *moins de frais!*

L'anatomie, sérieusement étudiée, lui fit bientôt apparaître la solution du problème qu'il tenait à honneur de résoudre. En cherchant à se rendre compte du mécanisme et des usages du genou, il reconnut que les ligaments croisés (dont les insertions supérieures se font en arrière de l'axe du fémur, sur une même ligne transversale que celle des ligaments latéraux externe et interne) ont surtout pour effet de limiter, pendant l'extension, le déplacement antéro-postérieur du tibia sur le fémur. Cette disposition fait que le centre de mouvement de l'articulation est porté en arrière de l'axe du membre. De ce simple arrangement résultent une solidité très-grande de la jointure et l'extrême rareté d'un déplacement entre les têtes osseuses qui la constituent, malgré le peu de profondeur de la cavité dont l'une d'elles est creusée.

De ces données, que la science officielle a consacrées en les proclamant par l'organe de M. le professeur Cruveilhier dans un livre justement devenu classique en Europe, M. Martin tira facilement la solution du problème tout pratique qu'il tenait à honneur de mener à bonne fin. Il se borna à couder en arrière les branches latérales de son membre artificiel, tant celles de la cuisse que celles de la jambe, en cherchant à leur donner la double forme des condyles du fémur et du tibia. Par là l'appareil reçut un centre de mouvement qui reproduisit autant que possible celui du membre naturel.

Ainsi a été constitué un appareil simple, extrêmement simple, aussi bien dans son idée génératrice que dans son exécution, pouvant se fabriquer et se réparer partout. M. Martin a ajouté encore aux bienfaits de sa découverte en s'abstenant volontairement de prendre un brevet qui lui en eût assuré le fructueux monopole.

M. Martin décrit ensuite, et avec des détails tout aussi étendus, l'application qu'il a faite des mêmes principes à la construction des appareils destinés à supporter le moignon des amputés de cuisse. Partant d'une observation identique, il a pu laisser au membre artificiel la faculté de se fléchir en marchant, tout en présentant une base solide pour la station et la progression. Mais une difficulté assez importante méritait toute l'attention du mécanicien: il fallait empêcher la chute résultant des faux pas. D'abord, avec la situation du centre des mouvements en arrière de l'axe du membre, le poids du corps portant sur le genou pousse naturellement le membre dans l'extension forcée. Il dut donc borner cette extension par un arrêt. Ce fut aisé à obtenir. Mais en outre il limita, aussi la flexion afin de prévenir les accidents qu'aurait pu entraîner un mouvement brusque ou inconsidéré.

Si l'on examine maintenant la manière dont le membre artificiel exécute sa fonction la plus importante, la progression, on reconnaît qu'il n'a besoin pour l'accomplir d'un déploiement de force ni aussi considérable ni aussi soutenu qu'on pouvait le croire au premier coup d'œil. Analysons pour le comprendre, avec M. Martin, le mécanisme normal attribué à la jambe dans cette série de mouvements. « Dans l'état de nature, dit-il, lorsque l'individu marche d'une vitesse ordinaire, il porte tout le poids de son corps sur l'un de ses membres inférieurs; ce membre est alors maintenu dans l'extension sans que les muscles extenseurs de la jambe doivent le moins du monde entrer en action. Or l'individu étant dans la station verticale et voulant avancer, fait reposer tout le poids de son corps sur une jambe, pendant qu'il porte la seconde en avant. Il se produit alors un phénomène curieux: le genou, le premier, se porte tout d'abord en avant; la jambe se trouve suspendue à son centre de mouvement, et, par la force d'inertie, reste pour un moment suspendue obliquement en arrière; elle est donc éloignée d'un certain nombre de degrés de la perpendiculaire abaissée de son point de suspension. Appelée par la pesanteur vers cette perpendiculaire, elle se balance en avant, en un mot elle oscille comme le ferait un pendule sur son point de suspension et arrive à la verticale; mais l'impulsion qu'elle a reçue dans ce mouvement de projection la porte en avant d'un nombre de degrés à peu près égal à celui qu'elle a parcouru pour arriver à la perpendiculaire, et lui fait décrire un arc de cercle antérieur presque égal à l'arc postérieur qu'elle avait parcouru. Il en résulte que l'axe de la jambe vient se porter dans l'axe prolongé de la cuisse, et par que conséquent le membre entier se trouve dans l'extension. L'individu peut alors reposer sur le membre, porter l'autre à son tour en avant, et continuer ainsi la progression autant que ses forces le lui permettent. »

Avec les membres artificiels, *à articulation du genou flexible*, la progression, on le comprend maintenant, devient tout aussi facile. Quoique ces notions ne servent qu'à expliquer ce dont l'expérience avait déjà donné une démonstration des plus satisfaisantes, il est juste de tenir compte à M. Martin de l'ingénieuse application qu'il en a faite à la construction de ses appareils.

Nous regrettons de ne pouvoir analyser les appareils non moins utiles que M. Martin a imaginés pour remédier aux incommodités résultant soit des diverses amputations soit des fractures non consolidées ou des luxations. Le lecteur trouvera son profit à chercher à suppléer par lui-même à notre silence forcé. Vingt-huit planches, contenant avec un grand luxe de détails la description de toutes les machines inventées dans le même but, aideront beaucoup à saisir les importants perfectionnements dus à M. Martin, en même temps qu'ils serviraient, en cas de besoin, aux fabricants à les reproduire avec plus d'exactitude.

P. DIDAY.

— Le 5 septembre, a succombé, à Baden, le docteur Lacauchie, âgé de 46 ans, médecin principal de première classe des armées, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Roule, ancien professeur aux hôpitaux militaires d'instruction et de perfectionnement de Metz et du Val-de-Grâce, ancien médecin en chef de l'armée d'Italie, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg, officier de la Légion d'honneur et commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand. Il a succombé à un empoisonnement miasmatique contracté à l'amphithéâtre, en faisant une démonstration sur un cadavre arrivé au dernier degré de la putréfaction. Dans un de nos prochains numéros, nous publierons une notice biographique sur M. Lacauchie, dont la mort laisse un grand vide dans la médecine militaire.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — VARIOLE, VACCINE ET FIÈVRE TYPHOÏDE.

Il y a longtemps déjà que M. Carnot s'est donné la tâche de signaler les funestes effets de la vaccine. On connaît son opinion : pour lui la fièvre typhoïde n'est pas seulement une variole intestinale, mais c'est une variole répercutée, infiniment plus dangereuse que la variole cutanée. Cette doctrine, que l'honorable officier d'artillerie s'était efforcé d'établir sur des chiffres par l'accroissement de la mortalité à l'âge moyen depuis l'établissement de la vaccine, a trouvé des auxiliaires parmi les médecins. L'un d'eux, bien connu de la Gazette Médicale, M. le docteur Bayard, avait provoqué à plusieurs reprises la presse et l'Académie : ni l'une ni l'autre ne s'étaient montrées très-émues des algarades de l'adjudant de M. Carnot. La stérilité de ces premières tentatives n'a pas découragé d'autres adeptes. M. le docteur Ancelon, satisfait sans doute des chiffres de M. Carnot et des raisonnements de M. Bayard, ne s'est pas mis en frais d'imagination pour donner un nouveau crédit à la doctrine de ses deux chefs de file. Pour lui, comme pour eux, le poison variolique infecte, à l'état latent, toute économie; il faut que, tôt ou tard, le germe éclose. La vaccine, en arrêtant sa manifestation sur la peau, n'a fait que la transporter sur l'intestin; au lieu de la variole, nous avons la fièvre typhoïde. La variole tuait les enfants; la fièvre typhoïde tue les adultes; on nourrit ainsi en pure perte des individus, qui échappent à la société au moment où ils auraient pu compenser par leurs services les sacrifices qu'ils ont coûtés.

Nous devons le reconnaître immédiatement et sans détour: cette nouvelle croisade contre la vaccine n'a pas eu le moindre succès. Sans vouloir la juger au fond, et, comme c'est notre devoir, en nous bornant à apprécier la valeur des démonstrations, nous sommes obligé de convenir que la cause en litige ne pouvait être mieux ni plus sagement défendue. M. Roche, que l'Académie avait chargé de protéger l'arche sainte, l'a fait avec un soin et un talent dignes d'un meilleur emploi.

Mais disons d'abord que la Gazette Médicale a déjà agité cette question. M. le capitaine Carnot et le docteur Bayard ont trouvé, à plusieurs reprises, ses colonnes ouvertes; elle a discuté la valeur des chiffres et des assertions sur lesquels s'appuient les adversaires de la vaccine. Nous l'avons dit, en supposant que la mortalité ait augmenté chez l'adulte depuis l'introduction de la vaccine, et que la fièvre typhoïde ait paru à cette date, il faudrait établir qu'il y a là relation de cause à effet, transformation morbide, et qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence fortuite; en un mot, le problème médical subsisterait tout entier, quand bien même les statistiques seraient reconnues vraies et bien interprétées. Mais ces statistiques elles-mêmes sont attaquables, comme cela a été établi dans nos colonnes; les deux problèmes demeurent donc irrésolus.

Nous n'avons pas ici à revenir sur la discussion entamée par la Gazette, sur ses défiances contre certains chiffres, sur la réserve que lui imposent les résultats opposés tirés des statistiques compulsées par les deux partis, sur le choix de certaines années, de certains pays, même de certains départements, et sur la généralisation anticipée de ces données partielles, toutes circonstances qui lui faisaient et lui font désirer encore des bases moins branlantes au système qui vent se substituer aux idées reçues.

Partant de là où la question a été laissée, nous n'avons en vue, dans cet article, que d'indiquer certaines sources d'élucidation auxquelles on pourra puiser avec fruit, et de rendre compte de l'impression générale qu'a éprouvée l'Académie à la lecture du rapport provoqué par les idées de M. Carnot.

Prenant la question à son origine, M. le rapporteur s'est demandé si la fièvre typhoïde a préexisté à la découverte de Jenner. Si cette affection existait alors fréquente et grave comme aujourd'hui, il est clair que c'est une maladie distincte, et non pas une transformation de la variole. Or, en sachant découvrir la fièvre typhoïde sous les dénominations si diverses qu'on lui imposait dans ces temps-là, on s'assure bientôt qu'elle sévissait à ces époques reculées. Il résulterait même des documents fournis par Stoll sur la fièvre maligne, qu'elle se montrait tout aussi commune dans les hôpitaux, et que la proportion de décès était semblable à celle que nous observons actuellement. Ces faits renversent évidemment l'hypothèse d'une métamorphose dans la phénoménisation d'une même maladie; mais — remarque incidente — si nous perdons autant de malades que du temps de Stoll, qu'avons-nous donc gagné à tant de gros livres et à tant de méthodes?

M. Roche a fait incidemment un peu la guerre aux chiffres; ils prouvent blanc ou noir, selon qu'on sait les grouper, dit le savant rapporteur. Le chiffre est, en effet, une brutalité et non pas une raison, un amas de pierres informes et non pas un édifice. Rien comme le chiffre n'est dangereux à manier. La vérité n'est ni dans les faits, ni dans l'esprit qui les juge; elle est dans les faits jugés par l'esprit. Il en est de même des chiffres : coordonnés, interprétés, limités dans leur sphère de temps et de lieu, c'est la force venant appuyer la raison. Mais combien d'écueils, et comme la passion ou les idées préconçues peuvent en déduire de fausses conséquences! En voici un exemple tiré *e visceribus rei*.

La vaccine n'est point pratiquée chez les Arabes de l'Algérie; or la fièvre typhoïde est très-rare chez ces peuples. Supposons ces faits formulés en chiffres. M. Carnot et consorts ne manqueront pas de dire : Nous sommes victorieux; voyez plutôt; pas de fièvres typhoïdes là où on laisse le poison variolique se manifester par une éruption extérieure, là où on ne refoule pas, à l'aide de la vaccine, ses phénomènes sur la muqueuse intestinale.

Voilà une signification des faits, des chiffres bruts; interprétés, ils tiennent un tout autre langage.

Pourquoi y a-t-il si peu de fièvres typhoïdes chez les Arabes? Est-ce parce qu'on ne vaccine pas? Non, c'est parce que nous sommes déjà à l'extrême limite de la zone dans laquelle règne cette pyrexie. Il existe, en effet, des maladies qui se développent en tout lieu du monde, par exemple la variole, la syphilis, etc.; mais il en est d'autres, la peste, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde, etc., dont les endémies sont resserrées entre certaines lignes géographiques, dont elles s'élancent parfois sous forme de fusées épidémiques. La fièvre typhoïde est déjà moins commune à Rome que chez nous; en Algérie elle devient fort rare. C'est un fait désormais acquis que la fièvre typhoïde, qui sévit sur nos soldats nouvellement débarqués en Algérie, se montre de moins en moins fréquente, à mesure que leur séjour se prolonge; après deux ans, on compte les cas.

Un tel fait est inexplicable d'après l'hypothèse de M. Carnot. Partout où existe la variole cutanée, doit aussi exister la variole intestinale, autre manifestation du même mal, quand la vaccine vient à empêcher le déve-

Feuilleton.

LACAUCHIE (1).

La médecine est aussi un champ de bataille où la mort fait d'amples moissons: il y a quelques semaines, c'était le jeune Blache; hier, c'était le fils d'un ancien confrère bien aimé, M. Mancel, tous deux enlevés aux espérances de la science et de leur famille. Aujourd'hui c'est notre ami et maître Lacauchie, qui lui aussi meurt victime de son zèle et martyr de la science. Son dévouement seul aurait droit au tribut que nous allons payer à sa mémoire; mais il avait fait plus que de donner des espérances; sa vie, ses luttes, ses services et ses écrits sont des titres acquis; il avait consommé la moitié de son œuvre. Qu'il nous soit donc permis de rappeler avec quelques détails ce qu'il a été et ce qu'il a fait.

(1) Médecin principal de première classe des armées, ancien officier de santé en chef de l'armée d'Italie, professeur aux hôpitaux d'instruction et de perfectionnement de Metz et du Val-de-Grâce, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, officier de la Légion d'honneur et commandeur de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand, etc.

Adolphe-Euclide Lacauchie est né à Paris, le 28 février 1806. Son père, attaché à la guerre, avait un emploi à l'École polytechnique. Le jeune Lacauchie, destiné par le vœu de sa famille à l'art vétérinaire, entra comme élève à Alfort, le 28 février 1822, et reçut le diplôme le 29 août 1826. Ses études avaient été trop brillantes, il possédait à un trop haut degré le talent d'exposition, sa parole était trop abondante et trop facile, pour que ses maîtres ne songeassent pas à utiliser pour l'enseignement de si heureuses dispositions. Il concourut l'année même de sa réception, et trouva pour compétiteurs des hommes qui, ayant persisté dans la carrière, sont aujourd'hui des sommités, MM. Renault, Hamont, Renard et Ravot. A la suite de ce concours, Lacauchie, alors âgé de 20 ans, fut nommé chef de service et sous-professeur à l'École vétérinaire de Lyon. Il n'y passa pas même l'année entière, l'École d'Alfort, jalouse de ce talent précoce, ayant su se l'attirer pour en enrichir son personnel enseignant.

Mais Lacauchie commença bientôt à trouver un peu borné l'horizon de son art; il ne put se résoudre à user toutes les ressources de son esprit à méditer sur une lésion, sur une maladie chez la brute, sans s'élever jamais aux rapports du physique et du moral d'un être pensant, et de là à l'étude de l'intelligence à l'état d'intégrité et de perversion; aussi, après cinq années de professorat, se démit-il volontairement, pour venir commencer sa médecine à Paris.

Antant pour utiliser ses travaux antérieurs que pour s'assurer immédiatement d'honorables moyens d'existence, Lacauchie demanda au ministre de la guerre d'être admis d'emblée comme chirurgien sous-aide, en franchissant ainsi les bancs de l'élève, et de faire transférer à sa nouvelle position militaire les bénéfices des cinq années de service qu'il avait passées, comme professeur,

loppement de la première forme. Il n'en est rien en Algérie. Le soldat a échappé à la variole en France, grâce à la vaccine ; il s'acclimate en Algérie et échappe également à la fièvre typhoïde. Il n'y a donc pas substitution d'un mal à un autre, mais neutralisation complète de la variole par la vaccine, et neutralisation ou atténuation de la fièvre typhoïde par un autre moyen. Ce moyen, c'est l'acclimatement. A mesure que l'Européen est modifié par le climat, à mesure qu'il devient de plus en plus semblable à l'indigène, il acquiert une croissante immunité contre la fièvre typhoïde. On dirait que l'aptitude à cette maladie, innée chez l'Européen, que le germe contracté dans la patrie, sont peu à peu rendus improductifs, par l'incompatibilité du nouveau milieu dans lequel il est transporté.

Chez l'Arabe, qu'on ne vaccine jamais, et qui porte si souvent sur la face les profonds stigmates de la variole, chez l'Arabe, il y a très-peu, mais il existe pourtant quelques fièvres typhoïdes. La variole et la fièvre typhoïde sont donc deux espèces contemporaines, distinctes, et non pas la transformation d'une même maladie, puisque la variole s'y développe tout à l'aise, trop à l'aise, sans que jamais l'inoculation jennérienne lui donne prétexte de se transformer, de faire irruption sur l'intestin.

M. Roche a porté ses investigations dans le *temps*, dans le *passé*, pour savoir si la fièvre typhoïde a préexisté à la vaccine. Une grande face de la question reste à explorer : promenons nos recherches dans l'*espace*, dans les *localités*, milieux qui nous échapperont moins que le *passé*. Nous avons déjà essayé, en nous transportant en Algérie ; mais ce n'est là que le commencement de la tâche.

Y a-t-il ou non des fièvres typhoïdes, dans les climats analogues au nôtre où la vaccine n'a pas été encore importée ? Nous avons vu que ces affections existent en Algérie, rares, mais incontestables. M. Amédée Latour a interrogé nos médecins sanitaires d'Asie Mineure : la fièvre typhoïde y existe, même sur une plus large échelle qu'en Algérie, là où la vaccine est chose inconnue. De tels arguments suffisamment multipliés, appuyés sur des documents solides, seront d'un grand poids dans la question.

Mais ce n'est pas tout ; voici une autre source féconde de renseignements. Là où on introduit la vaccine, voit-on une nouvelle maladie, la fièvre typhoïde, surgir du néant, et saisir la place que la variole laisse libre ? Nous touchons au moment où ce problème, qui n'en est pas un pour nous, pourra se résoudre ; et cette solution sera donnée par l'Algérie. Déjà quelques tribus arabes reconnaissent le bienfait de la vaccine, et laissent nos médecins militaires pratiquer cette inoculation. Il appartient à ceux des nôtres qui sont attachés aux bureaux arabes, de tenir un œil attentif sur le règne pathologique, pour voir s'il reste le même, moins une maladie élaguée par l'introduction de la vaccine, ou si la fièvre typhoïde, rare jusqu'alors, prend une extension et une gravité inaccoutumées.

Le même problème peut encore trouver ailleurs sa solution. En Algérie et aux colonies, les créoles font vacciner leurs enfants, mais les indigènes ne se donnent point ce souci. Eh bien ! les Européens seraient-ils sujets à la fièvre typhoïde, tandis qu'elle épargnerait les indigènes ? Il faut évidemment ici envisager les créoles et exclure les Européens récemment arrivés, chez lesquels l'aptitude à la fièvre typhoïde n'est pas encore éteinte par l'acclimatement.

On voit que la question, quoique envisagée sous bien des faces par le savant rapporteur, laisse cependant certains recoins à explorer, et qu'aux arguments victorieux émis par M. Roche, on peut en ajouter d'autres encore. Ces arguments nouveaux, il faut les demander, hors de Paris, à ceux de nos confrères qui exercent de l'autre côté des mers, ou à ceux encore que de longues années de séjour à l'étranger ont pu initier à la connaissance de ce qui se passe dans ces régions. C'est à ce dernier titre que nous intervenons, plutôt pour montrer la mine que pour l'exploiter, plutôt pour faire voir le chemin que pour le parcourir.

F. Jacquot.

PATHOLOGIE INTERNE.

Recherches cliniques sur les caractères différentiels du purpura et du scorbut ; par le professeur Forget (de Strasbourg).

Pendant le mois de juin 1853, plusieurs affections, assez rares pourtant, chacune en particulier, se sont produites simultanément, sous forme de petite épidémie, à la clinique médicale de Strasbourg : ce sont le purpura hémorrhagique, le scorbut et la maladie de Bright. Cette dernière mérite d'être étudiée à part ; car c'est la première fois, si je ne me trompe, que l'albuminurie est signalée comme se produisant à l'état épidémique. La maladie de Bright, en effet, en tant qu'affection répétée essentiellement chronique, est considérée comme de nature sporadique et endémique, et rien de plus.

Nous ferons observer, comme phénomène pathogénique non moins remarquable, la coïncidence des trois affections précédentes avec bon nombre de phlegmasies pulmonaires aiguës (bronchites, pleurésies, pneumonies). Voilà donc, marchant de pair, deux ordres de maladies dont les premières, dit-on, dérivent essentiellement de l'appauvrissement du sang en fibrine, en globules, en albumine, et dont les autres seraient caractérisées chimiquement par la richesse des éléments plastiques, notamment de la fibrine du sang.

Je n'imagine pas de doctrine univoque qui puisse donner la clef de pareilles anomalies apparentes. Force est de recourir ici à cette doctrine des éléments, que nous proclamons en toute circonstance et qui seule renferme la solution des dissidences, des incompatibilités pathogéniques et thérapeutiques. On concevra facilement, en effet, que, sous l'influence multiple des conditions atmosphériques du printemps dernier, des affections de divers genres aient pu se produire parallèlement. Après un hiver doux et humide, printemps généralement froid et humide, à température très-variable, tel est le fond de la constitution saisonnière. Or, sous l'empire débilitant de l'humidité dominante, certaines constitutions ont pu se détériorer, de manière à donner lieu aux diathèses humorales purpurique, scorbutique, albuminurique, tandis que les variations subites et tranchées de la température ont pu affecter d'autres constitutions, de manière à engendrer les phlegmasies pulmonaires.

Quoi qu'il en soit, c'est du purpura comparé au scorbut que nous voulons particulièrement nous occuper ici.

Nous donnerons d'abord une esquisse des cas de purpura et de scorbut qui sont passés sous nos yeux, sans prétendre offrir un tableau complet de ces maladies, car ce n'est point une monographie que nous éditions. Le purpura et le scorbut sont compendieusement décrits dans tous les ouvrages

---

dans le ressort d'un autre ministère. Tout cela lui fut accordé, et Lacauchie fut nommé chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie.

Il débarqua en 1831 sur la terre africaine à peine conquise. A cette époque, un hôpital militaire d'instruction existait à Alger. Lacauchie n'y débuta point comme un novice qui, vide de connaissances et sans expérience, essaye ses premiers pas, et s'assimile avec peine et lenteur les enseignements du maître. Il se posa de suite comme un homme de sens rassis, d'une intelligence déjà mûre, d'un esprit assez exercé aux études et brisé aux méditations, pour franchir en un bond le terrain difficile sur lequel la jeunesse n'avance que péniblement. Aussi remporta-t-il le premier prix de chirurgie. En même temps, la publication officielle des Mémoires de médecine militaire, recueil dont l'accès n'est point des plus aisés, et qui ne s'ouvre guère qu'aux hommes d'expérience, accueillait un travail de Lacauchie, travail qui fut publié sous le titre de : Réflexions sur les maladies de l'armée d'occupation d'Alger, et spécialement sur leurs causes (t. XXV, p. 78, année 1833). Ainsi, au seuil de la carrière, cette jeune intelligence osait sonder le ténébreux chaos d'une pathologie encore inconnue ; ainsi, sous le feu des combats, au milieu des travaux et des préoccupations qu'entraîne une conquête récente, cette jeune activité trouvait des loisirs studieux et des heures de méditation ! Avec de pareils débuts, on marque de bonne heure sa place dans l'avenir.

En 1833, appelé, avec le même grade, à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, Lacauchie y remporte encore le premier prix. La même année, il concourt pour le grade de chirurgien aide-major, et sort le premier de cette épreuve.

Le conseil de santé des armées, auquel les capacités de Lacauchie étaient connues, fit alors en sa faveur une démarche bien significative. Aide-major, Lacauchie avait été désigné pour un régiment, milieu de contagieuse oisiveté et de dissipation, où l'on perd ce qu'on a acquis, sans compenser ce déchet par des gains proportionnels ; mais le conseil représenta au ministre que Lacauchie, deux fois lauréat, et destiné à l'enseignement par ses aptitudes, ne pouvait être ainsi détourné de sa route déjà toute tracée. Dirigé sur l'hôpital militaire d'instruction de Metz, il quitta bientôt cette ville pour Strasbourg, où devaient naturellement l'attirer, et les ressources scientifiques de la Faculté et l'espoir légitime de s'y créer lui-même une place par son travail et son mérite. En effet, reçu docteur en 1834, Lacauchie concourait la même année pour l'agrégation, et se posait d'emblée à la Faculté de Strasbourg, comme il l'avait fait en Algérie parmi ses collègues de l'armée, c'est-à-dire en homme véritablement supérieur.

Quelques détails sur ce concours ne paraîtront sans doute pas dénués d'intérêt : ils sont nécessaires pour démontrer que Lacauchie a été jugé le plus digne, tout en échouant ; ils serviront en outre à édifier sur ces luttes dites scientifiques, pour l'issue desquelles le savoir intervenait comme un simple élément, trop souvent secondaire.

Au premier tour de scrutin, Lacauchie obtient 4 voix sur 7, et son compétiteur 2 ; il allait donc être proclamé, lorsqu'un juge rappela que le règlement annule tout scrutin dans lequel se trouve un billet blanc. Il fut procédé à un nouveau vote, qui donna 2 voix à Lacauchie et 5 à son concurrent.

Défiez-vous toujours du premier mouvement, disait un grand diplomate, plus

classiques, et quant au scorbut, on nous permettra de renvoyer notamment à notre TRAITÉ DE MÉDECINE NAVALE (1), article SCORBUT, t. II, p. 233 et suiv.

Parmi les observations assez nombreuses que nous avons recueillies à la clinique, nous n'en rapporterons que quelques-unes, même en les abrégeant, à titre de spécimen; convaincu que nous sommes de l'inutilité fastidieuse de ces longues observations qui conviennent tout au plus lorsqu'il s'agit de maladies nouvelles qu'il importe de faire connaître dans tous leurs détails. La confiance en l'observateur est la meilleure des garanties pour la généralité des lecteurs: tant vaut l'homme, tant vaut l'observation.

PURPURA HÉMORRHAGIQUE; GUÉRISON; RÉCIDIVE; GUÉRISON.

OBS. I. — Un enfant de 15 ans, blond, lymphatique, mais au teint rosé, aux allures vives et alertes, vivant sous des conditions hygiéniques satisfaisantes, est pris, sans cause connue et sans prodromes sensibles, de suffusions sanguines multipliées aux jambes, aux cuisses, aux bras, au tronc et à la face. Il existe au bas-ventre une large ecchymose verdâtre, peu foncée, semblable à la coloration qui se produit au même endroit sur les cadavres. Une ecchymose foncée existe à l'angle externe de l'œil gauche, comme si un instrument contondant eût frappé cette partie. Les gencives sont fermes et vermeilles; mais sur plusieurs points de la muqueuse buccale existent des ecchymoses foncées, variant de largeur depuis un millimètre jusqu'à 5 ou 6. Plusieurs épistaxis se sont produits, donnant lieu à l'écoulement d'un sang vermeil et sensiblement coagulable. Cet état date de trois semaines, lors de l'entrée du malade à la clinique, le 1er juin 1853. Les ecchymoses, qui ont été précédées de quelques épistaxis, se sont produites promptement et sur plusieurs régions à la fois. Il n'y a pas de fièvre; l'enfant conserve sa gaieté, sa vivacité; l'appétit est bon, etc.

Pour satisfaire la curiosité des assistants, nous faisons faire une saignée de quelques onces, afin de soumettre le sang à l'analyse opérée par notre habile pharmacien en chef, M. Hepp, qui nous transmet les résultats suivants:

Eau.	811,50
Matières solides. .	188,50
Fibrine	2,40
Globules.	115,60
Albumine	58
Sels, etc.	12
Total.	1188 (2)

L'analyse du sang normal varie sensiblement, selon les auteurs; nous prenons pour type celle fournie par M. Lecanu:

Eau	791
Matières solides	209
Fibrine.	3
Globules.	127
Albumine	68
Matières grasses, etc. .	11

(1) MÉDECINE NAVALE (2 vol. in-8°, Paris, 1832). Ouvrage couronné par l'Institut de France.

(2) Depuis que j'ai rédigé ce travail, j'ai rencontré dans l'UNION MÉDICALE du 4 janvier 1853, une observation de *purpura hémorrhagique fébrile avec analyse du sang*, par le docteur Hérard; analyse dans laquelle M. Becquerel n'a pu constater le *plus petit atome de fibrine!* Impossibilité de séparer les globules du sérum. M. Hérard, qui, du reste, a quelque tendance à confondre le purpura avec le scorbut, considère cette analyse comme la première qui ait été faite; la nôtre serait donc la seconde.

On voit, par comparaison, que le sang de notre jeune malade présente un excès d'eau et une diminution des matières solides, des globules, de l'albumine et aussi de la fibrine (2,40 au lieu de 3). En me remettant ces résultats, M. Hepp eut la franchise de déclarer que, dans l'état actuel de la science, les analyses hématologiques méritent assez peu de confiance, vu les difficultés d'abord, puis en raison des grandes dissidences qui règnent entre les expérimentateurs, même en ce qui concerne les analyses du sang à l'état normal.

Notre jeune malade ne présente pas de symptômes évidents de cachexie autre que celle que font supposer les hémorrhagies et les ecchymoses; il n'est pas infiltré ni même sensiblement décoloré, et nous avons vu que toutes ses fonctions sont intactes. Cependant nous le soumettons au traitement antiscorbutique: limonade de citron; régime substantiel: viande, légumes frais, salade de cresson, vin rouge, etc.; fomentations sur les membres avec décoction de quinquina acidulé.

Bientôt les ecchymoses pâlissent et disparaissent en partie; mais les épistaxis se reproduisent avec opiniâtreté, de manière à nécessiter parfois le tamponnement des fosses nasales, ce qui nous oblige à prescrire la limonade sulfurique.

Après quinze jours de ce traitement nous avions lieu de le croire guéri, lorsque, le 16 juin, de nouvelles ecchymoses apparaissent sur les membres inférieurs et l'épistaxis se reproduit. Une plaie contuse de la jambe que l'enfant s'est faite en se heurtant, nous fait craindre un ulcère scorbutique; mais la cicatrisation s'effectue assez rapidement. Pourtant des ventouses appliquées pour un point de côté donnent lieu à des ecchymoses foncées.

A la fin du mois, la santé paraît de nouveau rétablie, et il sort le 17 juillet ne présentant plus que quelques vestiges d'ecchymoses résolues.

Deux cas analogues se sont présentés dans le même temps, offrant trop de ressemblance avec celui-ci pour être reproduits; mais le suivant est extrêmement curieux sous plusieurs rapports.

BRONCHITE SUPPURÉE; TUBERCULISATION AU TROISIÈME DEGRÉ; PURPURA HÉMORRHAGIQUE; GUÉRISON DU PURPURA; ANASARQUE; URINES ALBUMINEUSES (MALADIE DE BRIGHT).

OBS. II. — Un jeune homme de 18 ans, de constitution lymphatique, séjourne longtemps dans nos salles, affecté de bronchite suppurée avec soupçon de tubercules, sans signes sthétoscopiques évidents. La santé générale paraît conservée. Il sort de l'hôpital dans l'automne de 1852.

Il entre à la clinique dans les premiers jours de juin 1853, avec un purpura hémorrhagique qui s'est manifesté depuis quelques jours, sans cause connue, dans des conditions hygiéniques favorables. Nombreuses ecchymoses de dimensions variables sur tous les membres et sur le tronc. Un peu d'œdème des jambes. Épistaxis répétées. Les gencives sont saines. Pouls petit, assez fréquent, sans chaleur de la peau. Fonctions digestives normales.

La bronchite suppurée persiste; mais cette fois nous constatons un ramollissement tuberculeux au sommet du poumon gauche (matité, craquement humide, résonnance vocale).

Laissant de côté la phthisie, nous appliquons le traitement antiscorbutique: limonade de citron, frictions acidulées sur les membres; viande, légumes frais, salade de cresson.

Après quelques jours, les ecchymoses ont presque complètement disparu; mais les épistaxis se renouvellent de temps en temps et nécessitent des injections astringentes, voire même le tamponnement. L'anémie amène la dyspnée et les palpitations (ferrugineux, digitale). Bientôt il ne reste plus que l'affection pulmonaire et l'anasarque qui fait des progrès et s'étend aux parties supérieures. Cette circonstance nous engage à examiner les urines, qui nous apparaissent légèrement rosées et précipitent abondamment par l'acide nitrique. Nous pensons d'abord que ce précipité peut tenir à un peu de sang exhalé par la muqueuse vésicale. Mais les jours suivants les urines sont claires, d'aspect albuminurique, c'est-

---

grand fourbe encore, défiez-vous en, parce qu'il est bon. Les savants juges de Strasbourg, qui n'appartiennent heureusement pas à l'école de Talleyraud, accueillirent les conseils de ce premier mouvement, et votèrent en conséquence. Chacun sans doute voulait payer à la justice son petit tribut privé, comptant peu sur pareil acte chez son voisin, et pensant ainsi ne point influencer le résultat définitif, désiré et prévu. Mais comme le voisin valait mieux que son proche ne le croyait, Lacauchie eut deux fois autant de suffrages que son compétiteur. Au second tour de scrutin, tout se trouve interverti, et le premier devient de beaucoup le dernier. Ce fait est inouï, inexplicable! Pardon, l'opinion publique s'en rendit parfaitement compte. Lorsqu'un œuf a été couvé dans le nid, lorsque l'oiseau débile et sans plumes s'y est laissé docilement réchauffer sous l'aile maternelle et nourrir par la fidèle becquée, il est admis, devenu grand, à prendre ses ébats sur l'arbre et à chanter sous l'ombre de ses branches; quant aux autres oiseaux, arrière les étrangers, *procul este profani!*

Lacauchie était une de ces âmes honnêtes et droites qui se refusent à croire le mal, parce qu'ils ne le croient pas possible. Aussi le voyons-nous se lancer dans la carrière des concours; il en subit cinq, dont deux avec succès, pour l'agrégation et le professorat aux Facultés et aux Écoles militaires. Soit à Strasbourg, soit à Paris, il courait partout; mais étranger partout, ne sortant d'aucun nid, né de lui-même, élevé par ses propres soins, il ne trouvait place nulle part, aucune mère ne le reconnaissait. Il fut néanmoins reçu professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg, pour laquelle il n'était plus un inconnu, à la suite d'un brillant concours, en l'année 1839. Sa première thèse pour l'agrégation avait pour titre: DES MÉTHODES DE TRAITEMENT DANS LES RÉTENTIONS D'URINE; la seconde roule sur le DIAGNOSTIC DES CALCULS VÉSICAUX, ET SUR L'APPRÉCIATION DES DIVERSES MÉTHODES RELATIVES A L'OPÉRATION DE LA TAILLE. Au concours pour la chaire de pathologie externe, vacante à Strasbourg, Lacauchie écrivit un travail remarquable SUR LES SECOURS QUE LA CHIRURGIE EMPRUNTE AUX SCIENCES ACCESSOIRES; c'était en 1836. Enfin, en 1841, notre regrettable maître et ami concourait à Paris pour la même chaire, et soutenait sa thèse sur l'APPRÉCIATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE LA MATRICE.

C'est dans la médecine militaire que Lacauchie était destiné à déployer son rare talent professoral. Là, tous les œufs sortent du même nid; chacun a le même droit de voler sous l'arbre, et, à moins qu'une partialité étrangère n'intervienne, les plus forts vont au plus haut.

En décembre 1836, un concours était ouvert au Val-de-Grâce, pour la chaire d'anatomie de l'hôpital d'instruction de Metz; Lacauchie s'y présenta, sortit le premier des épreuves, et fut nommé à Metz, où il professa pendant près de cinq années. La manière dont il s'acquitta de ses nouvelles fonctions, lui valut le grade de chirurgien-major, le 26 octobre 1840.

Une vacance se présenta au Val-de-Grâce, en 1842. C'était la chaire d'anatomie topographique, occupée par Desruelles. Les mérites de Lacauchie l'y appelaient naturellement. Il y professa pendant quatre années, avec une distinction qui lui gagna la première classe dans son grade de major, deux propositions pour la position de premier professeur, et la croix de chevalier de la Légion d'honneur en 1845.

Jamais, en effet, plus exactes et plus attachantes descriptions anatomiques

à-dire semblables à du petit-lait et à bulles persistantes; elles précipitent encore abondamment par l'acide nitrique; la maladie de Bright nous paraît évidente.

Depuis lors le purpura ne s'est plus reproduit; mais le malade languit en proie à l'albuminurie et à la phthisie. Le régime lacté paraissait amener la diminution de l'albumine; mais le malade n'a pas pu le supporter. L'infiltration, la dyspnée sont considérables. (5 août.)

Quoi de plus singulier que cette succession et cette combinaison d'éléments morbides, paraissant tous dériver de la cachexie sanguine, et cependant suivant chacun sa marche comme isolée ? Purpura hémorrhagique survenant chez un phthisique ; guérison prompte du purpura ; continuation de la phthisie, puis manifestation de la maladie de Bright marchant de pair avec la tuberculisation. Comment se fait-il qu'un sang ainsi triplement altéré ait pu se reconstituer de manière à permettre la guérison du purpura ?

Le fait suivant, quoique étranger à notre épidémie, a tant de ressemblance avec le précédent, qu'on nous pardonnera de le produire.

PHTHISIE AU TROISIÈME DEGRÉ; PURPURA; HÉMORRHAGIES PAR TOUTES LES SURFACES MUQUEUSES; GUÉRISON DU PURPURA; MORT PROMPTE PAR PHTHISIE.

Obs. III. — Un jeune homme entre à la clinique dans l'été de 1850. Il est anémique et d'une maigreur marasmatique. Partout le corps sont disséminées de nombreuses ecchymoses qui se sont produites depuis quelques jours seulement. Des hémorrhagies se manifestent par toutes les voies : narines, bouche, anus, urètre; les conjonctives elles-mêmes sont injectées. Cependant le pouls est calme et les forces sont assez conservées. Nous constatons de larges cavernes sous les clavicules, avec tous les symptômes d'une phthisie avancée. Cette double et grave cachexie nous fait désespérer de la guérison du purpura comme des tubercules. Cependant nous prescrivons la limonade de citron, des frictions sur les membres avec la décoction de quinquina acidulée et un régime modérément analeptique composé de potages gras, viandes légères, légumes frais et salade de cresson.

A notre grand étonnement, nous voyons en peu de jours ce formidable purpura hémorrhagique disparaître complétement. Mais la phthisie poursuivant son cours, le malade succomba dans le marasme, quelques semaines après son entrée.

N'est-ce pas un fait bien remarquable que ce purpura aigu, intense et pourtant fugitif, chez un sujet en proie au dernier degré de la phthisie? Comment se figurer que le sang, altéré déjà par la tuberculisation avancée, appauvri en outre par ces hémorrhagies multiples, ait pu refaire sa crase de manière à ce que le purpura disparût promptement, la phthisie continuant d'épuiser le malade?

Jusqu'ici le régime restaurant, le traitement antiphlogistique nous a réussi à merveille. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Je me rappelle un cas de purpura intense et rebelle, observé il y a quinze ans environ, chez un commis voyageur de forte constitution, sujet à l'intempérance, et chez lequel je fus obligé de recourir à la saignée pour modifier la diathèse hémorrhagique. Il finit par guérir à la longue et à la suite de traitements très-variés.

J'ai recueilli, à diverses époques, cinq ou six cas de *purpura urticans*, variété qui me paraît assez rebelle de sa nature. C'est celle qui, sans contredit, récidive le plus souvent, et quelquefois d'une manière désespérante. Il nous est arrivé, après des tentatives nombreuses et infructueuses de voir sortir les malades non guéris. On sait que cette forme est caractérisée par une éruption d'abord comme roséolée, obscure, qui prend plus ou moins promptement la teinte foncée des ecchymoses. Il y a là un mélange d'inflammation et de cachexie bien propre à dérouter la théorie et la pratique. On ne saurait dire lequel domine, de l'élément inflammatoire ou de l'élément hémorrhagique, et, partant, on oscille entre les antiphlogistiques et les toniques, le mal se montrant parfois également rebelle aux uns et aux autres.

Eh bien! la maladie dont nous venons de retracer les traits principaux diffère essentiellement, j'ose le dire, au moins dans la plupart des cas, du scorbut proprement dit. Cette dernière maladie est trop connue pour que nous ayons besoin d'en produire de nombreuses observations ; la suivante servira de type, comme représentant les symptômes principaux observés chez les sujets de notre épidémie, lesquels, à quelques nuances près, ressemblent exactement les uns aux autres.

SCORBUT SIMPLE; RÉGIME VÉGÉTO-ANIMAL FRAIS; GUÉRISON PROMPTE ET SOLIDE.

Obs. IV. — Un homme de 27 ans, de moyenne constitution, tempérament lymphatique, vigneron, est entré en prison dans les derniers jours de mars 1853. Soumis à l'influence d'un air froid, humide, obscur, et d'un régime insuffisant sous le rapport de la viande et des végétaux frais, il voit, au bout de quinze jours, ses jambes enfler et se couvrir d'ecchymoses; la peau devient dure, tendue, un peu sensible à la pression. Ce n'est que plus tard, dit-il, que ses gencives sont devenues gonflées, douloureuses et saignantes. Il n'est pas très-affaibli. Les fonctions principales sont intactes.

A son entrée à la clinique, le 28 juin, nous constatons : gonflement prononcé du pied et de la partie inférieure de la jambe droite, dont la peau est tendue, d'une consistance comme ligneuse et d'une teinte brunâ re. Une ecchymose de 3 centimètres occupe la partie interne du mollet. OEdème moins induré de la jambe gauche; vaste ecchymose occupant le jarret, qui est gonflé, roide et un peu douloureux à la pression. Point d'ecchymoses aux parties supérieures du corps; gencives sensiblement tuméfiées, livides, saignant facilement à la pression. Pouls normal, peu résistant; appétit; selles régulières; intelligence nette. (Limonade citrique; le quart d'aliments; viande, légumes frais, salade de cresson, vin rouge.)

En cinq ou six jours, les ecchymoses ont presque entièrement disparu, les gencives reprennent leur état normal; mais l'induration de la peau et du tissu cellulaire des jambes, avec teinte brunâtre, persiste encore longtemps. (*Ut suprà*; lotions acidulées sur les jambes.)

Le 20 juillet, il ne reste plus qu'un peu d'induration de la peau (sclérodermie). Le malade veut sortir.

Telle est donc, à peu près, l'histoire des cinq autres malades, qui tous nous viennent de la prison. Nous dirons à ce sujet que, dans l'état actuel de l'hygiène, où le scorbut tend à disparaître même de la navigation, le scorbut endémique dans un établissement accuse presque toujours l'incurie de l'administration. En assainissant les localités, en corrigeant le régime alimentaire, on parvient presque à coup sûr à prévenir et à détruire le scorbut. Les dépenses qui peuvent résulter de ces améliorations ne sauraient entrer en balance avec les intérêts sacrés de l'humanité.

(*La fin au prochain numéro.*)

---

n'avaient été jetées aux élèves attentifs, par une voix plus sonore et plus magistrale, remplissant de ses éclats le vaste amphithéâtre du Val-de-Grâce. Si le faste d'une telle comparaison était permis dans une notice aussi humble, nous dirions volontiers : la parole de Lacauchie était comme la cascade qui, tantôt se rue impétueuse avec de grands bruits, tantôt se perd en vapeurs errantes, en filets égarés, fine pluie émaillée par l'arc-en-ciel, en perles étincelantes roulant sur le gazon. Sa parole était abondante, facile, inépuisable; sa période arrondie, cicéronienne; le tour de phrase jamais commun ni vulgaire, toujours élégant et distingué; son style animé, coloré, plein de figures ; enfin, des rapprochements ingénieux, des saillies, des traits d'esprit, achevaient de captiver l'attention toujours soutenue et à chaque instant excitée, des auditeurs accourus pour entendre le maître. Le geste, plus sobre que la parole, était plein de distinction, et tempérait par sa réserve ce qu'il y avait parfois de surabondant dans la phrase. Le port et la démarche de Lacauchie étaient nobles; la nature l'avait doté d'une physionomie très-caractérisée, ouverte, intelligente, et comme rayonnante quand il parlait. L'œil était vif et pénétrant, le front large et bien moulé. Une abondante forêt de cheveux flottants couronnait cette figure mâle et qu'on peut dire belle, car aujourd'hui le règne de la beauté plastique a fait place à celui de la beauté intellectuelle, et l'on consulte moins l'antique régularité que le reflet de l'esprit sur le voile mobile de la physionomie.

Jusqu'à quel point ce talent oratoire fleuri, imagé, toujours prêt à déborder, était-il approprié à l'enseignement de l'anatomie?

On se rappelle sans doute la rivalité de deux savants, l'un entouré de prestige, membre de l'Institut, Breschet; l'autre, Broc, connu des élèves seulement qui remplissaient son amphithéâtre libre, tandis qu'ils laissaient désert le cours officiel de la Faculté. C'est que l'anatomie est bien la plus aride, la plus sèche des sciences, quand on l'enseigne, comme le premier, avec une scrupuleuse exactitude, mais sans art, je dirai plus, sans stratagèmes oratoires, sans petits épisodes adroitement et sobrement mêlés à cette endormante rapsodie. L'émule de Breschet avait parfaitement compris tout cela; aussi ses leçons étaient-elles beaucoup plus suivies, mieux écoutées, et de là très profitables. Avant tout, il faut être entendu, si l'on veut instruire.

Grâce à son talent et à ses habiles ressources oratoires, Lacauchie attirait beaucoup de monde à ses cours d'anatomie ; cédant à l'attrait du plaisir, on écoutait toujours; aussi fit-il de nombreux et bons élèves. Si sa carrière fut brillante, elle fut donc tout aussi utile.

Parfois, mais rarement, l'arbre débordant de sève jetait quelques rameaux superflus. Dans ces instants clair-semés d'oubli, dans ces débordements passagers d'une activité surabondante, le professeur semblait prendre le muscle le plus vulgaire, l'os le plus aride, pour le caresser, l'orner, le fleurir et le pailleter. Si une telle facilité, si un si grand prestige de parole avaient été appliqués à l'enseignement de la physiologie ou de l'histoire de la medecine, que n'eussent-ils point produit, dans ces régions où l'on trouve toujours des sujets à la hauteur de l'éloquence la plus élevée! L'esprit de Lacauchie se prêtait sans aucun doute aux conceptions les plus larges, aux abstractions et à la généralisation, mais son goût particulier et un penchant bien prononcé la ramenaient surtout aux recherches de détail, à la critique partielle, aux investigations anatomiques; ce qui n'excluait en rien la comparaison, car il étudiait les organes dans la série zoologique, et s'é-

PHARMACOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'HUILE ESSENTIELLE D'ORANGES AMÈRES ; par M. le docteur A. IMBERT-GOURBEYRE, professeur suppléant à l'École secondaire de médecine de Clermont-Ferrand.

Les propriétés de la plupart des huiles essentielles et leur action physiologique sur l'homme sont, en général, fort peu connues : il en est de même de l'huile essentielle qui est si abondante dans les végétaux de la famille des orangers. Cette huile est pourtant d'un usage journalier dans un grand nombre de préparations pharmaceutiques : est-il besoin de nommer l'infusion de feuilles d'oranger, l'eau distillée de fleurs d'oranger elle-même, dont l'action gît tout entière dans le principe volatil que nous allons étudier ? Baglivi aurait encore raison de répéter aujourd'hui ce qu'il dit quelque part dans son livre DE FIBRA MOTRICE : « *Multa adhuc latent in herbis ad citri naturam accedentibus.* »

« Le travail que je publie a pour objet de décrire l'action de l'huile essentielle d'oranges amères sur l'homme à l'état sain. Je crois être le premier qui ait appelé l'attention sur les effets singuliers de cette substance sur l'économie animale. J'ai fait d'assez nombreuses recherches, et je n'ai trouvé aucun travail, aucune indication sur pareille matière. Peut-être intéresserai-je le public médical en lui offrant quelque chose de nouveau. Du reste, pour ce médicament comme pour beaucoup d'autres, les travaux toxicologiques sont assez rares ou très-incomplets. Certes, ce sera un grand titre de gloire pour M. Orfila d'avoir créé en France la toxicologie, et la donation magnifique qu'il vient de faire au corps médical est un acte qui, à la fois, illustre l'homme et le savant et couronne glorieusement une vie qu'on ne croyait point aussi pres de s'éteindre ; mais c'est un nouveau service rendu à la science que d'avoir fixé d'avance lui-même aux concurrents, pour le prix qu'il a fondé, la nature et la série des travaux à entreprendre. Ces études toxicologiques et cliniques sur des médicaments, tels que l'aconit, la jusquiame, la varaire, etc., sont destinées à agrandir singulièrement la sphere d'application de ces agents toxiques dans un grand nombre de maladies diverses. Elles auront peut-être aussi pour résultat de résoudre plusieurs problèmes qui agitent le monde médical et de réduire à leur juste valeur les théories de quelques écoles germaniques et italiennes sur le mode d'action des médicaments.

Au mois de juillet dernier, en visitant un ouvrier malade, je trouvai sa femme occupée à peler de ces petites oranges qu'on appelle vulgairement *chinois*, et que les confiseurs de Clermont livrent au commerce tout saccharifiés. Je demandai à cette femme si ce genre d'ouvrage ne la fatiguait point, et elle me répondit que *ça la rendait malade*, que bien d'autres femmes occupées à ce genre de travail en étaient malades aussi, qu'il en était même qui avaient été obligées de le quitter par suite d'attaques qu'elles avaient eues.

Il n'en fallut pas davantage pour éveiller ma curiosité et provoquer de ma part un examen sérieux. Je me mis à l'œuvre, et depuis plusieurs mois j'ai visité assidûment les deux maisons qui, dans notre ville, confisent le chinois, les maisons Frelut et Quinette. J'ai examiné toutes les ouvrières *peleuses*, je leur ai fait raconter en détail tout ce qu'elles éprouvaient quand elles travaillaient aux chinois. Depuis la reprise des travaux en octobre, je les ai étudiées à l'œuvre pendant plusieurs mois et presque tous les jours ; j'en ai même soigné pour les accidents qu'elles ont eus. J'ai recueilli avec soin toutes ces observations, et j'en donne aujourd'hui le résultat. Mais avant d'aborder cette partie expérimentale, je dirai un mot du commerce du chinois, de son mode de préparation, de son histoire naturelle et de l'analyse chimique de son huile essentielle.

Les chinois ne sont autre chose que de petites oranges grosses comme une noix ; ce ne sont point, comme on le croit communément, des oranges ordinaires cueillies ou tombées avant maturité ; elles sont produites par un oranger particulier qui porte le nom de bigaradier chinois (*citrus vulgaris chinensis*, Risso). Les chinois nous arrivent de Marseille à Clermont dans des tonnes remplies d'eau de mer, ce qui les empêche de se gâter en route. Chaque tonne peut en contenir vingt mille environ.

Il se confit en France, année commune, de trois à quatre millions d'orangettes amères ; Clermont figure pour la moitié environ dans cette fabrication ; le reste se confit à Lyon, Marseille, Avignon, Apt, etc. Cette branche de commerce a pris dans notre ville, depuis quelques années, une grande extension, grâce à l'activité intelligente des maisons Frelut et Quinette. Cette dernière maison en a fabriqué l'an dernier jusqu'à neuf cent mille, et M. Frelut en confira cette année-ci un million et demi environ.

La plupart de ces marchandises sont expédiées dans le nord, et Paris en reçoit la plus grande partie.

Il n'y a qu'une quinzaine d'années environ qu'on a pris à Clermont l'habitude de peler le chinois; auparavant on le recevait tout *tourné* de Marseille. On l'a presque toujours pelé au couteau ; mais depuis quatre ans, grâce au génie inventif de M. Frelut, beaucoup d'ouvrières emploient la mécanique. Cette mécanique très-simple n'est autre chose qu'un petit tour consistant en une pièce horizontale ; à son extrémité gauche est fixée une double aiguille qui enfile l'orange, et à l'extrémité droite est ajustée une manivelle qui fait tourner la pièce. Un couteau de tour est appliqué sur l'orange, en même temps qu'on fait marcher la mécanique, et le chinois est véritablement tourné ou pelé. Au couteau, l'ouvrière la plus forte peut en peler à peine un mille dans sa journée; à la mécanique, elle peut en tourner jusqu'à quatre mille. Pendant cette opération, on voit se volatiliser dans l'air l'huile essentielle contenue dans l'écorce du chinois. Des gouttelettes coulent sur les doigts, et l'essence peut être absorbée par la peau elle même ; mais c'est surtout par les voies aériennes que les ouvrières inhalent continuellement l'huile volatile qui va développer chez elles des accidents ou symptômes que nous indiquerons plus tard.

Les chinois répandent dans les chambres des ouvrières une odeur très-forte et très-suave. On y travaille habituellement pendant l'hiver, quelquefois pendant une grande partie de l'année, avec des interruptions de deux ou trois semaines, suivant la fréquence des arrivages.

Le chinois appartient au genre *citrus*, de la famille des aurantiacées, et c'est une des onze variétés de l'espèce *citrus vulgaris*, de Risso, ou bigaradier commun, espèce qui comprend les oranges amères.

Tandis que le cédratier (*citrus medica, R.*) paraît être originaire de la Médie et de la Perse, l'oranger proprement dit (*citrus aurantium*) du Japon ou des îles de la mer Pacifique ; le bigaradier des Indes-Orientales, le chinois, ainsi que l'indique son nom, paraît venir des forêts méridionales de la Chine, où il a été retrouvé. L'Europe est redevable à l'invasion arabe de l'introduction du bigaradier dans toutes les îles de la Méditerra-

---

levait à ce qu'on appelle l'anatomie transcendante, à laquelle il rendit les plus grands services, comme nous le verrons bientôt à propos de sa féconde découverte de l'hydrotomie. On comprend, d'après ce qui vient d'être dit, que, sinon par aptitude spéciale et exclusive, du moins par prédilection, Lacauchie dut poursuivre sa carrière professorale dans l'enseignement de l'anatomie.

Lacauchie fut un instant distrait du Val-de-Grâce, en 1844, et envoyé au corps d'opérations de la Moselle, où l'on feignait alors de grandes batailles et le siége en règle de la ville de Metz. Attaché à l'état-major du duc de Nemours, il avait pour mission de suivre tous les mouvements, prêt à porter secours au prince et à son entourage, si un accident survenait.

Lacauchie exerçait un grand ascendant, je dirai plus, une véritable fascination sur les gens du monde qui l'approchaient. Que de personnes nous ont confessé leur étonnement, leur éblouissement, et sont restées frappées pour toujours, après quelques heures passées avec Lacauchie, à un diner, dans une réunion, par exemple. En effet, on ne peut se faire une idée de son inépuisable faconde dans ces occasions ; c'était une mine sans fond de piquantes anecdotes relevées par un sel attique, ou d'émouvantes histoires contées dramatiquement ; c'était un courant sans intermittence, de finesse, d'esprit, de reparties pleines d'à-propos ; à d'agréables papillotages, il savait mêler d'instructifs enseignements, dont la forme aimable était toujours un passe-port assuré dans une conversation du monde ; telle était la variété des images, des couleurs, des scènes qui se déroulaient et se succédaient, qu'on écoutait toujours, tenu en émoi comme le spectateur attentif aux imprévus changements à vue d'un théâtre féerique. Entre les deux recrudescences qui signalèrent le début et la terminaison funeste de sa dernière maladie, il eut encore un de ces brillants éclairs, lueur suprême d'un flambeau qui allait bientôt s'éteindre !

Ce portrait nous dispensera de dire quel rôle joua Lacauchie à l'état-major du prince, quelle place il sut y conquérir comme savant et en tant qu'homme d'esprit. Il ajouta de puissants protecteurs à la liste de ceux qu'il s'était déjà acquis antérieurement, car les gens qu'il séduisait n'étaient point seulement du menu troupeau, mais appartenaient aussi, surtout même, aux fonctions les plus élevées. Le prince lui-même, devenu souffrant, l'appela près de son lit, et l'y retint bien souvent de longues heures, qui lui paraissaient plus courtes quand son médecin, après les conseils de son art, lui prodiguait tous les trésors de son esprit. Le duc était conquis. Aussi, en 1847, quand Lacauchie voulut quitter le professorat pour la position si recherchée, si enviée, de chirurgien major de la garde municipale, trouva-t-il une haute protection qui lui aplanit les voies et le fit réussir dans son entreprise.

Arrive la révolution de 1848 ; la garde municipale est licenciée, et son chirurgien-major se trouve en disponibilité par supppression d'emploi. Mais, le 20 mars de la même année, le Val-de-Grâce, où les échos de sa voix n'étaient point encore perdus, s'ouvre de nouveau pour lui ; il n'y professe plus, car sa place délaissée est occupée par un autre. Un service chirurgical lui est confié. Bientôt après Lacauchie, est promu chirurgien principal de seconde classe, et chirurgien en chef du nouvel hôpital militaire du Roule.

A peine l'épidémie de choléra de 1849 se terminait-elle, que Lacauchie fut nommé chirurgien en chef de l'armée d'Italie. Il partageait le pouvoir avec MM. Faure-Villar et Rollin, médecin et pharmacien en chef. Mais après la ren-

née ; le chinois ne paraît avoir été importé en Europe que dans les derniers siècles.

L'arbre qui donne la petite orange, connue sous le nom de chinois, forme la neuvième variété de l'espèce bigaradier, de la belle monographie de Risso (ANNALES DU MUSÉUM, t. XX). Voici la description qu'il en fait :

« 9e variété. — Bigaradier chinois, *Citrus vulgaris chinensis*.

» *Citrus vulg. chin., fructu parvo sphærico, medullâ subacri et* » *amarâ*. — Chinois, chinotto, chinet.

» La tige de cet arbrisseau est petite, scabreuse, converte de petites » feuilles lancéolées, situées sur de courts pétioles sans ailes; fleurs pla- » cées en thyrse le long des pédoncules; fruits petits, arrondis, mons, aplatis » vers le pédicule, et concaves au sommet, d'un jaune rougeâtre. Leur » écorce est assez épaisse, peu adhérente à la pulpe dont le suc est d'un » goût acide un peu amer. On le cultive dans tous nos jardins. »

Il existe un autre bigaradier chinois, à feuilles de myrte, *citrus vulgaris myrtifolia*. Ses fruits ont la couleur et le goût de ceux de la variété précédente, mais ils sont plus petits. Cet arbrisseau est très-rare, et ce n'est pas de lui que viennent nos chinois.

Il se fait par an trois cueillettes de l'orangette amère. La première a eu lieu au mois d'août. Les orangettes sont ramassées avant qu'elles jaunissent, et celles qu'on expédie dans le Nord sont renfermées dans des tonnes pleines d'eau de mer.

On observe une grande analogie entre toutes les plantes de la famille des aurantiacées, et même dans les différents organes de ces arbres. Ils abondent en huile essentielle qui se trouve dans des réservoirs vésiculaires, dans l'écorce, les feuilles, le calice et la paroi épaisse des fruits. (Soubeiran, TRAITÉ DE PHARMACIE.)

Si l'orange douce l'emporte sur l'amère pour l'usage alimentaire, elle lui cède le pas pour l'usage pharmaceutique dans ses feuilles, ses fleurs et ses fruits. (Guibourt, ABRÉGÉ DES DROGUES SIMPLES.) C'est en effet l'espèce bigarade et ses variétés qui fournissent l'eau distillée et l'huile essentielle la plus estimée dans le commerce. La valeur des fleurs de la bigarade est double de celle des fleurs de l'oranger. C'est le bigaradier qui fournit l'écorce propre à faire le curaçao, le sirop d'écorces d'oranges amères et autres préparations pharmaceutiques.

Les fleurs du chinois distillées donnent une eau légère, d'une amertume agréable, qui a de l'analogie avec celle de l'orange et de la bigarade. Leur huile essentielle et limpide se dissout dans un alcool à 34°. Son odeur est moins piquante et plus suave que celle de la bigarade (Risso).

Les huiles essentielles du genre *citrus* se retirent en général par expression. Elles peuvent se conserver longtemps, surtout en teinture. Geoffroi rapporte avoir conservé pendant huit ans, sans altération, de l'huile volatile de citron qu'il avait préparée au moyen de l'alcool (Mérat et Delens, (DICT. UNIV. DE MAT. MÉD.).

Les analyses de tous les chimistes s'accordent à démontrer que les essences des diverses espèces du genre *citrus* ne paraissent pas différer entre elles quant à la constitution atomique, et qu'elles sont toutes représentées par $C^8 h^8$, formule de l'essence de citron. Elles varient même peu dans leur densité ; celle de la bigarade est de 0,855. La composition de ces essences est la même que celle de l'essence de térébenthine qui à l'état de vapeur présente, comme l'huile de citron, 4,77 de densité. L'essence de térébenthine, plusieurs fois distillée, est jaunâtre. Son odeur plus suave se rapproche beaucoup de celle du citron ; aussi l'emploie-t-on pour falsifier d'autres huiles essentielles. Ces deux essences ne diffèrent qu'au point de vue de la formation de leurs camphres artificiels sous l'influence de l'acide hydrochlorique ; car ces deux camphres solides et liquides n'ont point la même composition ni la même action sur la lumière polarisée. (Pelouse, COURS DE CHIMIE, t. III.)

Si j'insiste sur ces détails chimiques, c'est que l'action toxique de l'huile essentielle d'oranges amères a quelques rapports avec celle du camphre : or cette huile, comme beaucoup d'autres, produit un camphre artificiel sous l'influence de l'acide hydrochlorique. Cette présence du camphre dans cette huile volatile peut faire peut-être conclure *à priori* à son analogie d'action avec le camphre lui-même, analogie que j'espère démontrer à l'aide de mes observations et de faits bien connus dans la science.

Après avoir traité de l'histoire commerciale, naturelle et chimique du chinois, je vais étudier son histoire pathogénétique, ou, en d'autres termes, son action sur l'économie animale à l'état sain. Mon travail repose sur 41 observations. J'ai observé toutes les ouvrières qui, depuis quinze ans, sont occupées à peler le chinois à Clermont. Sur 41 individus qui ont travaillé plus ou moins longtemps au chinois, il en est 12 qui n'ont absolument rien ressenti. Il nous reste donc 29 observations dans lesquelles des effets positifs ont été constatés. Je les donne en entier. On me pardonnera quelques vulgarités de langage : pour être plus vrai, j'ai souvent écrit sous la dictée des ouvrières.

OBS. I.—La femme Le Bœuf, âgée de 47 ans, demeurant rue du Passeport, 10, a travaillé aux chinois pendant huit ans, a cessé depuis deux hivers. En 1850, elle fut particulièrement fatiguée ; elle eut deux attaques graves qui l'ont obligée à renoncer à ce travail ; mais, avant cette époque même, elle avait toujours ressenti l'influence des chinois ; elle n'y avait jamais travaillé sans être plus ou moins incommodée, et alors elle éprouvait les phénomènes suivants :

Étourdissement, affaiblissement de la vue ; pyrosis, nausées accompagnant céphalalgie ; dès qu'elle travaillait aux chinois, elle ne pouvait plus dormir, était agitée ; crampes et démangeaisons générales ; quelquefois éruptions de boutons partout le corps, boutons rouges, gros comme de petites têtes d'épingles, ne suppurant pas, mais saignant dès qu'elle se grattait. Outre ces boutons, elle avait souvent des plaques rouges grandes comme des pièces de 1 franc ; grande fatigue dans tous les membres, plus grande dans les bras. Une fois la main ganche vint à s'enfler. Cette enflure, accompagnée de démangeaisons, dura quinze jours et ne disparut qu'en interrompant le travail. Elle éprouvait une telle vivacité dans les membres, qu'une fois à l'ouvrage elle travaillait pour ainsi dire d'une manière irrésistible, avait très-souvent des tiraillements et des pandiculations.

A la reprise des travaux, fin 1849, malgré sa vive répugnance, elle parut la première à l'atelier ; dès les premiers jours ne pouvait dormir et avait grande envie de quitter. Le mal ne fit qu'empirer. Aussitôt qu'elle entrait dans la chambre de travail, elle était prise de suffocations et de sueurs ; il fallait ouvrir les fenêtres ; en même temps nausées et démangeaisons.

Quinze jours avant ses attaques, elle éprouvait à la figure, du côté gauche, des convulsions épileptiformes, semblables à celles que les enfants ont souvent à la face. Ces convulsions duraient deux minutes environ et revenaient cinquante fois par jour. Enfin se sentant plus malade, elle quitta l'ouvrage et resta chez elle. Deux jours après elle ressentait une vivacité inaccoutumée. Occupée le matin à laver du linge, plus elle le lavait, plus elle voulait le laver, sans pouvoir s'arrêter. Elle est prise alors d'un tremblement général et elle tombe. Tout son corps était en convulsions, principalement du côté gauche de la figure, et ainsi que les épaules, qui étaient fort agitées. Elle grattait des pieds et bouleversait tout. Toutefois, elle ne perdit pas connaissance. Cette attaque dura un quart d'heure, et elle resta courbaturée toute la journée.

---

trée de ses deux collègues en France, en mai 1850, il demeura seul, et cumula les trois fonctions avec le titre d'officier de santé en chef du corps d'occupation des états pontificaux.

(*La suite et fin à un prochain numéro.*)

FÉLIX JACQUOT.

— M. Diday vient d'obtenir le prix (médaille d'or) au concours ouvert par la Société de médecine de Bordeaux, sur la question *de la syphilis des nouveau-nés*.

— M. Albert Mancel, étudiant en médecine, élève des hôpitaux, vient de succomber à une maladie semblable à celle qui emportait dernièrement le fils de M. le docteur Blache. Atteint dans les premiers jours d'août d'une angine gangréneuse, il est mort après plus d'un mois de souffrances. M. Albert Mancel était dans sa vingt-quatrième année ; il donnait les plus belles espérances. Fils de M. le docteur Mancel, il était par sa mère petit-fils de M. Antoine Royer-Collard et neveu de M. Hippolyte Royer-Collard, tous deux morts professeurs à la Faculté de médecine.

Ses obsèques, qui ont eu lieu lundi 12, à onze heures, à l'église Saint-André (cité d'Antin), avaient attiré un grand nombre de médecins et d'élèves.

— On écrit de Londres :

« La somme nécessaire pour élever un monument au docteur Jenner, inventeur de la vaccine, vient d'être complétée. Le comité des souscripteurs a décidé, à l'unanimité, que ce monument se composerait d'une statue colossale en bronze de Jenner, et il a chargé M. Charles Marshall, membre de l'Académie royale, d'en exécuter le modèle. »

— La Société de chirurgie de Paris, dans sa séance du 24 août dernier, ayant accepté l'offre de M. le docteur Verrier, de Bar-sur-Aube, d'une somme de 300 fr. ou d'une médaille de même valeur à décerner à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des hémorrhoïdes et des varices par la coagulation du sang par le procédé de M. Pravaz, ou tout autre procédé inoffensif,

A arrêté ce qui suit :

Les personnes qui voudront concourir pour ce prix devront envoyer leur mémoire (*franco*), avant le 1er mars 1854, à M. Marjolin, secrétaire de la Société, rue de l'Abbaye, n. 3.

Les mémoires ne seront pas signés, ils porteront en tête une devise qui sera répétée avec le nom de l'auteur dans une enveloppe cachetée.

Les mémoires devront être écrits en français ou en latin ; ils devront s'appuyer sur des faits ou des expériences.

Aucun membre de la Société n'est admis à concourir.

Le lendemain, même attaque, en mettant les mains dans l'eau. C'était au commencement de décembre 1849. Elle resta tout l'hiver malade et ne sortit pas de quatre mois. Elle éprouvait une grande fatigue et une insomnie continuelle. La moindre vivacité la rendait plus malade; elle pleurait continuellement et se croyait estropiée. Tiraillements fréquents dans les membres, besoin de les étirer; souvent céphalalgie et chaleur abdominale. Depuis ce temps, elle n'a plus travaillé aux chinois; tous les accidents ont disparu. Aujourd'hui encore l'odeur seule des chinois l'impressionne et l'indispose.

Obs. II. — Femme Descotes, rue Villeneuve, 32, 35 ans, travaille depuis plus de deux ans aux chinois; il y a deux ans environ, elle fut obligée d'interrompre pendant quinze jours, tant elle souffrait de la tête, et me fit appeler. Depuis qu'elle travaille aux chinois, elle souffre toujours de la tête, et quand elle reprend son travail, son mal augmente. Elle souffre aussi beaucoup des dents; elle en a vu sept à huit se carier et se briser très facilement. Les douleurs s'étendent jusque dans la langue, avec élancements et bourdonnements dans les oreilles. Quelquefois elle sentait, au moment des douleurs, des tiraillements dans la figure; *ça lui retirait le nez; ça sautait au-dessous des yeux*, et ses compagnes s'en apercevaient; elle bâillait souvent sans pouvoir s'arrêter, était toujours près de se trouver mal, comme si quelque chose la suffoquait. Battements de cœur; ça lui montait à la gorge et ça l'étouffait; quand elle reprenait le travail, le premier jour elle vomissait ou avait de grandes nausées; en outre, anorexie et grande soif. Tous les soirs, en rentrant à son domicile, elle se plaignait d'être prise de la tête et de l'estomac; frissonnait en se couchant, et dès qu'elle avait chaud, était très-agitée et se découvrait; dormait peu, sautait et se réveillait en sursaut. Tiraillements dans les membres, surtout la nuit ou à la moindre contrariété; crampes dans les jambes; pandiculations. La première année, elle n'a rien eu aux mains; la seconde, la main gauche est devenue enflée, rouge, sans boutons ni démangeaisons. Elle n'en souffrait pas; il y avait seulement gêne dans les mouvements. Ne travaille pas aux chinois depuis cinq mois, éprouve toujours de la céphalalgie et de l'odontalgie, quoique à un degré moindre; dort bien maintenant. Accouchée le 26 février, avait quitté son travail six semaines auparavant. Accouchement laborieux; l'enfant est mort au bout de quatre jours avec des convulsions, *la figure lui tournait*. Cette femme a perdu déjà cinq enfants, mais jamais par convulsions. Si elle n'était pas pressée par le besoin, elle cesserait de travailler aux chinois.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR LA CAUTÉRISATION DANS SES RAPPORTS AVEC L'INFECTION PURULENTE; par M. BOURGUET.

Celle question, qui a été déjà agitée à plusieurs reprises dans les colonnes de la GAZETTE MÉDICALE, présente une si grande importance, qu'on nous pardonnera d'en entretenir encore une fois les lecteurs de ce journal.

La cautérisation peut-elle donner lieu à l'infection purulente dans quelques cas particuliers? M. Bonnet, d'après ses travaux antérieurs, croit le fait impossible; MM. Diday et Philippaux, sans se prononcer à cet égard d'une manière formelle, semblent pencher néanmoins vers cette manière de voir; de notre côté, nous croyons à cette possibilité, en nous fondant, non-seulement sur l'étude des lois physiologiques et pathologiques qui président au développement de l'infection purulente, mais surtout sur un fait malheureux observé par nous, dans lequel la cause de cette complication nous a paru devoir être rapportée uniquement à la cautérisation.

Nous pourrions, à la rigueur, nous borner à laisser cette question dans les termes où nous venons de la poser, et attendre de l'avenir le soin de la résoudre. C'est là le parti auquel nous nous étions arrêté de prime abord; mais en y réfléchissant davantage, nous avons pensé que quelques développements nouveaux et quelques éclaircissements sur le fait qui avait soulevé cette discussion ne seraient pas déplacés, et que cette discussion elle-même pourrait d'une autre part avoir son utilité, et ne pas rester entièrement stérile pour la science.

Commençons par exposer et par bien préciser les circonstances au milieu desquelles la cautérisation a été pratiquée, car la question est là tout entière.

Un bubon survient chez un sujet lymphatique et ne tarde pas à s'indurer. Après trois mois d'un traitement mercuriel auquel le malade était soumis lorsque nous primes le service chirurgical, et que nous remplaçâmes par les bains généraux et l'iodure de potassium, l'induration persiste toujours dans la généralité de son étendue; le bubon forme au pli de l'aine gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, aplatie, un peu inégale et bosselée à l'extérieur, très-dure et presque cartilagineuse dans quelques endroits, moins dure et même molle dans quelques autres; mais l'induration prédominant de beaucoup sur les tissus mous et rénitents, et siégeant principalement vers la circonférence de la tumeur; un mois environ avant la cautérisation, huit à dix ponctions, au moyen de la lancette, sont pratiquées vers le milieu de cette tumeur, tant pour en favoriser le dégorgement que pour donner issue à une petite quantité de pus formée dans trois points différents, qui font à l'extérieur une légère saillie de la grosseur d'un pois ou d'une très-petite noisette; mais au lieu de tendre vers la guérison, les ouvertures résultant de ces ponctions, ou du moins de deux ou trois d'entre elles, laissent suinter de la matière séro-purulente, en assez petite quantité pour tacher à peine les linges du pansement, mais assez cependant pour maintenir l'ouverture fistuleuse; en même temps on sent sous la peau, dans les points correspondants aux piqûres, des tissus mollasses, fongueux, rénitents, tandis que tout autour et dans leurs intervalles existe l'induration des ganglions lymphatiques environnants qui, comme nous l'avons dit, tranche par son extrême dureté sur ces tissus mous et fongueux; la tumeur présente, dans toutes ses parties, une apparence solide, nulle part on n'observe ni clapiers ni poche à contenu liquide; les trajets fistuleux sont isolés et sans communication entre eux.

Existe-t-il, dans l'intérieur de cette tumeur ou autour des tissus fongueux que nous venons de décrire, une cavité ou une surface suppurante quelconque? Ainsi qu'on a pu s'en convaincre par la relation qui précède, et que nous avions eu déjà l'honneur de le faire observer à M. Philippaux, dans notre précédent article, il n'y avait pas ici un foyer de suppuration, comme dans les bubons ordinaires, en sorte que nous n'avions pas pu l'ouvrir et n'en cautériser qu'une partie seulement, comme l'avait pensé M. Philippaux. Mais, nous a alors répliqué M. Diday : « si votre malade n'offrait pas un foyer purulent, une poche à contenu liquide comme celle d'un dépôt phlegmoneux ou d'un abcès froid, il présentait de la suppuration autour des ganglions lymphatiques dégénérés et dans leurs intervalles.....; or ce vide qui existe autour des ganglions, ces intervalles qui les séparent, qu'est-ce, sinon une surface où s'accomplit un travail de suppuration, travail dont le produit est, je l'avoue, très-peu important, mais dont l'essence même prouve que les tissus qui en sont l'objet peuvent fort bien, dans une circonstance donnée, subir les modifications fâcheuses qui deviennent le point de départ de l'infection purulente? »

Malgré l'estime profonde que nous avons pour la personne de M. Diday et pour ses travaux, malgré surtout sa compétence toute spéciale en de pareilles matières, nous ne saurions être complétement de son avis. En effet, dans le cas dont il est ici question, les ganglions lymphatiques dégénérés présentaient une dureté tellement considérable qu'il nous répugne d'admettre qu'il pût exister de la suppuration autour d'eux et dans leurs intervalles, d'autant plus que la matière qui s'écoulait par l'ouverture des ponctions était séreuse et réduite à de très-faibles proportions. Toutefois, raisonnons dans cette hypothèse et admettons avec lui que du vide existait autour des ganglions et dans leurs intervalles, et qu'une surface suppurante entourait les tissus mollasses et fongueux; peut-on dire pour cela que la cautérisation a été suivie d'accidents uniquement parce qu'elle a ouvert ces cavités suppurantes sans cautériser leur fond? Pas le moins du monde, et en voici la preuve : l'escarre comprenait la totalité des tissus fongueux et la plus grande partie des tissus indurés; il est donc évident que toutes ces petites surfaces suppurantes, en admettant leur existence comme un fait démontré, auraient été complétement cautérisées et englobées dans l'escarre dès cette première cautérisation, et qu'en définitive nous nous serions trouvé placé dans les conditions stipulées par M. Bonnet et considérées par lui comme préservant toujours de l'infection purulente.

Mais une seconde difficulté bien plus sérieuse se présente et constitue, selon nous, une preuve irréfragable en faveur de la thèse que nous soutenons, c'est cette circonstance passée inaperçue par MM. Philippaux et Diday, et cependant extrêmement importante, que trois applications de caustique ont eu lieu, et que ce n'est pas la première, celle dont nous venons de parler, et pour laquelle des doutes se sont produits, qui a occasionné l'infection purulente, ni même la seconde, qui était plus légère et moins étendue, mais la *troisième*. Or, sur quels tissus a porté cette troisième cautérisation pratiquée douze jours après la première? Elle a porté, qu'on le remarque bien, *sur un point induré restant encore à la partie supérieure de la plaie.*

On comprend aisément que, puisque la cautérisation qui a amené l'infection purulente n'a porté que sur un point *induré*, ainsi que nous venons de l'établir en empruntant les termes mêmes de notre première relation, l'explication proposée par M. Diday ne lui est plus applicable, et qu'il faut forcément en venir à admettre cette proposition, que *la cautérisation d'une tumeur solide, de même que celle d'une tumeur à contenu liquide, peut, dans quelques cas donnés, être suivie de cette formidable complication.*

En résumé, dans le cas que nous avons fait connaître, la cautérisation a été faite à trois reprises différentes, avec toutes les précautions et la prudence possibles; nous nous sommes placés chaque fois, mais surtout en dernier lieu, dans les conditions regardées par M. Bonnet comme procurant une immunité complète et absolue, et pourtant l'infection purulente s'est développée et a occasionné la mort du malade.

Aurions-nous dû taire ce fait et le considérer comme une exception confirmant la règle posée par l'éminent chirurgien de Lyon, plutôt que la détruisant? Nous ne l'avons pas pensé. Sans nous dissimuler qu'un seul fait négatif ne détruisait pas des milliers de faits positifs, nous avons cru que ce fait négatif méritait d'être signalé, et qu'on pouvait y puiser quelques enseignements utiles pour l'avenir; nous avons cru en outre, précisément parce que nous avions partagé nous-même les idées de M. Bonnet, qu'il convenait de prémunir les praticiens qui emploient journellement la cautérisation, non pas pour les empêcher de recourir à cette méthode dont nous sommes, au contraire, le premier à proclamer les avantages et que nous employons très-fréquemment dans notre pratique, de cette méthode, ajouterons-nous, qui mérite de rester et qui restera incontestablement une méthode générale et usuelle; mais pour les engager à se tenir sur leurs gardes, après la cautérisation comme après l'emploi de l'instrument tranchant, à mettre en œuvre toutes les ressources de l'hygiène et de la médecine préventive, à surveiller avec soin les premiers symptômes de l'infection purulente, afin d'y porter remède avant que les désordres qu'elle aura occasionnés soient considérables; en un mot, à prévenir pour ne pas avoir à réprimer.

Mais, nous dit M. Diday, « avec M. Bourguet, c'est le traitement consécutif qui est mis sur le premier plan, motif bien suffisant pour me faire craindre qu'on ne néglige les précautions qui dépendent du mode d'opérer. » Nous sommes fâchés de ne pas être encore ici de l'avis de M. Diday; mais nous lui répondrons que le traitement consécutif n'exclut pas dans notre pensée le mode d'opérer: bien au contraire il le complète, puisqu'il ne devient applicable qu'après l'opération. Ainsi c'est à reodre la cautérisation plus sûre et moins dangereuse que nos efforts tendent en définitive.

Traduisons ceci par quelques exemples: Vous cautérisez un sein cancéreux, une varice des membres inférieurs, une tumeur hémorrhoïdale, un varicocèle; vous détruisez un lipome, une tumeur érectile, etc., etc.; en un mot vous pratiquez une opération quelconque au moyen du caustique (on sait combien la cautérisation a pris de l'extension de nos jours et les louables efforts qu'a faits M. Bonnet dans cette direction), et vous êtes pleinement convaincu, d'après la loi posée par cet honorable chirurgien, loi que vous acceptez dans toute sa rigueur, vous êtes convaincu, disons-nous, que l'infection purulente est impossible et ne se développera jamais dans ces conditions-là. Il en résulte tout naturellement que vous attendez avec confiance l'issue de l'opération, et que vous ne vous préoccupez que très-peu de ses suites, en même temps que des complications qui peuvent se manifester; ainsi vous ne vous arrêtez pas à une émotion morale, à un refroidissement, à une indigestion, et à une foule de circonstances semblables qui peuvent cependant ouvrir la porte à l'infection purulente; vous en agissez de même à l'égard des premiers symptômes de la maladie, et vous attribuez l'apparition de la fièvre, la perte de l'appétit, un peu de diarrhée, quelques frissons irréguliers, une prostration et une oppression légères, etc., à une simple indisposition passagère et sans gravité (cela est d'autant plus facile que l'infection purulente est une des maladies les plus insidieuses à son début); vous ne vous préoccupez pas, disons-nous, des causes capables de produire la maladie ni des premiers symptômes qui l'annoncent, convaincu que tout cela se dissipera bientôt et qu'il n'y a rien à craindre au fond. Mais pendant ce temps le mal progresse, la pyoémie se développe, et au bout de quelques jours il n'y a plus rien à faire: il est trop tard!...

Vous admettez, au contraire, que l'infection purulente n'est pas complétement impossible dans ces circonstances, bien qu'elle soit infiniment plus rare qu'à la suite d'une lésion traumatique ou d'une opération par l'instrument tranchant, vous vous tenez sur la défensive. Cela ne vous empêche nullement d'opérer, puisque vous avez la conviction qu'il y a moins de danger à courir que par l'emploi de toute autre méthode; mais cela vous fait surveiller votre malade avec plus de soin. Or votre attention étant dans l'éveil, vous reconnaissez plus aisément l'infection purulente à son début, et la maladie peut être combattue avant que les désordres qui l'accompagneraient plus tard soient devenus irrémédiables et qu'il n'y ait plus qu'à assister inactif à la mort de votre malheureux opéré. De quel côté, demanderons-nous, se trouve alors la véritable thérapeutique, et quel sera de ces deux opérateurs celui qui aura été le plus utile à son malade? Nous posons la question; aux praticiens consciencieux et désintéressés à la résoudre...

On nous répondra peut-être qu'il ne suffit pas de s'attendre au développement de l'infection purulente et de la découvrir de bonne heure pour la guérir. Cela est vrai malheureusement. Mais ce qui est tout aussi vrai, c'est que si l'art peut intervenir efficacement dans cette maladie, c'est surtout au début.

Nous en resterons là, ne voulant pas prolonger cette discussion déjà trop longue peut-être au gré de bien des lecteurs. Nous ne terminerons pas cependant sans déclarer que ce n'est pas pour satisfaire à un vain et futile plaisir de critique que nous avons pris la plume; notre seul mobile a été, avons-nous besoin de le dire, d'éclairer une question de pratique fort importante, et qui nous semblait avoir été résolue avec un peu de précipitation, tout en rendant au chirurgien distingué dont nous nous croyons dans cette circonstance obligé de combattre les doctrines, la justice que méritent les nombreux services qu'il a rendus à la science et sa haute position chirurgicale.

Note de M. Diday. — Il n'y aurait aucun profit pour la science à pousser plus loin une discussion que nul motif personnel ne nous a fait commencer et ne nous engagerait à continuer. Malgré l'induration sensiblement croissante, ce nous semble, à chacune de ses nouvelles communications, que M. Bourguet constate dans son bubon, il n'ose pas, aujourd'hui, affirmer positivement qu'il n'y existait pas, lorsqu'il l'a cautérisé, on étroit sinus, un vestige de cavité suppurante. Or si petit que fût le foyer, si sèches qu'il veuille bien supposer les fistules, cette concession suffit à représenter l'état réel des choses; et nous nous en contentons pleinement, n'ayant pas de raison pour être plus exigeant que la vérité.

Quant aux conséquences pratiques, nous persistons dans notre double conviction: 1° que la cautérisation, régulièrement pratiquée, éloigne toute chance d'infection purulente, et M. Bourguet lui-même sera forcé de se ranger à notre avis, s'il veut bien se rappeler que l'axiome, l'*exception confirme la règle*, a été promulgué tout exprès à l'adresse des interprétations inexactes; 2° que l'infection purulente, une fois développée, n'a point d'antidote. Mais notre sécurité sur le premier point n'engendrerait pas plus l'inaction que notre pessimisme sur le second; car l'infection purulente n'est pas le seul accident qui menace les opérés, et il n'est point nécessaire à un chirurgien d'être tenu en garde par son imminence, pour savoir que les influences morales, les vicissitudes atmosphériques, les troubles de la digestion sont préjudiciables à ses opérés, et pour combattre chez eux aussi vite et aussi énergiquement qu'il le peut, l'inappétence, la diarrhée, les frissons, etc. Nous avions, enfin, manifesté la crainte que sa défiance envers les caustiques rendît M. Bourguet un peu trop réservé dans le maniement de ces précieux agents. Cette appréhension reste tout entière; et malgré la considération sincère que nous inspire son talent, nous ne voulons pas prendre congé de notre honorable antagoniste, sans l'engager une dernière fois à réfléchir si, moins sûr que nous de la vertu antipyoémique du fer rouge, il ne serait pas, par cela même, lui ou ses partisans, instinctivement conduit à en omettre ou à en ménager parfois l'emploi plus que le salut de ses malades ne le comporte?

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite et fin.)

IV. JOURNAL FUR KINDERKRANKHEITEN.

Les trois cahiers composant le deuxième semestre de 1852 contiennent les articles originaux suivants: 1° *Observations sur le spasme de la glotte*; par le docteur Lederer. 2° *Sur le traitement du croup par les fomentations de glace autour du cou*; par le docteur Borchman. 3° *Sur l'iritis syphilitique chez les petits enfants.* (Observations empruntées à un journal anglais, la Lancette.) 4° *Souvenirs tirés de la médecine des enfants*; par le docteur Riecke. — *Verminose.* (Mort subite d'un enfant de 4 ans, au milieu d'efforts pour aller à la selle. Il avait rendu les jours précédents une soixantaine d'ascarides et avait éprouvé des coliques, des vomituritions et des vomissements; aucun médecin n'avait été appelé. L'auteur, à l'autopsie, trouva dans le jéjunum plusieurs grosses pelotes d'ascarides composées chacune de 8 à 13 individus; il y avait en tout 88 de ces vers.) — *Lacune osseuse développée spontanément sur le crâne d'un enfant.* (Enfant de 3 ans et demi, sur le crâne duquel il se fit, dans le court espace de six à sept mois, une résorption osseuse considérable d'où résulte une ouverture de 3 pouces de longueur sur 2 de largeur, semblable à celle qui aurait été produite par une trépanation; la dure-mère était saine. L'enfant mourut dans les convulsions, et l'on découvrit à l'autopsie une seconde perte de substance de la largeur d'un doigt.) — *Sur l'empoisonnement par des viandes gâtées.—Note pour servir à l'histoire du croup.* (Réflexions sur la prétention qu'ont certains médecins de guérir de soi disant croups qui ne sont, en réalité, que des bronchites plus ou moins aiguës. Coïncidence, suivant l'auteur, entre l'invasion du vrai croup et la constitution qu'on pourrait appeler rhumatismale; c'est du mois de novembre au mois de mai que la maladie se montre le plus ordinairement. Il n'a guéri qu'un très-petit nombre de vrais croups, et il lui serait difficile de dire sous l'influence de quelle médication la guérison a eu lieu; seule-

ment il peut affirmer que les antiphlogistiques ne lui ont pas paru rendre de grands services.) 5° *Sur l'invagination chez les enfants*; par le docteur Rilliet. (Monographie dans laquelle l'auteur a groupé les résultats de tous les faits relatifs à cette affection, qui se trouvent dispersés dans les ouvrages périodiques.) 6° *Rapport sur les maladies traitées pendant le premier trimestre de* 1852 *à l'hôpital des Enfants du docteur Hauner;* par le docteur Alfred Vogel, médecin assistant à Munich. Nous noterons, dans ce rapport, 7 cas de stomacace guéris par le chlorate de potasse; le traitement de la stomatite aphteuse par le nitrate d'argent à l'extérieur (un grain et demi à 2 grains sur une once d'eau distillée) ou même à l'intérieur (un huitième à un tiers de grain par once); 3 cas de spasme de la glotte, dans lesquels la teinture de musc avec ambre rendit de bons services; le traitement des ascarides par des lavements de lait et d'oignons, suivis de lavements d'eau froide; une chorée guérie par les affusions froides; un cas de variole sur un enfant non encore vacciné; on employa le collodium dans le stade de dessiccation; il n'y eut aucune cicatrice. Le collodium fut aussi employé avec succès dans 3 cas d'érysipèle de la face et des extrémités. La gale est traitée par la créosote, l'eczéma rebelle par la teinture de Fowler.) 7° *De l'hydrocéphale aiguë provoquée par une dentition difficile*; par le docteur Roth. (Description générale de la maladie, de sa marche et traitement de ses diverses périodes.) 8° *Sur les modifications morbides du foie chez les enfants par suite de syphilis héréditaire*; par le docteur Ad. Gubler. (Mémoire inséré dans la GAZETTE MÉDICALE du 24 avril 1852, p. 262.) 9° *Sur le traitement de l'hydrocèle chez les enfants*; par le docteur Schwartz. (Cette note est rédigée d'après des observations recueillies à la policlinique du docteur Angelstein, à Berlin; ce dernier rejette les injections et plusieurs méthodes thérapeutiques qui réussissent sur l'adulte, mais qui offrent des dangers pour les enfants. Lorsque les fomentations et la ponction ne suffisent pas, M. Angelstein passe un fil à travers le scrotum ou pratique l'excision d'une petite portion de la tunique vaginale.) 10° *Fragments sur la médecine des enfants*; par le docteur C. A. Tott. (Relations abrégées de diverses affections chez des enfants et de leur traitement.) 11° *Considérations générales sur les maladies de l'enfance*; par le docteur E. Barthez. 12° *Sur les soins médicaux à donner aux enfants*. (Réflexions sur l'allaitement maternel. — De l'usage du vin comme moyen thérapeutique chez les enfants cachectiques.) 13° *De l'utilité de l'opium dans le traitement des maladies des enfants*; par le docteur Luzinsky. 14° *De l'influence psychique comme cause unique de la scoliose habituelle*; par le docteur Werner. (L'auteur rejette toute influence mécanique comme cause des déviations latérales, et cependant il cite un bon nombre de faits dans lesquels une mauvaise position du corps, longtemps continuée, a amené la scoliose. On a beau lire avec attention son travail, on ne comprend pas ce qu'il veut entendre par influence psychique.)

OBSERVATIONS SUR LE SPASME DE LA GLOTTE; par le docteur LEDERER, médecin assistant à la clinique des Enfants de Vienne.

Les vues de l'auteur s'appuient sur des cas nombreux observés à l'hôpital et parmi les malades de la ville dont le nombre s'élève annuellement à plus de 4,000.

Un relevé des cas d'asthme, observés depuis le mois de janvier 1850 jusqu'à la fin de juin 1852, a donné les résultats suivants :

Sur 96 enfants affectés d'asthme (59 garçons et 37 filles), 92 avaient un ramollissement des os du crâne (*craniotabes*) avec ou sans hypertrophie du cerveau; les autres maladies étaient l'hydrocéphale aiguë, 1 cas; l'œdème chronique du cerveau, 1 cas; 3 cas de rachitisme du tronc et des extrémités, sans ramollissement du crâne; 1 cas de vice de conformation du cœur.

Malgré la coïncidence remarquable de l'asthme et du ramollissement crânien, l'auteur ne regarde pas cette dernière affection comme la seule cause du spasme de la glotte, car le ramollissement existe souvent sans asthme, et ce dernier existe souvent chez des enfants rachitiques qui ont les os du crâne parfaitement ossifiés; mais il pense qu'il faut regarder le ramollissement des os du crâne comme une des causes occasionnelles du spasme, cause à laquelle il faut joindre une grande excitabilité nerveuse, la longue durée d'un état maladif, la dentition, l'air rude de l'hiver et du printemps, et une certaine constitution atmosphérique.

Le traitement a surtout consisté dans l'emploi de l'oxyde de zinc, de la belladone et de l'opium; l'auteur préfère l'oxyde de zinc, parce qu'on peut en prolonger l'administration. Il ne conseille pas les saignées, à moins qu'on n'ait affaire à un enfant vigoureux. Dans les cas où le spasme n'était pas très-violent, on s'occupait du traitement du ramollissement, en prescrivant le phosphate de chaux et l'huile de morue; la guérison de l'asthme suivait la consolidation des os.

SUR LE TRAITEMENT DU CROUP PAR LES FOMENTATIONS DE GLACE AUTOUR DU COU; par le docteur F. BORCHMAN (de Landshut).

L'auteur n'admet, comme de raison, qu'une seule forme essentielle de croup consistant dans une exsudation de lymphe plastique à la surface de la muqueuse des voies aériennes, exsudation qui paraît avoir pour cause une diathèse particulière du sang dont on ne connaît pas encore la nature. Cependant le vrai croup présente, dans sa marche, divers stades que les auteurs ont su distinguer et auxquels il est important d'avoir égard pour le traitement. C'est pour remplacer les sangsues, dont l'application est souvent difficile et dont l'action est trop lente et surtout trop incertaine, que l'auteur a recours à la glace; il relate trois observations de guérison par ce moyen. L'auteur ne se fait pas illusion sur l'objection qu'on pourra lui faire que la maladie n'était pas un vrai croup; et en effet dans l'un de ces cas il ne put découvrir aucune exsudation dans la région du pharynx, dans un autre il fut impossible d'examiner l'enfant qui se refusait à ouvrir la bouche et serrait fortement les dents. Ce n'est que dans un seul de ces 3 cas, sur son propre fils âgé de 2 ans, que le docteur Borchman put distinguer une légère couche exsudative sur les amygdales. Cependant nous ferons observer aux personnes qui pourraient douter de la réalité du croup dans ces trois observations, que l'exsudation diphtérique ne commence pas toujours au pharynx, que l'existence des fausses membranes témoigne déjà d'un degré avancé de la maladie, et que rien ne prouve, quand les fausses membranes n'existent pas encore, qu'elles ne se produiront pas plus tard. L'auteur n'a pas voulu administrer de vomitifs, parce qu'il les regarde comme inutiles au début et les réserve pour une période plus avancée, lorsqu'il s'agit d'expulser les fausses membranes. Il pratique la cautérisation du pharynx lorsque celui-ci est le siége d'une exsudation manifeste. Voici comment il a employé l'eau glacée.

L'enfant avait tous les signes apparents du vrai croup, sauf la présence des fausses membranes, comme nous l'avons dit; la tête était chaude, la déglutition difficile; il n'y avait encore eu que deux violents accès. Un linge de toile plié en forme de cravate fut trempé dans de l'eau glacée et appliqué autour du cou; deux vessies contenant de petits morceaux de glace furent disposées sur les côtés; toutes les demi-heures la cravate fut renouvelée; les jambes furent entourées de flanelle et réchauffées par des cruches d'eau chaude. Dès les premières applications, la chaleur de la tête, l'agitation et l'angoisse diminuèrent, l'enfant s'endormit et cessa de tousser. Ce traitement fut continué depuis trois heures du matin jusqu'à huit heures du soir. Alors on remplaça les vessies par un linge sec qui fut appliqué autour de la cravate mouillée; celle-ci ne fut plus renouvelée que toutes les heures, et à partir de minuit toutes les deux heures. Le lendemain, l'enfant était parfaitement rétabli; cependant on continue encore les fomentations pendant deux jours en les renouvelant toutes les trois heures.

La glace fut appliquée dans les deux autres cas de la même manière et dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire au début de la maladie; le soulagement fut aussi instantané et la guérison parfaite en peu de temps.

Il est vivement à désirer que cette méthode de traitement soit tentée par d'autres praticiens. Sans doute elle n'est pas applicable à toutes les périodes de la maladie, ni peut-être à tous les cas; elle n'exclut pas les vomitifs et la cautérisation, mais elle nous paraît un moyen abortif précieux dont il s'agit de saisir à propos l'indication.

V. NEUE MEDICINISCH-CHIRURGISCHE ZEITUNG.

Les numéros d'octobre à décembre 1852 ne renferment pas d'articles originaux.

VI. DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FUR DIE STAATS-ARZNEIKUNDE;

Publié par P.-J. SCHNEIDER et H.-J. SCHURMAYER.

Le deuxième cahier du tome XI (1852) contient les articles originaux suivants : 1° *Sur les croyances populaires relatives à l'influence que l'imagination de la mère peut avoir sur le produit de la conception*; par le docteur Bernard Ritter. (Dissertation dans laquelle l'auteur expose les motifs qui font admettre ou rejeter cette influence. L'auteur conclut que cette dernière existe dans certaines limites.) 2° *Sur la position du médecin devant les jurys, particulièrement en Bavière*; par le docteur Meinel. 3° *Relation d'un cas de justice administrative*; par S.-A.-J. Schneider. (Récriminations relatives à des honoraires.) 4° *Cas remarquable de blessure*; par le docteur Büchner. (Relation médico-légale d'un état morbide survenu à la suite d'un coup violent porté contre la poitrine.) 5° *Rapport sur une autopsie médico-légale*; par le docteur Weese. 6° *Cas de mort provenant d'une morsure faite par un homme*; par le docteur Roesch. 7° *Sur la morsure des furieux*; par le docteur Braun.

(L'auteur ne croit pas que la colère puisse donner à la morsure un caractère particulier de gravité; M. Schneider, dans un appendice ajouté à ce mémoire, combat cette opinion. Il pense que la colère peut donner à la salive des propriétés nuisibles, comme on voit cette passion modifier instantanément la sécrétion du lait.) 8° *Cas juridique d'une blessure de la tête devenue mortelle au bout de six semaines*; par le docteur Fritsch. 9° *Mort produite par une blessure de la vessie urinaire*; par le docteur Grossmann.

MORT PRODUITE PAR UNE MORSURE FAITE PAR UN HOMME; par le docteur Roesch.

Il arrive souvent que des blessures qui ne sont pas mortelles par elles-mêmes le deviennent par suite de diverses circonstances qu'il est important d'apprécier dans les affaires juridiques. Ce sont particulièrement les plaies contuses, les plaies par déchirure, par piqûre, celles qui résultent de morsures faites par l'homme ou par les animaux, qui paraissent quelquefois insignifiantes, et qui cependant peuvent avoir les suites les plus funestes. Parmi les conditions qui influent d'une manière défavorable sur la marche de pareilles blessures, les unes tiennent au sujet lui-même, les autres proviennent de circonstances extérieures, telles que la négligence, un mauvais traitement, l'action du froid, etc.

Les plaies par morsure, même quand elles sont légères et superficielles, ne doivent jamais être négligées; elles exigent surtout qu'on les préserve contre l'action nuisible du froid, particulièrement du froid humide.

Le fait suivant rentre dans la catégorie de ces sortes de blessures qui, bien qu'ayant occasionné la mort, ne sauraient être, en justice, regardées comme meurtres.

Obs. — Un homme, dans une dispute, est mordu, le 25 mars, au doigt médius de la main gauche. Pendant la nuit, le doigt est douloureux, ce qui n'empêche pas cet homme d'aller le lendemain à ses affaires. Pendant la nuit du troisième au quatrième jour, il éprouve de vives douleurs dans le bras gauche; néanmoins il continue à sortir. Le sixième jour, il se rend au marché de la ville voisine, éloignée d'une lieue et demie de son domicile, quoique son bras fût tuméfié, et revient le soir, exposé à un vent froid, sur une voiture découverte. De retour chez lui, il est pris de violents frissons; son bras est tellement enflé qu'il ne peut ôter son habit. On fait chercher le chirurgien du lieu; celui-ci trouve le malade affecté d'une roideur prononcée de la nuque et de la mâchoire, avec oppression et douleurs au doigt blessé. Un médecin, appelé le lendemain, constate l'état suivant: respiration lente et anxieuse; déglutition très-difficile; face rouge; pouls dur, plein; douleur à l'épigastre; secousses fréquentes par tout le corps; tuméfaction considérable de la main et du bras; plaie du doigt en suppuration, fournissant un pus fétide.

On pratique une saignée; la plaie est pansée avec un onguent digestif et de l'huile de sabine, et l'on donne à l'intérieur une émulsion camphrée avec morphine.

La saignée amène du soulagement. La nuit est bonne, et le lendemain matin le malade se trouve mieux; mais cette amélioration ne dure que peu de temps. Bientôt le malade perd connaissance; il ne peut plus ni avaler ni parler, et il meurt à dix heures du soir, sept jours après l'accident et deux jours après son imprudent voyage.

Voici les principaux résultats de l'autopsie, pratiquée seize heures après la mort: putréfaction déjà très-avancée; état gangréneux de la plaie du doigt; infiltration gangréneuse de l'avant-bras jusqu'au coude; veines du cerveau et de la moelle épinière, des poumons, du foie et de la rate gorgés d'un sang liquide, foncé en couleur; épanchements séreux dans le cerveau et dans la poitrine.

Dans l'instruction judiciaire dont cette affaire fut suivie, on reconnut que la mort avait été produite par la propre imprudence de ce malheureux; la question de meurtre fut, comme de raison, écartée.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

DES DANGERS QUI RÉSULTENT DE L'EMPLOI DE VASES OU DE TUYAUX DE PLOMB ET DE L'EMPLOI DE SELS DE PLOMB POUR LA CLARIFICATION.

M. Chevallier soumet au jugement de l'Académie un mémoire qui est la première partie d'un travail complet dans lequel il traite: 1° de la nécessité qu'il y a de proscrire les vases en plomb et en alliages de ce métal pour la conservation des matières alimentaires: l'eau, le vin, les eaux gazeuses, le cidre, etc.; 2° des dangers que présentent les tuyaux de plomb pour la conservation et la conduite des liquides destinés à servir de boissons.

Dans une deuxième partie, M. Chevallier se propose de traiter: 1° de l'action du plomb sur la bière, et des dangers qui peuvent résulter de la clarification de certains liquides par les sels de plomb; 2° des accidents qui résultent de l'emploi des préparations de plomb employées comme cosmétiques.

Le mémoire de M. Chevallier est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Thénard, Dumas et Pelouze.

ABLATION DE QUATORZE LOUPES A L'AIDE DE LA CAUTÉRISATION LINÉAIRE.

M. A. Legrand communique l'observation d'un malade chez lequel il a enlevé, en neuf jours, quatorze loupes, pratiquant, dans cet intervalle de temps, cinquante-trois cautérisations, qui n'ont jamais fait naître la moindre apparence d'érysipèle, qui n'ont excité, en définitive, qu'une douleur fort modérée, malgré la grande impressionnabilité du malade. La perte de sang a été insignifiante, et elle eût été facilement nulle en se pressant moins. Le malade n'a pas gardé un seul instant la chambre, et il est venu chaque jour se faire cautériser d'abord, panser ensuite. Quoiqu'il ait demeuré vingt-cinq jours à Paris, il eût pu, à la rigueur, n'en passer que dix. Enfin le 9 juin dernier, deux mois après le commencement du traitement (du 11 avril au 9 juin), ce malade annonçait sa guérison définitive. M. Legrand l'a revu depuis et a pu s'assurer que les cicatrices sont pour la plupart linéaires, peu visibles et facilement dissimulées par les cheveux.

(Commis. nommés: MM. Velpeau et Lallemand.)

— M. Abeille adresse une réclamation de priorité relativement à une communication récente de M. Jobert (de Lamballe) sur l'emploi de l'électricité pour combattre les accidents produits par l'inhalation du chloroforme.

(Renvoi à la commission chargée de l'examen du mémoire de M. Jobert (de Lamballe), commission qui se compose de MM. Roux, Velpeau et Balard.)

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE.

DE LA GANGRÈNE FOUDROYANTE, AVEC DÉVELOPPEMENT ET CIRCULATION DE GAZ PUTRIDES DANS LES VEINES (PNEUMOHÉMIE PUTRIDE).

M. le docteur Maisonneuve communique un mémoire dont l'objet est d'établir:

1° Que, dans une certaine variété de gangrène traumatique à laquelle il donne le nom de gangrène foudroyante, des gaz putrides peuvent se développer dans l'intérieur des veines pendant la vie des malades;

2° Que ces gaz peuvent circuler avec le sang et déterminer un empoisonnement rapidement mortel;

3° Que, malgré son excessive gravité, cet accident n'est point absolument au-dessus des ressources de l'art.

Parmi les accidents consécutifs aux grands délabrements traumatiques, il en est un, dit M. Maisonneuve, qui, par son extrême gravité, fait le désespoir des chirurgiens, et dont l'explication avait jusqu'à présent échappé aux recherches des anatomo-pathologistes: il consiste dans la désorganisation rapide qui s'empare des membres, soumis à une violente attrition, et qui, dans l'espace de vingt-quatre ou trente-six heures à peine, entraîne la mort des malades. Cette gangrène, à laquelle je donnerai le nom de gangrène foudroyante, survient ordinairement à la suite de fractures compliquées de plaies, lors surtout que la cause vulnérante a, par la violence de son action, produit une profonde désorganisation des tissus, ou bien quand des épanchements considérables de sang, infiltré dans les parties molles, se trouvent en communication directe avec l'air extérieur. Alors, en effet, le sang sorti des vaisseaux, ou bien même les tissus broyés par la contusion n'ayant plus en eux-mêmes les conditions organiques suffisantes pour continuer à vivre, se putréfient sous l'influence de la chaleur, de l'air et de l'humidité. Leur prompte décomposition donne lieu alors à la formation de gaz putrides qui s'infiltrent dans les intestins celluleux, et leur contact délétère achève de neutraliser les forces vitales des parties déjà plongées dans la stupeur par suite de la commotion. Toutes ces causes réunies donnent à la fermentation putride une activité terrible. Aussi ne tarde-t-elle pas à englober, dans son mouvement destructeur, les parties même complétement saines. C'est ainsi que les muscles, le tissu cellulaire, les vaisseaux, sont frappés de mort. Mais là malheureusement ne se borne pas le travail de mortification. En effet, dans les veines sphacélées, le sang se coagule; puis bientôt, participant à la décomposition générale, le caillot se putréfie et donne lieu à la fermentation de gaz putrides. Ceux-ci, contenus par les parois vasculaires, ne tardent pas à briser les faibles adhérences du caillot, pénètrent jusqu'au sang liquide, se mélangent avec lui, et se trouvant entraînés dans son mouvement circulatoire, vont porter la mort dans les rouages de l'organisme.

M. Maisonneuve rapporte, à l'appui de ce qui précède, l'histoire de deux cas de ce genre qu'il a eu l'occasion d'observer dans un assez court espace de temps, et dont l'un s'est terminé par la mort, tandis que dans l'autre il a pu sauver la vie du malade en pratiquant immédiatement l'amputation du membre atteint de ce genre de gangrène. Pendant l'opération, il vit distinctement, au moment où le bistouri divisait les grosses veines, des bulles de gaz s'échapper avec le sang par leur ouverte béante, et l'autopsie du membre confirma pleinement son diagnostic. (Comm.: MM. Velpeau, Lallemand et Andral.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Le rapport final de M. Germain, médecin adjoint des épidémies pour l'ar-

rondissement de Poligny (Jura), sur l'épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la commune de Châtelneuf (commission des épidémies) ;

2° Un rapport du même médecin sur une épidémie de fièvre muqueuse typhoïdique, qui a régné dans la commune de Vers-en-Montagne (Jura);

3° Un troisième rapport du même médecin sur une épidémie varioïque qui a régné dans la commune de Ney (Jura);

4° Un rapport de M. Pasteur, médecin cantonal, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Montjustin (Haute-Saône).

— M. le ministre de l'instruction publique adresse une ampliation d'un décret rendu le 27 août dernier, sur son rapport, par S. M. l'empereur, à l'effet d'autoriser l'Académie à accepter le legs qui lui a été fait par M. Orfila, de son portrait, suivant testament olographe en date du 22 février 1852.

— M. le docteur Charles Dubreuil (de Bordeaux) adresse un mémoire sur un cas d'anencéphalie, avec réflexions sur les difficultés que présentent le diagnostic de la présentation et la terminaison de l'accouchement. (Commissaires : MM. Moreau et Cazeaux.)

— M. Cazenave (de Bordeaux) adresse une lettre de réclamation au sujet du mémoire dont M. Depaul a donné lecture, au nom de M. Becquerel, dans la dernière séance. Il dit avoir publié il y a douze ans sur le même sujet un mémoire, dont il prie l'Académie d'accepter un exemplaire, afin que la commission nommée soit à même d'apprécier la justice de sa réclamation. (Commissaires : MM. Depaul et Huguier.)

— M. Démétrius-Dallas (d'Odessa) adresse un mémoire sur un nouveau traitement rationnel de la blennorrhagie. Ce moyen consiste dans l'emploi du baume de copahu en injections dans le canal de l'urètre. (Commissaires : MM. Lagneau et Ricord.)

CHOLÉRA A MOSCOU.

M. Thomas écrit de Moscou, où il est arrivé depuis huit jours, pour y étudier la marche du choléra.

Voici le résultat de ses investigations :

Le 22 août il s'est rendu à l'hôpital de la ville, accompagné de M. Evenius, médecin en chef. Il a visité environ une trentaine de cholériques, hommes et femmes, dont un assez grand nombre en convalescence et d'autres plus ou moins affectés, parmi lesquels on lui en a montré onze, arrivés, six la veille et cinq le jour même, tous malades sérieusement. Deux étaient déjà en partie cyanosés, quelques uns avaient la langue et le corps froids, avec absence complète ou presque complète du pouls, vomissements et déjections fréquentes, facies cholérique, etc.; mais il n'y avait pas de crampes, accident fort rare cette année, au dire de M. Evenius, en comparaison des épidémies précédentes, circonstance qui a même conduit ce médecin à penser que cette maladie, comme plusieurs autres, en s'acclimatant dans nos contrées, prenait un caractère moins dangereux qu'à sa première apparition, en 1831 et les années suivantes. La justesse de cette réflexion, ajoute M. Thomas, semble confirmée par les résultats funestes, qui sont bien moins fréquents qu'autrefois.

Le lendemain, 23, M. Thomas a visité, avec M. le docteur Polh, l'hôpital Sainte-Catherine, et le 24, avec M. le docteur Auvert, l'hôpital de la clinique de la Faculté, où il a vu à peu près le même nombre de cholériques qu'à l'hôpital de la ville et présentant des symptômes analogues, c'est-à-dire le refroidissement avec haleine froide chez quelques-uns, la cyanose, mais beaucoup moins étendue que les autres années.

Les médecins de Moscou sont d'avis que dans cette ville le point culminant de l'épidémie est à peine passé, et qu'elle n'est pas prête à s'éteindre. Ces messieurs ont remarqué, en outre, qu'elle n'a pas cessé de varier quant au nombre des individus journellement attaqués depuis son commencement, et que la maladie a suivi cette année une direction différente des autres, étant venue de l'ouest par Varsovie, Saint-Pétersbourg etc., à Moscou et Nijni-Novogorod, tandis qu'autrefois elle arrivait du sud-est par Astrakan et les points intermédiaires. M. Thomas a appris qu'à Nijni-Novogorod elle venait de s'éteindre à peu près tout à coup, après s'y être montrée également à l'improviste en quelque sorte, et en attaquant à la fois une grande quantité de personnes. L'apparition du choléra dans cette ville n'a eu qu'un mois de durée.

D'après un tableau fourni par M. Evenins sur l'épidémie actuelle, la maladie a commencé depuis septembre 1852, où l'on vit déjà quelques cas sporadiques parmi des personnes arrivant de Saint-Pétersbourg. Ensuite on en observa quelques autres à des intervalles éloignés dans différents quartiers de Moscou, de sorte qu'au 10 (22 janvier 1853, on ne comptait encore que 69 cas avérés de choléra. En partant de cette date, le mal alla en augmentant, et le 27 mars (8 avril) il y eut un maximum de 108 malades dans la journée. Depuis lors le nombre des cas diminua successivement jusque vers la fin d'avril, où très-peu d'individus tombaient journellement malades.

La marche de l'épidémie varia ensuite, augmenta vers les mois de juin et juillet, et est maintenant réduite à un terme moyen de 50 à 60 malades par jour dans toute la ville.

Depuis janvier jusqu'au 11 (23) août, on a compté en tout, dans la ville et les hôpitaux, 5,864 malades, dont 3,096 ont guéri, 2,441 sont morts et 327 restent en traitement.

Tous les médecins de Russie ont remarqué que le typhus terminait le choléra dans l'immense majorité des cas. Cette terminaison, au dire de quelques-uns, aurait lieu neuf fois sur dix.

M. Thomas termine sa lettre par la relation d'une autopsie qui lui aurait permis de constater l'exactitude de ce qui lui avait été avancé à cet égard par plusieurs médecins de Moscou, en particulier en ce qui concerne les lésions intestinales propres au typhus.

INFLUENCE PRÉTENDUE DU COWPOX SUR LES TRANSFORMATIONS DE FIÈVRES ESSENTIELLES.

M. Roche lit, au nom de la commission des épidémies, un rapport sur un travail de M. le docteur Ancelon (de Dieuze), ayant pour titre: Mémoires sur les transformations des fièvres essentielles dont le cow-pox est la cause.

M. le rapporteur, après avoir expliqué en quelques mots de préambule comment, au lieu de renvoyer ce travail à la commission de vaccine, le bureau avait jugé convenable d'en confier l'examen à la commission des épidémies, s'exprime en ces termes :

Une doctrine étrange, une de ces doctrines qui étonnent au premier moment par leur hardiesse et leur singularité, mais contre lesquelles le sens commun ne tarde pas à se révolter, une de ces doctrines, dis-je, essaye depuis quelque temps de s'introduire dans la médecine par une fausse application de la statistique. Cette doctrine dit, elle affirme, elle veut prouver :

1° Que la vaccine a transformé la variole en fièvre typhoïde;

2° Qu'en faisant disparaître à peu près la petite vérole, elle a donné naissance à une maladie non moins dangereuse;

3° Qu'elle n'a fait que transformer la mortalité du premier âge sur l'âge adulte;

4° Qu'en conséquence, l'humanité n'a rien gagné, si même elle n'a perdu à la pratique des vaccinations;

5° Qu'il faut dès lors restreindre, on n'ose pas dire encore interdire, l'emploi d'une opération regardée à tort comme conservatrice ;

6° Enfin que les médecins doivent revenir au plus tôt à l'inoculation.

Ces idées, écloses dans le cerveau d'un mathématicien, édifiées et étayées à grand renfort de calculs, ont trouvé un partisan dans l'auteur du mémoire dont la commission a à rendre compte. M. le docteur Ancelon, regardant ces propositions comme autant de vérités démontrées, entreprend de leur prêter l'appui des faits et des théories de la médecine, c'est-à-dire l'appui d'une science qui, vivant très-peu et assez mal avec l'arithmétique, ne peut pas être suspectée de partialité en sa faveur.

Il ne sera pas nécessaire de discuter un à un les arguments des fauteurs d'une pareille doctrine pour en faire justice. Prouvons-leur que la fièvre typhoïde existait et se montrait aussi fréquente, aussi meurtrière, pendant le règne de la petite vérole, avant la découverte de la vaccine, avec les mêmes symptômes et sous les mêmes formes qu'elle le fait de nos jours, et tout leur échafaudage de chiffres et de sophismes accusateurs s'écroulera de lui-même.

On englobe aujourd'hui, sous le nom de fièvre typhoïde, presque toutes les fièvres essentielles des auteurs des siècles précédents. Les maladies décrites par nos prédécesseurs sous les noms de fièvre maligne, de fièvre putride, synoque putride et toutes les fièvres muqueuses graves, étaient en tout semblables à la fièvre typhoïde. Mêmes prodromes, mêmes symptômes, même marche, même durée, même léthalité et mêmes désordres cadavériques. Tous les médecins qui ont médité les écrits de la science s'accordent à le reconnaître et déclarent que c'est bien la même maladie sous des dénominations différentes. Ces fièvres n'ont, en effet, pas disparu, elles ont seulement changé de nom, elles s'appellent aujourd'hui *fièvres typhoïdes*.

La fièvre typhoïde n'est donc pas nouvelle en ce monde. Elle est vieille comme l'humanité; elle existait bien longtemps avant la découverte de Jenner. Elle n'est donc point le produit de la vaccine; elle n'en est pas plus l'effet que les fièvres *adynamiques*, la fièvre *entéro-mésentérique*, les *gastro-entérites*, les *dothinentérites*, les *entérites folliculeuses*, qui se sont succédé en France depuis le commencement du siècle.

Mais si par impossible, cependant, on osait prétendre que la fièvre typhoïde a fait disparaître les fièvres graves dont nous parlions tout à l'heure, il resterait alors à rechercher si l'humanité a perdu ou gagné à cette prétendue transformation, avant de lancer l'anathème contre la vaccine qui aurait, dit-on, amené ce résultat. Voyons donc si la fièvre typhoïde est plus commune et plus meurtrière que ne l'étaient ces fièvres.

M. le rapporteur, s'appuyant sur des relevés de Stoll, complets pour douze années, incomplets pour deux autres, et qui apprennent que le nombre de sujets atteints de fièvre maligne, reçus pendant ce long espace de temps à l'hôpital de la Sainte-Trinité, à Vienne, a été au nombre des personnes affectées d'autres maladies internes, comme 1 est à 6, que la mortalité des fièvres malignes a été de 1 sur 7 6/10, et la mortalité générale de 1 sur 14 3/7, tire du rapprochement et de la concordance parfaite de ces chiffres avec ceux que fournit aujourd'hui la fièvre typhoïde comparée aux autres maladies fébriles, en conclut que la fièvre maligne était aussi commune et aussi meurtrière du temps de Stoll que la fièvre typhoïde l'est de nos jours. Cette concordance confirme en outre ce qui vient d'être dit tout à l'heure de l'identité des deux maladies. La fièvre typhoïde ne fait donc pas plus de victimes sous son nom nouveau qu'avant d'en avoir changé, pas plus par conséquent depuis la découverte de la vaccine qu'avant cette découverte. La vaccine est donc innocente des maux dont on l'accuse.

Avant la découverte de Jenner, personne n'échappait aux atteintes de la petite vérole. On ne comptait peut-être pas un individu sur dix mille qui n'en fût atteint. Aussi la disait-on fatale, inévitable, nécessaire même à la dépuration d'un germe que tous les hommes apportaient en naissant. Si donc la fièvre typhoïde a remplacé la petite vérole, si la vaccine, comme le prétendent ces messieurs, a seulement eu pour effet, d'abord de retarder l'explosion du vice variolenx, ensuite d'en transporter les manifestations et les ravages, de la peau sur la membrane muqueuse des intestins, elle devrait nécessairement attaquer un aussi grand nombre de personnes que le faisait la variole, c'est-à-dire qu'elle devrait sévir sur toute la population, à d'infiniment rares exceptions près. Or cela n'est pas. C'est à peine si un cinquième de la population en est atteint. La fièvre ty-

phoïde n'a donc pas remplacé la variole, ou bien celle-ci se serait singulièrement adoucie en se transformant, ce qui, pour le dire en passant, tournerait à la louange de la vaccine, dans le système même de ses adversaires. La vaccine, en faisant disparaître la petite vérole, n'a donc pas donné naissance à la fièvre typhoïde. Ces deux maladies n'ont entre elles aucune corrélation, aucun rapport, aucune analogie, ni de causes, ni d'effets, ni de fréquence.

Enfin, la fièvre typhoïde fût-elle nouvellement implantée au sein des populations, sa première apparition après l'époque de l'introduction de la vaccine fût-elle parfaitement démontrée, il resterait encore à prouver qu'il ne s'agit pas ici d'une simple coïncidence, et que l'une est la cause de l'autre. *Post hoc, ergo propter hoc*, est un argument trop décrié pour avoir cours et crédit aujourd'hui dans les sciences.

M. le rapporteur, après s'être excusé d'avoir tant insisté sur un sujet qui ne fait doute pour personne au sein de l'Académie, termine en ces termes :

Il est bien permis sans doute à un officier d'artillerie de prétendre que la vaccine est un mal. On ne défendrait pas à un médecin, je pense, de soutenir, s'il lui prenait cette fantaisie, que la bombe, après sa sortie du mortier, ne décrit pas une parabole. Chacun a le droit, chacun est libre de choisir les sujets de passe-temps où il lui plaît, en dehors de ses études familières et même en des matières qu'il ignore. Cela ne tire jamais à conséquence. Mais un médecin ! nier les bienfaits de la vaccine sur la foi de quelques chiffres trompeurs qui n'ont rien à voir en semblable affaire ; se faire l'écho, le propagateur d'une erreur aussi dangereuse ; interpréter à sa guise et d'une manière inexacte, au profit de sa thèse, l'observation ancienne et l'observation moderne ; mettre enfin son talent, sa science, son autorité médicale au service de préjugés funestes, contre lesquels luttent avec tant de peine les efforts des gouvernements et des hommes éclairés de tous les pays, voilà ce que nous ne pouvons comprendre et ce qui nous afflige profondément.

M. le docteur Ancelon reviendra de son erreur. Un homme de talent comme lui ne saurait persévérer longtemps dans la voie où il s'est laissé entraîner.

Après avoir approuvé le contenu de ce rapport, la commission m'a chargé de vous proposer d'écrire à M. Ancelon que l'Académie désapprouve et repousse toutes les doctrines exposées dans son mémoire.

Elle m'a chargé de vous prier en même temps d'ordonner le dépôt pur et simple de ce travail dans vos archives. (Très-bien.)

M. Malgaigne demande la parole. (Murmures et marques d'étonnement.)

M. Malgaigne ne se dissimule pas le danger qu'il y a à soulever une discussion sur la question qui fait l'objet du rapport qu'on vient d'entendre, et il en serait averti au besoin par les murmures qui accueillent ses premières paroles. Ce rapport lui paraît avoir établi très-nettement plusieurs points, notamment celui-ci : que la fièvre putride était aussi fréquente et aussi meurtrière avant l'usage de la vaccine que l'est aujourd'hui la fièvre typhoïde, et que c'est à tort que l'on accuse la vaccine d'avoir introduit un élément de mortalité de plus en engendrant la fièvre typhoïde, et il en félicite le rapporteur. Mais il est un autre point qui n'a pas été abordé dans le rapport, et qu'il n'eût pas été moins utile de mettre en lumière. Il existe des chiffres dont M. le rapporteur a fait trop bon marché. Sans doute il vaut mieux peser les faits que les compter ; mais lorsqu'on peut en même temps et les peser et les compter, cela ne gâte rien.

Est-il vrai que depuis l'introduction de la vaccine il y ait une plus grande proportion de mortalité pendant l'adolescence et dans l'âge adulte, en sorte qu'il en résulterait une beaucoup plus grande perte pour la société ? Ceci repose sur une question de chiffres ; mais c'est une question considérable, et si cela était, il y aurait lieu de le déplorer comme un résultat extrêmement fâcheux. Les chiffres ne signifient rien, dit-on, en médecine. C'est une argumentation contre laquelle on ne saurait trop protester. Les chiffres sont vrais ou faux : s'ils sont faux, dites-le franchement, mais prouvez-le ; s'ils sont vrais, il faut en chercher la signification, mais il ne faut pas venir dire qu'ils n'ont rien à faire dans la question. Qu'on y prenne garde ! le public ne fléchirait pas devant une décision dans laquelle on aurait négligé de tenir compte d'un élément aussi important. Il y a là une question à la fois scientifique et sociale, une question de politique médicale qu'il serait très-désirable de voir élucider, quel que pût être le résultat d'une semblable discussion pour la vaccine, dont M. Malgaigne déclare d'ailleurs n'avoir jamais cessé d'être partisan. S'il a pris la parole, c'est qu'il a été ébranlé par les chiffres dont on semble vouloir faire si bon marché. Il prie en conséquence M. le rapporteur de vouloir bien formuler son opinion à cet égard, et de dire sur quels motifs il se fonde pour rejeter les calculs en question.

M. Velpeau rappelle que M. Ch. Dupin a lu l'année dernière, ou il y a deux ans, à l'Académie des sciences un travail sur cette question, dans lequel il s'est efforcé de démontrer par des chiffres que depuis la vaccine il meurt notablement moins de sujets aux diverses périodes de l'enfance. Cela sans doute ne résout pas complétement la question, car il y a aussi à tenir compte des progrès de l'hygiène publique ; de telle sorte qu'en admettant le fait, il reste à savoir s'il dépend de la vaccine ou de l'ensemble des améliorations introduites dans les conditions générales de l'existence. Mais ce qui ressort bien clairement de là du moins, c'est que la vaccine n'a certainement pas augmenté la mortalité.

M. Roche a été prévenu par M. Velpeau dans la réponse qu'il allait faire à M. Malgaigne : il voulait dire, en effet, que M. Ch. Dupin avait complétement réfuté les chiffres de M. Carnot.

M. Moreau : Il est établi, d'après des recherches statistiques récentes, que la durée moyenne de la vie a augmenté. Il y a là de quoi rassurer M. Malgaigne.

M. Bally rappelle à cette occasion que M. Ancelon a été admis à développer son opinion sur ce sujet devant le congrès scientifique d'Arras, mais qu'il y a été désapprouvé à l'unanimité par la section des sciences médicales.

M. Malgaigne : Si M. le rapporteur a une telle confiance dans les calculs de M. Dupin, pourquoi ne pas le dire et pourquoi avoir l'air de dédaigner de s'occuper des recherches statistiques ? Il serait fort à désirer qu'une commission spéciale, désignée à l'effet de vérifier et de discuter les chiffres invoqués de part et d'autre, vînt dire à l'Académie définitivement ce qu'il faut en penser. Que la vaccine ait eu pour résultat de diminuer la mortalité dans l'enfance, cela ne paraît plus contesté par personne. Mais s'il est vrai que depuis l'introduction de la vaccine il y ait une plus grande mortalité dans l'âge adulte, voilà ce qu'il importerait de savoir et ce que le rapport nous laisse ignorer.

M. Requin déclare tout d'abord n'être pas aussi édifié que M. Malgaigne sur la valeur des chiffres dans les questions de la nature de celle dont il s'agit. Le point important de la discussion, d'ailleurs, n'est pas là. Il faut aller au but. Quelques médecins, deux ou trois peut-être, disent : Depuis la pratique de la vaccine, la fièvre typhoïde a remplacé la variole. Voilà la question culminante. Or, ainsi que l'a très-bien démontré M. le rapporteur, cela est complétement faux. Il suffit de parcourir les auteurs anciens qui ont écrit avant l'introduction de la vaccine, tels que Sennert, Boerhaave, Tissot, Stoll et tant d'autres qu'on pourrait citer, pour être frappé de l'identité complète qui existe entre la description qu'ils ont tracée des fièvres de leur temps et celle de la fièvre typhoïde de nos jours. C'est là un fait qui est, on peut le dire, dans la tête de tous les pathologistes. Je me ferais fort, ajoute M. Requin, de vous ennuyer à force de citations et de répétitions, si je voulais vous lire les extraits des auteurs qui ont décrit des fièvres qui, sous un autre nom, n'étaient autre chose que notre fièvre typhoïde. D'où il résulte que, puisque cette affection existait bien avant la découverte de la vaccine, il est véritablement insensé de voir dans la fièvre typhoïde une transformation de la variole. Je déclare que j'appuie de toutes mes forces les conclusions du rapport. (Très-bien.)

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

LES SAVANTS OUBLIÉS.

M. Cap, correspondant de l'Académie, lit sous ce titre un travail historique et littéraire qui échappe par cela même à toute analyse. L'auteur, ainsi que l'indique l'intitulé de son travail, s'est proposé de rappeler les titres de quelques savants appartenant plus particulièrement à l'ordre des sciences médicales, qui avaient été méconnus de leur temps qui ont pu être oubliés du temps actuel.

— M. Maisonneuve lit un extrait du mémoire sur la gangrène foudroyante, dont il a été donné l'analyse ci-dessus (voir le compte rendu de l'Académie des sciences).

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

ICONES PHYSIOLOGICÆ, OU TABLES EXPLICATIVES CONCERNANT LA PHYSIOLOGIE ET L'EMBRYOLOGIE; par M. ALEXANDRE ECKER, professeur à l'Université de Fribourg. — Leipzig, 1852. — Chez Léopold Voss; deuxième livraison, in-folio.

Nous avons rendu compte de la première livraison de ce magnifique ouvrage (Gazette Médicale 1852, p. 506), et nous avons fait ressortir son utilité pour les physiologistes, les anatomistes, les médecins, et surtout pour les personnes chargées d'enseigner l'histologie et l'embryologie, ces deux branches des sciences anatomiques si importantes et encore si peu répandues.

La deuxième livraison justifie pleinement ce que nous avons dit de la première, tant par l'intérêt qu'elle présente que sous le rapport de l'exécution et du fini des dessins. Cette livraison se compose de huit planches : la première et la deuxième relatives au canal alimentaire ; la troisième comprenant le sang, la lymphe et le chyle ; la douzième, les muscles ; la treizième et la quatorzième, le système nerveux ; la dix-septième, la peau, et la vingt-deuxième l'œuf.

Les deux premières planches exposent la structure des différentes parties du canal digestif ; elles représentent des coupes verticales et horizontales de l'estomac, de la région pylorique, du doodénum, des amygdales, des lèvres, de l'intestin ; l'aspect de la muqueuse stomacale et de la muqueuse intestinale, l'arrangement des vaisseaux, la structure des villosités, l'arrangement et la structure des nombreux organes glanduleux dont est pourvu l'important appareil qui préside aux fonctions digestives.

On sait que l'estomac renferme deux sortes d'utricules, les uns simples, les autres composés, c'est-à-dire ramifiés en grappes. Ces derniers seuls sécrètent le suc gastrique, ils sont tapissés intérieurement de grandes cellules sécrétoires, tandis que les utricules simples sont recouverts d'épithélium cylindrique. M. Ecker donne de belles figures de ces organes sécréteurs. Il montre sous la muqueuse stomacale des follicules clos semblables à ceux qui existent en si grande quantité dans l'intestin. Une particularité intéressante, c'est que les glandes composées s'enfoncent dans la couche musculeuse organique, et s'entourent ainsi de fibres qui pénètrent dans

leurs interstices, disposition qui facilite évidemment la sortie du produit sécrété. Les amygdales sont formées, comme l'a montré M. Kolliker, d'une agglomération de follicules clos semblables à ceux de l'estomac et de l'intestin, entre lesquels se trouvent, de distance en distance, des cavités oblongues produites par le refoulement de l'épiderme ; ces cavités, recouvertes de papilles et d'épithélium en pavé, s'ouvrent à l'extérieur de la glande.

M. Ecker a fait ses observations sur un suicidé, sur le cochon domestique, sur le chien et sur la poule, soit à l'état frais, soit sur des pièces cuites et desséchées, de manière à rendre les coupes plus nettes. Ce dernier procédé lui a permis de pratiquer des coupes transversales à différentes hauteurs, et de montrer ainsi le mode de groupement des organes élémentaires.

Plusieurs figures de la planche II représentent les villosités intestinales d'un chien tué pendant la digestion ; les cellules épithéliales cylindriques qui les recouvrent renferment chacune, vers leur partie moyenne, une vésicule de graisse ; on trouve aussi de la graisse dans le tissu propre de la villosité, mais c'est surtout le vaisseau chylifère central qui en est rempli.

D'après l'auteur, les villosités se composent d'une couche épithéliale, d'une membrane propre (membrane fondamentale), d'une couche vasculaire et d'une couche musculeuse au milieu de laquelle s'enfonce le vaisseau chylifère central de la villosité. La couche musculeuse n'est composée que de fibres longitudinales; comme elle entoure l'origine du vaisseau chylifère, elle contribue, sans aucun doute, à faire marcher le chyle vers la base de la villosité, et favorise ainsi l'absorption. L'auteur a représenté, mieux que ses prédécesseurs, la manière dont les vaisseaux des villosités naissent des anneaux vasculaires qui entourent les glandes de Lieberkühn, pour former autour de la villosité elle-même un élégant réseau à mailles allongées. Les plaques de Peyer aussi ont été l'objet de recherches intéressantes ; elles ont été étudiées sur l'intestin d'un suicidé, sur le cochon, le chien et le lapin. Ces recherches s'accordent avec celles qui ont été consignées dans le mémoire posthume de Flouch sur le même sujet (Mémoire de la Société d'histoire naturelle de Strasbourg, tome III); elles montrent que les plaques de Peyer sont constituées par une agglomération de follicules clos, que chaque follicule est entouré d'une couronne formée par les orifices des glandes de Lieberkühn, et que la muqueuse qui recouvre les follicules est dépourvue de villosités, tandis que ces dernières sont répandues abondamment dans leurs interstices ; mais M. Ecker a ajouté à nos connaissances des détails intéressants sur la structure des follicules eux-mêmes, et sur la disposition des vaisseaux sanguins qui les alimentent. C'est ainsi, par exemple, qu'il montre l'enveloppe des follicules composée de fibres de tissu connectif et de fibres élastiques disposées en réseau comme celles qui recouvrent les vésicules de la rate ; chaque capsule est entourée d'un anneau vasculaire duquel partent de nombreux ramuscules qui plongent dans l'intérieur de la capsule et la traversent en tout sens. Cette structure, dit l'auteur, rapproche les capsules de Peyer des glandes lymphatiques, bien plus que des véritables glandes sécrétoires ; aussi, quoiqu'on n'ait pas encore trouvé de communication directe entre ces organes et les vaisseaux lymphatiques, est-il permis de les rattacher au système absorbant. L'analogie qu'offrent les altérations pathologiques des plaques de Peyer et celles des glandes lymphatiques dans le typhus, par exemple, est en faveur de cette manière de voir. Le contenu des capsules de Peyer est constitué par des corps granuleux mesurant 0,005 de millimètre, et semblables aux capsules des glandes vasculaires sanguines et lymphatiques ; on trouve, en outre, des cellules, de fines molécules et des granules de pigment jaune et brun.

La planche III, qui traite du sang, de la lymphe et du chyle, représente, avec toute la fidélité désirable et avec une remarquable netteté, les corpuscules que charrient ces trois sortes de liquides. Ceux du chyle ont été extraits du canal thoracique d'un suicidé ; une goutte de ce chyle est composée d'un plasma finement grenu, de quelques vésicules graisseuses très-petites et de globules chyleux. Ceux-ci sont représentés tels qu'ils se montrent sans addition d'eau et quand ils ont quelque temps séjourné dans ce liquide ; ils font voir alors une membrane d'enveloppe séparée du contenu ; l'un d'eux est coloré en jaune et sur le point de se changer en corpuscule sanguin. Les corpuscules lymphatiques représentés par l'auteur ne sont pas ceux qu'on trouve dans les vaisseaux lymphatiques, mais bien les corpuscules granuleux, incolores, qui circulent avec les corpuscules sanguins ; ils ont le même aspect et les mêmes caractères que les précédents.

M. Ecker figure les corpuscules sanguins dans leurs diverses positions pour montrer leur forme biconcave, les altérations qu'ils éprouvent dans l'eau, et les formes qu'ils présentent dans l'embryon. On voit, par la figure 7, qui donne les corpuscules sanguins d'un embryon humain de trois mois, que ceux-ci ressemblent d'abord parfaitement aux globules du chyle ; le contenu de la cellule se colore en jaune, et plus tard le noyau disparaît. Les autres figures représentent les corpuscules sanguins de l'éléphant, de la chèvre, du chameau, du pigeon, de la couleuvre, de la grenouille, de la salamandre, du protée, de la raie, de l'ammocète, et les parties microscopiques du sang des animaux sans vertèbres. L'une d'elles (fig. 13) montre l'origine et les transformations des globules sanguins dans l'embryon de la grenouille. Les premiers globules que l'auteur a vus circuler dans les vaisseaux branchiaux d'un têtard ne différaient en rien des cellules embryonnaires, et étaient remplies de corpuscules vitellins. Ce contenu se dissout peu à peu, en même temps la cellule prend une teinte jaunâtre ; plus tard la cellule s'aplatit et devient elliptique. Il résulterait de là, si les observations de l'auteur sont exactes, comme nous ne pouvons en douter, que, dans les batraciens, les corpuscules sanguins dérivent directement des cellules embryonnaires, mode d'origine que M. Vogt a cherché à constater pour les poissons. D'après des recherches encore inédites de l'auteur de cette analyse, les corpuscules sanguins des poissons ne proviennent pas des cellules embryonnaires ; au lieu de diminuer de grosseur, comme dans l'embryon de la grenouille, ils grandissent, au contraire, et leur contenu nucléaire ne se montre que quand ils ont atteint leur entier développement.

La planche XII, relative à la structure des muscles, quoique ne contenant que douze figures, est intéressante par ses résultats. L'auteur a figuré les fibres musculaires de l'axolotl, de la grenouille, du faucheur, de la lamproie de rivière ; il a donné la coupe horizontale d'un faisceau musculaire des lèvres, quelques fragments des muscles des pinces du scorpion, la terminaison des nerfs dans les muscles, et les muscles organiques de l'utérus d'une femme morte au sixième mois de la grossesse. Le résultat, à notre avis, le plus important des recherches de l'auteur, c'est la constatation d'un fait longtemps controversé, à savoir la nature variqueuse des fibrilles musculaires et l'explication rationnelle des stries transversales que présentent les cylindres par suite de l'arrangement de ces fibrilles variqueuses. La figure 2, qui représente un cylindre musculaire de l'axolotl, fait voir, d'une manière parfaitement nette et distincte, les varicosités et l'aspect strié qui résulte de leur rapprochement. Deux figures montrent l'aspect que présentent les fibres pendant la contraction et pendant le relâchement ; c'est dans ce dernier état que les muscles offrent les inflexions en zigzag que MM. Prévost et Dumas attribuaient à la contraction.

Notons encore les ramifications des cylindres musculaires du cœur dans la lamproie et de la langue dans la grenouille, la division des cylindres musculaires du scorpion en disques horizontaux superposés, et les grandes fibres organiques fusiformes de l'utérus gravide, munies chacune d'un noyau elliptique occupant la partie renflée de la fibre.

Les planches XIII et XIV traitent de l'histologie du système nerveux périphérique et du système nerveux central; plusieurs des figures de ces planches sont dues à M. le professeur R. Wagner (de Gottingen), dont on connaît les beaux travaux sur l'anatomie microscopique des nerfs.

Un des points encore contestés de l'histoire anatomique des nerfs est l'existence d'un filament solide occupant le centre du tube nerveux primitif, filament désigné par les anatomistes allemands sous le nom de cylindre axile. Les figures du professeur Ecker montrent cet axe solide dans un grand nombre de nerfs ; cependant il paraît qu'il manque quelquefois, ou du moins qu'il n'est pas également facile de le mettre en évidence dans tous les nerfs. En général, il est moins distinct à l'état frais que lorsque le nerf est coagulé ; on ne le voit pas dans les nerfs périphériques de la torpille, ni dans le nerf sciatique de la grenouille.

Plusieurs figures fournies par M. R. Wagner exposent les élégantes et délicates ramifications des tubes nerveux primitifs dans l'appareil électrique de la torpille. Deux beaux dessins représentent les corpuscules de Pacini, ces singulières formations cellulaires consistant en lamelles concentriques disposées comme les lamelles d'un oignon, et formant un petit renflement ovoïde dans l'intérieur duquel le nerf pénètre. Ce dernier devient très-mince dans l'intérieur du corpuscule, et se bifurque à sa terminaison en formant deux courtes branches qui ressemblent assez à deux petites baguettes de tambour.

Une coupe d'un ganglion montre l'arrangement des cellules embryonnaires entourées chacune d'une enveloppe fibreuse. Quant aux cellules elles-mêmes, l'auteur en dessine un grand nombre, soit unipolaires, soit bipolaires ou multipolaires, suivant qu'elles fournissent un, deux ou plusieurs tubes nerveux. Les formes de ces éléments sont surtout remarquables dans les parties grises des centres nerveux cérébraux. Plusieurs groupes de cellules appartenant au lobe électrique de la torpille présentent des filaments déliés, privés d'enveloppe et étendus sans interruption d'une cellule à l'autre, de manière à les unir par continuité de tissu, tandis que d'autres prolongements s'entourent d'un tube particulier et deviennent des nerfs dont ils représentent le cylindre axile. Ces derniers dessins, que le professeur R. Wagner a envoyés à l'auteur, font voir très-nettement le cylindre central et le tube nerveux qui l'entoure.

Ces indications suffisent pour faire comprendre l'intérêt que présentent les deux planches que M. Ecker a consacrées à l'étude, toujours neuve et toujours attrayante, des éléments du système nerveux.

La peau fait le sujet de la planche XVII; l'auteur figure des coupes perpendiculaires pour en montrer les organes en position, les différentes papilles du derme, la distribution des nerfs et des vaisseaux, les glandes sébacées et les glandes de la sueur. Ces figures sont, comme les autres, d'une exécution irréprochable, et font parfaitement comprendre, mieux que les plus habiles descriptions, l'arrangement des parties dont la peau se compose. On remarquera, entre autres, celles qui représentent la structure des papilles du derme. Quand on se contente d'examiner une coupe verticale de la peau, ces papilles semblent être simples; mais si l'on parvient à enlever l'épiderme et la couche muqueuse de Malpighi, on voit qu'elles sont réellement multiples, c'est-à-dire que chaque éminence est formée par un groupe de petites papilles; celles-ci ne deviennent distinctes que lorsqu'on a fait disparaître les cellules du corps muqueux qui remplissent leurs interstices. Ces papilles sont de deux sortes, comme on le sait par les recherches de Wagner, Gerlach et d'autres micrographes : les unes contiennent une anse vasculaire (papilles vasculaires), les autres renferment le corpuscule tactile, dont on doit la découverte au célèbre physiologiste de Gottingen. Les anses vasculaires des papilles ne sont ni veineuses ni artérielles; ce sont des tubes détachés du réseau capillaire étalé à la surface de la peau.

Quant aux corpuscules tactiles, l'auteur n'a rien découvert de nouveau sur leur structure ni sur leurs rapports avec le nerf qui pénètre dans leur intérieur. Cependant la figure 8, qui représente une papille traitée par l'acide acétique, montre le nerf contenu dans un fourreau celluleux qui se continue avec le corpuscule tactile, ce qui semblerait indiquer que ce dernier est formé par des éléments de tissu connectif accumulés autour de la terminaison du nerf; il y aurait alors une certaine analogie entre les corpuscules tactiles et les corpuscules de Pacini. Ce qu'il y a de certain, c'est que les corpuscules tactiles ne sont pas des renflements nerveux.

Dans la représentation des glandes sébacées, l'auteur fait voir la transformation successive des cellules de la couche cornée en cellules graisseuses. Les cellules épidermiques du canal excréteur renferment des vésicules de graisse; à mesure qu'on se dirige vers l'intérieur, le nombre de ces vésicules augmente au point que les cellules finissent par devenir globuleuses, par suite de la graisse qui les remplit.

La dernière planche dont il nous reste à parler est la XXIIe, qui traite de l'œuf.

L'auteur représente les œufs d'une méduse, d'un ascaride, une portion de l'ovaire d'une araignée, l'œuf d'une anodonte, une coupe transversale de l'ovaire d'une poule, avec trois œufs non développés et encore enchâssés dans le stroma de la glande; un follicule plus développé, l'ovaire d'une poule, de grandeur naturelle; la coupe de l'ovaire d'une vache, un œuf du même animal, avec la description de sa structure; un œuf de chien, une coupe de l'ovaire de la vache, l'analyse microscopique du corps jaune et plusieurs figures représentant ce dernier. Des figures schématiques, intercalées dans le texte, font bien comprendre la structure de l'œuf dans les mammifères et dans les oiseaux.

L'auteur interprète de la manière suivante la signification des parties qui constituent l'œuf de la poule. Le véritable vitellus, c'est-à-dire l'œuf proprement dit, est représenté par ce que les auteurs appellent la cicatricule. Le jaune est une accumulation de cellules produites par la capsule primitive de l'œuf, capsule qui représente le follicule de Graaf des mammifères. Ce jaune est simplement un vitellus nutritif, tandis que la cicatricule constitue le vitellus de formation, celui qui se segmente et qui sert à former le blastoderme. Cette distinction des deux vitellus est très-physiologique; mais on ne comprend pas que la production du jaune se fasse uniquement aux dépens des cellules épithéliales de la capsule d'enveloppe. Ce mode d'origine ne nous paraît pas suffisamment démontré : les poissons, par exemple, ont aussi deux vitellus distincts, l'un formateur, l'autre nutritif; mais celui-ci reste toujours distinct de la capsule qui l'entoure, et n'est pas produit par les cellules épithéliales de cette capsule.

L'auteur donne ensuite d'excellentes figures pour montrer la composition de l'ovaire des mammifères et la structure des follicules de Graaf. On voit sur une coupe de l'ovaire d'une vache comment les follicules de Graaf sont enchâssés dans le stroma fibreux de la glande, et l'on peut juger de l'analogie que présentent ces follicules avec les capsules ovigères des oiseaux. Enfin quelques figures très-exactes donnent la structure et le mode de formation des corps jaunes.

Ces indications rapides des principaux sujets traités dans les ICONES suffiront pour montrer l'importance de cette publication. Nous n'avons que des éloges à donner à son auteur, et nous le remercions, au nom de la science, tant pour le choix des matériaux que pour le soin qu'il a mis à la représentation des objets dont il traite et pour la clarté de ses descriptions.

A. LEREBOULLET.

VARIÉTÉS.

— A Laurvig (Suède), au 26 août, 112 personnes avaient été atteintes du fléau et 62 avaient succombé.

Jusqu'au 3 septembre, il y a eu à Gothenbourg 110 personnes atteintes du choléra et 50 décès.

A Majorna, on compte 176 cas et 67 morts.

Le choléra s'est aussi déclaré à Norrkoping.

A Ystad, on a compté jusqu'au 30 août 291 personnes atteintes de l'épidémie et 160 morts; à Carlscrone 1211, dont 601 morts.

— On écrit de Vienne, 5 septembre :

« Le MERCURE DE SOUABE annonce qu'un cas de choléra, suivi de mort, a eu lieu ici avant-hier. »

— On écrit de Copenhague, 1er septembre :

« Le choléra semble tendre vers sa fin. Le nombre des malades diminue. Il y a eu tout 4,015 décès sur 7,414 cas de choléra. »

— En Russie, le choléra est très-violent, ainsi que dans la Finlande suédoise. Au 12 août, il avait enlevé 509 personnes, à Helsingfors, sur 1,305 qu'il avait atteintes, et dans la ville d'Abo, sur 742 cholériques 293 ont péri.

— Pour donner une idée des effroyables pertes occasionnées par la fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans, nous publions les chiffres des malades et des morts des hôpitaux pendant trois jours:

570 cas,	218 décès,	217 par la fièvre jaune.
547	318	307 —
594	288	266 —

En une semaine, il y a eu dans cette ville 1,482 enterrements.

Cette effroyable maladie s'est montrée également à Cumberland, à Baltimore et à Natchez; dans cette dernière ville, il est mort 300 personnes sur une population de 5,000 habitants.

— Les décès enregistrés à Londres pendant la semaine finissant samedi 3 septembre sont au nombre de 1,029, tandis que la moyenne des semaines correspondantes pour les dix dernières années, sans compter le choléra en 1849, a été de 950.

Le choléra a été fatal à 16 personnes, savoir, 12 enfants et 4 adultes. Dans les dernières huit semaines, depuis celle qui finissait au 16 juillet, 3, 6, 9, 4, 19, 10, 18 et 16 décès par suite du choléra ont été enregistrés.

Dans la même période, la diarrhée a été funeste à 54, 73, 81, 110, 139, 126, 137 et 152 personnes, et elle tend à se propager.

Les décès provenant du typhus, qui, la semaine précédente, étaient au nombre de 37, se sont élevés la semaine dernière à 48.

La scarlatine, qui avait causé 18 décès dans la semaine d'auparavant, a presque doublé ce nombre, c'est-à-dire qu'il y a eu 32 décès la semaine dernière.

— PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS. — Dans sa séance générale du mois de mai 1855, la Société médico-pratique decernera une médaille d'or de la valeur de 300 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux. »

Les mémoires manuscrits, écrits en français ou en latin, devront être adressés, avant le 31 décembre 1854, à M. Martin, agent de la Société, à l'hôtel de ville.

— PRIX. — L'Institut médical de Valence (Espagne) propose les questions suivantes pour l'année 1854 :

Médecine. La phlébite utérine doit-elle être considérée comme primitive ou comme consécutive à la métrite puerpérale? Déterminer les causes générales et spéciales qui la rendent épidémique; décrire ses symptômes pathognomoniques, son diagnostic différentiel et son anatomie pathologique; enfin exposer les moyens les plus rationnels et les moyens les plus appropriés à en prévenir les épidémies.

Chirurgie. Les productions accidentelles connues sous le nom de tissu squirrheux, tissu encéphaloïde, colloïde ou mélanique, sont-ils identiques ou de nature diverse? Étiologie spéciale de chacun d'eux, exposition de leurs symptômes pathognomoniques, de leur anatomie pathologique, de leur composition chimico-organique, de leurs éléments microscopiques et de leur traitement médical le plus rationnel.

Pharmacie. Les extraits aqueux obtenus par les moyens ordinaires conservent-ils les propriétés des plantes qui les fournissent? Moyens pour les obtenir avec toutes les vertus que possèdent les végétaux.

Sciences naturelles. Décrire les progrès des sciences naturelles constatés dans le cours de ce siècle, et démontrer les avantages qui en dérivent pour la science de la vie.

Prix, pour chaque question, une médaille d'or.

Les mémoires en français, latin, italien, espagnol, portugais ou anglais, devront être adressés, suivant les formes académiques, avant le 1er décembre 1853, à M. le docteur Navarra, Calle del Mar, n° 78, à Valence.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

DE LA MARCHE DES DEUX GRANDES ÉPIDÉMIES ACTUELLEMENT RÉGNANTES, LE CHOLÉRA ET LA FIÈVRE JAUNE, AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE.

(Deuxième article.)

Les faits que nous avons cités relativement aux deux manifestations épidémiques qui s'étendent en ce moment à une grande partie de l'Europe et de l'Amérique se rapportent principalement à l'histoire topographique de ces maladies. Ils n'ont qu'une importance secondaire pour l'hygiène publique. La marche d'une épidémie considérée seulement dans le temps et dans l'espace peut bien donner aux populations et aux gouvernements des avertissements lointains et souvent des notions importantes sur le parcours ultérieur du fléau ; mais elle n'indique point les mesures à prendre, elle n'en fixe ni le degré, ni la nature, ni l'espèce. Pour être renseigné à cet égard, il faudrait consulter un autre genre de faits, étudier plus intimement tout ce qui a rapport à la marche des épidémies par rapport aux communications de toutes sortes de ville à ville ou de nation à nation, et s'enquérir avec grand soin de la constitution médicale qui a immédiatement précédé le développement de l'épidémie dans les diverses localités envahies. C'est seulement avec ces deux ordres de notions que l'on pourrait arriver à fixer sur certains points la prophylaxie des épidémies, cette partie la plus importante et jusqu'ici la plus controversée de nos institutions hygiéniques.

La Gazette Médicale a indiqué de quelle manière nous comprenions l'application de la statistique à l'étude des maladies régnantes : c'est ce genre d'études que nous voudrions voir généraliser et appliquer à l'hygiène publique. Une fois ces travaux ordonnés et entrepris sur une vaste échelle, des applications nombreuses à la pathologie comme à toutes les branches des sciences médicales surgiraient d'elles-mêmes et ouvriraient un vaste champ de recherches plus philosophiques, plus variées, plus fécondes en résultats que cette voie d'analyse physico-chimique dans laquelle nous nous traînons aujourd'hui en France, à la suite de l'Allemagne et de l'Angleterre. Nous sommes loin de jeter le moindre blâme sur les recherches anatomiques auxquelles nous tenons nous-même beaucoup ; nous voudrions seulement, sans sortir de la question qui nous occupe, apporter ici des exemples qui fissent voir comment l'étude des constitutions médicales rentre dans celle des épidémies pour la compléter, pour la rendre plus précise, et peut-être aussi pour lui fournir quelques solutions pratiques. Ces exemples s'offrent naturellement dans l'étude des deux épidémies de choléra et de fièvre jaune dont nous avons tracé l'itinéraire dans un précédent article. Il nous semble, ce qu'à Dieu ne plaise de réaliser, que si à l'heure actuelle le choléra venait à fondre parmi nous, les partisans de tel ou tel système trouveraient que le début de la maladie remonte plus haut qu'on ne le pense communément et qu'ils iraient chercher les premiers cas de cette affection parmi les cholérines qui se sont montrées à la fin d'août ou même dans les quelques cas de choléra sporadique qui ont eu lieu depuis le commencement de l'année. C'est là de nos jours le grand argument des anticontagionistes. On leur répond en vain en formulant pour le choléra ce qui n'avait point été formulé, que je sache, de cette façon pour aucune autre épidémie, qu'il y a pour cette maladie des prodromes, des signes avant-coureurs sans lesquels elle ne se montre jamais, pas plus parmi les populations que sur les individus ; on insiste particulièrement sur l'identité de ces deux degrés et de ces deux périodes d'une même affection. C'est bien là aujourd'hui une vérité acquise et dont l'exactitude a été mise hors de doute par des observations multipliées, et pourtant on en tient à peine compte quand il s'agit d'interpréter les faits de propagation ou de manifestation de la maladie. En matière de constitution médicale, nous ne voyons aujourd'hui que les faits les plus grossiers, nous nous en tenons aux maladies causes de décès ; c'est comme si, en pathologie, on ne décrivait que les affections qui peuvent donner lieu à l'examen nécroscopique, si on ne spécifiait que les maladies graves, si on faisait table rase des cas légers et de la nombreuse cohorte des affections aiguës et éphémères.

Les mêmes difficultés se présentent pour la fièvre jaune ; elles ont servi à obscurcir considérablement l'histoire de la propagation de cette maladie, et elles n'ont point été l'objet d'un examen approfondi. Presque tout le rapport volumineux et riche de faits du General Board of Health sur la fièvre jaune se fonde sur des assertions semblables, que le comité a admises sans en discuter la valeur absolue ; et aujourd'hui encore, si nous voulons étudier, d'après les documents publiés, l'importation de la fièvre jaune au Brésil, nous sommes en face des mêmes obstacles. Il y avait environ cinquante ans qu'on n'avait point observé de fièvre jaune épidémique en ce pays ; il semble donc, au premier abord, qu'on aurait pu facilement noter les premiers cas qui annoncent l'apparition du fléau ; mais il paraît, d'après les meilleurs renseignements, que quatre ans avant l'irruption de cette épidémie (fin de 1849), il s'était montré sur la côte du Brésil, pendant la saison chaude de l'année, une fièvre analogue aux cas légers de fièvre jaune. Le docteur Ellis, chirurgien de la frégate *le Croissant*, stationnée à Rio, a observé cette fièvre de 1846 à 1849, et a remarqué que les cas en devenaient de plus en plus graves d'année en année jusqu'à l'invasion de l'épidémie ; le docteur Fairbanks, médecin à Bahia, a observé des cas analogues, au nombre de 24, sur l'équipage de la corvette *l'Expéditive* en mars 1849 (le début de l'épidémie n'est fixé qu'au 2 novembre 1849 dans cette ville) ; MM. Coutinho et Santo, médecins distingués de Bahia, disent d'une manière formelle qu'on rencontre quelquefois dans cette ville des cas de fièvre grave accompagnés de vomissements noirs qu'on ne saurait distinguer de la fièvre jaune des Indes occidentales.

Que conclure de ces faits, si ce n'est qu'il faut distinguer, pour la fièvre jaune comme pour le choléra, les cas sporadiques des cas épidémiques, et reconnaître que ces maladies ont probablement toutes deux une période prodromique qui consiste en une préparation à la manifestation épidémique, ou qui ne diffère qu'en degré de l'épidémie elle-même.

Ce n'est point ici le lieu de discuter cette question tant débattue de la différence des maladies épidémiques et des maladies sporadiques ; il suffit pour le moment d'indiquer qu'il y a dans ce sujet des *prodromes épidémiques* plusieurs problèmes à résoudre qui tiennent à l'hygiène publique et qui appartiennent de droit à l'étude des constitutions médicales.

Y a-t-il des limites absolues au développement de la fièvre jaune ? Cette maladie est-elle nécessairement confinée entre certains degrés de latitude ? Peut-on dire, par exemple, qu'on ne la verra jamais sévir sur les côtes de France ou d'Angleterre, comme on l'a vue dans le temps sur celles d'Afrique, d'Espagne et d'Italie ? Ces questions, à côté de leur intérêt scientifique,

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XXII et dernier.

RETOUR EN FRANCE PAR VITERBE, LE LAC DE BOLSÈNE, SIENNE, FLORENCE, PISE ET LIVOURNE.

II.

Une aventure de brigands. Le lac de Bolsena ; ses anguilles, et le vin de Montefiascone. Salubrité de ses bords. Acquapendente ; séance au cabaret ; Jérôme Fabrice d'Acquapendente. Caractère de l'Italien. Le brigand-médecin de Radicofani. Sienne : tombeau de Mascagni ; sainte Catherine ; le Sodôme

A M. le docteur baron Hippolyte Larrey.

Civita-Vecchia, 31 avril 1853.

Nous avons terminé notre longue pause à Viterbe. Je pense n'y point avoir apporté la tristesse qui aurait bien pu monter en croupe derrière moi, après la scène sentimentale et presque larmoyante de chez mon bon ami le docte abbé ; mais je suis malheureusement sûr aussi de ne point avoir du tout amusé ; qui sait si j'ai même réussi à intéresser un peu ? C'est là un défaut capital, quand on veut voyager en compagnie. De côté donc la vieille et aride science, et naviguons en plein dans le pittoresque, l'artistique, la description, l'anecdote, entrelardés de tranches de médecine, précaution nécessaire, sous peine de tomber dans la pure impression de voyage ! Or que Dieu vous garde de l'impression de voyage, cela peut vous conduire à tout, même à la mort ; c'est ce que je vais démontrer incontinent.

Un confrère, que je ne nommerai pas, avait lu dans de célèbres Impressions de voyage, qu'il existait, en Italie, des brigands à cent sous, à dix francs, etc., selon la catégorie plus ou moins relevée à laquelle appartenaient ces braves gens. Il eut le malheur de prendre cela au sérieux. Or, arrêté sur la route de Civita-Vecchia à Rome, il tira assez gaillardement de sa bourse un écu, et le tendit au brigand, en demandant : *Quanto*, combien ? Le brigand, qui était probablement un bandit libre et non embrigadé, saisit brutalement la bourse tout entière, en répondant : *Tutto*, tout. Le confrère se fâcha, croyant être *volé*, et se vit bientôt face à face avec la gueule béante d'un tromblon, à la suite de quoi il donna sa montre en plus.

Continuons donc notre route, en évitant l'impression de voyage.

On entre dans Viterbe, au sud, presque au bas de la descente du pâté montagneux dont les replis cachent le lac de Vico ; il faut, au contraire, parcourir quelques milles dans la plaine, avant d'atteindre la barrière qui limite le bassin de l'autre côté, c'est-à-dire au nord. Ce second massif est creusé d'une énorme perte de substance, en forme de gigantesque entonnoir, vieux cratère qui, après

ont aussi leur importance administrative, et c'est surtout à ce dernier point de vue que je veux les envisager ici. A cet effet, j'emprunte à une source très-authentique les faits suivants, qui me semblent de nature à appeler sérieusement l'attention. Il s'agit d'un certain nombre de cas de fièvre jaune qui auraient été importés à la fin de 1852, des Antilles à Southampton, par les bateaux à vapeur poste transatlantiques. Il y eut à cette époque une grande appréhension à Southampton, le gouvernement anglais ordonna une enquête, et à côté des faits que la rumeur publique avait peut-être exagérés, il fut constaté que le vapeur *la Plata* ayant présenté à son arrivée quelques cas de fièvre jaune, l'un des ingénieurs du bord fut pris le 28 novembre, dans le port même, d'une fièvre grave; les vomissements noirs se montrèrent le 1er décembre, et le 5 le malade mourait, malgré les soins les plus intelligents et les plus attentifs.

Le 9 décembre, un autre vapeur arrivait de Saint-Thomas, l'une des Antilles, où sévissait à cette époque la fièvre jaune; il avait présenté, pendant la traversée, 17 cas de fièvre jaune et 11 décès, dont 5, du bien positivement à cette maladie, étaient survenus après avoir quitté la Jamaïque.

Enfin, le 19 décembre, le steamer *l'Oroonoco* entrait à Southampton; il avait touché à Chagres le 24 novembre, Demerara le 25, Tabago le 26, Trinidad et Grenade le 27, les Barbades le 28, la Jamaïque le 29, et Saint-Thomas le 3 décembre; il y avait eu, pendant la traversée, 41 personnes atteintes, soit de fièvre jaune, soit de fièvre rémittente bilieuse, et 9 décès, dont 8 depuis le départ de Saint-Thomas. Le dernier décès, survenu le 15, était celui d'un passager atteint bien réellement de fièvre jaune. Il paraît, de plus, que le jour même de l'arrivée de ce navire à Southampton, dans la soirée du 19, il serait mort un autre passager; aussi la quarantaine de dix jours fut-elle prescrite par les autorités sanitaires locales, et maintenue par sir William Pym.

Tels sont les événements qui ont donné l'éveil à l'esprit public au commencement de 1853, et qui ont renouvelé chez nos voisins les discussions du système quarantenaire. L'un des organes les plus estimés de la presse médicale anglaise, le JOURNAL MÉDICAL ET CHIRURGICAL D'ÉDIMBOURG, s'exprime à ce sujet de la manière suivante: « Nous regardons les quarantaines comme des mesures inutiles au point de vue prophylactique, et nuisibles pour les personnes qui sont ainsi confinées dans l'étroite limite d'un navire infecté. La fièvre qui a sévi sur les bateaux transatlantiques était la fièvre endémique, la fièvre continue rémittente des îles Caraïbes et des contrées tropicales; cette affection ne peut être importée dans nos pays, à moins que les circonstances physiques qui l'engendrent n'y soient aussi importées. » (Janvier 1853, p. 242.) Telle est la doctrine qui prévaut aujourd'hui et qui tend à pénétrer dans les conseils de l'administration. Nous la signalons comme l'un des signes de cet état d'incertitude dans lequel se trouve la science au sujet de la nature de la fièvre jaune comparée à celle des fièvres rémittentes bilieuses des pays chauds. Nous dirons plus tard ce qu'il faut penser des limites absolues posées au développement de certaines affections sur lesquelles la géographie médicale s'est exercée quelquefois avec un esprit si exclusif. Nous ferons remarquer ici que les déplacements du commerce et des communications de l'Amérique avec l'Europe pourront donner lieu dans quelque temps à discuter sur quelles bases seront fondées les institutions sanitaires de la France et de l'Espagne quand certains ports méridionaux de ces deux pays seront à huit ou dix jours des Antilles.

Quelles seraient, dans des circonstances épidémiques analogues à celles qui règnent maintenant, les mesures à adopter pour toutes les provenances des pays suspects? Jusqu'à quel point les restrictions sanitaires actuellement en vigueur mettraient-elles les ports du midi de la Péninsule à l'abri d'un fléau dont ils ont déjà plusieurs fois ressenti les atteintes? Telles sont les questions qu'il nous semble utile de poser dès ce moment. En effet, la fièvre jaune est loin d'avoir cessé ses ravages: à l'heure actuelle, elle sévit encore dans quelques-unes des Antilles, et c'est à la Nouvelle-Orléans qu'elle semble avoir concentré toute son intensité. Cette malheureuse ville, que l'on pourrait appeler, à plus juste titre que le Caire ou Constantinople, un foyer pestilentiel, a eu, dans les mois de juin et de juillet derniers, 3,000 morts par suite de fièvre jaune. Or si l'on réfléchit que la fièvre jaune sévit d'une manière presque exclusive sur la partie de la population qui n'est point encore faite au climat, qui n'a pas encore reçu l'atteinte préservatrice des maladies estivales, et qui est considérée dans ce pays comme une classe distincte avec des prédispositions particulières, tandis que les habitants qui ont subi les effets de l'acclimatement échappent presque constamment au fléau endémique, on voit que ce chiffre de 3,000 décès, portant sur une population flottante de 30,000 habitants, représente 10 décès sur 100 habitants en deux mois, ce qui ferait le chiffre annuel de 3 morts sur 5 habitants. Au commencement d'août, on comptait encore 200 morts par jour sur cette population flottante, et les journaux de la localité calculaient qu'à cette époque 15,000 personnes avaient été atteintes. On pourrait dire que cette épidémie ne durera pas au delà de la première quinzaine d'octobre, en prenant pour base de cette appréciation la durée des épidémies semblables qui ont déjà eu lieu à la Nouvelle-Orléans; mais il serait facile de faire voir qu'avant cette époque le développement du fléau sera borné, par suite de l'épuisement de cette partie de la population sur laquelle s'exercent ses ravages, tout comme certains incendies qui s'arrêtent faute de matériaux inflammables.

THOLOZAN.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES CARACTÈRES DIFFÉRENTIELS DU PURPURA ET DU SCORBUT; par le professeur FORGET (de Strasbourg).

(Suite et fin — Voir le numéro précédent.)

Je crois devoir insister un instant sur les nuances différentielles que j'ai observées entre le scorbut des prisons, qui se présente exclusivement à la Clinique, et le scorbut des vaisseaux, que j'ai eu l'occasion d'étudier dans ma carrière maritime.

Mes prisonniers offrent en général moins de débilitation et d'apathie morale que les marins. Leur teint présente une lividité moins prononcée, ce qui me paraît tenir peut-être à la moindre intensité des causes productrices, à des lésions moins profondes, moins chroniques.

Tandis que le scorbut des marins débute presque toujours par une altération plus ou moins prononcée des gencives, qui prend ordinairement un développement très-considérable, le scorbut des prisonniers se présente

---

avoir couvert toute la contrée de ses déjections, en croisant ses feux aériens et ses coulées de lave avec les fleuves incandescents vomis par le volcan de Vico, recèle de nos jours, entre ses flancs refroidis, le grand lac de Bolsène (Bolsena), *lacus Vulsiniensis* des anciens Romains. Cette vaste nappe d'eau n'a pas moins de 13 kilomètres dans son plus grand diamètre, et ses bords, évasés en forme de conche profonde, margelle de lave de cet immense puits, s'élèvent en plusieurs endroits à quelques centaines de mètres au-dessus du niveau du lac. Le long de la rampe, la plus riche végétation ondoie en flots verdoyants entre les pics et les murs d'arides rochers, et de nombreux groupes d'habitation, hissés sur les crêtes ou perdus dans le feuillage, se mirent aux eaux transparentes du Bolsène. Toutes ces localités méritent d'être vues, entre autres Orvieto, situé à quelque distance du lac, dans la position la plus pittoresque qu'imagination de peintre puisse rêver, Orvieto, renommé pour son agréable vin blanc riche en acide carbonique, Orvieto, pauvre petite ville dont nos plus grandes cités de France envieraient la merveilleuse cathédrale gothique, admirable comme monument, inépuisable comme musée d'arts.

Du sein du Bolsène surgissent deux îles: l'une, l'*Isola Martana*, âpre, rocheuse, taillée à pic, servit de prison et de tombeau à la reine Amalasonte, fille du grand Théodoric, et l'autre, l'*Isola Bisentina*, boisée et riante, fut un des lieux de plaisance des Farnèse, embelli, comme leur palais de Rome, par le brillant et gracieux pinceau du Carrache. De toute cette splendeur passée, rien ne reste debout. Ces îles ne sont pas toujours abordables, tant le lac a quelquefois de terribles tempêtes. Mais, aussi, quelles bonnes anguilles il nourrit! Elles sont célèbres de par tous les États pontificaux, voire même au delà! Le Dante condamne au jeûne et au purgatoire notre compatriote, le pape Martin V, pour les avoir trop aimées:

. . . . . e purga per digiuno
L'anguille di Bolsena il la Vernaccia.

Les bords du lac de Bolsène sont pleins de séductions gastronomiques, entre autres Montefiascone, bourg sous les remparts duquel passe votre carrosse de voyage. C'est à Montefiascone qu'avait son habitation privilégiée, un autre compatriote, le pape Urbain IV, l'un des pontifes dont s'enorgueillit la tiare. Entrons dans une chapelle, ou dirait mieux cave, de l'église de Saint-Flavien; on y lit l'épitaphe célèbre de l'évêque ou cardinal allemand Fuger, mort pour avoir trop honoré le fameux *moscatello*, vin muscat de Montefiascone: *Est, est, est, et propter nimium est, Joannes de Fuger, dominus meus, mortuus est.* Voici la clef de l'énigme. Le prélat, fort amateur de bon vin, faisait prendre les devants à son serviteur, qui écrivait le mot *est, c'est là*, à la porte des *osterie* dont le vin était digne d'être honoré par le saint homme Fuger. Le serviteur écrivit trois fois le signal *est, est, est* (et c'était trop, *nimium*), à l'entrée de Montefiascone, de sorte que le prélat honora le *moscatello* jusqu'à ce que mort s'ensuivit, *mortuus est*. On ajoute qu'il légua ses équipages au couvent, afin qu'on arrosât chaque année sa pierre sépulcrale avec son cher *moscatello*, mais que les moines croient, et justement, rendre un plus éclatant hommage au bon goût du défunt, en s'en arrosant eux-mêmes, sur sa tombe, qui ne laisse pas ainsi d'en recevoir quelques précieuses gouttes.

Toutes les localités situées autour du lac, ne paraissent pas également saines.

souvent sans lésion considérable des gencives, qui sont seulement un peu livides et saignantes, alors que les ecchymoses et l'œdème induré des jambes sont déjà très-développés. Je crois pouvoir expliquer cette particularité par le mauvais état habituel des dents et des gencives chez les marins, résultant de la mastication du biscuit, de l'usage de la chique, des traitements mercuriels que la plupart ont subis, etc.

J'ai cru remarquer aussi que les pétéchies sont plus communes chez les marins que chez les prisonniers, où les suffusions sanguines se présentent d'emblée sous forme de larges ecchymoses, lesquelles semblent affecter, chez ces derniers, une sorte de prédilection pour la région poplitée, au lieu de se produire à la partie inférieure des jambes, comme chez les marins. Cette circonstance ne tiendrait-elle pas à ce que les marins restent plus longtemps debout, tandis que l'oisiveté des prisonniers leur permet de rester couchés? A part ces particularités, la maladie, chez les uns et chez les autres, présente les mêmes caractères fondamentaux.

Avant ou après les ecchymoses, souvent en même temps, apparaît cet œdème plus ou moins dur et douloureux qui occupe les jambes, parfois les genoux et les cuisses, œdème particulier ayant beaucoup d'analogie avec la sclérodermie ou l'œdème dur des adultes. Ce n'est pas là une simple infiltration séreuse ni même sanguine; car la coloration brune de la peau n'est pas celle de l'ecchymose.

C'est ordinairement dans cet état, avec les ecchymoses et l'œdème dur des membres inférieurs, sans profonde altération des gencives et sans autre trouble viscéral, que les prisonniers arrivent à la Clinique. Je les soumets alors à un traitement uniforme, et presque toujours l'amélioration suit de près et la guérison est prompte et solide. Les ecchymoses se résolvent, les gencives se raffermissent: l'œdème se montre plus rebelle, mais finit lui-même par se dissiper. Jamais il n'y a de récidive.

Sur une trentaine de scorbutiques environ qui sont passés dans mes salles depuis quelques années, je n'en ai perdu que deux : ce sont ceux indiqués dans le RÉSUMÉ de ma clinique de 1842-1844. « Deux ont succombé, disais-je, moins au scorbut qu'à une entérite ulcéreuse chronique constatée à l'autopsie. S'il était reconnu que l'entérite se produit facilement chez les scorbutiques, ne serait-ce pas une raison pour se montrer moins prodigue de remèdes stimulants et âcres (dits antiscorbutiques) qu'on ne le fait généralement? » (P. 94.) Ces malades me sont arrivés dans un état désespéré, et l'entérite chronique n'était pas de mon fait.

Nous possédons maintenant les éléments suffisants pour aborder le parallèle du purpura et du scorbut, surtout parlant à des praticiens que je n'ai pas la prétention d'initier aux éléments de la pathologie. Pour la plupart des hommes expérimentés, les différences que nous allons établir sont chose notoire et qui n'a pas besoin de démonstration. Pour eux, il est clair que le purpura est une maladie et que le scorbut en est une autre, en tant qu'il s'agit du purpura primitif ou d'emblée, et non de ces lividités symptomatiques qu'on observe dans certaines cachexies, telles que le typhus et le scorbut lui-même. Eh bien! ce purpura *essentiel*, comme on l'appelle, déjà désigné par quelques auteurs sous le nom très-impropre de *scorbut de terre*, et que Werloff a fort bien spécialisé sous le nom de *morbus maculosus*, le purpura est encore confondu par quelques écrivains avec le scorbut, et il n'y a pas longtemps que des journaux ont publié des observations de purpura sous le nom de scorbut. L'hématologie moderne n'est sans doute pas étrangère à cette confusion, et c'est pour rétablir les faits, pour rectifier les idées, que je me détermine à publier ce travail.

Nulle part, d'ailleurs, ce parallèle ne paraît établi d'une manière complète ni même suffisante. Voici comment s'exprime sur ce point le plus complet de nos dermatologistes modernes, M. Rayer : « Le purpura *febrilis* et la fièvre hémorrhagique peuvent être facilement distingués du scorbut, qui est une affection chronique. Le purpura *sine febre* ne peut être confondu avec le scorbut lorsque les hémorrhagies se déclarent par d'autres voies que par la bouche, lorsque les gencives sont saines, etc.; mais il me semble à peu près impossible de distinguer les purpuras hémorrhagiques chroniques, dans lesquels le sang flue des gencives gonflées, du véritable scorbut. Cependant, dans le scorbut, les gencives sont gonflées, amollies, comme putréfiées, tandis que, dans le purpura, elles sont plutôt le siége de véritables hémorrhagies... En outre, le scorbut a été observé le plus souvent à bord des vaisseaux, dans les prisons et les places fortes. » (MALAD. DE LA PEAU, art. *Purpura*.)

Tout cela est exact; mais il y a d'autres caractères différentiels non moins saillants et positifs que les précédents, et que nous allons emprunter successivement à l'étiologie, à la symptomatologie, à la marche, aux terminaisons et au traitement de l'une et de l'autre maladie.

ÉTIOLOGIE.

Les causes extérieures du purpura sont très-variables, et souvent très-difficiles à déterminer. Les causes du scorbut sont constamment les mêmes, et presque toujours très-faciles à déterminer : ce sont les vices de l'hygiène amenant la débilitation de l'économie; c'est particulièrement le défaut d'aliments frais, animaux et surtout végétaux, auquel s'adjoignent fréquemment l'humidité froide ou chaude, les affections morales tristes, etc.

Quant aux causes organiques ou formelles, quoiqu'elles se traduisent, dans l'une et l'autre maladie, par des suffusions sanguines (ecchymoses, hémorrhagies), il est infiniment probable qu'elles ne sont pas de même nature. On ne s'est guère occupé que d'étudier les causes formelles du scorbut, et cette étude a donné lieu à de singulières péripéties. Depuis la plus haute antiquité, on s'était habitué à considérer le scorbut comme résultant d'une altération profonde du sang, consistant dans la diminution et l'altération de la partie fibrineuse. Cette étiologie était admise sans contestation aucune. Il était réservé à notre époque d'opérer à cet égard un grand revirement d'opinions.

Dans le RÉSUMÉ de ma clinique, déjà cité, je disais : « Nous avons observé cinq cas de scorbut... Deux ont succombé... Chez un d'eux, nous avons été assez étonné de rencontrer dans le cœur des *caillots sanguins consistants et volumineux*, au lieu de cette diffluence du sang qui constitue, dit-on, le fond de la maladie. » (P. 94.)

Je publiais cette phrase timide comme protestation contre des idées universellement admises, tout en éprouvant une sorte de vergogne à les mettre en doute. Depuis lors quelques autres occasions se sont offertes de faire constater à mes élèves ce qu'il y a de trop exclusif dans cette dissolution prétendue du sang chez les scorbutiques. C'est donc comme une sorte de justification longtemps attendue que je vis apparaître, en 1847, les observations de MM. Fauvel, Becquerel et Rodier, sanctionnées par M. Andral lui-même. Cet événement est d'une trop grande portée en philosophie pathologique, pour ne pas en rappeler les principales circonstances.

Celles dont les maisons se mêlent aux arbres des vergers et des forêts, et s'étagent sur les crêtes, n'ont rien à craindre du mauvais air. Il en est de même des habitations situées non loin du niveau du lac, dans les endroits où ses eaux profondes baignent des falaises plus ou moins escarpées. Mais la fièvre sévit au contraire, à divers degrés, contre certains bourgs ou hameaux étalés sur la lisière plate et basse du lac, entre les eaux et le cirque montagneux. Nous avons remarqué plusieurs endroits où ces conditions existent; le long de la lande marécageuse abandonnée par le retrait du lac, pullulent des espèces palustres qui vivent, meurent et se putréfient sur un riche terreau que les eaux baignent et délaissent par intervalles, selon l'élévation du niveau de Bolsène, sa tranquillité ou son agitation. La petite ville de Bolsène nous a paru se trouver dans ces conditions défavorables : une partie de la ville s'étend sur la plage basse, tandis que le quartier haut, enfermé entre de vieilles murailles à mâchecoulis, coiffe un monticule d'une élévation insignifiante. Montefiascone est située à une altitude déjà considérable, et la belle végétation qui tapisse sa verte montagne doit en outre contribuer à sa protection et à son assainissement.

Près de Montefiascone existent des eaux minérales dont il est fort peu parlé; nous n'avons point la prétention de les illustrer.

Le village de Saint-Laurent-le-Neuf, *San Lorenzo Nuovo*, que nous traversons ensuite, est dû à la munificence de Pie VI, qui le substitua à *San Lorenzo Vecchio*, situé au fond d'un ravin humide et marécageux, où ses habitants trouvaient une décrépitude et une mort prématurées.

Il était nuit quand nous arrivâmes à Acquapendente, nom cher à la chirurgie. Le carrosse se brisa sur les grandes dalles mal jointes du pavé. Il pleuvait à torrents. Je laissai les femmes dans la voiture qu'on réparait, et j'allai frapper à une petite porte dont le vitrail, d'une transparence douteuse, laisait tamiser un peu de lumière. C'était un étroit et mauvais café, où quelques grands et beaux jeunes hommes hasardaient une partie de *tre sette*, loin de l'œil paternel. Ils sortirent bientôt, et je restai seul avec le patron du lieu, vrai type du brigand du Sonnino, tout barbu, tout noir, au front bas et froncé, à l'œil oblique et petillant par intervalles. C'était un homme auquel on ne peut dire que des choses fort aimables. Je commençai par lui vanter la *bella città d'Acquapendente*, la cascade qui lui donne son nom, et que je n'avais pas vue, ses eaux minérales, dont personne ne sait la composition et les vertus, et je finis par lui dire que sa patrie avait donné le jour à une illustration, à Fabrice d'Acquapendente. Ce nom dérida le rebarbatif cabaretier, qui se mit à m'en conter sur Jérôme Fabrice plus que je n'en savais moi-même : qu'il florissait à la fin du seizième siècle et au commencement du dix-septième; qu'il occupa la chaire de chirurgie de Padoue, et s'y attira l'admiration par ses talents et l'estime par sa bienfaisance et son désintéressement. Fabrice succéda, en effet, à Fallope dans la chaire de chirurgie de Padoue. Il ne manqua à la biographie tracée par le limonadier que l'indication des œuvres principales de son compatriote. Ses travaux sur l'anatomie et la physiologie ont été réunis en un volume in-folio, à Leipsick en 1687, et à Leyde en 1738. Son TRAITÉ DE CHIRURGIE, édité à Padoue en 1666, in-folio, a été traduit en français (Rouen, 1658, et Lyon, même année); enfin c'est sous le titre de DE VENARUM OSTIALIS que Jérôme Fabrice a consigné sa découverte des valvules des veines.

Cette petite anecdote est bien significative. Si le peuple italien n'a guère de

Dans la séance de l'Académie des sciences du 21 juin 1847, MM. Becquerel et Rodier ont présenté un mémoire intitulé : DE LA COMPOSITION DU SANG DANS LE SCORBUT. De l'analyse du sang de cinq scorbutiques observés dans le service de M. Fauvel à la Salpêtrière, les auteurs ont déduit les conclusions suivantes :

1° L'examen du sang de ces cinq malades n'a révélé aucun des caractères de dissolution déduits par les anciens et admis sans contestation. L'augmentation de l'alcalinité de ce liquide n'a pas été non plus constatée.

2° La fibrine, que l'on devait s'attendre à trouver diminuée, ou au moins modifiée dans ses propriétés, s'est présentée dans les proportions normales ou sensiblement augmentée, et avec les caractères qu'elle offre dans l'état de santé.

3° Diminution des globules, de l'albumine soluble, augmentation relative de l'eau, d'où diminution considérable de la densité du sang, telles sont les seules altérations observées ; encore doit-on les considérer (selon les auteurs) plutôt comme dues à la diminution de l'appétit des malades que comme la cause de l'affection scorbutique.

MM. Becquerel et Rodier ne cherchent point à établir de relations entre ces états du sang et les symptômes du scorbut. M. Andral est beaucoup plus hardi et plus explicite : dans la séance suivante de l'Académie (28 juin), il conclut d'un fait observé par lui-même que les symptômes qui caractérisent le scorbut peuvent se produire sans être incessamment accompagnés d'une diminution de la fibrine du sang. *Ce n'est donc point dans cette diminution qu'il faut placer la cause prochaine du scorbut.* Ce n'est point même par elle qu'on peut se flatter d'expliquer les symptômes de la maladie, notamment les hémorrhagies qui coïncident avec elle. Sous ce rapport comme sous plusieurs autres, il est permis de comparer le scorbut à la fièvre typhoïde : *Comme la fièvre typhoïde, le scorbut peut se développer sans que le sang ait perdu préliminairement de sa fibrine...*

Sur quoi compter, mon Dieu ! après de telles perturbations dans les idées qui paraissent le plus solidement établies ?

Je ne sache pas que de sérieuses analyses du sang aient été faites dans le purpura ; celle que nous avons produite précédemment est la première. On a vu qu'elle constaterait une diminution dans les éléments plastiques ; mais son auteur lui-même n'y attache pas beaucoup d'importance, vu la variabilité des résultats de ces sortes d'analyses. Ce n'est donc aussi que par spéculation que l'altération du sang a été admise dans cette maladie, où l'on suppose aussi que le cœur, après la mort, ne contient que « de la sérosité sanguinolente sans caillots. » (Rayer.) Je viens de faire l'autopsie d'un sujet tuberculeux qui a présenté un beau purpura avec épistaxis répétées, dans les derniers temps de sa maladie, purpura qui n'existait plus depuis quinze jours au moment de la mort, il est vrai, et chez lequel nous avons trouvé du sang noir coagulé dans les cavités gauches et de beaux caillots ambrés dans les cavités droites du cœur.

Au demeurant, s'il est une affection où la crase sanguine doive être variable suivant les cas, c'est surtout le purpura, qui est tantôt aigu, tantôt chronique, fébrile ou sans fièvre, se produisant chez des sujets forts comme chez des sujets faibles, sous l'influence d'une bonne hygiène comme sous celle de causes débilitantes, circonstances qui le distinguent du scorbut.

SYMPTÔMES, MARCHE, TERMINAISON.

Le purpura, comme le scorbut, est caractérisé par des ecchymoses et des hémorrhagies ; mais là se borne la ressemblance.

Dans le purpura, les suffusions sanguines se produisent subitement, inopinément, sont sans aucun prodrome.—Dans le scorbut, les ecchymoses et les hémorrhagies procèdent lentement, graduellement, et succèdent à des prodromes à peu près constants : pâleur, faiblesse, bouffissure ; puis engorgement des gencives, pétéchies aux jambes, etc.

Dans le purpura, les suffusions sanguines peuvent se produire simultanément, du jour au lendemain, sur tous les points de la surface du corps. — Dans le scorbut, les ecchymoses apparaissent d'abord et seulement aux extrémités inférieures, ne s'étendant que lentement et rarement aux parties supérieures du corps, sauf l'état fongueux des gencives.

Dans le purpura, les hémorrhagies se produisent souvent en même temps que les ecchymoses. — Dans le scorbut, les ecchymoses se produisent d'ordinaire longtemps avant les hémorrhagies, sauf le suintement des gencives.

Dans le purpura, l'affection des gencives est très-rare, et lorsqu'elle se produit, elle consiste dans une simple exsudation sanguine de la muqueuse. — Dans le scorbut, l'affection des gencives est très-fréquente, marque le plus souvent le début de la maladie, et leur suintement sanguin est précédé de gonflement parfois douloureux et d'état fongueux, même putrilagineux de la muqueuse.

Le purpura est presque toujours exempt d'œdème, ou si l'anasarque se produit, elle consiste dans une légère infiltration, molle et indolente. — Dans le scorbut, l'œdème des membres inférieurs est très-fréquent ; il est souvent dur et plus ou moins douloureux, analogue par sa consistance au sclérème des adultes, avec lequel il serait facile de le confondre sans les autres circonstances de la maladie.

Dans le purpura, les forces générales ne sont pas ordinairement affectées, et le malade conserve son activité physique et morale.—Dans le scorbut, il y a d'ordinaire faiblesse, langueur, apathie, tendance aux syncopes, surtout dans l'état avancé.

Dans le purpura, l'on observe assez souvent que l'élément inflammatoire se joint à l'élément hémorrhagique (*purpura urticans*).—Dans le scorbut, il n'existe pas de forme analogue.

Dans le purpura, la disparition des ecchymoses ne met pas à l'abri des hémorrhagies. — Dans le scorbut, la disparition des ecchymoses est une garantie à peu près certaine contre le retour des hémorrhagies.

Dans le purpura, la disparition des accidents laisse le malade sous l'imminence d'une invasion nouvelle ; la maladie récidive souvent et sans cause appréciable.—Dans le scorbut, la guérison produite est désormais consolidée, tant que persistent les conditions favorables de l'hygiène.

Le purpura est assez rarement suivi de mort, même lorsque le malade reste dans les conditions qui ont produit la maladie. — Le scorbut conduit infailliblement à la mort par dissolution croissante, si les conditions sous lesquelles il s'est produit ne sont pas changées.

Le purpura est souvent assez long et difficile à guérir, et récidive souvent avec opiniâtreté.—Le scorbut guérit facilement, promptement et solidement sous l'influence d'un traitement approprié.

TRAITEMENT.

Le traitement du purpura est variable comme les circonstances, souvent inconnues, dans lesquelles il se produit. — Le traitement du scorbut est simple, uniforme comme les circonstances bien déterminées qui lui donnent naissance.

---

gloires actuelles, il est loin de renier ses vieilles gloires ; il en est fier, il s'en enorgueillit, il les rappelle à chaque instant au voyageur, pour lui dire que s'il n'est plus rien, il a été quelque chose. Chez nous, les hommes instruits connaissent sans doute les illustrations de leur endroit ; mais les gens du peuple et même les marchands enrichis, hauts seigneurs, s'en soucient fort peu et en ignorent jusqu'au nom. Près de ma fraîche petite ville natale, Saint-Dié, dans les Vosges, existe une humble ferme où Delille écrivit plusieurs chants de son ÉNÉIDE, et dont il chanta les prairies et la bruissante cascatelle. Personne n'a jamais pu me l'indiquer précisément ; de sorte que, si je me prends à vouloir rêver où rêvait Delille, j'hésite entre deux ou trois petites cascades dont les murmures m'appellent, entre deux ou trois fermes dont les murs blancs disparaissent sous la treille. Aussi, de crainte de me tromper, je ne rêve jamais.

Il existe chez l'Italien une poésie naturelle, un sentiment artistique inné, une aspiration au beau idéal, qu'il ne faut point demander aux enfants du Nord, froids comme leur atmosphère, ternes comme leur ciel, et dont les sentiments expansifs semblent étouffés par les brumes éternelles qui pèsent sur leurs montagnes. Un misérable cabaretier me parle avec entraînement de Fabrice d'Acquapendente ; un homme du peuple murmure les vers de Pétrarque le long des allées des *Cascine* de Florence ; les pêcheurs du golfe de Naples récitent des strophes du Tasse en face des poétiques rochers de Sorrente, où pendant l'habitation du chantre de Jérusalem... Mais nous, peuple français, nous n'avons sur les lèvres que des chansons pour boire, d'indécents et nauséeux couplets, ou encore quelquefois la gloire militaire, vaine comme la fumée, rouge comme le sang. C'est que la populace n'oublie pas les grands trancheurs de chair qui l'ont envoyée à la gueule du canon ennemi, tandis que les noms de ses poëtes, de ses artistes, de ses savants, de ses philosophes, de tous les grands *découvreurs*, sont morts inconnus à son oreille.

Laissez-moi donc regretter l'Italie ; je voudrais y être né, car je pourrais l'aimer sans partage. Certes ce n'est ni la plus belle ni la meilleure patrie ; mais je sens que c'est bien elle qu'on doit aimer le plus passionnément.

Le lendemain, au jour, nous étions en Toscane, pays civilisé, heureux ; nous nous trouvions au milieu d'un peuple dont l'aménité et la prévenance sont des qualités plus prononcées encore que chez nous, les gens polis et courtois par excellence, dit-on, et surtout disons-nous.

En passant à Radicofani, je ne puis me dispenser de vous conter la cure merveilleuse qui s'y est opérée, il y a bien longtemps déjà, dans les beaux jours des brigands et des abbés. Il était une fois un étudiant en médecine nommé Gbino di Tacco, qui, trouvant peu de son goût les vieux et ennuyeux livres, les longues et endormantes études, se fit bravement chef de brigands. Ce fut un des plus nobles, des plus généreux et des plus audacieux brigands de ces temps-là. Vous savez, du reste, qu'alors chef de brigands était une véritable position sociale, une profession tout comme une autre, qui n'a pas manqué d'être célébrée, honorée par les écrivains, témoin le Jean Sbogar de Charles Nodier. Gbino di Tacco s'établit au château de Radicofani, repaire qui dominait un étroit passage, dans une contrée toute labourée de profondes crevasses, toute hérissée de pics volcaniques, vrai pays de détrousseurs ou de barons féodaux, ce qui est souvent tout un. Or vint à passer un beau jour le gras et riche abbé de Clugny, qui, n'en pouvant plus d'aise et de bien-être, allait demander aux eaux de Sienne un re-

Le purpura doit être attaqué tantôt par les débilitants, tantôt par les toniques, et l'effet des uns et des autres est assez souvent incertain, fugitif et précaire. — Le scorbut, à moins de complications inflammatoires, réclame toujours un traitement hygiénique fortifiant.

Le purpura ne comporte pas de traitement spécial qui puisse mériter le nom de spécifique. — Le scorbut a son traitement à peu près spécifique dans l'administration du suc des végétaux frais : *Scorbuti summum et penè solum auxilium est in herbis recentibus* (Cockburn).

Le purpura peut disparaître sous l'influence des toniques et des astringents ordinaires. — Les toniques, les astringents, les âcres, dont on abuse si souvent, sont impuissants à guérir le scorbut, sans l'intervention du régime mi-parti animal et végétal frais.

Le purpura guérit assez souvent par le traitement qui convient au scorbut lui-même; — mais ce résultat est bien moins assuré et moins solide que pour le scorbut, dont ce traitement triomphe presque à coup sûr et sans récidive.

Le traitement local appliqué aux divers accidents du purpura peut avoir des résultats favorables. — Le traitement local des accidents du scorbut (ecchymoses, hémorrhagies) est souvent impuissant et presque toujours superflu, le régime végéto-animal frais suffisant pour les conjurer et les résoudre.

Ce parallèle, établi sur une longue et attentive expérience de ces deux maladies, suffira, nous l'espérons, pour constater les différences fondamentales qui existent entre le purpura et le scorbut, et pour que ceux qui auront connaissance de ce travail ne soient pas tentés de confondre l'un avec l'autre.

PHARMACOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'HUILE ESSENTIELLE D'ORANGES AMÈRES ; par M. le docteur A. IMBERT-GOURBEYRE, professeur suppléant à l'École secondaire de médecine de Clermont-Ferrand.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

OBS. III. — Femme Mége, fille de Marie Crouset, rue Villeneuve, 27 ans, travaille depuis quatre ans aux chinois. Les trois premières années elle n'a rien ressenti, sinon un peu de céphalalgie, comme si elle avait été enivrée. A repris son travail en octobre 1851, pendant deux ou trois mois, n'y avait jamais autant travaillé. Accouchée en mars, son enfant a eu plus de trente fois des convulsions générales épileptiformes qui se répétaient jusqu'à dix fois par jour; il en est mort. Son fils aîné, âgé de 8 ans, n'a jamais eu de convulsions. Céphalalgie avec enivrement; douleur temporale, surtout du côté droit; souvent obligée de sortir pour prendre l'air; bourdonnements, bruit de cloches dans les oreilles. Toutes les dents lui font mal. Odontalgie à droite; la dernière fois qu'elle a travaillé, cette femme a été obligée de se mettre deux mouches d'opium qui l'ont soulagée. Elle a eu deux fois de petites convulsions à la face; ses lèvres tremblaient; tiraillement dans la figure, ce qui n'a duré qu'une minute. Sensation d'étouffements, bâillements fréquents, irrésistibles. Fatigue des membres, tiraillements dans les bras, pandiculations; elle se met souvent les bras derrière le dos en se tordant les mains. Avant-hier, ayant voulu reprendre son travail interrompu depuis un mois, elle n'a pu travailler que le matin; obligée de l'abandonner, ça l'étouffait; grande céphalalgie, tiraillements dans les membres, douleurs aux mâchoires. Ne veut plus travailler aux chinois.

OBS. IV. — Veuve Mandon, place du Champgil, 35 ans, ne travaille aux chinois que depuis le 20 septembre 1852. Au commencement elle a éprouvé quelques démangeaisons aux mains et aux avant-bras; apparition çà et là de quelques vésicules très-petites. Le 14 octobre, elle se plaint beaucoup de l'estomac : sensation de poids, de faiblesse, nausées, bâillements fréquents, défaillances, coliques et rots fréquents; douleur à la joue droite, bourdonnements dans les oreilles; figure souffrante et fatiguée; elle est obligée d'interrompre pendant quelques jours à la fin du mois, à raison de ses douleurs d'estomac. Le 13 novembre au matin, elle est obligée de nouveau de quitter l'ouvrage; grandes douleurs d'estomac avec tiraillements, sensation d'écorchure. Cette crise dure deux heures. Elle a roté et bâillé considérablement, a eu de la fièvre et sue presque toujours. Elle ne peut pas dormir; grande agitation nocturne; n'a pas de tiraillements dans les membres. Depuis six semaines elle souffre d'habitude à la joue droite. Cette ouvrière continue à travailler aux chinois, faute d'autre ouvrage; elle est toujours souffrante.

OBS. V. — Femme Andan, 52 ans, rue Sainte-Claire, n'a travaillé aux chinois qu'un seul hiver, il y a cinq ans. Pendant trois mois, ses mains et ses avant-bras enflaient, devenaient rouges et suintaient; elle ne pouvait pas plier les doigts; avait une telle démangeaison sur les doigts et la main, qu'elle ne pouvait pas dormir la nuit, et que ses enfants étaient obligés de se lever pour lui graisser les endroits souffrants, ce qui la soulageait; il lui venait des croûtes, surtout entre les doigts et à la partie interne de l'avant-bras par plaques. Pour se soulager dans ses démangeaisons, elle se tordait les mains et les bras. Le lobe de chaque oreille devint gros et rouge pendant huit jours. L'éruption dura tout l'hiver, et la malade ne fit que souffrir. L'année suivante elle voulut travailler de nouveau; au bout de huit jours la même éruption reparut. Elle consulta alors M. Hospital, et sur son conseil elle cessa entièrement ce genre d'ouvrage.

OBS. VI. — Domestique N., âgée de 42 ans, place de Jaude, a travaillé aux chinois depuis trois ans. La première année elle n'a travaillé que six semaines, le soir à la veillée, n'en a éprouvé que de la céphalalgie et des bourdonnements dans les oreilles. La deuxième année elle n'y a travaillé que trois veillées; les doigts enflèrent, devinrent rouges; éruption de vésicules semblables à celles de la brûlure; il en sortait de l'eau claire; il y avait en outre une démangeaison excessive. La démangeaison avait lieu surtout à la main gauche entre les deux derniers doigts, là où coulait surtout le jus des chinois; il n'y avait presque rien à la main droite qui tenait le couteau; insomnie et agitation nocturnes. Cet hiver elle n'y a travaillé que trois heures; elle a toujours beaucoup craint l'odeur des chinois; ne veut plus y travailler.

OBS. VII. — Femme Fournial, 52 ans, rue Saint-Dominique, 28, a travaillé aux chinois pendant huit ans. Avant d'y travailler elle était sujette à des érysipèles périodiques très-fréquents; mais dès qu'elle a commencé, toute la face s'est enflée démesurément, si bien que les yeux en étaient bouchés, ce qui a duré huit ans. Elle a fait pour cela beaucoup de remèdes : saignées, sangsues, purgatifs, etc. Depuis quatre ans qu'elle ne travaille plus aux chinois, sa figure a beaucoup diminué; cependant le nez est encore très-gros, et les deux joues sont boursouflées comme dans l'érysipèle chronique, ce qui la rend très-laide. Pendant qu'elle travaillait aux chinois, elle éprouvait une grande agitation, la nuit ne pouvait pas dormir, sautait dans son lit, ressentait une très-grande chaleur, si bien qu'elle se levait pour laver à l'eau froide ses bras et ses jambes. Loin de sentir le froid en hiver, elle ne pouvait pas supporter le feu; cette chaleur brûlante était son plus grand mal. Odontalgies fréquentes; elle a fait arracher presque toutes ses dents. Ses nerfs étaient tellement agités, qu'en travaillant elle faisait mal son ouvrage; elle éprouvait des sauts, des secousses, des tiraillements dans les membres. Souvent elle avait des tiraillements à la face, comme si elle

---

mède à sa surabondance de santé. Il était goutteux, graveleux et menacé d'apoplexie, quelque chose comme cela. Magnifique et nombreux était le cortége qui défilait sous Radicofani; car je vous ai dit que c'était le bon temps des abbés. Mais vous allez voir que c'était aussi le bon temps des brigands. Ghino di Tacco attaqua bravement la caravane et s'empara du gros abbé. — Où allez-vous, cher abbé? — Hélas! monseigneur le brigand, vous le voyez, je crève de survie, je suis trop gras, et j'allais me dégraisser aux eaux de Sienne. — Par la madone! cher abbé, c'est votre bonne étoile qui vous a conduit chez moi; on en sort toujours plus léger qu'en entrant. Je consens à entreprendre votre cure; autant laisser votre argent ici qu'à Sienne.

Ghino di Tacco mit le replet abbé au pain et au vin blanc, avec quelques minces accessoires vraiment anachorétiques. L'abbé dégraissa, urina clair et beaucoup, comme une abondante source des rochers, tant et si bien qu'il fut radicalement guéri par ce régime, dont la durée ne m'est pas exactement connue, lacune thérapeutique fort regrettable sans doute.

Quel honnête brigand! prendre la bourse et rendre la santé! ce n'est que le strict droit de la profession; c'est de la plus parfaite honorabilité médicale. Que de confrères, qui ne sont point réputés brigands, prennent gros argent et ne donnent pas un grain de santé en échange! Voilà les vrais brigands pourtant, non pas de grand chemin, mais de cabinet, c'est-à-dire avec complication de vol de confiance.

Nous ne restâmes qu'un jour à Sienne, belle et noble ville située sur une montagne, et dont les habitants prétendent, chose en tout flatteuse pour nous, descendre d'une émigration des Gaulois de Sens. Un seul jour! c'est trop peu pour visiter ses vénérables palais aux fenêtres géminées, si pleines de style et de caractère, avec leurs gros blocs rustiques et leurs murailles surmontées de somptueux entablements; c'est trop peu pour explorer ses nombreuses églises si riches en objets d'art, pour se perdre et rêver sous les voûtes étoilées de sa vaste et superbe cathédrale, toute construite en marbre blanc et noir disposé par assises successives. Dans la pièce appelée bibliothèque, à cause des nombreux et grands missels qu'on y conserve, pièce ornée de fresques peintes par le Pinturiccio sur les cartons de Raphaël, et où l'on admire le groupe grec des trois Grâces, qui semblent tirer sur leurs nus quelque parure de draperies pour paraître moins indécemment dans une église, dans cette pièce, nous avons avisé, en face de la sépulture du gouverneur Giulio Bianchi, le tombeau de l'anatomiste siennois Mascagni. Sur le sarcophage, une femme s'appuie tristement et déroule une inscription où sont gravées les principales découvertes de l'illustre défunt. Cet élégant tombeau, en marbre blanc, est dû au ciseau de M. Ricci. On sait que Mascagni est né en 1752 et mort en 1815, qu'il a enseigné l'anatomie à Sienne, à Pise, à Florence, et que l'Institut de France l'a admis au nombre de ses membres associés; qu'il compléta la riche collection des pièces anatomiques de Florence; que son œuvre capitale, posthume, est un grand ouvrage intitulé TRAITÉ D'ANATOMIE UNIVERSELLE, orné de superbes planches, qui parut à Pise, de 1823 à 1832.

Sienne et Pise ont été le berceau des arts en Italie; Florence et surtout Rome ne viennent qu'après. Au musée de Sienne, on peut se repaître des productions de ces vieux maîtres antérieurs au siècle de la renaissance, et voir combien il

avait eu des attaques (convulsions épileptiformes de la face). Elle avait souvent des bâillements irrésistibles durant un quart d'heure, si bien que les joues lui en faisaient mal. Cette femme a fini par ne plus vouloir travailler aux chinois.

Obs. VIII. — Marie Gane, 34 ans, rue Sainte-Rose, 14, n'a travaillé aux chinois que trois ans; n'en a souffert que la dernière année; les a quittés et ne veut plus en faire. Avant de travailler aux chinois, elle avait la migraine une fois par mois, mais depuis elle a été de beaucoup augmentée. Elle avait mal à la tête tous les jours, continuellement dans le front, avec envies de vomir; souffrait quelquefois tellement, qu'elle quittait l'ouvrage, s'enfermait dans sa chambre et ne pouvait supporter le moindre bruit. Grandes démangeaisons; elle se grattait beaucoup les bras; il survenait des boutons rouges aux deux avant-bras. L'an dernier, la main gauche sur laquelle tombait le jus des chinois plus particulièrement devint tellement grosse que Marie Gane y mit trois sangsues, des cataplasmes et prit des bains de guimauve. Elle en éprouvait des démangeaisons comme si elle y avait eu des engelures; il y avait quelques vésicules. Cette enflure dura huit jours; depuis elle n'a plus travaillé aux chinois. Elle avait en outre des suffocations, des nausées, des palpitations; elle était agitée pendant son sommeil, sautait dans son lit, n'avait pas de position fixe. Tiraillement dans les bras et surtout dans les doigts. Huit jours après avoir cessé son travail, elle n'a plus rien senti.

Obs. IX. — Femme Montarde, 48 ans, rue du Sauvage, a travaillé aux chinois, il y a six ans, pendant deux années consécutives. Céphalalgie générale, enivrante et quelquefois des nausées. Enflure des mains avec vive démangeaison; il venait aux mains et aux avant-bras des boutons comme des vésicules de vésicatoire, qui crevaient et laissaient échapper de l'eau. Démangeaison générale, surtout aux mains; ça lui faisait enfler la figure habituellement. Impossibilité de dormir la nuit à cause des démangeaisons; suffocations. Ce qui la fatiguait le plus, c'étaient les démangeaisons. Elle est obligée de cesser ce genre de travail.

Obs. X. — Marie Creuset, rue Villeneuve, 56 ans, travaille aux chinois depuis huit ans, n'a éprouvé de démangeaisons aux doigts que les deux premières années. Pendant les cinq premières années, agitation et insomnie nocturnes, tiraillements dans les membres, envie de se tordre les bras. Depuis trois ans, augmentation des accidents sous forme de névralgies cruelles à la face. Cette femme est venue me consulter ces jours-ci; elle ne travaille plus aux chinois depuis trois mois; est prise tous les soirs régulièrement de douleurs atroces à la face, qui l'obligent de sortir de son lit; douleurs à la mâchoire, aux oreilles, à la tempe. Quand la douleur est aux tempes, elle ne peut pas les toucher. Cette névralgie dure depuis deux ans; a toujours souffert plus ou moins; la névralgie a été longtemps à gauche, puis elle a passé au côté droit; à différentes époques elle a fait arracher trois dents qui n'étaient nullement gâtées; ce qui ne l'a point soulagée. Maintenant ses dents se gâtent; elle en a quatre à cinq de cariées. Ses gencives sont rouges et tuméfiées. J'ai administré inutilement plusieurs remèdes pour calmer la violence de la névralgie; la simple odeur des chinois lui renouvelle ses douleurs.

Obs. XI. — Femme Ramade, âgée de 40 ans, rue de la Tannerie, 7. J'ai soigné il y a sept à huit ans cette femme pour coliques nerveuses excessivement violentes; elle travaille aux chinois depuis huit ans environ; mais elle resta deux ou trois ans sans en faire. Constitution éminemment nerveuse, forte céphalalgie surtout à la tempe gauche, fatigue de la vue, ne peut guère travailler à la couture, parfois tremblement de tête très-apparent; bruit de moulin à l'oreille gauche qui est plus dure. La nuit elle ne peut pas dormir, est très-agitée, n'a pas de position. Bâillements, tiraillements dans les membres, tous les nerfs lui font mal. Beaucoup de suffocations par moment. Démangeaisons par tout le corps, surtout aux mains; elle se frottait les mains, de manière à se déchirer; il y venait des plaques rouges, grandes comme des pièces de vingt sous. Elle a eu parfois des maux de nerfs et même des attaques avec convulsions et tremblements; est devenue beaucoup plus nerveuse depuis qu'elle travaille aux chinois; ne pouvait pas y travailler plus de deux heures; car elle était prise d'une forte pleurodynie gauche.

Obs. XII. — Fils Ramade, rue de la Tannerie, 7, 15 ans; travaille aux chinois depuis un an à la mécanique. Dès qu'il commence à travailler, tête lourde, céphalalgie frontale. On dirait qu'on lui ouvre la tête; obligé quelquefois de quitter l'ouvrage pour aller prendre l'air. Bourdonnements fréquents dans les oreilles, bruit de moulin. Nausées coïncidant avec forte céphalalgie. Ne peut pas dormir tant qu'il travaille aux chinois, et même quelques jours après avoir cessé, agité qu'il est toute la nuit; saute dans son lit, rêvasse et se réveille en sursaut; tiraillements fréquents dans les membres; pandiculations.

Obs. XIII. — Femme Rabusson, 38 ans, rue Saint-Alyre, n'a travaillé que l'an passé pendant deux mois. Douleur dans la nuit au bras gauche qui était le siége d'une crampe qui l'obligeait à se frotter, quoiqu'elle n'eût pas de démangeaison; c'était comme si on lui avait tiré les nerfs. Céphalalgie générale avec nausées. A la fin elle s'y était accoutumée et ça ne lui faisait rien. Elle a repris les chinois depuis octobre dernier: la crampe du poignet gauche est revenue; bâillements fréquents, parfois céphalalgie enivrante.

Obs. XIV. — Femme Touche, âgée de 46 ans, rue Saint-Dominique, 20, a commencé à peler les chinois il y a dix ans, a cessé depuis deux ans, et ne veut plus y travailler parce qu'elle en a été trop malade. Elle n'a commencé à en être fatiguée qu'au bout cinq ans. D'abord démangeaison plus ou moins partielle; obligée la nuit de se gratter les mains qui pelaient comme s'il y avait eu des engelures. Les démangeaisons la réveillaient, et après s'être grattée, elle avait des tiraillements, s'étirait les membres, se tordait les bras, aurait enfoncé son lit. Agitation, impossibilité de dormir. Un mois après la cessation du travail, les démangeaisons duraient encore, mais moins fortes. Elle éprouvait des maux d'estomac et de la dyspepsie, était souvent obligée de quitter l'ouvrage.

Obs. XV.—Femme Docoin, revendeuse, rue Saint-Éloi, 42 ans, a cessé depuis trois ans de travailler aux chinois; y a travaillé pendant huit années consécutives. Céphalalgie frontale avec nausées. Agitation et insomnie nocturnes, était obligée de tenir les bras hors du lit; tiraillements; plaques rouges sur le dos des doigts et de la main avec de grandes démangeaisons. Elle a cessé de travailler aux chinois à cause du mal qu'elle en éprouvait.

Obs. XVI. — Femme Cariat, 46 ans, rue du Cbangil, travaille aux chinois depuis quinze ans. A eu parfois du mal de tête très-fort. Il y a un an, en février, eut une névralgie du côté droit de la face qui lui dura trente jours; c'était des douleurs affreuses dans l'oreille. De temps en temps elle éprouve quelques secousses, a toujours eu de la céphalalgie en travaillant aux chinois. Depuis sa névralgie, bourdonnements dans les oreilles; son mari prétend que, depuis qu'elle travaille aux chinois, elle est agitée la nuit et dort très-mal. Sent parfois les nerfs agacés en travaillant; il faut alors qu'elle sorte; quelquefois tiraillements, pandiculations.

Obs. XVII. — Femme Genilliat, 48 ans, rue de l'Ange, 31. N'a travaillé aux chinois que les deux dernières années, pendant cinq ou six jours seulement. Agitation et insomnie nocturnes; céphalalgie et oppression épigastrique; elle ne pouvait pas avoir sa respiration. Bâillements fréquents, irrésistibles. Elle était obligée de se délacer; n'a pas pu continuer et ne veut pas s'y remettre.

Obs. XVIII. — Femme Bois, 40 ans, rue Saint-André. A commencé à travailler à peler les chinois il y a seize ans; n'y travaille plus depuis trois ans, parce que cela lui faisait mal. Céphalalgie générale, fatigue de la vue, bourdonnements continuels dans les oreilles; parfois odontalgie; agitation nocturne. Éprouvait surtout de l'oppression, ne pouvait pas avoir sa respiration, avait des battements de cœur.

---

y avait de grandeur et surtout de sentiment exquis et naïf dans ces œuvres primitives.

La ville est toute remplie du souvenir de sainte Catherine de Sienne, l'une des plus grandes saintes de l'Église. Dans sa maison, on a trouvé moyen de bâtir trois chapelles, dont l'une est fort riche. On montre encore le pommeau de la canne sur laquelle elle s'appuyait quand elle allait visiter les malades, la lanterne de chagrin qui l'éclairait dans ces courses pieuses, et le flacon où elle portait des cordiaux destinés à ranimer leurs forces défaillantes. Sa chambre, voûtée, étroite et longue, est percée d'une fenêtre par laquelle la sainte fille du teinturier siennois faisait l'aumône aux pauvres. Catherine joua un rôle actif dans les événements politiques de son temps. Quoique ne sachant pas écrire, elle dicta à ses secrétaires des lettres d'une pureté et d'une correction qui donnent un démenti à cette remarque de Buffon, que les gens éloquents qui écrivent comme ils parlent, quoique parlant bien, écrivent mal. Mais quand on est dans les saints et dans les saintes, il s'agit bien de chercher à faire rentrer leurs actes dans les règles communes et dans le naturel!

A Sienne existent de nombreuses productions du Sodôme, admirable, gracieux, idéal artiste dont le talent n'est pas assez connu. Sa fresque des *Noces d'Alexandre et de Roxane*, à la Farnésine de Rome, peut être regardée encore, après les merveilles raphaélesques de l'étage inférieur; je ne saurais en faire un plus bel éloge. Le Sodôme, quel grand peintre et quel nom abominable! Il est vraiment presque comparable au peintre d'Urbain, dans sa *Sainte Famille* du palais public de Sienne, dans sa *Sainte Catherine* de l'église Saint-François, dans sa *Déposition* et son *Christ* à la colonne de Saint-Dominique. Ses hommes sont aussi frais, aussi jolis, aussi gracieux, aussi *femmes* que ses femmes; son Alexandre vaut certes sa Roxane. Ne serait-ce pas là une conséquence de ce vice qui, joint à beaucoup d'autres, le conduisit à l'hôpital où il finit obscurément des jours qui eussent pu être si honorés, si lumineux? Le Sodôme ne paraît-il pas le sexe masculin des grâces et des appas que son aberration des sens eût désiré y rencontrer toujours? Cette observation, que nous n'avons lue nulle part, revenait à un médecin, parce qu'elle touche aux questions des déviations du sentiment et de l'intelligence.

Comme les mœurs et le caractère d'un artiste influent sur toutes ses œuvres! L'austère et sombre Michel-Ange ne pouvait être un peintre léger et gracieux, et l'aimable Raphaël n'était point appelé à reproduire par le pinceau des scènes dantesques. Vous savez comme le Sodôme en a subi l'influence.

Nous partons ce soir pour Florence; à demain.

Félix Jacquot.

(*La fin prochainement.*)

— M. le docteur Desfray, chevalier de la Légion d'honneur, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Blois, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, membre du jury médical du département de Loir-et-Cher, membre du conseil de l'arrondissement de Blois, etc., vient de mourir.

Obs. XIX. — Femme Brunel, 49 ans, rue Neyron. A travaillé aux chinois depuis quinze ans. Céphalalgie avec élancements du côté droit; bourdonnements dans les oreilles, comme si elle entendait une roue. Affaiblissement de la vue, surtout de l'œil gauche qui pleurait beaucoup. Agitation la nuit, avec tiraillements, palpitations et insomnie. Quelques vésicules aux doigts seulement, avec démangeaisons. Ne travaille plus depuis deux ans. Consulta M. J. Pourcher pour sa tête et ses yeux; il lui conseilla de cesser les chinois.

Obs. XX. — Femme Cristal, 45 ans, rue Cimetière Saint-Adjutor. Travaille aux chinois depuis douze ans, n'en ressent quelque chose que depuis trois ans. Céphalalgie, affaiblissement de la vue. Depuis un an, par moments, douleur descendant de la tempe droite sur la mâchoire, durant avec rémission sept à huit jours. La douleur existe aux pommettes, et elle ne peut point les toucher. Sensation de brûlure, et l'œil pleure; quelquefois tiraillements dans les membres. En somme, ne s'est pas aperçue de grands accidents.

Obs. XXI. — Marie Gère, 32 ans, rue Saint-Dominique, 15. N'a pas voulu travailler les autres années aux chinois, à cause de leur odeur, qui lui fait toujours mal; n'y a travaillé que l'an passé. Forte céphalalgie frontale avec vertiges; troubles et affaiblissement de la vue; nausées; ne pouvait pas manger; bâillements fréquents, irrésistibles; tiraillements, pandiculations; pas d'insomnie.

Obs. XXII. — Veuve Vidal, 48 ans, travaille depuis six ans; n'a été fatiguée que la première année. Forte céphalalgie générale; cinq ou six fois par jour avait des nausées et même des vomissements de sang; la dernière fois en rendit un demi-verre. Les nausées l'obligeaient à se mettre au lit. Les années suivantes, ne s'est aperçue de rien.

Obs. XXIII. — Bernard, dite Polka, 44 ans, rue Saint-Alyre. A travaillé aux chinois, il y a quatre ans, pendant trois mois; n'a senti que des démangeaisons dans les mains et les bras, sans enflure ni éruptions; était agitée la nuit et sautait dans son lit.

Obs. XXIV. — Femme Lagarde, 54 ans, rue Saint-André. A travaillé il y a douze ans pendant trois ans consécutifs; n'a plus voulu en faire depuis neuf ans; éprouvait des douleurs aux poignets sous forme de crampe; il y avait même un peu d'enflure; au commencement avait un peu d'entêtement.

Obs. XXV. — Femme Bertelot, 32 ans, rue Terrasse, 7. N'a travaillé qu'un seul jour aux chinois. Céphalalgie frontale, nausées, vomissements; l'odeur l'a toujours fatiguée.

Obs. XXVI. — Femme Pabot, 30 ans, rue Tannerie, 1. N'a travaillé qu'une dizaine de jours en 1850 et 1851; n'en éprouvait autre chose qu'un peu de céphalalgie et de douleur dans les yeux, qui se dissipait après le travail.

Obs. XXVII. — Femme Malard, 35 ans. Travaille depuis cinq ans; ne s'est plaint que d'un peu de céphalalgie.

Obs. XXVIII. — Femme Beau, 28 ans, place Champgil. Travaille aux chinois depuis septembre dernier; parfois céphalalgie avec enivrement, et vertiges. Agitation et insomnie nocturne; tiraillements douloureux dans le bras gauche et la poitrine; bâillements fréquents, involontaires.

Obs. XXIX.—Femme Nanon Vidal. C'est la seule ouvrière que je n'aie point vue. D'après le rapport d'un grand nombre d'entre elles, cette femme, qui est morte il y a quelques années, avait entre les doigts des boutons qui rendaient de l'eau; ses mains devenaient rouges et enflées, ce qui l'empêchait de travailler.

Aux observations qui précèdent, je dois en ajouter une autre qui n'est pas moins intéressante; c'est une lettre d'un confiseur de Marseille, M. Garnier-Sibillat. Curieux de savoir si les ouvrières de Marseille éprouvaient les mêmes accidents que celles de Clermont, je lui avais demandé quelques renseignements à ce sujet par l'entremise de M. Frelut. Voici la réponse que j'en ai reçue et qui confirme sur un grand nombre de points ce que j'ai moi-même observé ici :

« Je vais vous prier de faire part à M. Imbert, médecin, des renseignements que je peux lui donner au sujet des chinois. Nos femmes qui les » pèlent ressentent souvent des maux de tête et des maux de nerfs. Cette » odeur si forte est très-mauvaise; et pour éviter d'être fatiguées, elles sont » obligées de les peler dehors, et aussitôt pelés, elles ne les laissent pas » auprès d'elles. Je remarque que les femmes qui nourrissent leurs enfants » ne peuvent pas en peler; l'enfant prend des convulsions, la dyssenterie; » enfin elles ne peuvent pas en faire jusqu'à ce que leur enfant soit sevré. » Pour ce qu'il dit des enflures aux mains, elles ont la précaution de se » mettre des petits linges au bout des doigts; mais malgré cela, il y en a » qui ont les mains enflées, surtout lorsqu'elles pèlent les premiers qui » sont toujours durs et d'une odeur plus forte. Il y a même des femmes » qui se trouvent nerveuses, qui ne peuvent pas en peler. Mais, comme je » vous le dis, pour éviter d'être malade, il faut les peler en plein air, et ne » pas trop en garder près de soi une fois pelés. Les chinois verts ont tou- » jours l'odeur plus forte que les blonds, ce qui fatigue davantage.

» Marseille, 30 septembre 1852.

» S. Garnier-Sibillat. »

Tels sont les faits que j'ai pu recueillir; je serais heureux de les voir contrôlés et vérifiés par les médecins des villes où l'on confit également les chinois.

En analysant toutes les observations que j'ai recueillies, je puis maintenant présenter un tableau général des symptômes qui se sont développés chez nos ouvrières sous l'influence de l'agent toxique des aurantiacées.

Les ouvrières éprouvent une céphalalgie générale, tantôt partielle, souvent oppressive et frontale; quelquefois c'est une espèce d'enivrement accompagné de vertiges; d'autres fois c'est une hémicranie bien caractérisée; elle s'est rencontrée plus fréquente du côté droit. La céphalalgie est souvent accompagnée de nausées et mêlée de vomissements.

Il existe aussi de véritables névralgies de la face, tantôt générales, tantôt bornées aux tempes, avec douleurs lancinantes ou rongeantes. Ces névralgies ont été également plus fréquentes à droite. Quelquefois ces douleurs de la face sont de véritables odontalgies persistantes, accompagnées d'usure et de carie des dents. La vue est parfois simplement affaiblie. Fréquemment il existe des bourdonnements dans les oreilles, des bruits de cloche ou de moulin, mais sans accompagnement de dysécie ou de surdité. J'ai constaté une fois l'enflure et la rougeur des lobes de l'oreille.

On rencontre dans quelques cas des tiraillements sur l'un des côtés de la face, espèce de convulsions épileptiformes passagères et se répétant fréquemment. Souvent il y a suffocation, oppression thoracique, étouffement douloureux à la partie supérieure du sternum; parfois sensation d'étranglement à la gorge et pleurodynie. J'ai constaté presque habituellement des bâillements fréquents et irrésistibles, et du côté de l'estomac, malaise fréquent, pyrosis, pesanteur, délabrement, parfois rots fréquents et soif.

Ordinairement le sommeil est très-agité; sommeil avec rêves, réveil en sursant, impossibilité de trouver une position, et chaleur brûlante. Les ouvrières se plaignent de santer dans leur lit et de ne pouvoir dormir.

Les membres sont fréquemment le siége de tiraillements, de pandiculations caractérisées par le besoin d'allonger les extrémités et de se tordre les mains. Tout le système musculaire est agacé; parfois il y a courbature générale et poids sur les épaules; crampes générales, plus souvent partielles; douleurs aux poignets sous forme *crampoïde*; excitation générale; mouvements brusques rapides; les ouvrières brûlent l'ouvrage et travaillent avec une vivacité qu'elles ne peuvent maîtriser. J'ai même rencontré un tremblement général, des convulsions unilatérales et épileptiformes. Les tiraillements et l'agitation musculaire existent aussi bien le jour que la nuit.

Il existe en outre des démangeaisons générales, plus souvent partielles et localisées aux extrémités supérieures, avec enflure et rougeur des mains, ainsi que des éruptions de plaques rouges sur diverses parties du corps, ou des éruptions vésiculeuses sur tout le bras, principalement aux mains et entre les doigts, et quelquefois une enflure érysipélateuse de la face.

De tous les symptômes, les plus fréquents ont été la céphalalgie et les douleurs névralgiques de la face, les bourdonnements d'oreille, les bâillements, la gastralgie, l'oppression thoracique, les tiraillements dans les membres, l'agitation nocturne, l'enflure et les éruptions de la peau.

Ce tableau général des symptômes est le résumé fidèle de vingt-neuf observations. J'ai déjà dit que, sur 41 individus, 12 n'avaient absolument rien ressenti, et cependant, dans cette catégorie, la moyenne des années de travail est plus considérable que dans l'autre : nous y trouvons 3 femmes ayant travaillé depuis quinze ans, 2 depuis douze ans, et 2 autres pendant neuf et quatre années consécutives; comme les autres, elles avaient l'habitude de travailler dans des chambres fermées. Il y a donc eu un quart environ des ouvrières qui se sont trouvées réfractaires à l'action de l'huile essentielle.

Quoique cette intoxication n'ait point développé des accidents graves, en ce sens qu'ils aient réellement mis la vie en danger, on peut toutefois juger de leur gravité par le grand nombre des ouvrières qui ont refusé de continuer ce genre d'ouvrage; car sur les vingt-neuf ouvrières qui ont ressenti l'action de l'huile volatile, treize l'ont cessé entièrement par suite des accidents qu'elles éprouvaient, ce qui fait près de la moitié. J'ai même entendu quelques-unes de celles qui continuaient de peler le chinois se plaindre d'être obligées de faire ce métier pour gagner leur pain de chaque jour.

Chez quatre ouvrières, nous avons noté des convulsions épileptiformes d'un des côtés de la face. Deux d'entre elles, après avoir travaillé aux chinois pendant leur grossesse, ont vu mourir leur enfant peu de temps après être accouchées, par suite de convulsions. On serait tenté d'en faire remonter la cause à l'action de l'huile essentielle; cette opinion me semble confirmée par la lettre déjà citée de M. Garnier-Sibillat, négociant à Marseille, qui nous assure que les femmes qui nourrissent ne peuvent pas peler les chinois; que leurs enfants prennent des convulsions et la dyssenterie.

Les accidents éprouvés par les ouvrières sont de deux ordres : d'une part, les accidents nerveux, multiples ; de l'autre, les accidents du côté de la peau ou éruptions. Les accidents nerveux ont été en général plus fréquents ; assez habituellement ils ont été accompagnés d'éruptions à la peau, mais presque toujours ils ont été les accidents dominants. Dans quelques cas, au contraire, les éruptions, enflures et démangeaisons ont seules existé, sans accompagnement de phénomènes nerveux multiples et notables.

Les accidents légers d'intoxication ont presque toujours cessé lorsque les ouvrières ont suspendu l'ouvrage ; plus graves, ils ont quelquefois persisté plusieurs mois après.

J'ai dit plus haut, en faisant l'histoire chimique de l'huile essentielle d'oranges amères, quelle analogie de composition elle avait avec le camphre. A cette analogie de composition, il faut ajouter l'analogie d'action, d'après quelques faits d'expérimentation physiologique et clinique sur ce dernier médicament.

A l'extérieur, d'après M. Trousseau, le camphre produit une sensation d'âcreté, de cuisson, puis une hypérémie locale, suivie d'irritation assez vive ; si le contact est longtemps prolongé, une inflammation avec ulcération en est la conséquence. Chez nos ouvrières, des accidents analogues du côté de la peau ont été presque constants, et Murray, en citant les expériences de Hunter sur l'écorce d'orange pilée et appliquée aux tempes, signale cette action : *Rubedinem in cute excitat.*

Dans les expériences tentées par le docteur Alexandre (d'Édimbourg) sur lui-même, nous voyons figurer, parmi les symptômes survenus après l'ingestion de 2 scrupules de camphre, des bâillements, des pandiculations, symptômes également éprouvés par nos ouvrières.

L'action sédative du camphre est incontestable ; il possède en outre des propriétés antispasmodiques très-prononcées. N'est-ce pas là un rapport de plus entre le camphre et le principe actif des aurantiacées qui constitue l'antispasmodique le plus usité sous la forme de feuilles et d'eau de fleurs d'orangers.

M. Trousseau n'a nulle confiance dans « cette fameuse société allemande » qui, sous le patronage de M. Joerg, veut refondre la matière médicale. » Il repousse ses conclusions sur les propriétés du camphre. Je conçois parfaitement cette réserve. Je ne suis point homœopathe ; toutefois j'ai été curieux, sur l'indication de M. Trousseau, de vérifier les travaux de l'école hahnemanienne sur le camphre en particulier. En consultant les pathogénésies de ce médicament, j'ai été étonné d'y trouver en grande partie les mêmes symptômes éprouvés par nos ouvrières, tels que les convulsions et crampes de différente nature, l'insomnie nocturne par surexcitation nerveuse, l'étourdissement sous forme d'ivresse, la douleur temporale, la céphalalgie avec élancements et chaleur nocturne, les odontalgies, les nausées avec vertiges, la pression et meurtrissure épigastrique, les douleurs crampoïdes, et jusqu'à la rougeur et enflure des lobes de l'oreille présentées par l'obs. V. J'ai encore noté que presque tous ces expériments ont été faits à nos doses ordinaires allopathiques, le camphre étant un de ces rares médicaments que l'école hahnemanienne ne condamne pas en général à la division infinitésimale. On peut donc jusqu'à un certain point prendre confiance en ces résultats ; je me permets de les signaler à l'appui de ma thèse.

Enfin j'ai constaté chez quelques-unes de nos femmes des cas d'odontalgie avec usure des dents. M. le professeur Bouchardat (ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, 1849) signale, d'après plusieurs médecins anglais, l'action nuisible que peut exercer le camphre sur les dents, employé habituellement en lotions et en poudre dentifrice, en altérant profondément l'émail et le rendant friable.

Je conclus donc de tous ces faits que le camphre a une assez grande analogie d'action avec l'huile essentielle d'oranges amères, avec laquelle, du reste, il a quelque analogie de composition chimique.

J'ai dit au commencement de ce mémoire que je n'avais trouvé aucun travail, aucune indication sur l'action physiologique de cette huile essentielle. Cependant, pour être vrai, je dois citer le passage suivant du DICTIONNAIRE DE MAT. MÉD. de Mérat et Delens (art. *Huiles essentielles*), qui répète mot pour mot l'article du GRAND DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES sur la même matière :

« Lorsque les doses sont portées trop loin, les huiles volatiles peuvent » déterminer la céphalalgie, l'ivresse même, agir comme de véritables irritants, enflammer les tissus ou déterminer des hémorrhagies graves. On » connaît, du reste, assez imparfaitement, jusqu'où peuvent aller les accidents qu'on les suppose capables de produire, et que des faits récents » montrent avoir été beaucoup exagérés, au moins pour quelques-unes » d'entre elles (voy. *Huile vol. de térébenthine*). — L'odeur vive et pénétrante qui caractérise un grand nombre d'huiles volatiles les a fait » quelquefois employer avec succès dans les cas de lipothymie. Il en est » pourtant qui, chez les personnes nerveuses surtout, disposées aux accès hystériques, peuvent déterminer un effet tout contraire. Le parfum » des fleurs d'oranger, si suave en plein air, est nuisible dans les appartements. »

On lit dans la PATHOLOGIE GÉNÉRALE de M. Chomel : « Les émanations » végétales sont quelquefois des causes déterminantes de maladies. Un air » chargé du principe odorant de la jacinthe, du lis, de l'*oranger*, du » narcisse, produit la céphalalgie, des nausées, des vertiges et quelquefois même des syncopes, surtout dans les appartements étroits et » chauds. »

C'est à ces indications vagues et générales que se réduit l'état actuel de la science sur l'action physiologique du principe volatil des aurantiacées. Il n'en est pas de même de son action thérapeutique ; ici les faits abondent et vont jeter un nouveau jour sur la question qui nous occupe.

L'eau de fleurs d'oranger a été employée comme antispasmodique dans la médecine depuis plusieurs siècles. Septalius avait imaginé une préparation d'écorce d'oranges amères en décoction concentrée dont il faisait grand cas dans la métrorrhagie. Cette préparation eut longtemps de la vogue, et fut recommandée en pareil cas par Werlhof et Hamilton. Frédéric Hoffmann administrait la poudre et la teinture vineuse de l'écorce dans les flatuosités de l'estomac, et Laurent Heister, dans les coliques et crampes de ce même viscère. Le médecin italien Nigrisoli, cité par Werlhof, donnait l'écorce dans les fièvres intermittentes, et prétendait qu'elle était aussi efficace que celle du kina. On a employé aussi les feuilles dans l'épilepsie.

Les feuilles d'oranger n'ont commencé à être employées que vers 1760. « Il y a douze ans, dit Tissot (DES NERFS ET DE LEURS MALADIES), qu'un » charlatan inconnu les porta à la Haye comme un secret qu'il vantait » dans tous les maux de nerfs et surtout dans l'épilepsie. M. Westerhof et » M. Velse, célèbres praticiens à la Haye, l'essayèrent et lui trouvèrent » assez d'efficacité pour en envoyer à M. Dehaen, qui l'essaya sur une fille » de 18 ans, tourmentée de convulsions affreuses, qui fut guérie parfaitement. M. Wenzel, célèbre oculiste, établi alors à Vienne, lui apprit que » ce secret n'était que des feuilles d'oranger, et M. Velse le lui confirma. » On en fit cueillir ; on en distribua dans tous les hôpitaux de Vienne ; il » opéra utilement. M. Locher, médecin de l'hôpital de Saint-Marc, fiscin » bla plusieurs épileptiques ; il essaya tous les remèdes vantés, il n'en trouva » point d'équivalent à la feuille d'oranger ; elle modéra la violence des » accès chez les uns ; elle les éloigna chez les autres ; elle en guérit absolument quelques-uns. M. Van Swieten, M. Stork l'ont aussi donnée avec » succès, et M. Hannes, médecin à Wesel, guérit par son secours un enfant » épileptique, dont la maladie avait résisté à tous les remèdes. J'ai employé » les feuilles d'oranger dans l'épilepsie, les convulsions et les vapeurs. J'ai » vu que dans l'épilepsie, elles faisaient quelquefois du bien ; je n'ai pas » vu qu'elles guérissent... Je les ai vues réussir quelquefois dans les simples » convulsions, et leur usage fait le plus grand bien à la femme la plus mobile que j'aie vue... Mais ce n'est point un spécifique dans l'épilepsie, et » M. Locher lui-même en convient. »

Desbois (de Rochefort) réduit sagement à leur juste valeur les propriétés antispasmodiques des feuilles d'oranger, lorsqu'il dit : « On les emploie comme calmantes et légèrement antispasmodiques, dans les légers mouvements hystériques et hypocondriaques, dans les vapeurs, les convulsions peu considérables, et autres légères affections nerveuses si communes dans les grandes villes. »

L'infusion de feuilles d'oranger est fort employée, et on en use comme remède domestique dans une multitude de cas, contre les douleurs d'estomac, les maux de tête, le malaise nerveux, etc... La poudre a été conseillée dans le tic douloureux. M. Trousseau l'a vue réussir dans la toux convulsive. Dalberg en avait cité déjà trois observations, ce qui fait dire à Murray : *Tentari ulterius meretur, quid hæc folia in tussi convulsivâ valeant.*

Enfin, M. le professeur Trousseau paraît limiter l'emploi des préparations aurantiacées à ces spasmes essentiels dont l'invasion est brusque, spasmes fugaces, mobiles, avortés et incomplets, à l'état de vapeurs. Il y a longtemps que Werlhof avait formulé en d'autres termes la même opinion ; car on lit encore dans Murray : « *Potiores vires in spasmis et convulsionibus hystericis compescendis possidere videntur ; non ulterius extendit pretium eorum Werlhofius, quin ad leviores tantum convulsiones hujus generis restringit.* »

Après avoir étudié l'action thérapeutique du principe volatil de la famille des orangers et avoir établi, avec toute la tradition et l'expérience clinique, que ses propriétés sont éminemment antispasmodiques, revenons un instant sur nos pas pour apprécier quelle est la nature des affections que nous lui avons vu développer chez nos ouvrières. A part les accidents qui ont existé du côté du derme, lorsqu'on veut en considérer les symptômes divers et dans leur ensemble et dans leurs groupes particuliers, n'est-ce pas à la grande classe des névroses, des affections dites nerveuses ou spasmo-

diques qu'ils appartiennent tous? La marche même des affections diverses, développées par l'agent toxique, la fugacité, l'irrégularité des symptômes, n'est-ce point là encore une preuve de leur nature éminemment nerveuse? N'avons-nous pas reconnu parmi eux le bâillement, la pandiculation et l'oppression hystériques? N'y retrouvons-nous pas la migraine nerveuse (obs. 8), la gastralgie flatulente (obs. 4), les convulsions épileptiformes (obs. 1, 2, 3, 7), l'agacement nerveux, et cette agitation si singulière dans le sommeil, qu'on ne peut s'empêcher de dire, comme le vulgaire : *C'est nerveux !*

Voilà donc un agent qui produit dans l'organisme à l'état sain des affections spasmodiques, et qui, d'un autre côté, guérit des maladies analogues ou semblables. On est étonné tout d'abord de cette singulière coïncidence ; mais ces rapports plus ou moins éloignés entre la maladie produite et la maladie semblable guérie par le même agent, n'ont pas échappé à l'attention des médecins de toutes les époques. Ils ont même servi de base à des systèmes ou doctrines médicales ; ils ont été généralisés sous le nom de loi. Cette loi, qu'on a appelée loi de similitude, de substitution ou loi homœopathique, cette loi qui serait mieux nommée *loi analogique*, paraît exister pour un assez grand nombre de médicaments. Cette loi n'est, après tout, que l'expression de faits bien connus. « Car, comme le dit très-bien M. Trousseau, la doctrine homœopathique, en tant que doctrine, ne mérite certainement pas le ridicule que les applications thérapeutiques des homœopathes lui ont valu. Lorsque Hahneman émit ce principe thérapeutique: *similia similibus curantur*, il prouva son dire en l'appuyant sur des faits empruntés à la pratique des médecins les plus éclairés. » Ce principe, du reste, c'est Hippocrate qui l'a formulé ; Hahneman, en le généralisant, n'a fait que le *renouveler des Grecs*. Il appartient donc tout entier à la tradition médicale. Est-il aussi général et illimité qu'a bien voulu le prétendre le réformateur allemand ? Dans l'état actuel de la science, cette thèse ne me paraît pas suffisamment prouvée, quelque nombreux que soient les faits qui militent en sa faveur. Je n'ai point, du reste, à discuter cette question : le hasard m'a mis à même de vérifier la loi de similitude sur un des médicaments les plus employés de notre matière médicale ; je crois l'avoir suffisamment démontré. Ennemi de tout système exclusif, sincère partisan de l'éclectisme médical, n'ayant foi que dans la médecine expérimentale, je cherche la vérité dans les faits et non dans les idées préconçues, à travers ce que chaque jour démolit et reconstruit tour à tour.

En résumé, je crois pouvoir tirer de mon mémoire les conclusions suivantes :

1° L'huile essentielle d'oranges amères développe dans l'organisme à l'état physiologique des affections *sui generis*, des accidents spéciaux.

2° Ces accidents sont de deux ordres : d'un côté, des accidents locaux caractérisés par des éruptions de diverses natures ; de l'autre, des phénomènes nerveux, tels que céphalalgies, névralgies faciales, bourdonnements d'oreille, oppression thoracique, gastralgie, pandiculations, agitation et insomnie nocturnes, et même convulsions épileptiformes.

3° L'action du principe volatil des aurantiacées a beaucoup de rapports avec celle du camphre.

4° Cette huile essentielle paraît être soumise à la loi dite de substitution ou de similitude.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'ALBUMINURIE ÉPHÉMÈRE; communiquées par M. le docteur ABEILLE.

Monsieur,

Je viens de lire avec un vif intérêt, dans le numéro du 16 juillet de la GAZETTE MÉDICALE, p. 457, l'extrait analytique du mémoire du docteur Begbie sur l'albuminurie éphémère, et plus particulièrement sur celle qui se montre dans certaines affections fébriles, mémoire qui a été, en 1852, le sujet d'une discussion importante au sein de la Société médico-chirorgicale d'Édimbourg.

Me permettrez-vous quelques réflexions sur ce travail si intéressant? On ne peut nier que M. Begbie n'ait ajouté à ce genre d'albuminurie, déjà bien connu, quelques notions plus précises telles que la présence de débris d'épithélium constatés par le microscope dans l'albuminurie par desquamation pour la scarlatine, et le rapport fixé entre la quantité d'épithélium ainsi éliminé et la durée, ainsi que l'étendue de la desquammation des couches épidermiques de la peau.

Ce rapport n'est cependant pas tout à fait aussi fixe et aussi constant que paraît le croire cet auteur ; car, dans la scarlatine avortée par suite de refroidissement, cas dans lequel on trouve l'albuminurie la plus abondante dans l'espèce, et où on rencontre beaucoup d'épithélium au champ du microscope, il n'y a que peu ou pas de desquamation de la peau. — Mais peu importe cette légère contradiction.—Ce qui importe beaucoup plus, c'est de relever le reproche que le médecin anglais adresse à tort à la génération médicale actuelle, quand il dit qu'il n'y a pas de symptôme dont la valeur soit plus mal interprétée que la présence de l'albumine dans les urines, et que cela tient à la connaissance imparfaite des causes et des conditions dans lesquelles on observe ces urines coagulables, on bien encore à de fausses inductions tirées du fait de la coagulabilité.

M. Begbie aurait dû savoir que cette question, toute palpitante d'intérêt, est à l'étude en France comme de l'autre côté de la Manche, et qu'on a déjà opéré chez nous plus d'un déblayement à son sujet. Et d'abord, il s'en faut que l'auteur anglais ait constaté le premier l'albuminurie dans les cas d'érysipèle grave ; il s'en faut bien plus encore que la dénomination d'albuminurie critique, appliquée à celle que l'on rencontre dans certaines pneumonies et certaines fièvres typhoïdes, lui soit propre,

Il y a tantôt quatre ans que j'ai signalé tout cela à l'attention des cliniciens.

Voici ce que j'écrivais en 1850, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, n° 7, pages 27 et 28 : « Pour notre compte, depuis un an que nous analysons soigneusement et tous les jours les urines des malades confiés à nos soins dans les hôpitaux, nous déclarons dès à présent avoir rencontré 65 cas d'albuminurie (non compris l'albuminurie que nous avons vue 17 fois sur 20 chez les cholériques).

» Il convient d'établir tout d'abord une distinction rigoureuse dans ce nombre, en apparence si considérable.

» Il est une albuminurie peu intense, peu durable, passagère, qui semble tenir à un effort critique de la nature dans certaines affections : telle est celle observée par MM. Andral, Becquerel, Grisolle, etc., dans la pneumonie. — Nous l'avons observée nous-même 27 fois sur 75 cas de pareille phlegmasie, et, nous le disons sans crainte d'être démenti, *presque toujours dans le commencement de la décroissance de l'affection ou peu de temps avant.* »

Or que dit M. Begbie à ce sujet? Dans la pneumonie, dit-il, l'urine, de claire et de transparente ou de pâle qu'elle était, devient tout à coup foncée en couleur et bourbeuse, chargée d'urates amorphes qui se déposent bientôt par leur densité considérable. L'urine ainsi rendue, débarrassée par une première application de la chaleur de l'urate d'ammoniaque, donne ensuite par la chaleur et par l'acide nitrique la réaction caractéristique de l'albumine. M. Begbie a constaté ce fait un grand nombre de fois. Sous le nom de période critique de la pneumonie, il désigne l'époque à laquelle la résolution commence. L'albuminurie coïncidait, dans ces cas, avec le râle crépitant du retour ou le commencement de la résolution; elle durait un temps variable qui n'était pas moindre de cinq à six jours.

M. Begbie a-t-il fait en cela autre chose qui confirme ce que j'ai écrit en 1850?

Je poursuis la citation de mon travail : « Après la pneumonie, nous avons encore observé l'albuminurie de même nature (passagère): 1° dans quatre cas d'érysipèle très-étendu de la face et du cuir chevelu; 2° dans trois cas de péritonite aiguë; 3° dans cinq cas de bronchite capillaire; 4° trois fois dans des fièvres d'accès, après un accès très-intense et très-long, presque pernicieux; 5° dans un tic douloureux consécutif à une affection cérébrale que, d'après le commémoratif, nous avons vu être une cérébrite; 6° deux fois dans des péricardites intenses; 7° une fois dans une hydropéricarde, avec anasarque consécutive (l'albuminurie dura cinq jours, temps que mit l'anasarque à s'épuiser); 8° deux fois dans des pleurésies aiguës avec épanchement; 9° deux fois dans la méningite cérébro-spinale; 10° deux fois dans la pourriture d'hôpital frappant des vésicatoires. Ici l'albuminurie a duré jusqu'à la mort, se prolongeant neuf jours dans un cas et vingt-sept dans l'autre. Les reins étaient amincis, sans altération de structure.

» Enfin, ce genre d'albuminurie s'est montré dans cinq cas de fièvre typhoïde, au moment où existait à son summum la pneumonie hypostatique, si fréquente dans cette maladie. De ces cinq cas, quatre se sont terminés par la mort, et l'albuminurie a persisté jusqu'au décès. Les reins étaient plus ou moins congestionnés, une fois ramollis; jamais ils n'étaient le siége de granulations, même après avoir été soumis à l'ébullition, etc.»

Le professeur Begbie a trouvé de l'albuminurie dans un grand nombre de cas graves d'érysipèle : il n'a fait que confirmer encore sur ce point nos observations cliniques. Il y a pourtant cette différence entre lui et nous que, tandis qu'il ne la rencontre que dans la période de convalescence, nous l'avons constatée plusieurs fois dans la période d'évolution de la maladie.

Enfin, M. Begbie dit que, dans le typhus, l'albuminurie s'observe presque exclusivement dans les cas où les dépôts typhiques se forment dans les organes internes : dans ces cas, l'albumine se montre dans l'urine à une

période avancée de la maladie, ou tout au moins dans une période caractérisée.

N'avons-nous pas précisé tout cela avant lui, quand nous avons dit avoir rencontré l'albuminurie dans cinq cas de typhus au moment où existe la pneumonie hypostatique, qui n'est autre chose que ce qu'il appelle un dépôt typhique sur les organes internes?

D'après ce simple exposé, on peut se convaincre que le symptôme albuminurie et les circonstances dans lesquelles il apparaît sont beaucoup mieux connus que ne le suppose l'auteur anglais dans son mémoire.

Depuis près de quatre ans que j'ai consigné le résultat de mes recherches sur ce point, j'ai continué à m'occuper sans relâche de cette question. J'ai rencontré d'autres cas pathologiques nombreux où l'albuminurie se montre avec plus ou moins de persistance; ce n'est point le moment de les consigner ici avec détail, mais je crois pouvoir prédire que, d'ici à peu, le problème de l'albuminurie sera complétement résolu.

Les cas d'albuminurie par maladie de Bright resteront relativement bien rares, puisque, sur mes soixante-cinq observations de 1850, il n'y en avait que cinq appartenant à cette catégorie, et que, d'après mes nouvelles observations, la proportion ne devient pas plus forte.

Ce que j'ai voulu, dans cette lettre, c'est bien mieux de réclamer une priorité en faveur de la médecine française pour les points signalés par le professeur Beghie, que de constater la parfaite similitude des résultats obtenus par ce savant avec ceux que j'ai annoncés il y a tantôt quatre ans. Les faits ainsi vérifiés deviennent définitivement des faits fondamentaux pour la science.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Les numéros d'octobre 1852, janvier et avril 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Essai sur la fièvre jaune qui a régné à Charleston, comprenant son origine et ses progrès jusqu'à ce jour*; par M. Simons. 2° *Considérations sur la topographie médicale et les maladies de la vallée de Sacramento en 1849 et 1850*; par M. Stillman. 3° *Sur le climat et les maladies de la Californie*; par M. J. Blake. 4° *Sur le dengue ou fièvre brisant les os* (breakbone) *qui a régné à Savannah, dans l'été et l'automne de 1850*; par M. Arnold. 5° *Description de la ville de Bahia; ses relations médico-topographiques; sa salubrité, et les causes de cette salubrité*; par M. Dundas. 6° *Considérations sur la génération de l'acide urique, et sur les formes de cristaux qu'il affecte*; par M. Weir Mitchell. 7° *Analyse des eaux thermales de Bath*; par MM. George Merck et Robert Galloway. 8° *Du staphylôme de la cornée, étudié selon l'état actuel de nos connaissances*; par MM. Roser et Wharton Jones. 9° *Nouvelles recherches sur la structure spirale du muscle*; par M. Barry. 10° *Remarques sur la mortalité dans la marine britannique*; par M. Th. Stratton. 11° *Sur la doctrine de l'affinité vitale*; par M. Alison. 12° *De la falsification des médicaments aux États-Unis*; par M. Willard. 13° *Sur les maladies de l'isthme de Panama*; par M. Lidell. 14° *Des pernicieux effets qui s'observent dans les manufactures d'alumettes chimiques*; par M. Harrison. 15° *Sur un développement particulier de tissu épithélial dans les canalicules urinaires*; par M. Mazonn. 16° *Remarques sur les maladies de North-Victoria*; par M. Black. 17° *Observations sur la météorologie du Canada*; par M. Winder. 18° *Sur un inostéatôme, tumeur graisseuse trouvée dans l'utérus*; par M. Busch. 19° *Observations météorologiques sur la ville de Charlotte, île du prince Edwards, en 1850 et 1851*; par M. Thomas Stratton. 20° *Sur la dernière maladie de feu Daniel Webster*; par M. Jeffries. 21° *Découverte que les veines des ailes de la chauve-souris (qui sont pourvues de valvules) sont douées d'une contractilité rhythmique, et que le cours du sang en avant y est accéléré par cette contraction*; par M. Wharton Jones. 22° *De la coloratim et du luisant des thés du commerce*, par M. R. Warrington.

DU STAPHYLÔME DE LA CORNÉE ÉTUDIÉ SELON L'ÉTAT ACTUEL DE NOS CONNAISSANCES; par M. ROSER.

Nous extrayons seulement de cette monographie très-étendue les points qui nous paraissent présenter, soit par le sujet, soit par la manière dont ils ont été envisagés, un certain degré d'intérêt pour nos lecteurs.

La différence qui existe entre le staphylôme sphérique et le conique, c'est que, dans le premier, la cornée est entièrement détruite. Dans le second, au contraire, une perforation du centre de la cornée a produit l'entière adhérence du bord pupillaire, combinée avec l'occlusion de la pupille et la synéchie antérieure. On comprend aisément comment, dans cette circonstance, la partie centrale de la cornée apportant moins de résistance à la pression qu'exerce sur elle le fluide de la chambre postérieure, devient peu à peu saillante en avant et affecte la forme conique. C'est donc, en général, le staphylôme partiel qui prend l'apparence conique, celui qui est total restant sphérique. Cependant quelquefois un staphylôme complet devient conique, mais cela tient à ce que la sclérotique elle-même a pris part à sa formation et que, se laissant moins aisément distendre que la pseudo-cornée, elle ne se soulève que moins uniformément, et en forme de cône.

Il y a, dans l'histoire du staphylôme, une partie très-importante à étudier, celle que l'auteur désigne sous le nom de pseudo-cornée. Elle comprend deux parties constituantes ou éléments : l'iris et les tissus de nouvelle formation qui le recouvrent. L'iris, dans un staphylôme complet et définitif, n'a plus ni fonctions, ni existence; il devient atrophié. Son pigment noir contribue cependant quelquefois, plus ou moins selon les cas, à colorer la tumeur staphylomateuse; mais ses fibres et ses vaisseaux s'étalent et se disséminent; on les trouve parfois comme seuls vestiges de l'iris à la surface postérieure de la pseudo-cornée. En résumé, l'iris ne constitue jamais qu'une petite et insignifiante partie de la pseudo-cornée.

Le tissu de cicatrice de la pseudo-cornée contient, exactement comme les cicatrices de la peau et des muqueuses, du tissu cellulaire et de l'épithélium.

Le degré d'épaisseur de la pseudo-cornée est très-variable, selon les cas. Sur 17 malades, Frerichs l'a trouvée cinq fois égale à ce qu'elle est dans l'état normal de cette membrane, huit fois plus considérable, et quatre fois moins considérable. Quand cette épaisseur n'est pas identique dans toute l'étendue de la membrane, elle est ordinairement plus grande vers les bords qu'au centre. Il est, du reste, évident que l'ancienneté de la tumeur staphylomateuse, son étendue, son mode d'origine, ses rapports avec la capsule du cristallin, et d'autres conditions doivent influer sur l'épaisseur de la pseudo-cornée, qu'il est, par conséquent, impossible d'évaluer d'une manière absolue.

Quand on a excisé le staphylôme, on trouve souvent, dans le centre de la pseudo-cornée, un petit tubercule blanc. D'Ammon pense que ce tubercule provient d'une exsudation qui couvrait et oblitérait la pupille.

La multiplicité des couleurs que le staphylôme présente est très-grande. Ces couleurs, toutefois, semblent appartenir moins à la structure même du staphylôme qu'aux parties qui sont vues à travers sa substance à demi-transparente. Au commencement de la maladie, la teinte foncée prédomine, à cause de la transparence du fond de l'œil. A mesure que la pseudo-membrane s'épaissit, elle prend successivement la coloration bleuâtre, puis grisâtre, puis enfin blanc grisâtre. Si le système vasculaire est très-développé, on observe la couleur rougeâtre ou parfaitement rouge. Y a-t-il exsudation de pus ou de lymphe plastique, le staphylôme devient jaune. On voit une nuance citrine dispersée çà et là par places isolées, dans les cas de staphylôme partiel ancien. La coloration a alors manifestement son siége dans le tissu de l'iris. Enfin, quand le staphylôme est en pleine voie de réparation, il devient semblable au leucoma, constitue une transition à cet état pathologique, et, comme tel, prend une couleur blanche.

REMARQUES SUR LA MORTALITÉ DES OFFICIERS DE SANTÉ DE LA MARINE BRITANNIQUE; par THOMAS STRATTON.

Les relevés que publie aujourd'hui le docteur Stratton font suite à ceux qu'il a donnés en 1844, dans le JOURNAL MÉDICAL D'ÉDIMBOURG, sur la mortalité des médecins de la flotte, de 1817 à 1841. Ils comprennent une série de dix années, de 1841 à 1852, portant sur un personnel de 993 individus en moyenne, et fournissent une mortalité annuelle de 2,8 p. 100 au minimum et de 4,5 p. 100 au maximum. Dans les vingt-cinq années antérieures, la mortalité avait varié de 2,4 p. 100 à 4,3 p. 100, ce qui fait 1 décès sur 37 officiers de santé et 34 décès sur 1,000. Or la moyenne annuelle de la mortalité en Angleterre est pour le sexe masculin, d'après Farr, de 1 sur 46, et d'après Edmonds, de 22 sur 1,000; il paraît donc que la mortalité, parmi les officiers de santé de la flotte, est environ de moitié supérieure à celle de la population totale; comparée à la portion correspondante de la population prise au-dessus de 21 ans, elle serait probablement double.

DE LA DOCTRINE DE L'AFFINITÉ VITALE; par WILLIAM PULTENEY ALISON, professeur de clinique à l'Université d'Édimbourg.

Le professeur Alison pense qu'il se passe dans tous les corps vivants des phénomènes chimiques et mécaniques qui, dans l'état actuel des connaissances physiologiques, doivent être désignés sous le nom de *phénomènes*

vitaux, et doivent être rapportés à des lois différentes de celles qui régissent les modifications chimiques de la matière inerte. Il remarque que l'eau, l'acide carbonique et l'ammoniaque, qui forment les principales parties constituantes des ingesta des végétaux, s'y unissent de manière à former des composés qui diffèrent totalement de ceux que les mêmes éléments pourraient former en toute autre position; il rappelle que la décomposition de l'acide carbonique de l'atmosphère pour fixer le carbone, ce substratum de tous les organismes végétaux, et éliminer l'oxygène, a besoin, pour s'effectuer, d'une force plus considérable que celle de la plus puissante pile galvanique. Passant ensuite à l'étude des composés formés dans les organismes vivants, il fait voir qu'ils possèdent des affinités chimiques spéciales, une composition très-complexe, des formes définies variant suivant les parties vivantes avec lesquelles ils sont en contact, leur durée éphémère, etc., etc. Ces phénomènes, dit-il, sont aussi particuliers aux corps vivants, et caractérisent autant l'état de vie que la contraction des muscles produite par l'irritation de leurs fibres; les phénomènes vitaux sont si spéciaux et si importants qu'on doit les ranger ensemble dans une science à part, et ne point en renvoyer l'étude aux chimistes.

OBSERVATION SUR LE CLIMAT DU CANADA; par WILLIAM WINDER.

Toutes les données qui se rapportent à la climatologie des deux Amériques ayant acquis aujourd'hui une grande importance, à cause de l'émigration européenne, nous transcrivons ici les faits suivants, en renvoyant, pour l'étude plus complète et plus médicale, aux REMARQUES SUR LA MÉTÉOROLOGIE DU CANADA, publiées par le docteur Stratton dans le JOURNAL MÉDICAL D'ÉDIMBOURG, janvier et juillet 1847 et janvier 1848. Des causes différentes contribuent à rendre le climat de l'Amérique différent de celui de l'ancien hémisphère. L'Amérique s'étend, comme on le sait, beaucoup plus près du pôle que l'Europe ou l'Asie; ces deux continents ont au nord de grandes mers qui, alors même qu'elles sont couvertes de glaces, ont une température moindre que les terres qui s'étendent du Saint-Laurent au pôle. Les vents, en passant sur ces régions où se trouvent des montagnes couvertes de glace et de neige, se refroidissent beaucoup et font sentir leur influence dans toute l'Amérique septentrionale. On évalue à 12 ou 14° le refroidissement dû à cette cause, et, dans le fait, aux mêmes latitudes, les hivers sont plus froids et les étés plus chauds qu'en Europe. La baie d'Hudson, située sous la même latitude que la Baltique, est encombrée de glaces même en été. A New-York, latitude de Madrid et de Naples, l'hiver dure en moyenne cent quarante-six jours, et la Delaware est gelée pendant quatre à cinq semaines. Cette ville a l'été de Rome et l'hiver de Copenhague; Québec a l'été de Paris et l'hiver de Saint-Pétersbourg. Ainsi, dans cette partie du Nouveau-Monde, le climat ne dépend pas tant de la température que des vents, de la présence des lacs, de l'étendue des terres polaires et des courants marins.

D'après les calculs approximatifs de M. Arago, la température moyenne de l'Europe serait de 56,6° Fah., celle de l'Angleterre de 50°. Au nord des États-Unis, la température moyenne monte à près de 46° et au sud à 68° Fah.; celle des deux Canadas serait de 45,77°. Ces données purement météorologiques ne suffisent point; pour avoir une idée exacte de ce climat, il faut savoir que, même dans le haut Canada, tous les fruits et toutes les productions végétales de l'Angleterre acquièrent un degré remarquable de prospérité, et que, dans le bas Canada, dont une grande partie est encore couverte de forêts, on retrouve la plupart des arbres fruitiers de la France. Il y a loin de ces faits à l'assertion hasardée de Voltaire, que le Canada était un rocher stérile, toujours couvert de neige et de glace.

SUR UN INOSTÉATOME, TUMEUR GRAISSEUSE TROUVÉE DANS L'UTÉRUS; par M. BUSCH.

Quoiqu'il ne s'agisse ici que d'une description d'anatomie pathologique, nous n'avons pas cru devoir restreindre davantage la mention que nous avons accordée à ce singulier état, à cause de l'importance que les recherches dirigées dans un pareil sens ont dès à présent sous le rapport du diagnostic, et doivent à coup sûr acquérir tôt ou tard au point de vue de la thérapeutique.

OBS. — Une femme de 50 ans, qui depuis huit ans était affectée de leucorrhée opiniâtre, avait, il y a onze mois, rendu par le vagin, sans demander les soins d'aucun médecin, une tumeur du volume du poing. Depuis lors il lui sortait périodiquement du col utérin un liquide séro-muqueux, d'odeur très-fétide, et par intervalles de petites masses de graisse.

En l'examinant, on constata que le fond de la matrice, un peu tuméfié, reposait sur la symphyse du pubis. Les lèvres du col étaient légèrement entr'ouvertes. La cavité du corps était tellement distendue que cet organe remplissait la plus grande partie du bassin. Du reste, il était exempt de douleurs. Avec le doigt ainsi qu'avec la *sonde utérine*, on pouvait séparer les parois utérines du corps qu'elles contenaient. Ces parois elles-mêmes paraissaient être dans l'état normal. Cette circonstance fit présumer que la tumeur intérieure n'avait pas le caractère cancéreux, et que la fétidité du liquide qui s'écoulait provenait de la mortification de quelque partie de cette tumeur.

L'auteur ayant examiné trois des fragments détachés de l'utérus, les trouva variant du volume d'un gros pois à celui d'une fève. Leur forme était arrondie, leur surface parsemée de dépressions semblables à celles qu'aurait produites la pression sur eux d'autres corps semblables. On pouvait les frotter entre les doigts sans les écraser. Mis dans un vase d'eau, ils en gagnaient immédiatement le fond. Une section faite en travers de l'un d'eux avec un bistouri bien tranchant, laissait voir une surface parfaitement homogène, où l'œil ne découvrait aucune trace perceptible de structure fibreuse.

Dans l'une des portions détachées du reste de la masse, on aperçoit une conformation intéressante. Comme dans le carcinôme réticulaire, des lignes réticulées étaient disséminées sur un fond grisâtre, et ailleurs traversaient la tumeur comme des tractus jaunâtres, cylindriques, plus épais. Les unes étaient parallèles entre elles; d'autres se croisaient à angle droit; quelques-unes, sans se couper, passaient au-dessus ou au-dessous l'une de l'autre.

En plaçant sous le microscope une portion de la masse grise, on reconnaissait qu'elle était opaque; mais une pression modérée faisait découvrir sa structure. Elle est composée, pour la plus grande partie, de masses de fibres de largeurs variables (cette dimension, pour quelques-unes, étant double de celle des autres). Elles sont cylindriques, mais n'ont pas de contours bien définis. Quelques-unes paraissent légèrement ondulées. Leur trajet est très-irrégulier: tantôt droites, tantôt infléchies d'un côté ou de l'autre, affectant simultanément plusieurs directions, elles semblent être comme perforées. Les réseaux qui sont ainsi formés dans l'intervalle des fibres ne sont point uniformes, et sont limités par des faisceaux de fibres irrégulièrement dirigés.

Il est encore une autre espèce de corpuscules, et qui ne constituent pas la plus petite partie de la masse pathologique: ce sont des globules de forme mal déterminée, pour la plupart deux fois aussi volumineux que les globules sanguins, et qu'à la manière dont ils réfractent la lumière, on reconnaît pour des globules de graisse (présomption qui fut ensuite confirmée en les traitant par l'éther.) D'autres éléments, plus abondants que ceux-ci, consistent en un détritus granuleux complétement amorphe, sur la structure duquel il est impossible de donner de détails plus précis.

Voulant détruire l'opacité de cette substance, l'auteur la soumit à une forte pression; mais par là son apparence fut entièrement changée. A la place des faisceaux de fibres tortueuses, apparurent de courtes aspérités semblables à des aiguilles et paraissant se ramifier.

Pour mieux déterminer la nature de ces corps énigmatiques, il tâcha d'enlever la substance qui les entourait, et les traita par l'éther. Les globules graisseux disparurent; mais en même temps les fibres devinrent pâles, et peu à peu finirent par ne plus pouvoir être distinguées. Les aiguilles s'effacèrent les premières; puis ce fut au tour des fibres isolées. Les épais faisceaux résistèrent plus longtemps à l'effet du réactif. L'éther et l'alcool chaud les dissolvant, tandis que l'eau n'avait sur eux aucune prise, il fut évident qu'ils étaient formés d'une matière adipeuse. Après l'évaporation de l'éther, on reconnut par le microscope dans le résidu tous les caractères qu'offre la graisse soumise à cet agent.

On fit bouillir dans de l'eau une portion de cette tumeur; mais les fibres n'en subirent aucune altération. La potasse ne lui imprima pas non plus de modification: double signe qui la distingue de la stéarine, de la margarine, de l'oléine et de la butyrine. Les acides acétique et chlorhydrique concentrés la laissèrent intacte; mais traitée par l'acide sulfurique, elle passa par le jaune, le brun, le rouge, le violet, et finit par prendre une teinte verdâtre foncée, transformations successives qui s'opérèrent très-rapidement. Les fibres devinrent plus pâles, et leur contour, moins régulièrement formé qu'auparavant, était çà et là entièrement interrompu.

On ne trouve, parmi les diverses espèces de corps gras connus, aucune variété qui présente exactement les réactions de celle-ci: elle se rapprocherait de la cholestérine par son insolubilité dans l'eau bouillante; mais elle s'en éloigne par sa figure, et plus encore par cette circonstance que sa solution ne laisse pas déposer de cristaux, mais une substance amorphe. Le nom d'*inostéarine* est proposé pour elle par l'auteur.

John Muller et Wirchow sont les seuls qui aient rencontré une composition à peu près analogue à celle-ci: le premier dans une tumeur; le second dans des matières putréfiées au sein de l'organisme, telles qu'une carie de l'oreille interne ou une exsudation dans le parenchyme pulmonaire.

DES CONTRACTIONS RHYTHMIQUES DES VEINES POURVUES DE VALVULES, ET DE L'INFLUENCE DE CES MOUVEMENTS SUR LE COURS DU SANG; par T. WHARTON JONES.

Le professeur Wharton Jones, dont les travaux sur les phénomènes microscopiques de l'inflammation ont une valeur réelle et jouissent d'une réputation méritée, a eu occasion d'observer dans la membrane transparente de la chauve-souris les phénomènes qu'il décrit de la manière suivante: Il y a dans les veines capillaires pourvues de valvules des contractions et des dilatations rhythmiques qui, dans l'état naturel, se produisent constamment, mais d'une manière plus ou moins rapide ou plus ou moins marquée. Le nombre moyen des contractions est une minute est de dix environ. La dila-

tation est plus courte que la contraction. La contraction d'un de ces plus gros capillaires veineux, d'un 300e à un 400e de pouce de diamètre à l'état de dilatation, peut être évaluée au quart ou au cinquième de son diamètre, quelquefois même au tiers. On reconnaît ces contractions par la diminution progressive du calibre de la veine et l'augmentation de l'épaisseur de ses parois. Le relâchement du vaisseau est indiqué par le retour au calibre primitif et l'amincissement des parois. Pendant la contraction, le cours du sang dans la veine est accéléré; pendant la dilatation, la circulation s'arrête, et il y a une tendance à la régurgitation qui ramène les valvules au contact. Le reflux apparent du sang n'est, du reste, que momentané; car, dès que le relâchement du vaisseau est effectué, la circulation reprend son cours. La contraction des capillaires artériels est bien différente de celle des capillaires veineux: c'est une contractilité tonique qui n'a rien de rhythmique. Les veines, pendant ces contractions que nous venons de signaler, font mouvoir mécaniquement les branches artérielles qui leur sont accolées, sans que celles-ci présentent les moindres dilatations isochrones.

L'expérimentateur dont nous analysons le travail a cherché en vain des traces de contractilité tonique dans les veines. Quand on comprime en même temps une veine et l'artère qui l'accompagne, on ne voit pas sur la veine la contraction tonique qui se remarque sur l'artère, tant au-dessus qu'au-dessous du lieu de la compression. En soumettant à une très-faible influence galvanique la membrane interdigitale de la grenouille, on remarque dans toutes les petites artères une contraction considérable. L'effet du galvanisme sur les veines rend leurs contractions rhythmiques plus brusques. La section transversale de ces vaisseaux ne donne pas lieu à leur rétrécissement. A la suite de l'application d'une goutte de laudanum, on a trouvé les veines dilatées ainsi que les artères, et les contractions rhythmiques ont été suspendues.

Ces faits de non-contractilité des capillaires veineux ne concordent pas avec ceux qu'a annoncés Paget en 1850. Les observations de Wharton Jones ont été faites à un grossissement de 350 à 550 diamètres; la membrane à observer était étendue préalablement mouillée sur le porte-objet, et recouverte d'une plaque de verre mince.

II. DUBLIN MEDICAL PRESS.

Les numéros de janvier, février et mars 1853 contiennent les travaux originaux suivants: 1° *Empoisonnement par les baies de belladone*; par M. Joliffe Tufnell. 2° *Tumeur irritable du sein*; par M. Kirby. 3° *Observations sur la péricardite*; par M. Kennedy. 4° *Examen médico-légal des faits du procès de Kirvan*; par M. Geoghegan. 5° *Observation d'une femme barbue*; par M. Chowne. 6° *Cas d'empoisonnement par l'alcool*; par M. Johnson. 7° *Cas de plaie du cuir chevelu avec dénudation d'une portion considérable du crâne, réunion par première intention*; par M. Johnson. 8° *Cas de maladie organique du cœur; angine de poitrine; mort pendant une attaque*; par M. Bellingham. 9° *Cas d'anus imperforé*; par M. Alton. 10° *Note sur le développement singulier du purpura dans une diathèse purpurique remarquable*; par M. Johnson. 11° *Des avantages de ne pas ouvrir le sac dans l'opération de la hernie étranglée*; par M. W. Hargrave. 12° *Pathologie de l'inflammation et de la fièvre*; par M. Freke. 13° *Observation de lithotomie*; par M. Samuel Coates. 14° *Sur la luxation du métatarse*; par M. Tufnell. 15° *Observations mélangées de médecine pratique*; par M. Kirby. 16° *Observation de hernie fémorale chez l'homme, avec anus artificiel; guérison complète*; par M. Tabuteau. 17° *Deux cas de rétention d'urine par une cause mécanique rare et peu commune*; par M. John Toler. 18° *Sur l'amputation du cou-de-pied*; par M. Tufnell. 19° *Quelques remarques relatives à la proposition d'ouvrir la trachée par dilatation, et sur un instrument destiné à remplir ce but*; par M. Johnson.

TUMEUR IRRITABLE DU SEIN; par M. KIRBY.

Voici un état encore à peine connu de nos praticiens malgré les lumineuses indications d'A. Cooper, et que les médecins de la Grande-Bretagne savent à merveille reconnaître et non moins aisément soulager. Il y aura donc intérêt pour nos lecteurs à ce que nous leur en rappelions de temps en temps quelque nouvel exemple.

OBS. — Une demoiselle âgée de 30 ans, de constitution grêle, de teint pâle, reçut il y a six mois une contusion au sein droit, qui est d'un très-petit volume. Elle y éprouva depuis lors beaucoup de douleur; on la combattit par des sangsues et d'autres applications qui lui procurèrent toujours du calme.

Elle se plaint maintenant de souffrances qui reviennent de temps en temps, et s'étendent jusqu'à l'aisselle, à l'épaule et au bras du même côté. Elle était très-effrayée de l'idée qu'elle portait un cancer. On peut manier les seins sans y déterminer de douleur; mais deux des glandes axillaires paraissent être plus volumineuses que dans l'état naturel. Il y a de la constipation. Les périodes menstruelles reviennent régulièrement; mais le sang coule moins abondamment, et elle souffre beaucoup à chaque époque. Elle pense constamment à son sein et en parle continuellement, ce qui lui occasionne une préoccupation des plus pénibles.

M. Kirby ordonna quelques remèdes et une mixture contenant de l'infusion de gentiane composée de la décoction d'aloès composée et du camphre, avec un liniment anodin pour frictionner l'aisselle et l'épaule. Au bout de peu de temps, elle guérit parfaitement.

OBSERVATION D'UNE FEMME BARBUE; par M. CHOWNE.

Le sujet de cette observation, Éliza B..., est d'autant plus intéressant qu'elle est la sœur d'une autre femme, Joséphine B..., également barbue, à laquelle M. Chowne avait, l'année dernière, délivré, pour constater son sexe et son aptitude au mariage, un certificat dont la spéculation abusa. Rien dans les antécédents de ces deux jeunes filles, ni dans l'histoire de leurs père et mère ni de leurs grands parents, ne peut expliquer ce développement exceptionnel du système pileux. Quoi qu'il en soit, Éliza, âgée maintenant de 18 ans et demi, a eu dès sa naissance des poils à la figure; mais ils étaient clairs et mous, ainsi que sur les membres. A 5 ans, ils commencèrent à épaissir, mais ne devinrent fournis et foncés que vers 15 ans. La menstruation ne s'est établie qu'à 17 ans et demi. Depuis lors elle a été régulière. Les seins, quoique sans beaucoup de volume, ont l'apparence féminine. La tête est assez volumineuse pour son sexe et pour son âge; mais il n'y a rien d'extraordinaire dans la circonférence du cou ni dans le degré de saillie que forme le larynx. Sa figure et l'aspect de ses membres sont ceux de la femme, et il n'y a rien en elle de masculin, si ce n'est la présence de ces poils qui, naissant de toute la face, la couvriraient, si on ne les coupait, à l'exception du nez et du milieu de la lèvre supérieure. Elle dit que tous les huit ou neuf jours, elle les taille sur le front, les sourcils, sur les côtés du nez et de la bouche. Partout ailleurs, elle les laisse pousser librement. Ses cheveux épais et fournis ont deux pieds et demi de longueur. Au-dessus de chaque sein, elle a quelques poils. Il s'en trouve une plus grande quantité sur le cou, les épaules, et surtout au rachis où elle peut les prendre entre les doigts. Il en est de même des membres, à part les pieds et les mains. Ses habitudes et ses occupations sont celles de son sexe. Elle passe pour avoir beaucoup de douceur.

L'auteur termine en exprimant la pensée que, quoiqu'on n'ait pu découvrir rien de certain à cet égard, il n'en est pas moins extrêmement probable que parmi les ascendants de ces deux jeunes filles, il existait quelque circonstance capable d'expliquer le développement si remarquable chez elles du système pileux.

CAS D'ANUS IMPERFORÉ; par M. ALTON.

OBS. — L'auteur ayant reçu un nouveau-né sans trace d'ouverture anale fit au périnée une incision, puis une ponction avec le trocart en portant ces instruments aussi haut qu'il le pouvait sans avoir à craindre de blesser les organes importants de la région; mais il ne put atteindre le rectum. Comme il remarqua que l'urine, chez cet enfant, sortait teinte de matières fécales et en présentant l'odeur, il eut l'idée de chercher à utiliser la communication existant entre la vessie et le gros intestin. Il introduisit donc une sonde par l'urètre jusque dans la vessie, la fit saillir vers le périnée, et coupa sur ce conducteur tous les tissus intermédiaires. Il s'écoula immédiatement par la plaie une quantité considérable de méconium mélangé à de l'urine. On plaça dans la solution de continuité une tente, avec recommandation de l'ôter et de la réintroduire par intervalle.

L'écoulement des matières se fit parfaitement bien; l'enfant avait pris de la force et de l'embonpoint, lorsque, au bout de trois semaines, sa santé commença à décliner, et il succomba après quelques jours de maladie.

L'autopsie montra que l'S iliaque du colon, considérablement dilatée, communiquait avec la vessie, mais seulement par un petit orifice, dont la circonférence était entourée par un anneau épaissi, demi-cartilagineux. Il n'y avait pas d'inflammation de ces parties.

Nous n'avons analysé cette observation que pour appeler l'attention sur la judicieuse conduite de l'auteur, qui sut profiter de l'excès même du vice de conformation pour y mieux remédier, en passant à travers la communication anormale recto-vésicale un instrument destiné à faciliter et à rendre plus sûre l'incision de l'intestin.

LUXATION DU MÉTATARSE EN BAS ET EN ARRIÈRE; par M. TUFNELL.

OBS. — Un jeune homme de 26 ans était à cheval le long d'un canal, quand tout à coup l'animal glissa et tomba sur le côté. Tout son poids porta sur la jambe et le pied droit du cavalier, qui ne put se dégager de la selle qu'après quelques efforts. Le docteur Dolmage, qui le vit à l'hôpital au bout de quelques minutes, trouva le pied courbé en dedans et fléchi, avec une saillie osseuse constituée par l'extrémité antérieure du tarse, et une autre profondément sous la plante du pied, au-dessous des muscles de la région. L'accident avait eu lieu le 30 novembre 1851.

On essaya la réduction en pratiquant des tractions, au moyen de poulies, sur les orteils, et l'on aida à la réduction par toute espèce de mouvements de flexion du métatarse sur le tarse. Mais malgré le degré de force employé, les parties restèrent dans la même situation. On se borna alors à appliquer des sangsues, à faire des fomentations sédatives. Le gonflement diminua sous l'influence de ces moyens, et peu à peu le malade, qui a conservé sa difformité, a pu s'habituer à quitter le lit et même à marcher avec l'aide seul d'une canne.

Nous avons dû nous borner à ces détails, qui montrent toute la gravité des accidents de ce genre. Évidemment on ne pouvait tenter la réduction dans des circonstances plus favorables, à une époque plus rapprochée du moment de l'accident. Eh bien! elle a échoué, quoique essayée par des praticiens exercés, avec les procédés les plus variés, et bien que secondée par tout le déploiement de forces qu'on pouvait se permettre sans danger.

L'auteur note seulement qu'il y avait luxation de trois des métatarsiens.

DEUX CAS DE RÉTENTION D'URINE PAR UNE CAUSE RARE ET PEU COMMUNE; par M. TOLER.

La cause dont l'auteur énonce la rareté par le pléonasme expressif que nous avons tenu à transcrire littéralement, ne se rencontre effectivement que peu souvent dans la pratique. Citons d'abord les observations que M. Toler a pu en recueillir lui-même dans un court intervalle de temps.

OBS. I. — Mary Carney, jeune fille de 13 ans, me fut amenée par sa mère. Elle n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures. Un médecin lui avait prescrit des bains et quelques drogues; mais sa mère la voyant plongée dans une sorte de torpeur s'était décidée à demander les secours plus actifs. Je trouvai la vessie distendue par l'urine. Le vagin était complètement fermé par une membrane solide, s'insérant à la partie inférieure des côtés de son orifice, ayant un bord libre en haut. Cette membrane recouvrait le méat urinaire, empêchant ainsi le passage de l'urine. Je passai une sonde entre le pubis et la membrane, et divisai celle-ci en bas, de manière à rendre libre à la fois l'entrée de l'urètre et celle du vagin. Il sortit une grande quantité d'urine, et la malade parut soulagée; mais il fallut encore la sonder matin et soir pendant trois ou quatre jours, la vessie trop distendue ayant perdu son pouvoir contractile. La mère fut avertie d'avoir à maintenir les bords de l'incision séparés.

OBS. II. — Anne Machen, âgée de 12 ans, fut conduite chez l'auteur, un an environ après qu'il eut vu celle dont l'observation précède, en avril 1849. Sa mère remarquait qu'elle se plaçait fréquemment comme pour rendre l'urine, mais sans pouvoir en expulser plus de quelques gouttes, ce qui provoquait des efforts douloureux. Averti par le souvenir de ce qu'il avait déjà vu, il examina les parties génitales, et constata la présence de cette même membrane, oblitérant le vagin et s'étendant en haut, de façon à fermer complétement le meat urinaire. Il en fit la section selon le même procédé, et la guérison fut rapide.

Le docteur Bellingham, à cette occasion, a raconté un cas analogue tiré de sa pratique particulière. Il est assez singulier, — et l'on en a fait la remarque, — que dans une affection lentement et graduellement progressive comme celle-ci, on n'ait pas été averti de son existence quelque temps auparavant, par la difficulté de la miction, qu'il n'y ait pas eu, en un mot, dysurie avant la rétention d'urine absolue. Mais le jeune âge des sujets, l'insouciance des parents peuvent faire supposer que cet état, quoique existant réellement, ait été méconnu. Du reste, dans la seconde observation, la mère rapporta que, en effet, sa fille, depuis quelque temps, n'urinait qu'avec des efforts et peu à la fois.

M. Fleming, qui a, lui aussi, observé un exemple de cette même maladie, est d'avis qu'elle ne gêne que peu l'émission de l'urine, mais que dès qu'une circonstance particulière vient à augmenter l'irritabilité de la vessie, alors on s'en aperçoit. Ainsi, chez sa malade, ce ne fut qu'à la suite d'une néphrite albumineuse, conséquence de la scarlatine, que l'enfant se plaignit de ne pouvoir uriner, qu'on eut à l'examiner, et que l'on reconnut l'existence de cette membrane. D'ailleurs l'incision de septum fit, comme dans les cas précédents, cesser immédiatement les incommodités que sa présence entretenait.

OBSERVATION SUR LE TRAITEMENT DE QUELQUES FORMES D'OBSTRUCTION DES INTESTINS; par THOMAS AICKIN.

L'auteur distingue, avec Abercrombie, des obstructions simples sans maladie antérieure, ou avec maladie antérieure ayant causé seulement un affaiblissement de la force musculaire, et des obstructions par suite d'obstacle mécanique; il reconnait que le diagnostic différentiel de ces trois différentes formes de la maladie est difficile et quelquefois même impossible, et il est d'avis de combattre, dans les trois cas, de la même manière, c'est-à-dire par les sédatifs, les symptômes qui naissent de l'exaltation de l'action réflexe, consistant dans l'excitabilité des centres nerveux et la *propagation des impressions morbides* dans les différents viscères ou tissus. Il insiste sur l'utilité de l'administration de l'opium dans toutes les *formes de l'iléus*, lorsque l'innervation est surexcitée ou pervertie, dans l'intussusception ou l'étranglement, dans le cas de concrétion, de rétrécissement, comme dans celui de simple distension avec perte du pouvoir contractile des muscles. L'opium, donné dans ces cas, n'empêche point l'administration des purgatifs; il semble, au contraire, en faciliter et en régulariser l'action. Dans les trois observations citées par le docteur Aickin, il a employé ordinairement le calomel uni à l'opium, aidé quelquefois par des purgatifs puissants, tels que l'huile de croton-tiglium. Il est, dans tous les cas, indispensable qu'un examen minutieux de l'abdomen précède l'adoption des médications énergiques et étranges même qui ont été proposées contre l'iléus par quelques auteurs; nous ne trouvons point malheureusement, dans les observations que nous avons sous les yeux, une analyse bien claire des symptômes et de leur cause; de telle sorte qu'il nous est impossible d'apprécier le degré d'utilité de la médication proposée.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

DES CIRCONVOLUTIONS DU CERVEAU CHEZ LES MAMMIFÈRES.

M. C. DARESTE adresse un deuxième mémoire sur ce sujet. Dans le premier mémoire qu'il a présenté, en janvier 1852, il s'était proposé de démontrer la règle suivante : « Dans tous les groupes naturels de la classe des mammifères, le développement des circonvolutions est en rapport avec le développement de la taille. » L'auteur ne connaissait alors la disposition des circonvolutions cérébrales que dans un nombre d'espèces assez restreint. Il a pu reprendre depuis ce travail et il a exposé dans ce mémoire, entre autres nouveaux faits, celui qu'il vient d'observer tout récemment, et qui fournit, suivant lui, une des preuves les plus manifestes des idées qu'il soutient : c'est la disposition du cerveau chez les chevrotains.

On sait, dit-il, que ces animaux appartiennent à un groupe de la famille des mammifères dans lequel les circonvolutions cérébrales présentent un développement très-notable. Il était fort intéressant pour moi de savoir quel est l'état du cerveau chez les chevrotains, qui se distinguent de tous les autres ruminants par la petitesse de leur taille; mais je n'avais pu trouver aucun renseignement sur ce sujet dans tous les ouvrages qui traitent de l'anatomie comparée du cerveau. Le cerveau d'un chevrotain de Java (*moschus javanicus*), mort récemment à la ménagerie, m'a fourni l'occasion de combler cette lacune. J'ai reconnu que ce cerveau diffère très-notablement du cerveau des autres ruminants, et qu'il est précisément ce qu'il devait être, d'après ma théorie. En effet, les circonvolutions y sont à peine indiquées par quelques sillons très-peu profonds, et qui ne présentent qu'une ébauche des replis si flexueux que l'on observe à la surface du cerveau des autres ruminants.

En résumé, dans tous les groupes naturels de la classe des mammifères, toutes les grandes espèces ont des circonvolutions très-flexueuses et très-compliquées; toutes les petites espèces ont un cerveau lisse, ou, quand elles ont des circonvolutions, les circonvolutions y sont très-simples. Les espèces de taille moyenne nous présentent un développement moyen dans leurs circonvolutions. Jusqu'à présent je ne connais aucune exception à cette règle.

J'ai fait d'ailleurs remarquer, dans mon mémoire, que le développement des circonvolutions, dans les divers individus d'une même espèce, peut être modifié par des causes plus ou moins appréciables. On connaissait depuis longtemps les variations individuelles que présentent les circonvolutions dans l'espèce humaine. Je me suis assuré que ces variations existent chez les animaux, et qu'elles sont d'autant plus étendues que le développement des circonvolutions est lui-même plus prononcé. On comprend dès lors que l'appréciation du degré de développement des circonvolutions dans une espèce ne peut se faire avec quelque exactitude que si l'on compare entre eux les cerveaux de plusieurs individus appartenant à une même espèce, ou du moins que si l'on observe le cerveau d'un mâle adulte et ayant acquis tout son développement.

Ces nouvelles idées sur la constitution du cerveau me paraissent contredire formellement la doctrine qui attribue au développement des circonvolutions une certaine influence sur le développement de l'intelligence. Je ne crois pas qu'*à priori* un physiologiste puisse admettre que, dans un même groupe naturel, les petites espèces soient toujours moins intelligentes que les grandes. Nous ne possédons d'ailleurs que trop peu d'observations sur l'intelligence des animaux pour pouvoir répondre à cette question d'une manière complète. J'ai toutefois rappelé dans mon mémoire d'anciennes observations faites par Audouin et par M. de Humboldt sur les ouistitis et les saïmiris, observations qui démontrent que chez ces animaux l'existence d'un cerveau lisse n'exclut point un notable développement des facultés intellectuelles. (Comm. précédemment nommée.)

TRAITEMENT DE CERTAINS ÉTATS PATHOLOGIQUES, PRODUISANT DES RÉTENTIONS D'URINE ATTRIBUÉES FAUSSEMENT A LA PARALYSIE DE LA VESSIE.

M. GUILLON adresse, sous ce titre, une réclamation dont nous reproduisons les passages suivants :

« M. Leroy d'Etiolles a affirmé, dans une note présentée à l'Académie des sciences, que les moyens de traitement usités aujourd'hui, l'*excision* et l'*incision* des cloisons des valvules, des bourrelets et tumeurs qui produisent réelle-

ment les rétentions d'urine, attribuées faussement à la paralysie de la vessie, *ont été introduits par lui dans la chirurgie*, et il essaye de le prouver en s'appuyant de sept mémoires, adressés, dit-il, de 1829 à 1853 à votre compagnie. Or, ces moyens, c'est moi qui les ai proposés et expliqués le premier; l'illustre corps trouvera donc très-naturel que je vienne en revendiquer la propriété. Les premiers instruments inventés à cet effet et mis en usage l'ont été par moi. Presque tous ceux qui ont été fabriqués depuis ne sont que des copies des miens, avec des modifications insignifiantes et souvent défectueuses. Ainsi, en particulier, le scarificateur prostatique soumis récemment au jugement de l'Académie par M. Leroy d'Etiolles, n'est qu'une imitation de mon sarcotome, décrit, en 1852, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX du 14 février; en 1839, dans la REVUE MÉDICALE; en 1844, dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, t. IX, p. 751. Ce scarificateur prostatique de M. Leroy, ne diffère de mon sarcotome que par la forme de sa canule, un peu aplatie, et par la disposition du tranchant de la lame intérieure qui incise d'arrière en avant, tandis que la lame du mien incise d'avant en arrière. »

Après avoir donné les preuves à l'appui de sa réclamation, M. Guillon termine ainsi :

« Comme il est juste de rendre à chacun ce qui lui appartient, permettez-moi de rapporter ici ces deux passages du TRAITÉ DES MALADIES DE LA VESSIE ET DE L'URÈTRE de Sœmmering, desquels il résulte que le célèbre chirurgien allemand a très-bien décrit, en 1822, les replis valvulaires, les bourrelets qui ferment quelquefois le canal de l'urètre, et que *plusieurs praticiens* ne connaissant pas cet ouvrage, généralement connu cependant des hommes de notre profession, *s'imaginent avoir observé les premiers*. On lit, en effet, page 110 de l'édition française : « Howschip a donné, avec une planche coloriée, la description d'un pli contre nature formé par la membrane interne de la vessie, et qui, s'étendant des orifices des urètères, à l'endroit où l'urètre traverse la prostate, faisait fonction de soupape toutes les fois que le malade voulait uriner. » Et page 155 : « Lorsque le lobe moyen de la prostate s'engorge, il avance comme un mamelon dans la cavité de la vessie, pousse devant lui la membrane interne de cet organe, et lui fait éprouver une distention plus ou moins considérable. A mesure que la tumeur augmente, elle perd sa forme mamelonnée, s'élargit des deux côtés, et forme un repli transversal en attirant devant elle la membrane qui recouvre les deux lobes latéraux, également engorgés. Ce repli, semblable à une valvule placée à l'entrée de l'urètre, s'oppose à la sortie de l'urine, surtout quand le malade redouble d'efforts pour chasser ce liquide : celui-ci ne peut jamais sortir entièrement, et la rétention finit par devenir complète. » Ces passages, si précis, démontrent clairement que M. Leroy, quoiqu'il en dise, n'a pas plus découvert ces états pathologiques qu'il n'a inventé les modes de traitement nécessaires pour guérir les difficultés d'uriner qui en sont la conséquence.

Or, comme j'ai connu en 1824 cette description de Sœmmering, qui m'a rappelé deux cas semblables que j'avais vus à l'époque où je faisais des dissections, et sur lesquels l'ouvrage de Morgagni avait fixé mon attention, j'ai cherché tout d'abord à reconnaître sur l'homme ces états maladifs, et après être parvenu à bien distinguer, bien diagnostiquer : 1° les plis valvulaires; 2° les tumeurs; 3° les bourrelets qui se développent dans le col de la vessie et s'opposent plus ou moins à la sortie de l'urine, j'ai inventé les instruments nécessaires aux traitements que je revendique aujourd'hui. Les succès que j'ai constamment obtenus jusqu'à ce jour, et sans avoir eu à déplorer la perte d'un seul des malades sur lesquels je les ai employés, m'ont encouragé à préconiser ces moyens nouveaux : c'est ainsi, je crois, que ce progrès chirurgical a été introduit dans la pratique de l'art de guérir. Ce que M. Leroy-d'Étiolles appelle ses succès variables ne pouvait encourager les chirurgiens à le mettre en usage. » (Commission nommée pour l'examen du travail de M. Leroy-d'Étiolles.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Plusieurs rapports de M. Henlbard (d'Arcy), médecin des épidémies de l'arrondissement de Clamecy (Nièvre), sur différentes épidémies qui ont régné dans quelques communes de cet arrondissement (commission des épidémies);

2° Un rapport de M. Haspel, médecin en chef de l'hôpital militaire de Guano (Corse) sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cette localité ont été appliquées pendant l'année 1852.

— M. LECADRE (du Havre) adresse un mémoire sur la variole épidémique au Havre en 1853. (Commission de vaccine.)

— M. MASCAREL (de Châtellerault) présente un mémoire sur deux épidémies de scarlatine qui ont régné dans l'arrondissement de Châtellerault, la première pendant les mois de novembre et décembre 1844, janvier, février, mars 1845; la deuxième depuis le mois de septembre 1851 jusqu'à la fin de décembre 1852.

— M. THOMAS écrit d'Amsterdam pour donner des nouvelles du choléra qu'il a observé à Lubeck et à Hambourg, depuis son départ de Saint-Pétersbourg. L'épidémie dans ces deux localités a en très-peu d'intensité, et les renseignements que donne M. Thomas à cet égard sont de peu d'importance. L'épidémie vient d'éclater à Rotterdam. M. Thomas se propose d'y aller et de faire connaître à l'Académie le résultat de ses observations.

— M. BECQUEREL écrit, à l'occasion des réclamations dont sa communication sur le traitement des vaginites a été l'objet, pour expliquer qu'il ne prétend pas du tout avoir inventé ni découvert le traitement de la vaginite par le nitrate d'argent solide, mais d'avoir généralisé ce moyen, de l'avoir préconisé contre tous les cas sans exception, et d'avoir affirmé qu'il guérissait plus complétement et plus vite cette maladie que les autres médications.

— M. DE LIGNEROLLES communique la description d'un vice de conformation connu sous le nom d'éventration congénitale, qui s'est présenté la semaine dernière à son observation. (Commissaire, M. Danyan.)

— M. GIRBAL (de Montpellier) adresse une note sur les eaux minérales froides de Camarés (Aveyron). (Commission des eaux minérales.)

CHOLÉRA.

M. MACLHOUGHIN écrit à l'Académie pour l'informer que le choléra vient de paraître à Newcastle, dans le nord de l'Angleterre. Depuis le 7 au 11 septembre, il y a en 173 cas, dont 73 sont morts. La maladie est aussi à Londres, où l'on compte déjà 7 morts. Il règne à Newcastle et à Londres une épidémie de diarrhée, et tous les cas de choléra ont eu pour prodrômes une diarrhée.

Dans une seconde lettre, d'une date plus récente, M. Maclhoughin ajoute les détails qui suivent :

Dans les premiers jours du mois de juillet, la diarrhée prit un caractère d'épidémie en Angleterre, soit à Londres, soit dans les provinces.

Depuis ce moment des cas de choléra sont de temps en temps survenus; mais de crainte d'alarmer le public, ils ont été passés sons silence.

Cependant après que la maladie s'est prononcée si violemment à Newcastle, il n'a pas été possible plus longtemps de le laisser ignorer, et de suite l'autorité a pris les mesures les plus énergiques pour le combattre.

Des médecins ont été placés dans tous les quartiers atteints par le fléau, et là ils sont tenus de visiter une ou deux fois par jour la famille du travailleur et de s'assurer de l'état de la santé du chef de chaque membre de la famille, de voir aussi qu'ils soient pourvus de bonne nourriture, des vêtements du corps et de lits convenables, et dans le cas de maladie de leur prodiguer et de leur faire prodiguer toutes les ressources de la science médicale et tout le confortable dont ils auraient besoin.

D'après cette espèce d'enquête faite de porte en porte, il résulte pour le médecin deux faits :

1° Que là où le choléra s'est manifesté, il y a toujours eu une épidémie de diarrhée qui a précédé les cas de choléra;

2° Que dans tous les cas de choléra qui se sont présentés jusqu'à présent, les individus atteints par la maladie ont eu, pendant plusieurs heures, ou pendant plusieurs jours, ou même pendant plusieurs semaines, une diarrhée plus ou moins abondante.

Et que pas un cas de choléra n'a encore été constaté où la maladie se soit montrée d'une manière brusque sans produire de diarrhée.

Dans l'épidémie de 1849, l'attention avait été appelée sur la question de savoir si le choléra était enté sur la diarrhée ou s'il en était la conséquence. Ces recherches sont continuées dans cette épidémie.

GANGRÈNE FOUDROYANTE.

M. CHASSAIGNAC, à l'occasion du mémoire communiqué dans la séance du 12 septembre, par M. Maisonneuve, sur la gangrène foudroyante, signale les circonstances suivantes :

1° Dans la séance du 11 octobre 1848, de la Société de chirurgie, j'ai émis formellement l'opinion que, chez les individus qui succombent rapidement à la suite de lésions traumatiques considérables, et chez lesquels il se développe des gaz en grande quantité, ce phénomène peut s'expliquer par une décomposition instantanée du sang, comme cela s'observe chez les animaux surmenés.

2° Dans la séance du 6 novembre 1850, j'ai présenté à la Société de chirurgie un homme de 70 ans, amputé avec succès près de l'articulation de l'épaule, pour un écrasement du bras accompagné d'infiltration de gaz dans toute l'étendue de ce membre.

J'ai avancé, dans un travail publié le 26 janvier 1850, qu'il est au pouvoir d'une grande violence mécanique de produire instantanément un état d'empoisonnement putride comparable à celui que la pénétration directe d'une matière septique dans le sang peut déterminer.

4° Je rapporte dans le même travail l'observation d'un malade atteint de cet empoisonnement à la suite d'une luxation du pied, lésion qui nécessita l'amputation et fut suivie d'une mort prompte. L'autopsie permit de constater les caractères de l'empoisonnement putride à son plus haut degré. (Commissaires : MM. Piorry, Velpeau, Larrey.)

GASTRO-ENTÉRITE.

M. GAULTIER DE CLAUBRY lit un rapport sur un mémoire sur la gastro-entérite, par M. Gautherin fils, médecin à Aunay-Saint-Sereins (Yonne).

L'auteur examine dans ce mémoire un grand nombre de points relatifs à l'histoire des fièvres, qui eussent présenté un grand intérêt, suivant M. le rapporteur, si l'auteur ne s'était pas borné à un exposé incomplet et sans aucune méthode, et s'il avait développé plus soigneusement ses idées, et surtout s'il avait rempli les conditions naturellement imposées à tout médecin, qui veut se faire l'historien d'une ou de plusieurs épidémies, à savoir de faire connaître les conditions de localité, le chiffre de la population, celui des malades et des morts, autant de points omis par M. Gautherin.

Aussi M. le rapporteur, tout en reconnaissant combien ce médecin a fait de-

puis vingt ans preuve de zèle et de dévouement dans l'accomplissement de ses fonctions, se voit, à regret, dans l'obligation de proposer de déposer simplement son travail dans les archives, et de lui faire écrire une lettre de remerciment. (Adopté.)

— M. le docteur DE HUBÉ lit un mémoire sur le choléra-morbus algide de 1848 et 1849. (Comm. du choléra.)

EAUX MINÉRALES ACIDULES FERRUGINEUSES D'OREZZA.

M. POGGIALE lit un mémoire sur les eaux minérales acidules ferrugineuses d'Orezza, dont nous reproduisons un extrait.

La Corse possède un nombre considérable d'eaux minérales ; on rencontre, en effet, dans plusieurs localités de cette île des eaux sulfureuses alcalines chaudes, des eaux sulfureuses calcaires froides, des eaux salines thermales, des eaux ferrugineuses acidules et des eaux ferrugineuses sulfureuses. Ce département est peut-être plus riche que les Pyrénées en sources minérales de toute espèce ; parmi ces sources, les plus estimées sont celles de Saint-Antoine de Guagno, de Pietrapola, de Puzzichello, de Guitera, de Tallano, de Caldaniccia, de Bologna, d'Orezza, etc.

La source de Puzzichello est une eau sulfureuse froide, située sur la côte orientale, près des ruines de la ville d'Aleria. L'eau sulfureuse de Pietrapola est la source la plus riche et la plus abondante de la Corse. Sa température s'élève à 55°. Chaque année elle est fréquentée par un grand concours de malades de l'île.

L'eau de Saint-Antoine de Guagno est également sulfureuse. Sa température est d'environ 50°. On y a construit un établissement thermal et un hôpital militaire.

Les eaux thermales de Caldaniccia coulent dans une vallée, près de la magnifique plage d'Ajaccio ; au-dessous d'elles est la plaine de Campo di Loro et la rivière de Gravona. Le plateau de Stileto les domine et les abrite, et l'on a là pour perspective la ville d'Ajaccio, son golfe et son port.

Ces sources sont cependant peu connues, malgré leur belle situation, la douceur du climat, les sites pittoresques et une incontestable supériorité sur les eaux minérales les plus célèbres du continent, elles ne sont employées que par les habitants du pays. D'où vient cet abandon ? Pourquoi allons nous chercher à l'étranger les bienfaits des eaux minérales, des bains de mer et d'un climat plus doux ? C'est que les eaux, comme toutes les choses de ce monde, ont des réputations usurpées, et qu'elles attirent souvent la foule moins par leurs propriétés thérapeutiques que par les plaisirs qu'on y trouve. Ajoutons aussi que la plupart des sources de la Corse, situées au milieu des montagnes, sont d'un accès difficile et n'ont pas de logements commodes pour abriter les malades.

Je fais donc des vœux pour que le conseil général de la Corse s'empresse de rendre les communications plus faciles, et de créer des établissements pour les baigneurs.

La source la plus remarquable par sa composition, par sa position géographique et par ses effets thérapeutiques est sans contredit celle d'Orezza. Cette eau, qui est très-abondante et dont l'usage remonte à la plus haute antiquité, est employée avec le plus grand succès contre les chloroses et les affections du tube digestif et des viscères abdominaux. Elle est très-fréquentée par de pauvres malades qui y vont pour recouvrer la santé, et par les habitants aisés d'Ajaccio, de Bastia, de Calvi, etc., qui quittent le littoral, pendant les chaleurs de l'été, pour aller chercher la fraîcheur dans les montagnes. Malheureusement il n'existe pas à Orezza d'établissement thermal pour recevoir les malades, qui sont obligés de se loger dans les villages voisins. C'est un grave inconvénient, dont le conseil général de la Corse s'est vivement préoccupé ; aussi il a été décidé qu'un établissement sera construit par les soins de M. Paoli, concessionnaire de ces eaux pour quatre-vingt-dix-neuf années.

L'eau d'Orezza, qui jaillit dans le cantou de Piedicroce, à 30 kilomètres environ de Bastia et à une faible distance de la mer, s'échappe d'un rocher et vient se rendre dans une cuvette de granit. De hautes montagnes, couvertes de neige jusqu'au commencement de l'été, l'entourent de tout côté. Les environs présentent une grande variété de promenades, abritées par de magnifiques châtaigniers. Les montagnes et les vallées offrent à la vue de beaux paysages et des sites pittoresques. Le buveur, se promenant sous un véritable dôme de verdure, peut, si ses goûts et ses connaissances le lui permettent, se livrer à l'étude de la géologie, de la minéralogie et de la botanique.

Les eaux d'Orezza se présentent, en outre, dans les conditions climatologiques les plus heureuses. On y trouve la beauté du ciel de l'Italie et, pendant la saison des eaux, une température d'une douceur constante.

ANALYSE QUALITATIVE. — L'eau d'Orezza, examinée à la source, est d'une limpidité parfaite ; sa saveur est aigrelette, piquante et très-agréable à boire. Sa température est de 15 degrés, celle de l'atmosphère étant de 22. Cette température a été prise en plongeant dans l'eau un thermomètre et notant les degrés au-dessous du liquide son poids spécifique égale 0,99839. Elle pétille comme les vins mousseux. Suivant M. Naudin, pharmacien militaire, lorsqu'on remplit à la source une bouteille de cette eau et qu'on la bouche, le bouchon saute comme avec l'eau de Seltz gazeuse. Si l'on met cette eau en ébullition, on observe un dégagement considérable d'un gaz qui, étant recueilli, est presque entièrement absorbé par la potasse et qui offre tous les caractères de l'acide carbonique. A mesure que ce gaz se dégage, l'eau se trouble, et il se forme un dépôt d'un blanc rougeâtre composé de carbonates de chaux, de magnésie et de peroxyde de fer. Celui-ci existe dans l'eau, avant le contact de l'air, à l'état de carbonate de peroxyde de fer.

Exposée à l'air, cette eau se couvre d'une pellicule irisée, se trouble et fournit un dépôt rougeâtre formé en grande partie de carbonate de peroxyde de fer. Les carbonates de chaux et de magnésie se précipitent ensuite. A la source, on observe un semblable dépôt le long des canaux que l'eau parcourt. Cette eau conserve longtemps sa limpidité dans des bouteilles bien bouchées ; si, au contraire, elles sont mal bouchées, il s'en échappe une certaine quantité de gaz et il se produit un dépôt de carbonates.

La teinture de tournesol mêlée avec cette eau a pris immédiatement une teinte vineuse très-prononcée. Le papier de tournesol rougi par les acides n'a offert rien de particulier.

Une dissolution d'azotate d'argent donne naissance à un dépôt très-abondant soluble, en très-grande partie, dans l'acide azotique.

Si l'on ajoute une solution de chlorure de baryum à cette eau préalablement acidulée par l'acide chlorhydrique, il se forme par une agitation prolongée un faible précipité de sulfate de baryte.

J'ai vainement recherché l'iode et le brôme par les procédés connus et que j'ai souvent employé dans les nombreuses analyses d'eaux minérales ou d'eaux potables, que j'ai exécutées depuis quelques années.

Cette eau a donné :

1° Avec l'ammoniaque un précipité très-abondant de carbonates de chaux, de magnésie et de fer ;

2° Avec le cyanoferrure de potassium un précipité bleu ;

3° Avec la teinture de noix de galle, l'acide tannique et le sulfhydrate d'ammoniaque un précipité noir très-abondant ; ce précipité chauffé au chalumeau a donné du peroxyde de fer ;

4° Avec l'hydrochlorate d'ammoniaque et l'oxalate d'ammoniaque un dépôt calcaire abondant ; la liqueur étant filtrée a fourni, par le phosphate de soude et l'ammoniaque, du phosphate ammoniacomagnésien ;

5° Avec l'antimoniate de potasse ajouté à la liqueur concentrée et débarrassée de la chaux et de la magnésie, un précipité blanc ;

6° Par le chlorure de platine ajouté à la liqueur concentrée, un précipité jaune serin très-faible et un précipité blanc avec l'acide perchlorique ;

7° L'eau de chaux ajoutée en excès donne naissance à un précipité blanc abondant.

On a versé une solution de carbonate de soude pur dans la portion soluble des principes minéralisateurs de cette eau, on a fait bouillir le mélange, on a ajouté à la liqueur filtrée du phosphate de soude et de l'ammoniaque, et, après quelques heures de contact, on a obtenu par l'action de la chaleur un dépôt blanc floconneux de phosphate ammoniacolithique.

On a dissous dans l'acide azotique les principes minéralisateurs insolubles dans l'eau, et on a évaporé la dissolution dans un creuset de platine couvert avec un disque de verre sur lequel on avait collé une feuille de papier découpé. Après l'opération, on observa que le verre était manifestement attaqué.

Il résulte de ces essais qualitatifs et d'autres qu'il serait trop long d'énumérer, que l'eau d'Orezza contient une quantité considérable d'acide carbonique, de carbonates de chaux, de magnésie de fer, de manganèse et de cobalt, du sulfate de chaux, de l'alumine, de l'acide silicique, du fluorure de calcium, des sels de potasse. Les carbonates de chaux, de magnésie et de fer existent dans l'eau à l'état de bicarbonates. Quelques chimistes admettent que fréquemment l'oxyde de fer se trouve combiné à la chaux dans les eaux minérales à l'état de ferrate de chaux ; mais dans l'eau d'Orezza les résultats analytiques obtenus ne permettent pas de faire cette supposition.

M. Poggiale fait connaître, dans son mémoire, les procédés qu'il a employés pour la détermination des principes fixes et pour le dosage du chlore, de l'acide sulfurique, de l'acide silicique, de la chaux, de la magnésie, de l'oxyde de fer, de l'arsenic, du cobalt, de la potasse, de la soude et de l'acide carbonique.

Il résulte des opérations auxquelles il s'est livré, que 1000 grammes d'eau d'Orezza contiennent :

	lit.
Acide carbonique libre ou provenant des bicarbonates. .	1,248
Air atmosphérique	0,011
	gr.
Carbonate de chaux	0,602
— de magnésie.	0,074
— de lithine	traces très-sensibles.
— de protoxyde de fer	0,128
— — de manganèse.	traces très-sensibles.
— de cobalt	traces.
Sulfate de chaux	0,021
Chlorure de potassium } — de sodium }	0,014
Alumine.	0,006
Acide silicique	0,004
— arsénique	traces.
Fluorure de calcium	traces.
Matières organiques.	traces.
	gr.
	0,849

On voit que l'eau d'Orezza peut être considérée comme une sorte d'eau de Seltz ferrugineuse. Elle est très-remarquable par la proportion élevée d'acide carbonique et de carbonates de fer et de manganèse qu'elle contient ; parmi les eaux ferrugineuses, aucune ne peut lui être comparée. Les eaux de Forges, de Passy, de Pyrmont, d'Égra, de Cransac, etc., lui sont inférieures ; quelques-unes

contiennent, il est vrai, plus de fer, mais elles ne renferment qu'une faible proportion d'acide carbonique; aussi leur saveur est amère et styptique, et elles ne possèdent pas les propriétés thérapeutiques des eaux gazeuses.

L'eau d'Orezza contient beaucoup plus d'acide carbonique et de carbonate de fer que l'eau de Spa, dont la réputation est européenne. En effet, on ne trouve dans celle-ci, pour 1000 grammes d'eau, que 86 centilitres d'acide carbonique et 0gr,077 milligr. de carbonate de fer. L'eau de Vichy elle-même est inférieure à l'eau d'Orezza par la quantité d'acide carbonique, puisque, d'après l'analyse de MM. Berthier et Puvis, elle ne renferme que 1l,149 d'acide carbonique par litre.

Emploi. — Ces eaux ne sont employées qu'en boisson. La présence d'une proportion considérable d'acide carbonique libre et de bicarbonates les rend plus assimilables et permet aux malades d'en boire une grande quantité. D'après le témoignage des médecins inspecteurs et de tous les médecins du pays, ces eaux sont d'une énergie surprenante; elles rendent les digestions plus faciles, augmentent l'appétit et donnent aux organes de la vigueur et de l'agilité. Le pouls devient plus fort, le visage se colore, et il n'est pas rare d'observer des étourdissements lorsque l'usage de ces eaux a été prolongé. Les eaux d'Orezza sont particulièrement utiles dans la chlorose, les engorgements des viscères abdominaux, les fleurs blanches, les affections anciennes du tube digestif, et généralement dans toutes les maladies qui proviennent de la faiblesse de nos organes. (Comm. des eaux min.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE MAI 1853; par M. le docteur Charcot, secrétaire.

(Suite et fin.)

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

III. — Anatomie pathologique et Pathologie.

COLLECTION PURULENTE ENKYSTÉE DANS LA DURE-MÈRE; par M. Titon.

EXAMEN MICROSCOPIQUE DU CONTENU DU KYSTE; par M. Robin.

Le nommé Réveillac Antoine, âgé de 42 ans, cocher de fiacre, demeurant rue Charlemagne, n° 10, est apporté à l'Hôtel-Dieu, le 2 mai 1853, et couché au n° 17 de la salle Sainte-Madeleine (service de M. Piedagnel). Il est d'un tempérament sanguin et d'une constitution robuste. Ses jambes ont beaucoup de peine à le soutenir; il éprouve une faiblesse générale et ne peut même rester assis sur son lit sans le secours d'un aide. Quand on cesse de le maintenir, il tend à retomber en arrière. L'intelligence est obtuse et semble avoir subi la même décroissance. — Le malade est dans un état d'hébétude très-marqué; son regard est presque stupide. Si on l'interroge, il ne répond pas immédiatement aux questions qu'on lui adresse; il a besoin d'un certain temps pour fixer son attention et rappeler ses souvenirs. Puis il répond comme une personne qu'on viendrait de réveiller et qui n'aurait pas encore repris l'usage de ses facultés. Néanmoins il a toute sa raison, et ses paroles ne révèlent aucune perversion de l'intelligence qui paraît seulement ralentie et pour ainsi dire comprimée. L'articulation des mots se fait sans difficulté, et il dit lui-même que *« sa langue tourne bien. »* Voici les renseignements qu'il donne : Il y a cinq ans, au milieu d'une santé qui n'avait jamais été troublée par la plus légère indisposition, il reçut, dans une rixe, des coups si violents sur la tête, qu'il en fut, dit-il, « assommé. » Il garda le lit pendant deux ans; il ne se rappelle ni du traitement auquel il fut soumis, ni de l'époque à laquelle il recouvra ses facultés, etc.; tout ce dont il se souvient c'est d'avoir été *assommé*. Après ces deux années il reprit sa profession, mais il n'était pas aussi fort qu'avant sa maladie et se trouvait *« moins à son aise. »* Au bout de dix-huit mois ses forces avaient diminué à un tel point qu'il fut forcé de quitter son travail. Depuis, la faiblesse s'accrut constamment et aujourd'hui, bien qu'il n'y ait pas de paralysie, cette faiblesse, ainsi que je l'ai dit plus haut, est extrême et générale. La sensibilité, parfaitement conservée sur tous les points du corps, existe au même degré des deux côtés. La vue, l'ouïe, le goût et l'odorat sont intacts.

Le malade accuse dans la moitié gauche de la tête des douleurs excessives qu'il a presque toujours éprouvées depuis cinq ans; c'est là surtout ce qui l'occupe. Il n'y a pas de fièvre; le pouls est régulier, la respiration se fait bien, les fonctions nutritives s'accomplissent régulièrement.

3 mai. Prendre tisane d'arnica, deux pots; un seton à la nuque.

Le lendemain, dans la soirée, il survient du délire et de l'agitation; le malade est tombé de son lit; on lui a mis la camisole. Le 5 au matin il y a un tremblement général très-léger avec un peu de contracture des membres; sueurs; la face est congestionnée, les yeux sont fermés. Il y a un peu d'écume à la bouche; la respiration est stertoreuse. On n'obtient plus aucune réponse. La camisole est enlevée. Le coma devient de plus en plus profond, malgré les moyens employés, et la mort arrive le 6 mai à deux heures du soir, sans avoir été précédée ni accompagnée d'autres phénomènes que ceux du coma.

Autopsie quarante-deux heures après la mort.

Rien à noter dans la cavité thoracico-abdominale, à l'exception des poumons qui sont congestionnés.

Crane. — En enlevant la calotte osseuse, une bouillie consistante, couleur café au lait, sort du côté gauche par une perforation résultant d'une perte de substance de la dure-mère. L'issue de cette matière est déterminée par la pression qu'on exerce nécessairement sur l'encéphale pour l'extraire avec ses membranes hors de la cavité crânienne. La surface externe de la dure-mère offre une vascularisation très-prononcée dans sa moitié gauche, et est détruite dans une étendue d'une pièce de 2 fr. au moins à la partie moyenne et latérale de l'hémisphère gauche. L'ouverture à bords irréguliers laisse échapper, par la pression, la matière signalée ci-dessus et qui remplit une cavité ayant eu ce point pour paroi la surface osseuse correspondante. Celle-ci fait une saillie de 12 à 15 millimètres creusée à sa surface d'une foule de petits sillons vasculaires formant un réseau très-serré. Cette hyperostose se prolonge en diminuant d'épaisseur jusqu'après de la suture sagittale et offre une surface de 6 à 8 centimètres carrés. La paroi externe du crâne est normale et son examen ne peut nullement faire présager la saillie qui diminue la capacité encéphalique.

La dure-mère qui recouvre l'hémisphère cérébral gauche est épaissie et renferme des plaques cartilagineuses et calcaires dans toute son étendue, même dans le tiers antérieur, c'est-à-dire dans la portion située en avant de la tumeur. Celle-ci, qui recouvre les deux tiers postérieurs de l'hémisphère gauche, a la forme d'une ovoïde aplatie, dont le grand diamètre, qui est antéro-postérieur, mesure 12 centimètres, le petit ou transversal 0,10. Le point central, qui est le plus épais, a environ 0,05.

Cette tumeur étant enkystée, présente à étudier : 1° une enveloppe ou partie contenante, 2° le contenu.

1° Enveloppe. — Elle est formée par la dure-mère qui se trouve ainsi divisée en deux feuillets, ayant tous les deux les mêmes caractères. Aux limites périphériques on voit très-bien le dédoublement des deux lames *périostique* et *viscérale* que Massa a décrites le premier en 1560. Leur épaisseur est de 1 à 2 millimètres. Le feuillet de la face interne ou profonde de la tumeur est tapissé par le feuillet pariétal de l'arachnoïde qui n'offre aucune altération, si ce n'est en avant et en arrière où les deux feuillets séreux adhèrent par une très-petite surface. Vis-à-vis la partie la plus saillante de la tumeur se trouve une collection purulente du volume d'une aveline, entre l'arachnoïde viscérale et la pie-mère; cette collection n'a aucune communication avec l'autre.

L'examen microscopique fait par M. Robin a donné les résultats suivants : Dans les points *ossifiés* on trouve du tissu fibreux dans les mailles duquel est déposé du carbonate de chaux. Ce sont donc des plaques fibro-calcaires et non pas des parties ossifiées, puisqu'elles ne renferment aucun des éléments du tissu osseux. Les points où la dure-mère est simplement épaissie, sont formés par ce même tissu fibreux dans les mailles duquel le carbonate de chaux est remplacé par des globules graisseux.

2° Contenu. — C'est, je le répète, une bouillie consistante, complétement inodore, d'une belle couleur café au lait un peu foncé d'un aspect méllcérique avec des reflets chatoyants produits par des points ressemblant à des paillettes micacées excessivement fines. Ce sont des cristaux de cholestérine. Près de la paroi externe existe un noyau de 2 centimètres cubes au moins, de pus franchement phlegmoneux s'irradiant dans le voisinage avec la matière indiquée qui est homogène dans tous les autres points. Sur les parois hérissées de fragments calcaires, on voit des taches ecchymotiques. Au microscope, on constate dans la matière café au lait : 1° beaucoup de cristaux de cholestérine; 2° des globules purulents ou plutôt pyoïdes, beaucoup plus granuleux que les globules de pus ordinaire.

L'hémisphère cérébral correspondant est comprimé dans une étendue en rapport avec la tumeur; les circonvolutions sont aplaties et il n'existe d'autre altération qu'un peu de ramollissement de la substance blanche. La faulx du cerveau et le reste de la dure-mère ne présentent rien de pathologique.

Examen du contenu du kyste; par M. Robin. — Examiné au microscope, le liquide consistant de couleur café au lait se montre composé : 1° de cristaux de cholestérine en petite quantité; 2° de granules moléculaires grisâtres et graisseux moyennement abondants; 3° de corpuscules de pus extrêmement abondants, offrant les particularités suivantes : Ils sont un peu polyédriques et non régulièrement sphériques, cette forme les rapprocherait des corpuscules du tubercule; mais au lieu de 9 millièmes de millimètre au plus, ils ont tous de 11 à 13 millièmes; de plus leurs bords sont plus foncés, nettement arrêtés, et le globule réfracte plus fortement la lumière que les globules normaux. En un mot ces globules offrent les caractères des globules du pus concret. Au contact de l'eau ils ne changent pas, mais l'action de l'acide acétique est sur eux la même que sur les corpuscules du pus normal; c'est-à-dire que ce réactif les gonfle, les rend aussitôt sphériques et plus transparents. Les granulations, nombreuses avant l'action de l'acide, sont dissoutes presque en totalité. On constate alors que les globules sont pour la plupart dépourvus de noyaux (globules pyoïdes) comme les globules de pus des séreuses; plusieurs pourtant offrent 9 à 12 noyaux semblables à ceux du pus ordinaire.

IV. — Pathologie des animaux.

DE LA TORSION DE LA MATRICE CHEZ LA VACHE; par M. Arm. Goubaux.

Depuis quelques années, l'attention des vétérinaires a été attirée sur un accident qui se remarque assez fréquemment chez les femelles de l'espèce bovine. Cet accident, qui consiste dans une torsion simple ou multiple de la matrice, ne se fait remarquer que chez les vaches pleines, et met un obstacle complet à la parturition.

Si la torsion de la matrice est reconnue, il faut avoir recours à différents moyens, dont je n'ai pas l'intention d'étudier ici la valeur relative pour remettre la matrice dans sa position normale; si elle est méconnue, elle entraîne nécessairement la mort des animaux.

Dans la communication que j'ai l'honneur de faire aujourd'hui à la Société de biologie, je m'occuperai seulement de faire connaître les raisons de la production de cet accident, et, pour qu'on puisse bien comprendre, je rappellerai d'abord rapidement la disposition de la matrice chez la vache.

Cet organe a une forme générale qui est à peu près la même que chez la jument; il en diffère cependant par quelques caractères particuliers. Je n'insisterai ici que sur *deux* de ces caractères différentiels, à savoir : 1° le sens dans lequel les cornes sont contournées, et 2° le mode suivant lequel l'organe est suspendu par ses ligaments larges.

1° Les cornes de la matrice sont coniques et se continuent, en s'effilant, avec les trompes de Fallope ou les oviductes; elles sont divergentes en avant, en bas et en dehors, de sorte que leur bord supérieur est convexe, tandis que leur bord inférieur est concave. Mais comme chacune des cornes est contournée sur elle-même, ainsi que je l'ai dit précédemment, il est évident que le bord concave est d'abord inférieur, puis postérieur; tandis que le bord convexe, examiné dans le même ordre, on d'arrière en avant, est d'abord supérieur, puis antérieur.

2° Les ligaments larges ou suspenseurs de la matrice, assez généralement, ne présentent pas la même largeur d'avant en arrière du côté gauche et du côté droit. L'un vient, par exemple, de la face interne du flanc, tandis que celui du côté opposé prend naissance au-dessous ou plutôt en regard de la face interne de l'angle externe de l'iléum. Quelquefois ils prennent naissance dans le même point, à droite et à gauche. Quel que soit, du reste, leur point de départ, il est constant que ces ligaments ne présentent dans leur ensemble, ainsi que l'a dit M. Chauveau, une sorte de soupente triangulaire, dont les deux angles antérieurs sont attachés l'un à gauche et l'autre à droite, aux endroits que j'ai indiqués précédemment, tandis que l'angle postérieur répond à la cavité pelvienne. Chacun de ces ligaments se porte donc de haut en bas, de dehors en dedans, pour venir se terminer sur le bord inférieur ou concave de chacune des cornes de la matrice. Comme on le voit, les cornes de la matrice de la vache sont suspendues d'une manière complétement différente de celles de la jument. On observe la même disposition chez les bêtes dans les diverses conditions physiologiques, c'est-à-dire chez celles qui sont pleines comme chez celles qui ne le sont pas; mais je reviendrai tout à l'heure sur une particularité qu'il est important de signaler, relativement au bêtes pleines. J'aborde maintenant l'explication anatomique de la torsion de la matrice.

Si nous admettons *à priori*, ce qui n'est pas toujours fondé, ainsi que je le dirai tout à l'heure, que, pendant la gestation, les cornes de la matrice et les ligaments larges de cet organe se développent dans les mêmes rapports, il est évident que l'utérus, tendu ou suspendu entre deux forces égales et opposées, restera en équilibre, et qu'il ne pourra y avoir de torsion qu'autant que l'une des forces sera détruite, ou que l'un des deux ligaments aura été déchiré. Voilà une première explication qui n'est pas aussi théorique qu'on pourrait le croire tout d'abord, il y a peu de faits qui viennent la corroborer; mais nous avons observé, de concert avec M. H. Bouley, un exemple de déchirure d'avant en arrière du ligament suspenseur de la matrice du côté gauche, chez une vache qui succomba des suites de la torsion du corps de la matrice, au mois de septembre 1845. C'est le seul fait dans lequel on ait observé la déchirure d'un des ligaments suspenseurs de la matrice; je suis donc autorisé à dire que ce n'est pas dans de telles conditions que cet accident se manifeste. (Le fait dont je viens de parler est inédit.)

Il ne m'appartient pas de faire connaître dans quelles conditions la torsion de la matrice se manifeste; je ne sais si c'est lorsque les animaux, glissant des deux pieds de derrière, s'accumulent sur le sol, ou bien si c'est lorsque, étant couchés, ils se retournent d'un côté ou de l'autre; il n'y a rien de bien certain encore aujourd'hui à cet égard.

J'arrive à l'explication de cet accident, basée sur l'examen des pièces anatomiques. Avant de faire connaître mon opinion, je rappellerai celle de M. Chauveau qui s'appuie sur la même observation, et l'on pourra alors juger de leur différence.

M. Chauveau, dans un travail sur la Disposition anatomique, dans la vache, de l'utérus et des ligaments sous-lombaires, considérés sous le rapport chirurgical (castration et torsion du col de la matrice), inséré dans le Recueil de médecine vétérinaire (année 1848, p. 434), a écrit ce qui suit :

« Si maintenant l'on considère que les ligaments sous-lombaires ont, pendant
» la gestation, acquis un très-grand développement; que la corne opposée à celle
» dans laquelle est contenu le fœtus a très-peu augmenté de volume, on com-
» prendra l'enroulement de cette dernière autour du ligament qui le soutient, et
» la *torsion complète du col de l'utérus*.

» De cette explication, il suit que l'inversion de la matrice doit toujours avoir
» lieu de dedans en dehors et de bas en haut. »

L'explication de M. Chauveau n'est pas tout à fait exacte, et je suis convaincu que si cet auteur avait eu observé un plus grand nombre d'animaux, à l'époque où il écrivait son travail, son explication n'eût pas été la même.

En effet, voici ce qui résulte pour moi de l'examen des cadavres d'un certain nombre de vaches mortes avec des torsions de la matrice, et d'expériences faites directement sur d'autres cadavres de vaches pleines que j'ai coupées en travers, au niveau de la partie antérieure de la région lombaire, et que j'ai suspendus pour mettre les parties à peu près dans leur position normale. Il résulte pour moi, dis-je, que c'est à cause du développement considérable qu'acquièrent les cornes de la matrice dans le sens de leur longueur, relativement à celui des ligaments suspenseurs de la matrice, qui augmentent bien aussi de longueur, mais qui n'augmentent pas de largeur d'avant en arrière, leurs points d'attache à la face interne du flanc et à la face interne de l'iléum étant invariablement les mêmes, que la matrice de la vache peut se tordre sur elle-même. Je me résume :

Ce n'est pas parce qu'une corne de l'utérus, celle qui contient le fœtus, se développe plus que l'autre; ce n'est pas parce que l'un des deux ligaments est, pendant la gestation, plus long que celui du côté opposé, puisque la torsion a lieu aussi bien de droite à gauche que de gauche à droite, et que le fœtus est situé le plus ordinairement dans la corne droite : c'est parce que, par suite du développement des cornes de la matrice pendant la gestation, les cornes de la matrice débordent beaucoup en avant leur moyen de suspension ou d'attache, et que les ligaments suspenseurs sont rejetés tout à fait en arrière, que la torsion de la matrice est possible chez la vache. Il suffit, pour avoir la preuve que ce que j'avance repose sur l'observation, de faire une expérience que j'ai faite plusieurs fois, et que j'ai faite cette année encore à ma leçon, de couper un cadavre en travers, au niveau de la partie antérieure de la région lombaire, et de le suspendre, afin de mettre les parties dans leur position normale. Dans cette position, il est extrêmement facile de faire opérer à la matrice un mouvement de rotation sur elle-même, soit de gauche à droite, soit de droite à gauche, et plusieurs fois de suite, de manière à produire une torsion compliquée, analogue à celle que j'ai observée une fois avec M. H. Bouley, où la matrice *avait décrit trois tours et demi de torsion*.

J'ajouterai encore quelques mots relativement à la torsion du col de la matrice : c'est que l'expression dont on s'est servi jusqu'à présent n'est pas exacte. Cette torsion n'a pas lieu sur le *col* de cet organe; elle commence toujours sur le *corps*. Elle est plus ou moins étendue; elle se compose d'un ou de plusieurs tours : de là vient qu'en introduisant la main dans le vagin, on sent un repli dirigé soit dans un sens, soit dans l'autre, qui sert à faire reconnaître de quel côté la torsion a eu lieu. Il serait donc plus exact de dire *torsion de la matrice* seulement, ou du *corps de la matrice*, que torsion du col de la matrice, cet accident n'étant jamais limité au col, ainsi que je l'ai vu à l'ouverture de quelques cadavres, et aussi dans les expériences que j'ai faites sur des vaches pleines. (16 avril.)

V. — Botanique.

Note sur une galle végétale africaine; par MM. Laboulbène et Amblard.

M. Laboulbène, au nom de M. Amblard et au sien, met sous les yeux de la Société une *galle végétale* développée sur une branche de *quercus numida*, Lin., var. *mirbecki* (Bory Saint-Vincent) de nos possessions françaises d'Afrique (Kabylie). Cette galle, sciée en long et en travers, est formée par un tissu extrêmement compacte, très-dur. Elle provient manifestement d'une feuille modifiée, ainsi que le prouvent son insertion sur la tige et les fibres ligneuses qui se répandent dans son intérieur.

En desséchant la plante, cette galle a été un peu aplatie dans l'herbier; elle paraît toutefois avoir été globuleuse et couronnée par une rangée circulaire de mamelons assez gros et peu saillants. Le diamètre est de 2 centimètres environ. Le tissu est brun chocolat, très-dur, comme il a été dit, et vers le centre on trouve les traces jaunâtres d'une cavité oblitérée par la compression, ne renfermant aucun débris d'insecte.

Ces renseignements, encore bien incomplets, pourront aider à des recherches ultérieures, qui mettront sur la voie de l'insecte produisant cette galle.

Compte rendu des séances pendant le mois de juin 1853.

I. — Anatomie normale.

Note sur les ganglions et les vaisseaux lymphatiques du dromadaire (camelus dromedarius); par M. Arm. Goubaux.

Nous avons fait quelques remarques sur les ganglions et les vaisseaux lymphatiques du dromadaire que nous croyons devoir signaler; car elles peuvent avoir quelque importance au point de vue de l'application des connaissances anatomiques.

Les vaisseaux lymphatiques sont en général très-visibles. Dans plusieurs endroits, ils avaient un volume considérable, et nous avons pu les disséquer facilement d'un groupe à un autre groupe de ganglions.

Ceux de l'entrée de la poitrine des deux côtés, les inguinaux ou du fourreau et les lombaires des deux côtés, étaient malades dans quelques endroits et contenaient des vers nombreux (*filaires*). Nous avons trouvé des vers semblables dans la glande lacrymale du côté gauche, dans le poumon, dans le sang, etc. MM. Gruby et Delafond nous ont demandé à s'associer à nous pour faire une étude complète de ces hématozoaires.

De même que chez le bœuf, les ganglions lymphatiques sublinguaux n'existent pas.

Les ganglions qui peuvent être facilement explorés sont : 1° ceux de l'entrée de la poitrine qui sont compris dans l'angle formé par le sterno-huméral et le mastoïdo-huméral, 2° ceux du fourreau.

2° Observations relatives a la membrane allantoïde chez la vache; par le même.

Dans une brochure publiée en 1845 sur les Annexes du fœtus dans les principales espèces domestiques, M. Lecoq a inscrit les lignes suivantes : « Dans les
» enveloppes d'un fœtus de vache disséqué le 24 octobre 1843, il existait, outre
» l'allantoïde développée comme à l'ordinaire, un autre sac membraneux, ad-
» hérant à la face interne de la portion du chorion correspondant au corps du
» fœtus, et figurant une seconde allantoïde avortée.

» Ce sac supplémentaire, à parois absolument analogues à celles de l'allantoïde, présentait, comme celle-ci, deux cornes inégales en longueur, irrégulièrement bosselées, et partant d'un point de réunion qui, au lieu de se continuer par un ouraque, formait une petite bosse, adhérant d'une manière intime au chorion, duquel le reste de ce sac se séparait facilement.

» Cette allantoïde supplémentaire renfermait quelques gouttes d'un liquide un peu trouble et jaunâtre. Sa longueur totale était de 46 centimètres, et son diamètre le plus large de 35 millimètres. »

Au mois de février 1842, sur une pièce qui servit pour une leçon, Rigot et moi nous avions fait une observation à peu près semblable à celle de M. Lecoq.

Le 4 mars 1843, j'ai trouvé encore une pièce analogue. L'une des branches de l'allantoïde était beaucoup plus courte que l'autre, et à une certaine distance de l'extrémité de la corne la plus courte, il existait un sac de forme ovoïde, contenant environ 5 décilitres de liquide jaunâtre, en tout semblable, par ses propriétés physiques, à celui de l'allantoïde qui communiquait avec l'ouraque. Ce sac supplémentaire adhérait seulement, au moyen du tissu cellulaire, à la face interne du chorion. Les extrémités correspondantes de l'allantoïde et de ce sac étaient blanches et avaient une certaine épaisseur qui les rendait opaques. Je fus porté à croire que ce sac supplémentaire n'était que l'une des cornes de l'allantoïde, qui, par une cause quelconque, aurait été divisée.

M. Lecoq avait fait déjà une supposition relativement à cette anomalie, et il disait : « Cette anomalie ne pourrait-elle pas contribuer à faire regarder le développement de l'allantoïde comme précédant celui du fœtus, et par conséquent le liquide de ce réservoir comme pouvant contribuer à la nutrition du jeune sujet, dans les premiers temps de son existence? »

Je ne chercherai pas à résoudre la question posée par M. Lecoq; je ferai seulement connaître à la Société un fait que j'ai observé le 10 mars 1853, et qui, suivant moi, donne l'explication des anomalies dont je viens de rapporter plusieurs exemples. J'ai trouvé une allantoïde dont une des cornes était le siége, vers le milieu de sa longueur, d'un rétrécissement considérable, sorte d'étranglement avec épaississement de la membrane qui permettait à peine le passage d'un tuyau de plume de volume ordinaire de l'allantoïde principale dans le reste de cette corne. Il est probable que si cette pièce avait été examinée à une époque plus avancée de la gestation, j'aurais trouvé une allantoïde supplémentaire, une sorte d'allantoïde libre n'ayant plus aucune communication avec l'ouraque.

Il restera à savoir maintenant quelle est la cause de ce rétrécissement de l'allantoïde, et je termine en disant que ces anomalies ne doivent être considérées autrement que comme le résultat d'une division de l'allantoïde elle-même.

II. — Physiologie.

1° EXPÉRIENCES INSTITUÉES POUR DÉTERMINER DANS QUELLES CONDITIONS CERTAINES SUBSTANCES, QUI SONT HABITUELLEMENT GARDÉES PAR LE SANG, PASSENT DANS L'URINE; par M. Cl. Bernard.

M. Bernard donne l'analyse de quelques expériences qu'il a entreprises pour rechercher quelles sont les conditions dans lesquelles certaines substances, qui sont habituellement gardées par le sang, passent dans l'urine. On sait que lorsqu'un animal est en pleine digestion, son sang contient une certaine quantité de sucre, et cependant ce sucre ne passe pas alors dans l'urine; mais si l'on vient à diminuer, par une évacuation sanguine, la masse du sang de ce même animal, son urine sera bientôt sucrée.

On peut remplacer l'effet de la digestion, quant à la production du sucre, par une injection directe d'une certaine quantité de cette substance dans le sang des animaux; on peut même calculer à l'avance la quantité de matière sucrée qu'il faudra injecter à un animal d'un poids déterminé, pour que le sucre ne passe pas dans l'urine. M. Bernard a remarqué que cette quantité est d'un demi-gramme pour un lapin du poids de 2 kilogrammes. M. Bernard a donc pris deux lapins à jeun, du poids de 2 kilogrammes chacun; à l'un de ces lapins, qui n'avait été soumis à aucune évacuation sanguine, il a injecté 1 demi-gramme de sucre. Il n'a pu constater dans l'urine de cet animal l'existence de la moindre quantité de sucre. L'autre lapin, après avoir été saigné, a été soumis à la même expérience que dans le cas précédent; mais cette fois une certaine quantité de sucre a rapidement passé avec l'urine.

L'explication de ces phénomènes paraît assez simple : en soustrayant du sang à un animal, on le rend pour ainsi dire moins volumineux. Or on sait qu'un petit animal est empoisonné par des doses de substances toxiques qui sont aisément supportées par de grands animaux de la même espèce; on sait aussi qu'un animal qui a été saigné ne supporte plus la même dose de poison qu'il pouvait supporter avant l'évacuation sanguine. Jusqu'ici ces faits avaient été interprétés de la manière suivante : la saignée, disait-on, en soustrayant une certaine quantité du sang contenu dans les vaisseaux, diminue la pression que le sang exerce sur les parois de ces vaisseaux, et rend par conséquent plus facile l'absorption des substances toxiques.

On peut admettre que cette explication est au moins incomplète, puisque, chez les animaux qui ont été soumis aux expériences de M. Bernard, la substance à étudier a été directement introduite dans le torrent circulatoire.

2° SUR LA PNEUMONIE QUI SURVIENT CHEZ LES ANIMAUX AUXQUELS ON A COUPÉ LES NERFS PNEUMOGASTRIQUES A L'ORIGINE DU COU; par le même.

M. Bernard a institué quelques nouvelles expériences pour rechercher par quel mécanisme se produit la pneumonie qui survient chez les animaux auxquels on a coupé les nerfs pneumogastriques au cou. M. Bernard a reconnu que, contrairement à l'opinion généralement admise, les poumons de ces animaux reçoivent beaucoup plus d'air qu'ils n'en recevaient avant la mutilation. Ainsi, tandis qu'un lapin sur lequel on n'a pas opéré absorbera 20 centimètres cubes d'air, un autre lapin de même taille, auquel on aura coupé les deux nerfs pneumogastriques, en absorbera, dans le même espace de temps, 32 centimètres cubes. C'est dans cette inspiration exagérée d'air atmosphérique que gît la cause de la pneumonie qui survient en pareil cas. L'inflammation du poumon paraît alors inévitable. En effet, les cellules pulmonaires, distendues à l'excès, se rompent; un emphysème extravésiculaire succède à l'emphysème vésiculaire; les vaisseaux sanguins rupturés versent du sang dans le parenchyme. L'inflammation survient alors. M. Bernard a remarqué que plus les animaux sur lesquels on opère sont âgés, plus les vésicules pulmonaires résistent à la distension causée par l'inspiration excessive d'air atmosphérique. Aussi, chez ces derniers animaux, la pneumonie consécutive à la section des nerfs pneumogastriques est-elle plus rare.

III. — Pathologie et anatomie pathologique de l'homme.

1° NOUVELLE APPLICATION DE L'AUSCULTATION AU DIAGNOSTIC DE L'HYDROCÉPHALIE PENDANT LE TRAVAIL; par M. Blot.

J'ai eu deux fois occasion, pendant mon internat à la Maternité de Paris, de faire une nouvelle application de l'auscultation obstétricale au diagnostic de l'hydrocéphalie pendant le travail. Voici en quoi consiste le fait en question.

Deux fois, dans des cas d'hydrocéphales assez volumineuses pour mettre obstacle à l'engagement de la tête au détroit supérieur, j'ai constaté que le *maximum d'intensité* des bruits du cœur fœtal répondait à un point très-élevé de l'abdomen : une fois au niveau de l'ombilic, une autre fois un peu au-dessous de ce point, c'est-à-dire à la hauteur à laquelle on le perçoit d'ordinaire dans les présentations de l'extrémité pelvienne. En même temps le toucher faisait reconnaître les signes d'une présentation de l'extrémité céphalique.

Ces faits m'ont paru intéressants, et j'ai cru devoir les rapporter ici; car ils ne sont signalés nulle part, pas même dans l'excellent Traité d'auscultation obstétricale de notre savant collègue M. Depaul. Si l'on ne pouvait en tirer rien d'utile pour la pratique, je n'en aurais pas tenu compte; mais de cette notion nouvelle découlent, ce me semble, deux conséquences qu'il est bon de ne pas ignorer :

1° Cela peut devenir une cause d'erreur dans le diagnostic des présentations, alors que ce diagnostic ne peut être porté qu'au moyen de l'auscultation seule. On pourrait alors, en effet, croire, dans ces cas, à une présentation du siége, tandis que c'est la tête qui s'offre la première au détroit supérieur.

2° Et, c'est le point le plus important, on pourra, par la réunion des données que je viens d'indiquer (présentation du sommet reconnue par le toucher, coïncidant avec le maximum des bruits du cœur au niveau ou même au-dessous de l'ombilic), on pourra, dis-je, être presque certain qu'on a affaire à une tête volumineuse et très-probablement à une hydrocéphale. L'hydrocéphalie est, en effet, la cause de beaucoup la plus fréquente de l'augmentation de volume de la tête fœtale.

Pour que ce signe ait toute sa valeur, il faut préalablement s'être assuré de la bonne conformation du bassin. Le défaut d'engagement de la tête peut, en effet, dépendre aussi bien de l'étroitesse du bassin que du volume trop considérable de la tête.

En résumé, le principal but de cette communication est de fournir un nouveau moyen de reconnaître l'hydrocéphalie au début du travail, chose en général difficile, comme le prouve l'observation clinique. Ceux qui suivent assidûment des services d'accouchement ont pu se convaincre comme moi de la vérité de cette proposition. M. P. Dubois ne manque jamais de le dire chaque fois qu'il en trouve l'occasion. Qu'en résulte-t-il? C'est que cette cause de dystocie reste méconnue fort longtemps, et qu'on laisse marcher le travail, dans l'espoir de voir l'accouchement se terminer spontanément. Or, chacun le sait, il n'est pas indifférent de laisser le travail se prolonger inutilement. Tout le monde connaît les accidents qui peuvent en résulter pour la femme, et je n'ai pas besoin de les rappeler ici. Ainsi donc, au point de vue purement pratique, la nouvelle application de l'auscultation obstétricale que je viens de signaler a une importance réelle, puisqu'elle permettra à l'accoucheur de diagnostiquer, *en temps opportun*, une cause de dystocie contre laquelle il pourra diriger à temps des moyens qui éviteront à la femme confiée à ses soins des douleurs inutiles, quelquefois même des dangers très-grands.

Je sais bien que les signes que je viens d'indiquer pourraient se retrouver dans certains cas de grossesses doubles; mais alors de deux choses l'une : ou bien les deux fœtus seront vivants, et on aura deux maximum des bruits du cœur, ou bien l'un des fœtus aura cessé de vivre, et l'erreur sera possible, pourvu toutefois que ce soit celui des deux fœtus qui se présente le premier qui ait succombé, et encore le plus souvent sa tête sera trop engagée dans l'excavation pelvienne pour qu'on puisse rapporter les battements qu'on perçoit au niveau ou au-dessus de l'ombilic à autre chose qu'à un second fœtus placé au-dessus de celui dont on sent la tête par le vagin.

2° ÉRUPTION VARIOLIQUE CONFLUENTE; GROSSESSE DE SIX MOIS; ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ A SIX MOIS ET DEMI DE LA GROSSESSE, LONGTEMPS APRÈS LA CONVALESCENCE DE LA MÈRE; FOETUS PRÉSENTANT DE NOMBREUSES PUSTULES VARIOLIQUES AVEC ULCÉRATION DU DERME, ET DEUX PETITS ULCÈRES DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DE L'ESTOMAC; par M. Charcot.

La nommée Sarah Doolen, âgée de 25 ans, née en Irlande, femme de chambre, entre à l'hôpital de la Charité le 16 avril 1853, salle Sainte-Anne, n° 19, service de la clinique.

Cette femme paraît robuste; elle assure jouir habituellement d'une bonne santé. Elle n'a jamais été vaccinée; elle assure avoir eu, vers l'âge de 11 ans, le chicken-pox; mais cela paraît peu probable, car, d'après son récit, les pustules auraient alors occupé exclusivement le front et le cuir chevelu et leur développement n'aurait pas été accompagné de fièvre. Elle n'a jamais été atteinte ni de la rougeole, ni de la scarlatine. Elle n'a été réglée qu'à 18 ans; depuis cette époque, les règles paraissent habituellement d'une manière régulière et durent cinq jours, en moyenne.

Sarah Doolen habite la France depuis deux ans et demi; elle devint enceinte il y a six mois et demi environ. Elle était à cinq mois et demi de sa grossesse lorsqu'elle fut prise tout à coup de frissons, de courbature, de vomissements. Elle dut s'aliter le 19 mars dernier, et bientôt une éruption variolique confluente régulière se manifesta. Tout porte à croire que cette affection a été assez grave. La figure a été extrêmement tuméfiée; les paupières ont été complétement closes pendant plusieurs jours, et pendant trois jours il s'est déclaré de l'aphonie et une grande gêne de la respiration. Vers la fin de la maladie, il s'est manifesté une salivation abondante. L'affection variolique paraît avoir duré en tout dix-sept jours. L'éruption est apparue au bout de trois jours. La malade assure que pendant son cours elle n'a jamais éprouvé de délire.

Dix jours après le début, l'enfant, qui avait commencé à remuer vers le quatrième mois de la grossesse, se livra à des mouvements beaucoup plus énergiques que d'habitude; puis ces mouvements se ralentirent de jour en jour, et vers le 10 avril, c'est-à-dire vingt-deux jours environ après le début de la variole, ils cessèrent complétement. A cette époque, les pustules étaient, depuis plusieurs jours déjà, en pleine dessiccation, et la malade commençait à prendre quelques aliments.

La malade entre à l'hôpital de la Charité, le 16 avril, pour y être traitée d'une ophthalmie, reliquat de l'affection variolique et siégeant à l'œil gauche. La face est encore couverte de croûtes épaisses. Mais il n'existe pas la moindre fièvre, et la malade mange d'un bon appétit. L'utérus remonte à trois travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic; il est flasque, et l'on sent à travers ses parois des parties du fœtus qui se présentent toujours les mêmes aux examens ultérieurs. La malade ne perçoit aucun mouvement de l'enfant; elle n'éprouve même aucune sensation de choc lorsqu'elle se couche soit sur le côté droit, soit sur le côté gauche. Elle reconnaît que son ventre est plus plat qu'il ne l'était avant le début de sa maladie. Elle n'éprouve aucune incommodité; elle digère bien et n'éprouve pas de fièvre le soir. L'auscultation abdominale, répétée à plusieurs reprises, n'a jamais permis d'entendre soit les battements du cœur du fœtus, soit même le souffle placentaire.

Le 4 mai au matin, la malade, qui jusqu'ici n'a jamais souffert du ventre, éprouve quelques douleurs dans les reins et dans le bas-ventre. A cette époque déjà, le col utérin est dilaté et permet facilement l'introduction du doigt. Le 4, pendant la nuit, les douleurs deviennent plus vives et plus rapprochées. Le 5 au matin, vers dix heures, l'accouchement s'opère spontanément et sans accident; mais à la suite de douleurs assez vives, vingt-quatre jours environ après l'époque présumée de la mort du fœtus. Il s'est écoulé pendant l'accouchement des eaux teintes en brun roux, mélangées de méconium, mais ne présentant pas de fétidité notable.

Examen du foetus. — Le fœtus est du sexe mâle et présente 35 c. de long. Il n'exhale pas d'odeur fétide. Mais en raison de la macération prolongée à laquelle il paraît avoir été soumis, son épiderme s'enlève avec une grande facilité. Toutefois les altérations qu'il présente ne sont pas telles que nous ne puissions recueillir les détails qui suivent :

Thorax. Les deux plèvres sont remplies de sérosité sanguinolente. Les poumons sont parfaitement sains; il en est de même du thymus. Le cœur est sain; ses ventricules vides de sang. Foie à l'état normal, ainsi que la rate et les reins. La cavité péritonéale est remplie d'une sérosité brune. Les intestins ne présentent à leur face interne rien qui soit digne d'être noté; mais nous trouvons à la face interne de l'estomac, dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, deux ulcérations du diamètre d'une tête d'épingle et parfaitement arrondies; l'une d'elles siége dans le grand cul-de-sac de l'estomac; l'autre au voisinage de la région pylorique. L'œsophage, le pharynx, le larynx, la trachée, ne présentent pas traces de pustules ou d'ulcérations.

Tégument externe. On y rencontre des pustules de diverses grandeurs, d'aspect divers et qui sont groupées de la manière suivante : huit pustules peu volumineuses se rencontrent sur le cuir chevelu, douze à quinze pustules sur la face, dont quatre au pourtour de l'œil droit, six au pourtour des lèvres, au voisinage des narines, et deux à la partie antérieure de l'oreille gauche. Le cou ne présente pas de pustules aux régions antérieure et postérieure; mais on en voit de nombreuses et de volumineuses sur ses régions latérales, surtout au niveau du pavillon de l'oreille. Elles sont disposées de la manière suivante : groupe arrondi de sept pustules au-dessous de l'oreille droite; groupe également arrondi de huit pustules, dont deux très-volumineuses et les autres petites au-dessous de l'oreille gauche; ces groupes occupent presque toute l'étendue des régions latérales du cou; mais ils sont plus rapprochés du pavillon de l'oreille que du moignon de l'épaule.

Région thoracique antérieure : deux volumineuses pustules symétriquement disposées au centre des régions pectorales de chaque côté. Région abdominale antérieure : dix pustules disséminées irrégulièrement, dont trois très-volumineuses. Régions thoracique et abdominale postérieures : cinq pustules volumineuses disséminées; une de ces pustules, très-large (7 millim. en diamètre), paraît formée par la réunion de plusieurs pustules secondaires, et occupe la partie centrale de la région lombaire. Trois petites pustules existent sur la région antérieure du scrotum. Cinq grandes pustules sont disséminées sur les fesses. Le membre supérieur gauche présente douze pustules volumineuses, dont deux seulement occupent la face interne du membre. Membre thoracique droit : quatre petites pustules seulement, dont trois sur le moignon de l'épaule, et une sur la partie externe et supérieure de l'avant-bras. Membres abdominaux : côté droit, cinq pustules disséminées, dont deux à la partie interne et antérieure. Membre gauche : sept pustules, dont trois forment un groupe qui siége au tiers inférieur de la partie postérieure et externe de la jambe. Il n'existait pas de pustules aux extrémités supérieures ou inférieures.

Les pustules, avant l'ablation de l'épiderme, étaient presque toutes ombiliquées, bien dessinées et d'une couleur d'un blanc mat. En détachant l'épiderme, on enlevait avec lui le disque pseudomembraneux, et l'on trouvait toujours, dans l'épaisseur du derme, une ulcération arrondie, taillée à pic, plus ou moins profonde et plus ou moins étendue en surface. Les plus grandes de ces ulcérations avaient environ de 4 à 5 millim. de diamètre; les plus petites, 1 ou 2 millim. seulement; quelques-unes intéressaient toute l'épaisseur du derme, et l'on voyait dans leur fond le tissu graisseux sous-cutané ou même les muscles superficiels; dans d'autres le tissu graisseux était séparé de l'ulcération par une fine membrane transparente qui en formait le fond.

Dans la plupart des cas, au voisinage des ulcérations, les follicules pileux étaient hypertrophiés. Dans aucune des ulcérations on n'a remarqué l'existence d'un travail de cicatrisation commençant. Mais quelques-unes d'entre elles étaient remplies par une sorte de bourbillon jaunâtre, de consistance caséeuse, moulé sur la cavité de l'ulcère, et s'enlevant toujours avec la plus grande facilité. En règle générale, l'ulcération du derme avait une forme légèrement conique, le fond de l'ulcération étant plus petit que sa surface extérieure.

J'ai l'honneur de rappeler à la Société que, dans une autre circonstance, j'ai eu l'occasion de donner quelques détails sur la structure des pustules varioliques d'un fœtus. (Voir Compte rendu de la Société de biologie, pour avril 1851.)

3° Sur un foetus agé de 6 mois et demi, qui présentait des cicatrices de pustules varioliques; par M. Depaul.

La nommée Macloumi Hubert, âgée de 26 ans, couturière, entre à la clinique de la Faculté le 30 novembre 1840. Cette femme, qui paraît d'une bonne constitution, assure qu'elle n'a pas cessé d'être réglée très-régulièrement depuis l'âge de 14 ans.

Un premier accouchement s'est fait spontanément et à terme, après une grossesse rendue pénible par de la gastralgie, des vomissements et des syncopes fréquentes.

Pendant la grossesse actuelle, cette femme n'avait pas éprouvé d'accidents analogues, lorsque, vers le cinquième mois et demi environ, elle contracte la variole. Au début de l'éruption, les seins se seraient gonflés et quelques picotements s'y seraient fait sentir; les mouvements actifs du fœtus auraient été perçus jusqu'au 27 novembre, environ sept jours après la cessation de la fièvre éruptive; mais ces mouvements étaient alors beaucoup plus faibles qu'avant le début de cette affection.

Le 30 novembre, à trois heures du soir, l'accouchement se fait spontanément, par les pieds, immédiatement après la rupture des membranes et après un travail de douze heures. La position était calcanéo-iliaque gauche.

L'enfant mort-né offrait un développement de 6 mois environ. La surface de son corps présentait un certain nombre de taches jaunâtres, ayant la forme et la dimension d'une petite lentille. Les points du derme correspondant à ces cicatrices paraissaient indurés et épaissis. Les cicatrices étaient assez nombreuses; ainsi on en comptait, au côté gauche du dos, 9; au côté droit, 4; à la face antérieure du thorax, 5; dans l'aisselle gauche, 1; dans l'aisselle droite, 2; sur le front, 15; on en observait en outre une très-grande sur le nez, au-dessous de l'aile gauche.

Il n'en existait ni dans le pharynx, ni dans le larynx, ni dans l'œsophage.

Aucune lésion intestinale n'a été remarquée.

Le 1er décembre, vingt-quatre heures après l'accouchement, calme général, pouls normal; rebord de l'utérus à un pouce au-dessus de l'ombilic, peu dur, non sensible à la pression; pas de tranchées utérines.

La face, et le reste de la surface du corps de cette femme présentaient de nombreuses cicatrices, inégales, enfoncées, traces de l'éruption variolique, qui paraît avoir été confluente.

La malade sortit de l'hôpital le 14 décembre. Elle était alors parfaitement rétablie.

IV. — Pathologie et anatomie pathologique des animaux.

1° Lésions trouvées a l'autopsie d'un cheval affecté d'un éparvin sec; par M. Arm. Goubaux.

Dans deux communications faites antérieurement, à la Société de biologie, j'ai eu l'occasion de montrer des pièces que j'avais recueillies sur des chevaux affectés d'*éparvin sec;* les lésions que j'ai constatées dans chacune de ces circonstances se rapportent à celles de l'arthrite sèche ou à l'arthrite rhumatismale chronique. Depuis, j'ai observé encore un cheval qui présentait les mêmes symptômes, c'est-à-dire une flexion brusque et saccadée du pied entier sur la jambe, mouvement de flexion qu'on désigne sous le nom de *harper*. Voici cette observation :

Le jeudi 26 mai 1853, un petit cheval très-vieux fut amené à l'école d'Alfort, pour servir au cours pratique des opérations chirurgicales; il *harpait* du membre postérieur gauche d'une manière remarquable. Cet animal ne présentait aucune lésion apparente autour des articulations.

A l'autopsie, qui fut faite immédiatement après la mort, voici les lésions que j'ai rencontrées dans les articulations du membre postérieur gauche.

Les articulations coxo-fémorale et fémoro-rotulienne étaient saines.

ARTICULATION FÉMORO-TIBIALE. — La surface articulaire supérieure et interne du tibia, dans la portion où elle répond à l'extrémité inférieure du fémur par l'ouverture du ménisque, est très-légèrement altérée; la surface cartilagineuse est tomenteuse, et, dans quelques autres endroits, elle est comme rongée dans sa partie la plus superficielle.

Le fémur, dans la partie correspondante, ne présente aucune altération, et il n'y a rien autre chose à noter dans cette articulation.

ARTICULATION TIBIO-ASTRAGALIENNE. — Sur le tibia, il existe, vers la partie moyenne du relief antéro-postérieur qui sépare les deux gorges l'une de l'autre, une absence complète de cartilage diarthrodial dans une étendue d'un centimètre et demi d'avant en arrière, sur un demi-centimètre de large. Cette altération constitue une sorte d'ulcération dont le fond est assez vasculaire.

Dans le fond de la gorge de l'astragale, on remarque une lésion semblable à celle de l'extrémité inférieure du tibia, mais ses dimensions ne sont pas les mêmes : elle a environ 4 centimètres d'avant en arrière, et sa largeur, très-irrégulière, est d'un demi-centimètre dans l'endroit le plus large. Du reste, cette ulcération présente les mêmes caractères.

ARTICULATIONS INTER-TARSIENNES. — Les faces par lesquelles le scaphoïde et le grand os cunéiforme se correspondent présentent aussi des altérations. Le cartilage diarthrodial n'a plus sa couleur normale; il est jaunâtre, comme rongé à sa circonférence et dans quelques points de sa surface. Ce sont là, avec moins de développements, les lésions qu'a indiquées M. H. Bouley pour l'éparvin; seulement ici il n'y a aucune lésion apparente au pourtour ou à l'extérieur du jarret.

ARTICULATION MÉTATARSO-PHALANGIENNE. — Aucune lésion.

ARTICULATION DE LA PREMIÈRE AVEC LA DEUXIÈME PHALANGE. — L'extrémité inférieure de la première phalange présente une petite altération de sa surface articulaire : elle est située vers la partie postérieure de sa gorge médiane, et présente les mêmes caractères que celle de l'extrémité inférieure du tibia.

La face supérieure de la deuxième phalange ne présente aucune altération.

ARTICULATION DE LA DEUXIÈME AVEC LA TROISIÈME PHALANGE. — L'extrémité inférieure de la deuxième phalange porte une petite ulcération de sa surface cartilagineuse au même point que la première phalange. Cette altération est seulement un peu plus étendue.

Au point correspondant, la troisième phalange présente une semblable lésion, mais elle est un peu plus petite.

La face antérieure ou supérieure du petit sésamoïde est très-irrégulière; la couche cartilagineuse est complètement détruite; le tissu de l'os est à nu : c'est une véritable ulcération de toute cette surface articulaire. Le bord inférieur du même os est encore plus altéré, il paraît avoir été rongé profondément, mais d'une manière très-irrégulière.

Ces lésions, qui appartiennent toutes, quelles que soient leur étendue et leur profondeur, à l'arthrite sèche ou à l'arthrite rhumatismale chronique, m'ont paru assez remarquables pour que j'en fasse l'objet d'une communication à la Société de biologie, et cette observation, jointe à d'autres, me permettra de faire un jour un travail spécial sur une maladie qui est extrêmement commune chez le cheval, mais qui jusqu'à présent n'a été constatée qu'à l'autopsie des animaux, dans la plupart des circonstances.

2° OBSERVATION DE RUPTURE DU TENDON COMMUN AUX MUSCLES FLÉCHISSEUR DU MÉTATARSE ET EXTENSEUR ANTÉRIEUR DES PHALANGES, CHEZ UN CHEVAL; par le même.

Un cheval de réforme, assez vigoureux, est amené pour le service des opérations chirurgicales, à l'École vétérinaire d'Alfort, le 1er juin 1853. Ce cheval présente une flaccidité remarquable de la corde du jarret du membre postérieur droit. L'appui du membre sur le sol est franc. L'angle formé par la face antérieure de la jambe et du canon est un peu plus ouvert que sur le membre postérieur gauche. Pendant la marche, la corde du jarret, au lieu d'être tendue, décrit des ondulations, en raison de sa flaccidité. En définitive, cet animal présente tous les symptômes d'une rupture de la corde tendineuse du muscle fléchisseur du métatarse (*tibio-pré-métatarsien*).

A l'autopsie de cet animal, voici ce que j'ai constaté, et l'on peut voir encore aujourd'hui, sur la pièce que j'ai l'honneur de présenter à la Société de biologie, la plupart des lésions que je vais décrire.

Au-dessous de la peau, au-dessous de l'aponévrose jambière, et entre les muscles tibiaux antérieurs, il existait une infiltration séreuse jaunâtre assez abondante. Dans l'intérieur de l'articulation fémoro-tibiale, il existe un caillot sanguin déjà en partie décoloré, qui occupe le cul-de-sac de la membrane synoviale destiné à faciliter le glissement du tendon commun aux muscles fléchisseur du métatarse et extenseur antérieur des phalanges. Le tendon commun à ces deux muscles est rompu au niveau de son origine, dans l'excavation de l'extrémité inférieure du fémur. L'extrémité de ce tendon, qui tient aux muscles, est disposée à la manière d'un pinceau, les fibres qui la composent sont disjointes et séparées par un tissu cellulaire rouge et infiltré. Cette même extrémité du tendon porte plusieurs petits fragments osseux qui ont été détachés du fémur. Quelques fibres sont restées implantées dans l'excavation de l'extrémité inférieure du fémur.

Il y a aujourd'hui, dans les journaux vétérinaires, un certain nombre de faits de rupture du tendon du fléchisseur du métatarse, mais les animaux ayant été guéris après un temps variable, il n'y en a qu'un seul dans lequel on ait pu s'assurer de la lésion par l'examen du cadavre. (V. BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE, séance du 5 mars 1846. Communication de M. Bouley jeune.)

Dans cette observation de M. Bouley jeune, la corde tendineuse du fléchisseur du métatarse était seule rompue, vers le milieu de la longueur du tibia. Celle que je communique à la Société diffère donc de la précédente en ce sens que la rupture tendineuse avait eu lieu au niveau de l'origine commune à l'extenseur antérieur des phalanges et au fléchisseur du métatarse.

Quoi qu'il en soit, les symptômes de cette rupture sont toujours absolument les mêmes.

3° RUPTURE DE L'UTÉRUS CHEZ UNE CHATTE DANS LES DERNIERS MOMENTS DE LA GESTATION. (Observation et pièces anatomiques présentées à la Société de biologie, par M. P. LORAIN, interne de la Maternité.)

Une chatte multipare, âgée de 3 ans, succomba le 2 avril 1853, cinq jours après avoir mis bas. Nous en fîmes l'autopsie, et nous trouvâmes les lésions suivantes :

La paroi abdominale antérieure ayant été incisée, on voit l'utérus, dont la corne gauche, rétractée, est revenue à un petit volume, tandis que la corne droite est très-développée et paraît distendue par un corps dur. Nous remarquons en même temps qu'en plusieurs points de la cavité péritonéale, sont déposées soit sur les intestins, soit sur le foie, de petites masses albumino-fibrineuses, molles, peu adhérentes, que nous considérons comme étant la preuve d'une péritonite, quoiqu'il n'y ait pas, du reste, de liquide épanché dans la cavité du péritoine.

Si l'on veut soulever l'utérus, on voit que la corne droite, qui remonte jusqu'au colon transverse, est adhérente à cet intestin ainsi qu'au mésocolon, par l'intermédiaire d'un caillot sanguin qui fait hernie à travers une ouverture ou déchirure existant à la partie supérieure de la corne utérine. Cette déchirure a 1 centimètre de diamètre; elle est irrégulièrement circulaire, située à la partie supérieure et convexe de la corne utérine. Elle est entièrement bouchée par un caillot qui paraît se prolonger dans la cavité utérine.

L'utérus ayant été incisé, on trouve la corne gauche vide; la corne droite est distendue et remplie par un caillot sanguin solide, résistant, élastique, adhérent, lequel paraît avoir plusieurs jours d'existence. Une partie de ce caillot a passé dans la cavité abdominale par la déchirure de l'utérus. Ce caillot est donc une sorte de bouchon obturateur; il avait, ainsi que nous l'avons dit, contracté adhérence avec le péritoine. La déchirure de l'utérus, dont nous avons indiqué les dimensions, est complète; elle s'est faite aux dépens des trois tuniques. Tout autour de cette déchirure, dans une étendue d'un centimètre, l'utérus est *aminci* et comme désorganisé.

Les autres viscères n'ont présenté aucune lésion.

Voici les détails que nous avons pu recueillir sur les antécédents morbides de cet animal.

Enfermée pendant trois jours dans une chambre où elle était privée de nourriture, cette chatte dut faire les plus grands efforts pour s'échapper. Elle put enfin sortir, la porte lui ayant été ouverte, et le même jour, très-peu de temps après, elle mit bas. On n'avait jusque-là remarqué aucun signe qui indiquât que cette bête fût malade. La portée se composa de quatre petits. La délivrance fut suivie d'une hémorrhagie très-abondante. La chatte parut souffrir beaucoup. Cette hémorrhagie s'arrêta au bout de quelques heures. Le lendemain et pendant les trois premiers jours, on laissa à la mère un petit; mais la sécrétion laiteuse s'établit mal. La chatte, d'ailleurs, paraissait en proie à de vives douleurs. Elle *vomissait;* elle avait une soif ardente; sa langue était sèche, son ventre tuméfié. Elle mourut le cinquième jour après avoir mis bas. (2 juin 1853.)

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE LA MALADIE VÉNÉRIENNE; par J. HUNTER; traduit de l'anglais par G. RICHELOT; avec des NOTES et des ADDITIONS, par M. PH. RICORD. — Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée. — Paris, 1852. Chez J. B. Baillière.

TRAITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES; ouvrage théorique et pratique, rédigé d'après les documents puisés dans les leçons et dans le service de M. RICORD; suivi d'un FORMULAIRE SPÉCIAL, par le docteur MELCHIOR ROBERT. — Un vol. in-8°. — Paris, 1853. Chez Blosse, libraire, cour du Commerce, 7, faubourg Saint-Germain.

Le premier de ces deux ouvrages pourrait, sans préjudice pour son succès commercial, se passer non-seulement de nos éloges, mais même de la

simple mention que nous allons lui consacrer. Depuis longtemps répandu parmi les élèves et les praticiens, il acquit dès sa première apparition l'autorité et le crédit d'un traité infailliblement destiné à devenir classique. Depuis lors, rien n'a failli à la réalisation de ce favorable horoscope, et le goût public se modelant sur lui a élevé sa réputation aussi haut que le nom de l'auteur et celui de l'annotateur l'avaient fait pressentir.

Deux mérites distincts, presque égaux, quoique intéressants à un degré différent, recommandent cet ouvrage à l'attention du médecin. On se plaît d'abord à voir les germes de vérité semés par le génie du grand Hunter, fécondés ensuite par l'expérimentation laborieuse et persévérante de celui qui a si bien su faire, de par le contrôle clinique, la part de l'erreur et du vrai dans ce que le premier inventeur n'avait bien souvent fait qu'entrevoir. Selon les doctrines, selon les habitudes, selon les sympathies mêmes de chaque lecteur, ce qui est dû à Hunter et ce qui est dû à M. Ricord dans les découvertes récentes en syphilographie sera sans doute jugé comparativement plus ou moins considérable. Mais ce que personne ne méconnaîtra, ce qui donne au rapprochement des deux textes une valeur et un attrait incontestables, c'est le spectacle qu'il nous montre à chaque page de l'observation se substituant peu à peu au préjugé, de la saine doctrine soupçonnée d'abord et timidement énoncée, puis dépouillant graduellement les langes dont, à son berceau, toute innovation s'enveloppe, se fortifiant par l'expérience et les adhésions multipliées, devenant à son tour l'opinion dominante, et comme telle portant l'agression et le défi dans le camp d'où elle avait semblé, à son origine, dériver. Voilà la marche toute naturelle, mais des plus instructives à envisager, que nous offre sur presque toutes les questions capitales ce livre mi-partie antique et moderne. La nature de la blennorrhagie, le départ des accidents syphilitiques en primitifs, secondaires et tertiaires, leur inoculabilité et leur contagiosité respectives, l'évolution de la vérole constitutionnelle, etc., sont autant d'exemples propres à justifier par le flagrant attrait qu'ils présenteront au lecteur les remarques que nous venons d'indiquer.

Mais, il faut le reconnaître, et il convient de le proclamer, parce que c'est la vérité, et que cette vérité est une justice rendue à notre illustre compatriote, ce qui fit la fortune de ce livre, ce qui la continue encore aujourd'hui, c'est qu'il fut le dépôt unique des idées doctrinales émises par M. Ricord, idées qui régissent encore aujourd'hui la syphilographie. Soit qu'il se bornât à discuter les opinions parfois surannées de son devancier, soit qu'il volât de son propre essor, le chirurgien de l'hôpital du Midi a répandu là à pleines mains cette verve intarissable, cette sagacité judicieuse qui l'ont rendu l'arbitre en dernier ressort des systèmes rivaux. Ses doctrines jusque-là n'avaient été reproduites que par des secrétaires plus ou moins habiles, plus ou moins avoués. Le TRAITÉ DE L'INOCULATION, publié en 1838, n'envisageait les questions que sous le rapport exclusivement et un peu étroitement pratique.

Dans les notes à Hunter, le maître se substitua à ses interprètes; ce fut enfin sa pensée originale qu'il livra au jugement du public, sous une forme sommaire, il est vrai, mais lucide et parfaitement intelligible. Toutes les controverses qui, de nos jours, ont rendu cette partie de la médecine une des spécialités les plus brillantes et le plus scientifiquement cultivées, ont donc eu dans cet ouvrage leur origine et leur point de départ.

Reconnaissant de l'accueil fait à son œuvre primitive, M. Ricord n'a rien négligé pour la tenir au courant du progrès réalisé depuis cette époque. Par de nouvelles annotations et additions, il a su, sans faire un seul pas en arrière, comprendre tout ce qui s'est acquis de connaissances solides, de faits généralement acceptés pendant le cours de ces dernières années. La tâche d'ailleurs lui était singulièrement aisée; car parmi les découvertes utiles récemment accomplies en syphilographie, il en est bien peu dont il n'ait été ou l'auteur ou l'instigateur principal.

L'ouvrage de M. Melchior Robert a, sinon un but, du moins un cadre tout différent. Ce sont bien, à la vérité et très-identiquement, les mêmes doctrines; mais énoncées avec plus de développements, rendues plus accessibles à l'intelligence des élèves et des jeunes praticiens. Le TRAITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES est, à proprement parler, le code du syphilographe, avec le texte concis et inflexible des lois qui régissent la matière. Nous n'oserions pas dire que le traité de M. M. Robert contient l'*esprit de ces lois*; mais du moins (et la comparaison, en ces termes, sera bien acceptable) il en est comme le *code commenté*. Les préceptes que le précédent livre se bornait à énoncer, celui-ci en déduit les motifs, discute les objections qu'ils ont soulevées, en montre les applications à la pratique. Rien n'est changé au fond; la forme même porte toujours l'empreinte que la main du maître laisse à tous les ouvrages qu'il crée, qu'il dicte ou qu'il inspire. Mais enfin l'aridité, conséquence inévitable du laconisme imposé par de simples annotations, a tout à fait disparu; et l'on se retrouve avec plaisir dans le courant de ces eaux vivifiantes, où tout homme qui veut connaître la spécialité comme science ou comme art, a besoin de se retremper de temps en temps. Sous ce rapport, la manière de M. Robert répondra largement aux exigences de ses lecteurs. C'est la clinique même, c'est cet entrain toujours séduisant, toujours persuasif du premier de nos syphilographes qu'ils retrouveront dans son livre. Si, dans quelques endroits, ces pages se ressentent par trop du soleil marseillais, on les voit, au contraire, la plupart du temps, rafraîchies par l'ombre des tilleuls de l'hôpital du Midi. Heureuse alliance de l'ardeur du disciple avec la sage et calme raison du maître qui, tempérant à propos les tendances hyperboliques, résultat d'une foi si bien méritée, donne à ce livre un ensemble de qualités que l'absence de l'un ou de l'autre de ces deux éléments aurait nécessairement altéré.

Le plan du livre de M. Robert est calqué sur la nature, dicté par l'observation. Il établit deux grandes classes de maladies vénériennes: les non virulentes, c'est-à-dire les affections blennorrhagiques, puis les virulentes, c'est-à-dire le chancre et ses conséquences. A chacune de ces catégories, une section distincte est consacrée; et ce n'est pas sans raison. On ne saurait rendre trop profonde dans l'esprit des élèves, soit par l'exposé des doctrines, soit par l'ordre de la description, la séparation qui existe entre ces deux genres de maladies; les unes locales toujours et partout, n'inspirant de crainte d'aucune sorte relativement à leurs suites, et pouvant se guérir grâce à l'emploi seul des topiques; les autres généralisables, susceptibles de modifier la constitution, et réclamant alors des médications en rapport avec l'étendue des perturbations diathésiques qu'elles ont produites. M. Robert a sagement fait de commencer par énoncer ces différences, et d'en tenir compte, autant que possible, dès les premières pages de son livre.

Au sujet de la blennorrhagie, et indépendamment des données doctrinales qui ont, comme on le pense bien, notre pleine approbation, nous aurions quelques réflexions à soumettre à l'auteur. Dans divers passages, il insiste fortement sur cette idée, qu'il est inopportun de *laisser couler* la gonorrhée; il veut qu'un l'attaque de bonne heure par les spécifiques, et se flatte d'avoir pu le plus souvent en triompher par l'emploi simultané du cubèbe et des injections caustiques, alors même que l'écoulement était déjà arrivé à la période d'acuité. Pour nous, nous ne croyons effectivement point à la nécessité qu'admettent certains praticiens, de laisser à la chaudepisse une durée quelconque. Plus tôt on la peut arrêter, mieux cela vaut. Mais ce qui est le meilleur est-il toujours praticable? l'est-il, surtout, indifféremment à toutes les époques de l'évolution morbide? Sur ce point, nous différerions un peu de l'avis de notre savant confrère de Marseille. Tout en rendant hommage, et c'est sans aucune intention jalouse, aux succès de sa méthode, nous avouons franchement n'en pouvoir citer de pareils de notre propre fonds; et ce serait, comme lui, au nom de l'expérience que nous proclamerions la conclusion opposée à la sienne, d'attendre pour, essayer de couper un écoulement, qu'il soit devenu mûr, c'est-à-dire qu'il ait presqu'entièrement dépouillé les caractères inflammatoires. Pour nous ce n'est pas une question de doctrine; c'est simplement une affaire de guérison plus rapide et surtout plus sûre, plus complète, plus définitive que celles obtenues avec l'autre système de traitement.

Parmi les complications de la blennorrhagie, il en est une dont l'étude a soulevé les opinions les plus contraires. L'arthrite qui survient pendant le cours d'une urétrite résulte-t-elle du développement de celle-ci, comme un effet est le produit de sa cause? Ou bien n'y a-t-il entre les deux affections, ainsi que le pensent certains auteurs, qu'un simple rapport de concomitance accidentelle et fortuite? M. Robert apporte à cette détermination une sagacité et une réserve également remarquables; sans se prononcer d'une manière absolue sur le fond de la question, il fait observer qu'on ne peut refuser à l'inflammation urétrale la propriété d'agir sur les articulations, seulement il n'y a pas de caractère pathognomonique qui rattache invariablement et étroitement la phlegmasie articulaire à la génitale; et tout ce qu'il est permis, d'après l'expérience, d'affirmer est ceci: que sur un nombre donné de cas de rhumatismes, il s'en trouvera une plus grande quantité existant chez des individus porteurs de chaudepisse; en second lieu que, chez quelques sujets, l'accès de rhumatisme se montre dès qu'ils ont la blennorrhagie et ne se montre jamais que dans cette circonstance. — La statistique et l'appui de considérations théoriques pour le moins extrêmement vraisemblables ont aussi conduit l'auteur à avancer que l'urétrite ne devient un agent de provocation du rhumatisme que lorsqu'elle a envahi les parties profondes du canal. Peut-être a-t-il eu, cependant, le tort de ne pas aller assez avant dans cette recherche, et de ne pas conclure plus explicitement que ce n'est qu'en attaquant les *parties fibreuses* de l'urètre que l'inflammation gagne la faculté de développer sympathiquement la phlegmasie de l'élément fibreux, qui entre pour une si large part dans la constitution anatomique des jointures.

La section destinée aux accidents syphilitiques proprement dits ouvre la voie à des notions d'un ordre plus positif à des développements où tout porte à un haut degré le cachet de la certitude presque mathématique à laquelle le génie de M. Ricord a su élever cette branche des sciences mé-

dicales. L'étude du chancre, de son évolution, de son diagnostic, de ses variétés, présente en traits les plus accentués cette empreinte. Nous sommes loin d'en faire à M. Robert l'objet d'un reproche. Nous nous permettrons seulement de lui dire, que, quant aux conséquences du chancre induré (qu'il donne comme la seule cause productrice de la vérole constitutionnelle) il y avait peut-être plus de mérite à se tenir dans le doute qu'à affecter les formes explicites d'une assurance que tant de faits devraient avoir ébranlée.

Quelques questions d'une actualité plus saisissante ont particulièrement exercé la plume de M. Robert, et c'est presque toujours avec autant de bonheur que de talent qu'il les a su aborder. Nous placerons dans ce nombre tout ce qui concerne les phases successives de la syphilis générale, son apparition (quand elle doit survenir) à un terme fixe, — l'impossibilité pour un même individu de contracter deux fois la syphilis constitutionnelle, l'inutilité des traitements spécifiques institués alors qu'il n'y a encore que des symptômes primitifs. Sur ces divers points la manière de voir de notre savant confrère nous semble on ne peut plus juste, et développée, en outre, avec une verve qui joint les qualités probantes à l'attrait d'une forme piquante. Peut être serions-nous moins accommodant à l'égard de sa doctrine sur la non-transmission des accidents syphilitiques congéniaux de nourrisson à nourrice, et réciproquement. Mais c'est là une question à la fois trop fondamentale et trop ardue pour pouvoir être traitée avec fruit dans un compte rendu, quelque favorable que le mérite de l'auteur pût rendre cette occasion de la discuter.

Le traitement placé en dernier lieu, occupe en réalité la première place par l'étendue et le choix des préceptes qu'il comprend. Outre les principes généraux propres à éclairer la conduite du praticien, un formulaire spécial des plus riches et des plus variés, vient encore l'initier aux habitudes du premier et du plus heureux syphilographe (cliniquement parlant) de notre époque. Avec un tel guide, on ne peut errer; et le lecteur unira sans doute aux nôtres ses remerciments à M. Robert pour l'avoir mis à même de le suivre dans les moindres indications de cette difficile pratique.

P. Diday.

VARIÉTÉS.

— Il y a eu, le 16 septembre, 101 décès par suite du choléra à Newcastle, et 4 de la diarrhée.

Rien de nouveau à Gateshead. Les autorités déploient la plus grande activité. On voit avec plaisir que la mortalité ne s'est pas essentiellement accrue dans les dernières vingt-quatre heures. Il a été ouvert une maison de refuge, et des lits ont été envoyés dans les casernes.

A Hexham, le fléau n'a encore fait que peu de progrès. On n'a encore constaté que 6 décès. Les plus grandes précautions sont prises, et l'on espère obtenir d'heureux résultats.

— Le nombre des personnes atteintes du choléra à Berlin dépasse 500.

— On écrit de Stockholm, 17 septembre :

« Le nombre des personnes atteintes du choléra s'élève maintenant à 2,373. Sur ce nombre, on compte 1,288 décès. »

— A Copenhague, du 12 au 13 septembre, on a annoncé 3 nouveaux cas de choléra et 1 décès, et du 13 au 15, 4 cas. Jusqu'ici, le nombre des personnes atteintes du cholera s'élève à 7,484 personnes, et celui des morts à 4,060.

A Aalborg, on a compté, jusqu'au 13, 751 cas de choléra et 372 décès.

A Aarhus, jusqu'au 11, 315 personnes atteintes du fléau et 194 morts.

A Svendborg, jusqu'au 10, 146 malades et 69 morts.

— On écrit de Stettin, 11 septembre :

« Le choléra, qui a éclaté ici depuis deux mois, diminue journellement d'intensité; le nombre total des victimes qu'il a faites est cependant de plus de 500. »

— Le nombre des décès par la fièvre jaune continue à diminuer à la Nouvelle-Orléans. Pendant la semaine finissant au 3 de ce mois, il n'y a eu que 814 morts de l'épidémie, ce qui est une diminution de plus de 600 sur le chiffre de la semaine précédente.

Le total des décès depuis le 28 mai, c'est-à-dire en soixante-six jours, s'est élevé à 9,544, dont 7,213 causés par la fièvre jaune.

La population de la Nouvelle-Orléans dépasse à peine 40,000 âmes, les deux tiers des habitants étant partis pour le Nord. Sur ceux qui restent, il y a certainement 20,000 nègres et créoles indigènes, de sorte que l'épouvantable épidémie ne peut guère sévir que contre 20,000 personnes, car les nègres et les créoles ne sont que peu soumis à son influence. 150,000 dollars environ ont été souscrits et remis à la ville désolée pour venir en aide aux malades.

Des lettres du Canada annoncent que Montréal, Québec, Torento et Niagara sont littéralement encombrées de gens du Sud, qui sont venus passer la saison de la fièvre aussi loin que possible des régions où elle règne. Les hôtels de New-York, de Philadelphie et de Boston sont aussi remplis de citoyens du Sud et de l'Ouest, qui ont fui la plupart devant le danger de la mort.

— A Mobile, la mortalité augmente; le 2 de ce mois, il y a eu 37 décès, et le 3 il y en avait 27, dont 22 de la fièvre jaune.

A Natchez, sur une population de 400 habitants, il en succombe journellement 13 à 15 au fléau.

Le 20 août, la fièvre jaune avait entièrement disparu à Port-au-Prince.

— On nous écrit de Rome :

« L'endémo-épidémie qui s'est montrée si grave depuis les premières chaleurs continue encore maintenant ses ravages sur nos troupes et sur la population indigène. Sur environ 10,000 hommes de garnison, nous avons à l'heure actuelle de 1,100 à 1,200 malades. M. le docteur Alquié, directeur de l'École de médecine et de pharmacie militaires et inspecteur du service de santé des armées, après avoir étudié les conditions de développement des maladies qui sévissent ainsi sur l'armée, a fait prendre des mesures importantes dans l'intérêt de la santé de nos troupes. Un nouvel hôpital a été ouvert sur les hauteurs et dans le quartier le plus salubre; des dépôts de convalescents ont été établis à Frascati, sur les montagnes qui environnent la campagne romaine, en dehors de la zone des émanations et des influences de la plaine. La nature des affections régnantes a été l'objet d'une investigation minutieuse; leur étiologie a été mieux précisée que par le passé, et tout nous porte à croire que nous n'aurons pas cette année, par suite des mesures importantes qui ont pas été prises à temps, une mortalité aussi considérable qu'à la première année de l'occupation. »

— L'honorable M. Arago, dont la santé s'affaiblit de jour en jour, n'assistait pas lundi dernier à la séance hebdomadaire de l'Académie des sciences.

— Sur la proposition du comte d'Aberdeen, la reine d'Angleterre vient d'accorder à la veuve du docteur Moir, chirurgien à Musselburgh, connu par quelques publications littéraires, une pension de 100 liv. st. (2,500 fr.).

— Depuis le 20 septembre, la nouvelle loi sur la vaccine est en vigueur à Londres. Ainsi dans toutes les paroisses, des établissements spéciaux sont destinés à faciliter le plus possible l'usage de la vaccine chez les classes pauvres.

— M. Durant vient, par son testament, de donner 2,000 liv. (50,000 fr.) à l'hôpital royal orthopédique de Londres. Cette institution philanthropique n'est soutenue que par des legs volontaires, et sera à même, grâce à ce don, d'étendre son influence charitable.

— On écrit de Berlin, 15 septembre :

« M. le baron Alexandre de Humboldt a célébré hier le 85e anniversaire de sa naissance, au milieu d'un petit cercle d'amis, dans sa propriété à Regel. »

— Régime alimentaire des lycées. — Une commission, composée de MM. les docteurs Bérard, inspecteur général des études médicales, Benjamin Levraud, Gillette et Alibert, médecins des lycées, avait été nommée par M. le ministre de l'instruction publique pour examiner ce sujet important.

A la suite du rapport fait par cette commission, M. le ministre vient de prendre un arrêté qui règle ainsi qu'il suit le poids de la viande cuite, désossée et parée, délivrée à chaque élève :

Pour les *grands*, 70 grammes par tête et par repas;
Pour les *moyens*, 60 grammes;
Pour les *petits*, 50 grammes.

Lorsque le repas se composera de deux plats de viande, les deux parts réunies devront peser un tiers en sus du poids ci-dessus fixé.

Le vin, suivant sa force, entre pour un quart ou pour un tiers dans la composition de la boisson donnée aux élèves.

Au commencement de chaque semaine, le menu des repas présenté par l'économe, approuvé par le médecin, est arrêté par le proviseur, qui se conformera aux règles suivantes :

Le repas du matin se composera, non pas seulement pour les plus jeunes enfants, mais pour tous les élèves indistinctement, en hiver, d'une soupe ou d'un potage, et en été d'une tasse de lait ou de quelques fruits avec une ration de pain convenable.

Le bœuf bouilli ne figurera dans le menu du dîner que trois fois par semaine au plus, et ces jours-là les élèves auront un second plat de viande.

Lorsque le menu du dîner ne se composera que d'un plat de viande, cette viande sera rôtie ou grillée.

Les jours gras, un plat de viande sera toujours servi au souper.

Les jours maigres, aux légumes aqueux, aux confitures, aux fruits secs, etc., on substituera comme second plat, des mets plus substantiels, consistant en poissons, œufs, farineux, etc.

La durée du dîner est d'une demi-heure; celle du souper de 20 minutes au moins.

— Le conseil général de la Corse a pris, dans sa séance du 24 août, la délibération suivante :

« On ne peut parvenir à connaître tout le parti qu'on peut tirer des eaux minérales, si elles ne sont étudiées sur les lieux par des hommes spéciaux, possédant les connaissances les plus étendues en hydrologie. Il semble au conseil général que M. le docteur Constantin James, auteur d'un ouvrage remarquable ayant pour titre : Guide aux eaux minérales et aux bains de mer, pourrait entreprendre cette étude avec succès, et que les résultats seraient d'une grande utilité pour la Corse et pour les malades du midi de la France.

» Il prie donc Son Excellence le ministre de l'agriculture et du commerce d'engager le savant distingué dont il est parlé à se rendre dans le département, afin d'étudier l'action thérapeutique de toutes nos eaux minérales près des sources mêmes, et publier ensuite le résultat de ses études et de ses expériences. »

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

CONSTITUTION MÉDICALE.

Y A-T-IL A L'HEURE ACTUELLE ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA EN ANGLETERRE. — MARCHE ACTUELLE DU CHOLÉRA.

On s'accorde à annoncer le déclin du choléra qui sévissait au nord-est de l'Angleterre, dans l'une des villes les plus rapprochées de la mer Baltique, et dont le port offre les communications les plus fréquentes avec tout le littoral de l'Allemagne, de la Prusse, du Danemark. Il n'y a eu en effet, à Newcastle, dans la journée du 25, que 14 décès cholériques, au lieu des chiffres considérables que la GAZETTE MÉDICALE a enregistrés pour les jours précédents. A part ce foyer cholérique qui, en vingt-cinq jours, a donné lieu à 1187 décès, et celui de Gateshead, beaucoup moins intense, qui a causé en dix-huit jours 130 morts, on ne trouve pas en Angleterre, en ce moment, de localité envahie complétement, malgré toutes les craintes exprimées à ce sujet, et toutes les appréhensions que la publication de quelques cas isolés de choléra, à Londres, à Liverpool, à Manchester, ont pu faire naître.

En tel état de choses, peut-on dire nettement qu'il y a épidémie dans un grand pays comme l'Angleterre, qui compte des villes considérables dans lesquelles le fléau n'a pas encore donné des signes de son apparition?

Nous entendons, en posant cette question, l'envisager à un autre point de vue qu'à celui sous lequel elle est quelquefois traitée. A notre sens, il faut, pour décider de l'épidémicité d'une affection, s'en rapporter, non pas tant à la gravité de la maladie et au nombre des cas observés, qu'à la manière dont la maladie progresse. Qui dit épidémie désigne une affection qui se montre et sévit d'après des lois à peu près fixes, de début, de progrès, de déclin. Les recrudescences multiples, les invasions brusques, la cessation soudaine de certaines épidémies sont des exceptions qui confirment, quand on les étudie dans leurs détails, la règle que nous adoptons ici.

On s'est beaucoup préoccupé, en 1832 et en 1849, de savoir si l'on avait affaire à telle ou telle forme de choléra, à un choléra de telle ou telle gravité, et on attache encore aujourd'hui une grande importance à la solution de cette question : le choléra est-il asiatique? Sous cette dénomination de choléra asiatique, on comprend l'une des formes les plus graves de cette affection. C'est une variété de la maladie et non une espèce à part, comme le démontrent les recherches les plus précises et l'observation de chaque jour en temps d'épidémie. On voit en effet souvent, dans ces circonstances, et à côté les uns des autres, des malades qui sont loin de présenter les mêmes phénomènes morbides, le même aspect, et dont l'affection varie depuis le degré le plus léger jusqu'au plus grave. Il nous semble bien impossible d'admettre qu'il y ait alors, parmi des affections qui se rapprochent par tant de traits, des espèces distinctes. D'ailleurs, à quoi servirait de nous appesantir sur cette question; n'est-il pas généralement admis que toutes les affections peuvent varier d'intensité et que quelques-unes présentent même des différences assez considérables dans les symptômes, sans changer pour cela leurs caractères spécifiques.

Tels sont les motifs qui nous font chercher la définition du mot épidémie en dehors de l'expression symptomatique des maladies. Nous pensons néanmoins que ces phénomènes méritent d'être soigneusement étudiés; ils peuvent servir par leurs variations même à approfondir les notions qui se rapportent à la physiologie pathologique et ce sont eux qui, dans le choléra, fournissent à ce sujet les données les plus importantes; mais en dehors de l'organisme humain lui-même, cette étude ne nous semble plus susceptible d'applications utiles.

Il y a en temps d'épidémie une influence très-générale, occulte il est vrai, mais que tout semble démontrer être indépendante jusqu'à un certain degré de la prédisposition morbide et siéger dans les milieux ambiants. Cette cause dont nous ignorons la nature et dont nous constatons seulement les effets éloignés, nous frappe par son action énergique sur les masses. Elle se meut dans l'air comme les miasmes; elle agit sur l'organisme à la façon de certains poisons : cette croyance a cours aujourd'hui dans nos écoles; elle est le produit des doctrines humorales régnantes, et elle n'a à nos yeux aucun de ces mérites qui ont fait le succès de certaines hypothèses; il est impossible de l'adapter à la plupart des faits, et ceux auxquels elle s'applique, elle ne les élucide dans aucun de leurs détails. Il nous semble pourtant que le moment serait venu de chercher et de discuter une explication qui s'appliquerait à la plupart des faits si intéressants qui caractérisent les épidémies, dans leur mode d'invasion, de progression, de disparition, leurs recrudescences, leurs retours irréguliers ou périodiques, leur marche tour à tour fixe ou variable, et les nombreuses évolutions dont elles nous donnent le spectacle. Problème difficile à résoudre sans aucun doute, mais qui, dans les termes où nous le formulons, ne s'éloigne pas des limites du possible et dont l'énoncé seul, s'il était tracé complétement, constituerait un progrès pour la pathologie générale.

Ces considérations font voir jusqu'à quel point la question qui fait le sujet de cet article peut être quelquefois embarrassée de difficultés théoriques (1). Nous avons cherché à en éliminer quelques-unes. Nous pouvons entrer maintenant dans l'exposé des faits tels qu'ils nous sont relatés par les derniers journaux; les conclusions que nous présenterons en seront plus explicites.

LONDRES. — Du 17 au 24 septembre, il y a eu à Londres 969 décès par suite de maladies diverses, chiffre inférieur de 194 à la moyenne des années antérieures. Le choléra figure dans ce nombre pour 29, ce qui fait environ 4 décès cholériques par jour. Parmi ces cas de choléra, 16 portent l'épithète d'asiatique. Dans les cinq semaines précédentes, les décès cholériques ont été successivement à 10, 18, 16, 7, 16. On a compté aussi dans la dernière semaine 89 morts de diarrhée, chiffre supérieur de 12 à celui des années antérieures. Il est probable qu'on englobe dans les statistiques anglaises, sous la dénomination de *diarrhœa*, des diarrhées cholériformes, des diarrhées chroniques, des dyssenteries, et peut-être encore d'autres affections intestinales. Quoi qu'il en soit, pendant les cinq semaines antérieures, le chiffre des morts de *diarrhée* est successivement de 126, 137,

(1) L'un des journaux les plus graves de l'Allemagne, l'ALLGEMEINE MEDIZINISCHE ZEITUNG s'efforce de montrer qu'à Berlin, dont la population s'élève à 430,000 habitants, une mortalité de 40 cholériques par jour ne constitue pas une véritable épidémie. Il omet de dire que sur le nombre total de 690 cholériques il y a eu 425 décès. Le TIMES discute à son tour cette question et veut prouver que la maladie est plutôt endémique qu'épidémique à Berlin; il invoque à l'appui de son opinion les faits suivants : les maisons et les rues dans lesquelles le fléau s'est exercé jusqu'aujourd'hui sont celles qui se trouvent le long des canaux à eaux dormantes qui parcourent la ville, ou qui sont entourées par des bras de rivière marécageux.

Feuilleton.

LACAUCHIE.

(Suite et fin. — Voir le numéro 38.)

Jusqu'ici la carrière de Lacauchie a été purement scientifique; il a pratiqué, concouru, professé, toujours avec distinction, souvent avec supériorité. Nous apprécierons bientôt ses travaux et ses découvertes. Le savoir et le talent dans son art ne sont plus les seules exigences de sa nouvelle position; il va falloir naviguer à travers les difficultés sans cesse renaissantes des fonctions aujourd'hui mal déterminées d'officier de santé en chef d'un corps d'armée; mer houleuse qui le ballottera, privé de voiles et de gouvernail, entre les écueils de la responsabilité médicale, des chatouilleuses susceptibilités administratives et de l'impeccance de l'autorité militaire. Lacauchie est heureusement doué à la fois de réserve et d'initiative; indépendant et ferme, il se roidit contre les mesures menaçantes pour sa dignité et pour l'honneur du corps qu'il représente; mais il sait aussi louvoyer quand il est impossible de lutter de front, et tourner à temps le récif sur lequel il se briserait, lui et ceux qu'il mène dans sa nacelle.

Autrefois, sous la première république et du temps de l'empire, un médecin, un chirurgien en chef d'armée, occupaient une place bien déterminée; Larrey marchait avec les généraux de division. Aujourd'hui ces fonctions sont tout et rien. Tout, car en temps d'épidémie et de calamité publique, sa responsabilité et son pouvoir sont immenses; on l'invoque, on s'attache à lui, on lui redemande la santé, la vie; il décide sans appel, exécute sans contrôle; devenu nécessaire, il est par là même puissant et marche l'égal des premiers. Mais avant et après l'épidémie, il n'est rien. Le militaire, habitué à jouer avec la vie et à peu compter sur l'avenir, agit trop souvent envers autrui comme à son propre égard; le mal présent le préoccupe et le frappe; mais il ne pense pas assez à prévenir le mal futur. Aussi n'a-t-on communément guère recours aux lumières médicales en temps de sécurité; et pourtant l'expérience du pays et les données scientifiques générales permettraient de révéler au commandement la menace de bien des épidémies fortuites, ainsi que le retour certain et les caractères probables de celles qui, chaque année, reparaissent à la même époque, comme les nuées d'oiseaux de passage, pour me servir de l'heureuse comparaison de Pringle. Que de renseignements fourniraient aussi la science et l'hygiène sur certains sites prédestinés, où les hommes sont comme fatalement condamnés à la décimation par la maladie, mais qu'on occupe néanmoins, sauf à pousser de stériles regrets, quand l'épidémie en aura fait un hôpital, ou la mort un charnier. En pareilles circonstances, l'initiative, périlleuse quelquefois, est cependant un devoir, dût la prédiction passer et s'évanouir comme le cri de détresse de l'oiseau égaré, comme les prophéties de la fille de Priam dans l'incrédule Ilion.

Mon regretté maître me disait souvent : Quand un militaire inconnu se présente dans un cercle, chacun, sans s'informer de sa valeur personnelle, reporte immédiatement sur lui une somme déterminée de considération, en rapport avec ses épaulettes; car toujours, dans l'armée, la marque distinctive est la mesure

152, 131 et 78. Dans 11 cas de choléra où la durée de la maladie a été indiquée, on trouve qu'elle n'a pas dépassé quarante-huit heures dans 6 cas, et qu'elle a varié de trois à cinq jours dans les 5 autres cas. Mais il est difficile de savoir, d'après les termes mêmes du rapport, si les médecins qui ont enregistré ces décès ont fait entrer dans tous ces cas, dans l'évaluation de la durée de la maladie, la période prodromique. Je suis porté à penser qu'il n'est question, là, que de la durée du stade algide.

DURHAM. — Il y a eu du 24 au 25, dans cette ville, plusieurs cas de diarrhée grave et 3 cas de choléra.

SHIELDS. — On comptait le 26, 2 cas de choléra, dans lesquels la mort était survenue assez rapidement.

HEXHAM. — Le rapport du 21 apprend qu'on a traité dans cette ville plus de 500 diarrhées dont plusieurs ont pris le caractère cholérique et se sont terminées d'une manière fatale. Il y avait eu du 16 au 21, 7 décès cholériques. Le 21 il y avait 160 cas de diarrhée et 11 cas de choléra en traitement. Le 24, le secrétaire de la commission sanitaire avait été atteint; la cholérine était presque générale.

LIVERPOOL. — Depuis un mois on observe dans cette ville quelques cas de choléra isolés, presque tous sur des émigrés arrivés récemment d'Allemagne. Le bateau à vapeur *le Pélican*, arrivé de Rotterdam le 26, avait eu à bord 1 cas de choléra trois jours avant de toucher la terre.

MANCHESTER. — Divers cas de choléra ont été observés dans cette ville sur des ouvriers irlandais. Enfin dans de petites localités telles que Elmslane, Bayswater, Saint-Pancras, le choléra s'est aussi déclaré et a fait quelques décès.

Quel que soit le petit nombre des cas qui se sont montrés depuis un mois environ en Angleterre, ils nous semblent être de nature à juger la question d'épidémicité. Quand on compte dans une seule ville du littoral, comme Newcastle, 1,187 décès en vingt-cinq jours, alors que la statistique nous apprend que, dans cette même ville, il n'y eut, dans l'épidémie de 1831 à 1832, pendant la même période de vingt-cinq jours, que 191 décès; quand les autres villes ont présenté des cas de choléra depuis le littoral, Gateshead, Liverpool, jusqu'à l'intérieur, Durham, Manchester; quand en même temps on remarque dans beaucoup de localités les diarrhées caractéristiques que nous nommons en France cholérines, l'épidémie existe. Reste à savoir si ses progrès ultérieurs seront plus lents et si ses ravages seront moindres que dans les épidémies antérieures. Jusqu'ici aucun fait positif ne permet de juger cette question, dont l'avenir seul nous donnera la solution.

Remarquons, en passant, de quelle nature sont les renseignements que nous pouvons puiser à ce sujet dans les leçons du passé. Quand la maladie éclata à Newcastle en 1831, à Édimbourg et à Dunkerque en 1848, il y avait aussi des écrivains qui soutenaient qu'elle était d'origine locale, et qu'elle ne dépasserait pas un cercle d'un petit rayon. L'expérience a fait deux fois justice de ces opinions; cette fois peut-être l'affection suivra-t-elle une autre marche? Limitée dans ses progrès, elle pourrait se borner aux localités les plus insalubres, les envahir lentement, y régner plus ou moins longtemps. Toutes ces suppositions sont possibles: Saint-Pétersbourg, Moscou, Constantinople, Marseille, Oran, ont présenté des exemples de cette marche en quelque sorte anormale. Est-ce à dire qu'il n'y aurait pas alors épidémie? Si le langage médical prêtait à de pareilles discussions, il faudrait en effacer le mot épidémie, et chercher dans une langue inconnue un mot quelconque pour désigner le mode suivant lequel non-seulement le choléra, mais la peste, la fièvre jaune, la variole, la rougeole, la scarlatine et une foule d'autres maladies se montrent pendant un certain temps, pour disparaître ensuite plus ou moins complétement.

Enfin, il ne sera peut-être pas sans intérêt de résumer ici les dernières nouvelles des pays dont semble être partie la maladie que nous venons d'étudier en Angleterre; on verra par là jusqu'à quel point, comme le pensent encore quelques personnes, cette affection est limitée à des localités isolées.

DANEMARK. — Le 15 septembre, la maladie avait diminué dans la citadelle de Christiansoe, et les nouveaux cas étaient tous très-légers; dans le Jutland, il n'y avait que les localités déjà atteintes par l'épidémie qui présentaient de nouveaux cas; à Aalborg, on comptait 751 cas et 372 décès; à Aarhous, le 11, les rapports officiels constataient 315 cas et 194 décès, mais le nombre des cas nouveaux diminuait de jour en jour; à Neykjoling et à Valster, pas de nouveaux cas depuis le 5; dans ces petites villes, il y a eu en somme 157 cas et 87 décès; à Swedenborg, à la date du 11, on comptait 146 cas et 69 décès. En somme, l'épidémie avait envahi, dans le Jutland, un grand nombre de localités, et s'était montrée très-grave sur plusieurs points.

SUÈDE ET NORWÉGE. — On annonçait officiellement le 12, à Stockholm, 2373 cas et 1288 décès; à Carlscrona, il y avait eu, le 9, 1746 cas et 922 morts; à Norrkoping, 569 cas et 182 décès; à Malmo, la maladie avait diminué notablement et ne s'observait plus même que dans les hôpitaux. En Norwége, la plupart des villes importantes ont été atteintes.

Enfin, à Hambourg, l'épidémie diminue depuis le 17; mais, du 23 juillet jusqu'à cette date, il y avait eu 412 cas de choléra et 215 décès. Dans ce nombre, on a compris 90 cas observés dans les districts marécageux, bas, humides et insalubres, qui ont donné 45 morts.

THOLOZAN.

ANATOMIE PHILOSOPHIQUE.

RECHERCHES SUR L'ARCHÉTYPE ET LES HOMOLOGIES DU SQUELETTE VERTÉBRÉ; mémoire communiqué à l'Académie des sciences par M. RICHARD OWEN.

Tous ceux qui se livrent à l'étude des sciences anatomiques savent dans quel état d'incertitude la mort de l'illustre Cuvier et celle de son célèbre collègue et ancien collaborateur Geoffroy-Saint-Hilaire ont laissé la philosophie anatomique ou la branche homologique de l'anatomie; et les savants contemporains qui survivent encore n'ont point oublié les débats vifs qui ont agité la fin de la carrière de ces deux grands hommes.

Deux écoles s'élevèrent ou plutôt ressuscitèrent (1) alors en France, et depuis cette époque les faits et les arguments qui se rattachent aux problèmes les plus élevés de l'anatomie n'ont été envisagés, en quelque sorte, qu'à travers le prisme de l'esprit de parti. Pendant de longues années, les travaux et les méditations habituelles qui ont occupé ma vie scientifique

(1) Car, comme a très-bien dit M. Flourens dans son excellent éloge de Geoffroy: « La lutte des deux philosophies n'avait pas commencé avec Aristote et Platon, et elle n'a pas fini avec M. Cuvier et M. Geoffroy. »

de l'intelligence et le tarif des honneurs. Mais lorsqu'un médecin militaire fait son entrée quelque part, on se demande d'abord ce qu'il est, ce qu'il sait, ce qu'il vaut; s'il n'est pas un intrus dans un cercle militaire, c'est, tout au moins, un être non-classé, un objet *incertæ sedis* qui flotte devant le casier de la société sans y trouver de place. En effet, le médecin militaire, qui n'est assimilé à rien dans l'armée dont il partage les périls, ne porte point sur lui la commode étiquette de l'esprit qu'il est censé avoir, le facile et quelquefois menteur prospectus de ses mérites supposés. Aussi pendant que, chez les autres, chaque effort est suivi d'un repos et de paisible jouissance, la vie du médecin militaire n'est qu'un effort continuel, puisqu'à chaque changement de milieu, à chaque arrivée d'un nouveau chef qui tient la destinée dans les mains, il faut reconquérir sa place. Pour le médecin militaire point de vieux lauriers dont l'ombre abrite pendant ce qui reste de jours; il faut que la sève soit perpétuelle et que de nouvelles pousses surgissent chaque année.

Le médecin de l'armée n'ayant point, comme fonctionnaire, de place déterminée dans la hiérarchie officielle, il faut que l'homme, par ses mérites particuliers, par l'éminence de ses services, par sa valeur personnelle, se fasse accorder, offrir de bon gré, une place dans la société où il est appelé à vivre, société souvent jalouse et ne concevant rien de beau ni d'utile hors de son étroit horizon.

Cette position, si laborieusement acquise, est néanmoins encore remplie d'appréhensions et de périls; car trop souvent, à l'improviste, le vertige du commandement peut s'emparer de quelques esprits; alors, adieu la paix de la compagnie, adieu les relations et les nivellements basés sur l'importance des fonctions, sur les valeurs individuelles, sur les sympathies du cœur, sur la rencontre des intelligences; vite, qu'on se classe brutalement par épaulette ou broderies, qu'on s'agrége par grade, l'ivraie avec le froment, l'esprit avec ce qui n'en est pas.

Dans ces difficiles occurrences, Lacanchie prit bien vite la détermination la plus sage: il ne parut pas souvent dans les salons militaires; mais tels étaient son éclat et le rayonnement de son mérite que ces rares apparitions suffirent pour le poser haut dans la considération de l'armée. Il fréquenta un autre monde, le monde diplomatique qu'attiraient alors au palais de l'ambassade de France la bienveillance si distinguée du comte de Reyneval et l'inépuisable esprit de l'ambassadrice. Lacanchie conquit facilement une place élevée dans cette société d'élite; il devint même l'ami, l'intime de la maison.

Cependant les largesses pontificales pleuvaient abondamment sur l'armée française; la bienfaisante ondée venait par intervalle rafraîchir tous les coins du terrain; il n'en est de si exigu qui n'en reçût sa bonne part. Mais un pouvoir intermédiaire, trompé sans doute, avait placé entre le ciel et nous un tamis si serré, que pas une goutte ne nous en arriva. L'officier de santé de l'armée se trouve fort heureusement à la fois militaire et médecin. Lacanchie usant, pour un acte de juste réparation, de son influence à l'ambassade, nous fit quitter momentanément le parc trop bien clos où l'on nous tenait, humble et obéissant troupeau militaire; dès lors nous trouvant, libres médecins, sous la voûte découverte du ciel, jouissant un beau jour de notre part d'air et de lumière, nous reçûmes la manne à notre tour. La poitrine de huit d'entre nous s'orna de décorations pontificales, et la main du général Gémeau, commandant en chef, passa autour du cou de notre maître le cordon de commandeur de Saint-Grégoire-le-

ont été consacrés à la recherche des vérités fondamentales, recélées dans le désordre au milieu duquel la disparition des deux grandes lumières de l'école française avait jeté la philosophie de l'anatomie.

Je reconnais bien que, dans sa forme actuelle, l'ouvrage auquel ces considérations doivent servir de préface est peu propre à servir de guide à celui qui s'apprête à faire les premiers pas dans l'étude de l'anthropotomie. Il devra le lire, comme un livre hébreu, en commençant par la fin. Ainsi il jettera les yeux sur la dernière planche et apprendra les noms des divers ossements dans la colonne des *nomina*, en examinant d'abord les numéros qui se rapportent au squelette humain, ensuite ceux des quadrupèdes, des oiseaux, des reptiles, des poissons et enfin de l'archétype; après quoi il aura à étudier chaque figure en détail à l'aide de la description dans le dernier chapitre (sur l'archétype vertébral).

Il se trouvera de cette manière en position de comprendre le second chapitre (sur l'homologie générale) et le troisième chapitre (sur l'homologie sériale); et, après avoir suffisamment examiné des squelettes naturels et des crânes désarticulés, il se sera mis à même de se livrer à l'examen des questions exposées dans le premier chapitre de l'ouvrage (sur l'homologie spéciale).

L'état dans lequel se trouvait la science anatomique m'a imposé l'obligation d'écarter les difficultés et de faire en quelque sorte *table rase* par les discussions qui remplissent ce chapitre. Il eût été impossible, par exemple, d'énoncer une proposition d'homologie générale avant d'avoir établi l'homologie spéciale des ossements qui s'y rapportent. Je me contenterai d'ajouter que les conclusions auxquelles j'arrive dans cette nouvelle publication ont été soumises, depuis quelques années, au public des écoles d'anatomie en Angleterre, où l'anatomie philosophique avait jusqu'alors excité peu d'attention et était restée dans cet état ambigu où les controverses de Cuvier et Geoffroy l'avaient jetée.

Cependant, à mesure que les relations homologiques des différentes parties du squelette vertébré ont été déterminées et *fixées* sur la base solide de l'induction par suite d'observations et des comparaisons multipliées, cette branche, la plus élevée de la science anatomique, s'est trouvée l'objet d'une étude plus attentive, et de jour en jour elle devient mieux comprise.

Non-seulement l'anthropotomiste commence à s'apercevoir que, pour comprendre le véritable caractère de la structure humaine, il faut nécessairement pénétrer jusqu'au type commun dont il est la modification extrême, mais le philosophe voit dans les résultats de l'anatomie homologique la démonstration de quelques-unes des pensées les plus profondes des plus puissants génies de l'antiquité.

A mesure que chaque branche particulière de la science générale fait des progrès réels, l'esprit humain s'empare des vérités plus générales et plus élevées. De la physiologie à la téléologie ou à la théologie scientifique, la transition est naturelle et simple. Lorsque l'on considère les belles et nombreuses évidences d'unité de plan que la structure des membres locomotifs a, par exemple, mises en lumière, évidences auxquelles *à priori* on devait si peu s'attendre, à raison des différences si grandes dans les formes et le volume de ces organes, et lorsque, indépendamment de la conformité générale de structure dans les membres des différentes espèces, on voit qu'on peut tracer un parallélisme plus spécial entre les membres antérieurs et les membres postérieurs de la même espèce, quelle que soit la diversité des fonctions auxquelles chacune est appelée, — parallélisme ou homologie sériale, que l'on suit et démontre dans chaque petit os du carpe et du tarse, depuis l'homme jusqu'au cheval monodactyle, — on ne peut qu'être frappé de ce concours remarquable de faits. L'imagination se trouve saisie du désir de pénétrer plus loin, et l'esprit est invinciblement conduit à rechercher s'il n'est point possible de remonter jusqu'à la loi d'où ces harmonies doivent découler.

Le principe des causes finales ou des conditions d'existence se refuse à satisfaire à toutes les conditions du problème. Prétendra-t-on que chaque segment, ou même chaque os qui existe dans la main et le bras humain doit exister dans la nageoire de la baleine, parce que chacune de ces parties est absolument indispensable, et dans des rapports de position invariables pour les fonctions de ce membre peu flexible et extérieurement non divisé? Cela serait peu d'accord avec l'idée que nous nous formons de la manière la plus simple d'atteindre le but désiré. La même raison nous empêcherait d'admettre comme cause du grand nombre d'os dans le crâne du poulet, la protection de l'enveloppe osseuse établie autour du cerveau pour empêcher la compression dans l'acte de la sortie du jeune oiseau à travers les fragments de la coquille. Nous voyons à la vérité, et nous admettons le principe d'un but final dans la multiplication des points d'ossification du crâne du fœtus humain; mais quand nous apercevons ces centres d'ossification subsistant dans le même ordre dans le crâne de l'embryon du kanguron et de l'oiseau, nous ne pouvons nous défendre de reconnaître, avec Bacon, que les causes finales peuvent se comparer à des vierges vestales, belles sans doute, mais stériles, et dont nous ne pourrions attendre le fruit qui doit être la récompense de nos travaux, c'est-à-dire l'intelligence de la loi d'unité de la composition organique.

Il existe néanmoins une classe fort estimable et fort nombreuse de physiologistes qui sont disposés à s'offenser de toute expression d'où il leur semble qu'on pourrait inférer que quelque partie d'un être créé a été faite en vain. Admettant que le seul principe qui gouverne la construction des êtres vivants est l'adaptation absolue et exclusive de chaque partie à des fonctions spéciales, ils reçoivent avec défaveur toute remarque de la nature de celles que nous avons faites, à l'occasion du squelette de la nageoire de la baleine et de la tête du poulet, et considérant l'adage que « rien n'a été fait en vain, » comme une réfutation suffisante de l'idée qu'un si grand nombre d'os, en apparence superflus, existent dans leur ordre et leurs rapports particuliers en subordination à un autre principe, concevant que l'idée de conformité à un type est en opposition avec l'idée d'un dessein.

Mais quelle peut être, dans de pareilles discussions, la signification attachée à cette phrase (fait en vain)? Si le téléologiste qui adopte le dogme des causes finales comme gouvernant exclusivement l'organisation, cherchait à analyser le principe de sa croyance, il trouverait peut-être que cette croyance signifie simplement, qu'en tant qu'il peut se former la conception d'un mécanisme directement adapté à un but spécial, il considère tout mécanisme organique comme ayant été ainsi conçu et adapté. Dans la majorité des cas, il voit que l'adaptation de l'organe à ces fonctions s'accorde avec la notion d'une machine parfaite, construite pour un but semblable; et de là il conclut que dans les cas exceptionnels, c'est-à-dire lorsque les relations connues de la structure ne peuvent point s'interpréter ainsi, cette structure doit néanmoins être aussi nécessaire pour la fonction que dans la généralité des cas, quoiqu'elle ne lui paraisse qu'une pure action mécanique, et qu'on puisse concevoir un mécanisme plus simple pour la remplir.

Grand. L'autorité militaire, en s'associant ainsi à l'acte de réparation, en consacrait hautement la justice et en reconnaissait l'opportunité.

Mais dès ce jour, après cet acte de vigueur et cette bataille gagnée sur l'autorité administrative, celle-ci résolut de faire supprimer les fonctions d'officier de santé en chef, non par suite de rancune, comme on l'a supposé à tort, mais en s'appuyant sur des raisons qu'elle croyait sincèrement bonnes. L'erreur est de tous; son erreur fut grande.

Il faut une centralisation portant sur les hôpitaux et sur les régiments, pour arriver à fournir à l'autorité des renseignements précis sur la salubrité relative des différents sites occupés par les troupes, et pour se rendre compte de l'origine, des foyers, des phases diverses et des caractères de l'endémo-épidémie annuelle. Le règne pathologique de Rome présente quelques particularités, alors incomplètement connues, et partant offre des indications thérapeutiques spéciales qu'il importe de reconnaître et de savoir saisir. MM. Faure-Villard et Lacauchie avaient institué dans leurs salons des réunions hebdomadaires, véritables petites académies, où chacun venait, des régiments et des hôpitaux, apporter son tribut de faits, d'observations et d'inductions. Plus d'une vérité est sortie de ces discussions, plus d'une difficulté thérapeutique y a été levée, au grand bénéfice du soldat malade. En présence d'affections qui, sans être nouvelles, affectent des allures et des exigences souvent spéciales, l'observation individuelle conduit bien lentement à la vérité, tandis que les faits recueillis par la masse des médecins, réunis, comparés, débattus, mènent bien vite à la connaissance du règne pathologique. Si, au point de vue administratif, un officier de santé en chef n'était plus nécessaire, il était urgent de le conserver, pour le progrès de la science et pour le perfectionnement de la thérapeutique. Le grade détruit, le point de convergence supprimé, toute centralisation cessa; chacun observa pour son propre compte, livré à ses seuls efforts, ignorant de presque tout ce qui se passait autour de lui, ne profitant plus de l'exemple des autres et ne faisant plus bénéficier autrui de ses recherches.

Les fonctions d'officier de santé en chef ayant été abolies en décembre 1851, Lacauchie descendit avec simplicité et noblesse de cette dignité au plus modeste titre de chirurgien en chef de l'hôpital. Il ne se rendit pas néanmoins sans un légitime et bien louable regret, car il avait la conscience de pouvoir être utile encore. Redevenu le collègue de ses inférieurs, nous ne dirons pas qu'il leur tendit affectueusement la main, car il n'avait jamais cessé de tenir sa main dans les nôtres.

Avant de quitter Rome, Lacauchie parcourut une partie de la péninsule. Amant passionné de la nature plus encore que des arts, il fut vivement impressionné par les splendeurs du golfe de Naples. Il y avait, en effet, plus d'un rapport entre cette nature fleurie, luxuriante, et la chaude, la petillante imagination de celui qui la contemplait. Ce climat enivrant n'arrachait pas néanmoins Lacauchie aux sérieuses études, ne détachait point son esprit du positif pour le perdre dans un monde imaginaire; il méditait toujours ses chers et vieux auteurs, et, le scalpel en main, interrogeait la texture et la conformation des organes dans la série zoologique. Ce fut dans ces moments, les plus poétiques de son existence peut-être, qu'il fit de curieuses découvertes dans l'organisme de plusieurs espèces animales. Un des traits les plus caractéristiques de Lacauchie consiste assurément dans cette alliance si rare d'un esprit net, positif, se

L'erreur provient peut-être de ce qu'il juge d'organes créés ou naturels, par analogie avec les machines faites ou artificielles. Mais il est certain que dans les cas où cette analogie ne suffit point pour expliquer la structure d'un organe, cette structure n'existe pas en vain, si une connaissance plus profonde de sa véritable nature conduit un être doué de raison à se former une conception plus parfaite de sa propre origine et de son Créateur.

« L'ensemble de tous les ordres de perfections relatives (a dit Bonnet) » compose la perfection absolue de ce tout; l'unité du dessein nous conduit » à l'unité de l'intelligence qui l'a conçu. »

L'ignorance ou la négation de cette vérité jetterait sur la philosophie humaine un voile qu'il ne serait jamais permis de lever.

Les disciples de Démocrite et d'Épicure raisonnaient ainsi : Si le monde a été fait par un esprit ou une intelligence préexistante, c'est-à-dire par un Dieu, il faut qu'il y ait eu une *idée* et un *exemplaire* de l'univers avant qu'il fût créé, et conséquemment *connaissance* dans l'ordre des temps, aussi bien que dans l'ordre de la nature, avant l'existence des choses.

De là, les sectateurs de ces anciens philosophes, argumentant sur l'idée de connaissance, dans le sens que nous lui donnons comme acquise par nos intelligences bornées, et n'ayant découvert aucun indice d'un archétype idéal dans le monde ou dans quelqu'une de ces parties concluaient qu'il ne pouvait y avoir eu aucune connaissance ni intelligence avant le commencement du monde comme sa cause. C'est dans ce sens que Lucrèce demande :

> Exemplum porro gignundis rebus et ipsa
> Notities hominum Divis unde insita primum,
> Quid vellent facere ut scirent animoque viderent?

Ces philosophes rejetaient les *idées platoniques* comme des pures chimères, parce qu'elles n'étaient point établies sur des démonstrations.

Aujourd'hui néanmoins la reconnaissance d'un exemplaire idéal comme base de l'organisation des animaux vertébrés, prouve que la connaissance d'un être tel que l'homme a existé avant que l'homme fît son apparition; car l'intelligence divine, en formant l'archétype, avait la prescience de toutes ses modifications : l'idée ou l'archétype se manifesta dans les organismes sous diverses modifications, à la surface de notre planète, longtemps avant l'existence des espèces animales chez lesquelles nous la voyons aujourd'hui développée. Sous quelles lois naturelles ou causes secondaires la succession des espèces vient-elle se ranger? Voilà une question dont nous n'avons point encore trouvé la solution. Mais si nous pouvons concevoir l'existence de telles causes, comme les ministres de la toute-puissance divine, et les personnifier sous le terme *nature*, l'histoire du passé de notre globe nous enseigne qu'elle a avancé à pas lents et majestueux, guidée par la lumière de l'archétype, au milieu des ruines de mondes antérieurs, depuis l'époque où l'idée vertébrale s'est manifestée sous sa vieille dépouille ichthyique jusqu'au moment où elle s'est montrée sous le vêtement glorieux de la forme humaine.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR UN NOUVEL AGENT HÉMOSTATIQUE ET HÉMOPLASTIQUE POUR LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES, DES ANÉVRISMES ET DES VARICES; par J.-E. PÉTREQUIN, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'École de médecine de la même ville.

> « La coagulation du sang, cette propriété à laquelle on n'a fait jusqu'ici jouer aucun rôle tant en physiologie qu'en pathologie, me paraît un point fondamental digne des plus scrupuleuses investigations. » (Magendie, PHÉNOM. PHYSIQ. DE LA VIE, t. III, leç. I.)

La recherche des agents les plus propres tant à *coaguler le sang* qu'à *arrêter les hémorrhagies* a été longtemps pour les chirurgiens l'objet de préoccupations particulières; mais ce n'est que dans ces dernières années qu'elle a fait un véritable progrès.

Ces deux problèmes sont connexes; ils sont unis par d'étroites liaisons, et, sans se confondre, ils offrent de nombreux points de contact et des circonstances communes qui nous ont décidé à les réunir dans ce mémoire. Cette réunion double leur importance : sous le rapport clinique, il y a peu d'études qui donnent lieu à des applications plus utiles et plus multipliées.

§ I. — PREMIÈRE PARTIE.

La question, envisagée d'une manière générale, se présente sous deux points de vue : d'une part, c'est l'agent *hémostatique* à étudier comme topique, dont la propriété est d'arrêter l'écoulement sanguin, et l'agent *hémoplastique* considéré comme propre à amener la coagulation du sang. D'autre part, c'est l'examen de l'action de ces deux substances sur le solide vivant et sur la constitution et la vie du sang.

La différence de ces deux points de vue est essentielle; il ne faudrait pas étudier cet intéressant problème seulement sous le rapport chimique, avec l'éprouvette et les réactifs. Il faut spécialement tenir compte de l'influence de ces deux agents sur l'économie, de leur mode d'agir, et de la réaction des liquides et des tissus vivants.

Il faut dire que ces deux propriétés (*hémostatique* et *hémoplastique*), pour être analogues, ne sont pas identiques : tel agent qui est efficace pour arrêter une hémorrhagie n'est pas toujours aussi efficace pour coaguler le sang et *vice versâ*. La connaissance de l'une de ces propriétés n'implique pas nécessairement l'existence de l'autre. Ajoutons qu'une substance peut agir directement sur le sang par elle-même, ou indirectement par réaction des organes.

Je crois avoir, dès 1846, nettement établi ces diverses conditions à propos d'une NOUVELLE MÉTHODE POUR LE TRAITEMENT DE CERTAINES TUMEURS SANGUINES (V. BULLET. THÉRAP., juillet 1848). Dès 1845, mes expériences sur la *galvano-puncture dans les anévrismes* m'avaient conduit à rechercher d'autres coagulateurs du sang. C'était un problème tout neuf à aborder.

J'analysai chacune des difficultés pour mieux les surmonter. Je réussis à

---

complaisant aux travaux exacts et patients, avec une imagination si vive, si libre et quelquefois même si vagabonde. C'est que la folle du logis était pour lui comme une frémissante et sauvage cavale qui emporte au loin celui qui l'enfourche, mais dont on descend à volonté pour se retrouver de pied ferme, et sans laquelle on part, quand on veut faire un paisible et prudent voyage.

Rentré à l'hôpital militaire du Roule, dont il était resté le titulaire, Lacauchie fut nommé officier de la Légion d'honneur et médecin principal de 1re classe, poste le plus élevé de notre hiérarchie après celui d'inspecteur. Il employa ses loisirs à rassembler toutes ses observations hydrotomiques, pour les publier en un volume destiné à appuyer sa candidature à la chaire d'anatomie de Montpellier.

C'est ici le lieu de faire connaître Lacauchie comme fond, après l'avoir surtout montré sous le rapport de la forme.

Deux genres d'études se partageaient son temps et se disputaient sa prédilection : les auteurs anciens et l'anatomie de texture et comparée.

Le principal titre scientifique de Lacauchie, c'est la découverte de l'hydrotomie, méthode d'investigation anatomique complétement nouvelle, véritable dissection par un courant d'eau continu, dirigé dans les canaux circulatoires. Ce moyen si simple, et qui a reçu la sanction des premiers corps savants, amplifie les organes, dont les plus minimes dispositions deviennent ainsi plus saisissables; il sépare les couches, dénude les vaisseaux, dissèque les glandes, dissocie les fibres les plus enchevêtrées, et permet d'étudier facilement l'anatomie de texture des organes les plus compliqués. L'hydrotomie en est presque encore à ses débuts; nous lui devons déjà quelques découvertes, beaucoup de vérifications et de rectifications; mais il lui reste à remplir une tâche autrement vaste. Bien des années se passeront encore avant que l'hydrotomie n'ait passé en revue tous les organes et tous les tissus, comme l'a fait le microscope. Lacauchie a consacré une partie de sa vie à des investigations par la méthode hydrotomique; les matériaux qu'il a rassemblés sont importants et nombreux; son œuvre attend un continuateur. L'anatomie normale épuisée, restera l'anatomie pathologique, qui promet, elle aussi, une abondante moisson. Nous avons vu, en Algérie, M. Catteloup étudier par l'hydrotomie les lésions intestinales d'un dyssentérique, et arriver, avec une précision remarquable, à séparer les unes des autres les différentes couches hypertrophiées, criblées, mamelonnées, encroûtées; à isoler et à rendre très-visibles les décollements, les abcès, les fausses membranes, les gangrènes, les hémorrhagies, qui semblent, dans certains cas graves, se donner rendez-vous sur le gros intestin. L'hydrotomie est donc une découverte qui a déjà tenu sa promesse dans le présent, et qui promet bien plus encore pour l'avenir.

Le TRAITÉ D'HYDROTOMIE, livre peu volumineux, mais plein d'une foule de faits, est une œuvre tout originale, dans laquelle on remarquera surtout : la découverte d'une nouvelle glande que renferme la langue; la constatation de fibres musculaires là où elles n'étaient guère admises que par analogie ou pour expliquer certains faits; la réparation de la peau en ses différentes couches, avec détermination exacte du siége et de la configuration des glandules, des conduits, etc., qui la traversent ou s'étalent entre ses feuillets; l'assimilation de la muqueuse intestinale à la peau, dont tous les éléments y sont représentés; des particularités toutes nouvelles sur les absorbants, etc., etc. La muqueuse, qui tapisse les voies digestives, a été étudiée avec un soin extrême, qui a eu pour résultat, non-seulement de fixer sur des points en litige, mais aussi de véritables

déterminer le principe de la méthode et à formuler les conditions fondamentales du problème à résondre; les voici :

« Il s'agissait de trouver un agent liquide, pour pouvoir être injecté aisément dans la tumeur;

» D'un petit volume, pour n'être pas embarrassant;

» Capable surtout de coaguler le sang sans le carboniser ni le réduire à » l'état de corps étranger;

» Capable aussi de ne produire sur les parois de la poche qu'une excitation modérée;

» Et de nature enfin à pouvoir être résorbé sans danger pour l'économie. » (V. ma CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, 1850, p. 77.)

Après avoir créé la méthode, je réussis à en réaliser le premier les conditions. J'avais experimenté plusieurs acides de l'ordre végétal, et parmi eux je fus conduit à donner la préférence à l'acide citrique qui, précipitant à la fois l'albumine et la fibrine du sang, me parut le mieux réunir les propriétés hémostatique et hémoplastique. Je lui ai dû d'heureux succès. (Voy. les faits cliniques relatés dans le mémoire du docteur Rambaud, BULLET. THÉRAP., juillet 1848.) En 1850, j'ai exposé et résumé la méthode dans son ensemble. (Voy. CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON.)

En 1852, le docteur Pravaz, qui savait que j'avais toujours continué mes recherches sur la coagulation du sang, me proposa d'entreprendre avec lui une série d'expériences sur un nouvel hémostatique qu'il jugeait préférable à tous les autres. Il s'agissait du perchlorure de fer liquide, dont il avait eu l'idée. Il fut décidé que nous commencerions par opérer sur les animaux, sans toutefois nous faire illusion sur la valeur absolue de ce genre de preuves. J'allai chez lui et pratiquai, sur un jeune mouton, en présence de M. Lallemand, un double anévrisme, en ouvrant la fémorale à chaque cuisse; mais l'anévrisme se développa peu, et il guérit spontanément sans attendre notre injection.

Nous essayâmes les effets du perchlorure de fer liquide dans une solution albumineuse; et je fis la remarque que, pour mieux réussir, il fallait incliner la seringue de divers côtés, et injecter en différents endroits, afin de multiplier les caillots et les centres de coagulation.

Ce fut alors que nous allâmes, MM. Pravaz, Lallemand et moi, poursuivre nos expériences à l'École vétérinaire de Lyon, avec l'assistance du directeur, M. Lecoq. On expérimenta sur des chevaux et dans l'intérieur même des artères. On choisit la carotide, qui fut mise à nu dans une étendue de 12 à 15 centimètres; on saisit avec les doigts les deux extrémités; l'injection fut faite dans le milieu; l'expérience échoua sur le premier cheval. Il fut ensuite abattu, et l'on ne retrouva pas le caillot, qui avait d'abord paru très-satisfaisant.

Un second cheval fut opéré avec succès : on trouva à l'autopsie un caillot fusiforme, assez dense et disposé à contracter des adhérences.

Sur un troisième cheval, l'expérience réussit également; on le garda quelques jours pour en observer les suites. M. Lecoq eu l'obligeance de m'apporter alors les pièces, où nous reconnûmes une inflammation interne de l'artère, qui avait une tendance à la gangrène. Le caillot était bien formé et adhérent.

L'étude des faits en était là lorsque M. Pravaz, sans m'en prévenir, prit le parti de publier le tout en son nom. J'en fus quelque peu surpris, je l'avoue; mais, au lieu de réclamer sur ce qu'il n'avait pas fait la part de ma collaboration, bien que le travail expérimental eût été fait en commun et que les principes de la méthode fussent mon œuvre, je me bornai à continuer mes recherches sans lui, comme je les avais commencées sans lui. J'ai d'ailleurs la conviction que si une mort funeste n'avait pas inopinément enlevé ce savant et regrettable confrère, il aurait amplement réparé son injuste omission à mon égard. Je puis même dire qu'il en avait fait spontanément la promesse. Il avait trop de loyauté pour qu'il en fût autrement.

Afin de donner suite à ces recherches que M. Lallemand avait encouragées de sa présence et de ses conseils, je fis tous mes efforts pour étudier plus complétement cette intéressante question. Je m'occupai d'éclairer les nombreux points laissés en litige; la science était loin d'avoir dit son dernier mot. Il s'agissait de trouver le meilleur procédé pour réaliser les conditions de la nouvelle méthode. J'avais réussi avec l'acide citrique; M. Pravaz proposait le perchlorure de fer; mais à quelle densité fallait-il l'employer? A quelle dose devait-on l'injecter pour réussir? Quelle action exerçait-il sur le sang et sur les vaisseaux? Par quelle réaction chimique s'opérait le phénomène de la coagulation? Que devenait le caillot? Le sang était-il carbonisé et devenu impropre à l'absorption, etc., etc.? C'étaient là autant de désidérata. Enfin, n'y avait-il aucun autre agent qui pût rivaliser ou même l'emporter par les propriétés hémostatiques et hémoplastiques? Tout cela restait à décider.

Pénétré des beaux résultats que j'ai obtenus par les préparations ferromanganiques dans les maladies du sang (V. GAZ. MÉD., 1849, p. 733; et BULLET. THÉRAP., mars 1852), j'avais un intérêt particulier à expérimenter le *perchlorure de fer et de manganèse*. La préparation en fut confiée à M. Burin du Buisson, pharmacien chimiste à Lyon, qui avait déjà préparé pour M. Pravaz le perchlorure de fer. Nous fîmes ensemble, avec l'assistance du docteur Paul Delorme, une série d'expériences comparatives sur la coagulation du sang (1), en essayant successivement un grand nombre d'agents hémostatiques ou prétendus tels. M. Burin, dans un mémoire adressé à l'Institut, a donné un tableau de l'ensemble des résultats. Il nous suffira de remarquer ici que l'essai comparatif de 17 réactifs classait en *première ligne*, pour sa puissance coagulante, le perchlorure ferro-manganique; le *second rang* était acquis au perchlorure de fer; l'acide citrique venait en *troisième ligne*.

M. Burin s'explique très-catégoriquement à cet égard : « On remarque, » dit-il, dans les deux tableaux comparatifs, que du perchlorure de fer » contenant un tiers de son poids de sesquichlorure de manganèse, *exerce* » *sur le sang une action coagulante encore plus énergique que celle du* » *perchlorure de fer.* » Dans les tableaux d'expériences, il est dit expressément que : « avec sept gouttes de perchlorure de fer et de manganèse à

(1) Nous avons opéré sur du sang encore vivant au moment même où il sortait de la veine; on le recevait dans une éprouvette graduée pour le mesurer exactement, et on le transvasait à mesure dans des verres étiquetés, dont chacun était réservé pour un des divers réactifs que nous avons successivement essayés. Ces réactifs étaient à l'état de dissolution et offraient des densités approximativement analogues; nous les faisions agir séparément sur une même quantité de sang; les résultats étaient ainsi faciles à comparer; ils ont été constatés par un grand nombre d'élèves. J'ai ensuite répété moi-même ces expériences devant la Société de médecine de Lyon (séance du 20 juin), dont les membres ont pu contrôler les résultats spéciaux que j'énonce.

---

découvertes; la perforation des follicules agminés, si contestée, est parfaitement démontrée par l'hydrotomie. L'appareil hépatique et le système glandulaire en général n'ont pas été oubliés par l'inventeur de l'hydrotomie; l'étude des organes génito-urinaires l'a conduit aussi à rectifier des points, au sujet desquels on était dans l'erreur.

Les études hydrotomiques ont été menées contemporainement sur plusieurs espèces d'animaux, expérimentations parallèles fort importantes; car elles permettent de saisir chez une espèce des dispositions peu marquées chez l'autre, et qui eussent échappé si l'on s'était livré d'emblée à leur examen.

Enfin, de très-importantes déductions, qui profiteront à la physiologie et à la pathologie, ont été tirées en mainte occasion, par exemple, à propos de la circulation veineuse, et de ces absorbants, qui se développent si vite au milieu des infiltrations pathologiques, ou au pourtour des dépôts collectionnés dans nos organes malades.

Nous avions donc raison d'avancer que Lacauchie, malgré sa prédilection pour les détails, pour la topographie et les menues investigations, n'omettait point de s'élever du particulier au général, des faits à leur signification, de la matière à l'esprit.

En avril 1853, Lacauchie lisait à l'Académie impériale un travail fort intéressant sur l'anatomie comparée de l'appareil génito-urinaire dans la série animale des mammifères, qui se partagent, sous ce rapport, en quatre classes, chez lesquelles cet appareil est de plus en plus compliqué, depuis l'homme et le chien, qui occupent la première, jusqu'au porc, chez lequel on observe le plus haut degré de complication. Cet animal présente une petite vessie toute spéciale, curieux organe découvert par Lacauchie.

A cette époque, Lacauchie s'était porté candidat au fauteuil académique, section de l'art vétérinaire. On sait qu'on ne parvient pas au temple de la science à la première tentative; mais, déjà arrivé sous le péristyle, il eût certainement franchi la porte du sanctuaire à l'aide d'un second effort, si la mort ne fût venue l'arrêter au milieu de sa carrière.

Nous devons enfin à Lacauchie une ESQUISSE DE L'HISTOIRE DES AMPUTATIONS, NOTAMMENT DE LA MÉTHODE DE CELSE. Esprit investigateur, il a su découvrir, épars chez les anciens, et même dans Celse, exploré ou interprété incomplétement, de précieux documents, de l'importance desquels on ne se doutait pas. La chirurgie grecque et romaine était dans l'art des amputations plus avancée qu'on ne croit généralement; on procédait même quelquefois à la ligature des vaisseaux, fait relaté dans Héliodore et ailleurs encore; mais les anciens n'attachaient pas à cette précieuse opération la valeur et le rôle capital qu'elle mérite; de sorte que la gloire de sa généralisation, de sa vulgarisation, n'en revient pas moins à notre Ambroise Paré.

En 1841, Lacauchie a trouvé une nouvelle méthode d'amputation, applicable surtout aux désarticulations. Elle consiste dans une section circulaire sur laquelle on abaisse ensuite une incision verticale; on dissèque largement et facilement, l'article se montre à découvert, le couteau y pénètre sans gêne; après l'ablation, la surface articulaire est recouverte par un large lambeau bien charnu. C'est la méthode de Rawton, moins une incision; on n'a qu'un lambeau, au lieu de deux. On a proposé, quand les tubérosités des os sont assez volumineuses et saillantes, pour faire redouter la pénurie des chairs taillées suivant la

» 40°, la totalité du sang de l'éprouvette est prise en masse consistante. » Il ajoute que : avec 10 gouttes, le coagulation est très-complète et le mé- » lange plus consistant que par le perchlorure de fer, même à 45°, avec » 10 gouttes. »

Ces résultats n'ont pas varié. Nous avions donc trouvé un agent hémostatique et surtout hémoplastique meilleur que le perchlorure de fer, et en conséquence, j'ai été amené, par ces expériences comparatives, à donner une légitime préférence au *perchlorure ferro-manganique*.

Le phénomène de la coagulation du sang est plein d'intérêt à étudier : au moment même où l'on fait tomber dans l'éprouvette une goutte de perchlorure ferro-manganique, on voit se former à la surface du sang un caillot *chimique* de couleur brune qui se prolonge vers le fond du verre, chaque goutte produit le même phénomène. Après l'instillation de cinq à six ou sept gouttes pour un centilitre, on voit le coagulum augmenter peu à peu de volume jusqu'à absorption complète du réactif; le sang est alors pris en une masse consistante. Si l'on ajoute deux ou trois gouttes en excès, cette masse prend l'apparence d'un extrait grumeleux, presque sec et comme pulvérulent.

Quand on commence l'expérience en agitant le mélange, la coagulation semble plus rapide.

En résumé, le perchlorure ferro-manganique remplissait parfaitement plusieurs des conditions fondamentales de la méthode telles que je les avais formulées, à savoir, que nous avions découvert (ce qu'il s'agissait précisément de trouver) :

« Un agent liquide, pour pouvoir être injecté aisément dans la tumeur;

» D'un petit volume, pour n'être pas embarrassant;

» De nature enfin à pouvoir être resorbé sans danger pour l'économie. »

Mais ce n'était pas tout; d'autres problèmes étaient à résoudre : Que devenait le sang? Était-il coagulé sans avoir été carbonisé ni réduit à l'état de corps étranger? Pouvait-on compter que le réactif n'exerçât sur les parois de la poche qu'une excitation physiologique? Et ce caillot, enfin, était-il de nature à pouvoir être redissous et repris par les vaisseaux absorbants? Voilà ce qu'il importait de connaître.

On sait que les acides minéraux attaquent le sang en le désorganisant, et qu'ils carbonisent ses éléments. Or l'analyse nous a démontré qu'il n'y a rien de semblable avec le perchlorure de fer et de manganèse; voici les principales expériences que j'ai faites avec M. Burin du Buisson, pour élucider ce point de chimie pathologique :

En broyant un fragment de caillot dans de l'ammoniaque, on le voit prendre, en se dissolvant, une couleur rouge qui rappelle certaines solutions de la matière colorante du sang, preuve que les éléments du sang ne sont pas désorganisés dans le caillot obtenu par le perchlorure ferro-manganique, puisqu'ils conservent leur caractère propre et peuvent être revivifiés par un alcali.

D'autre part, si du sang solidifié par le perchlorure double est traité par l'eau chaude, on le voit se dissoudre d'une manière complète en donnant au liquide une couleur rouge grenat, ce qui éloigne absolument toute idée de carbonisation, car les matières charbonnées ne sont pas solubles.

Enfin, cette solution aqueuse du coagulum est précipitée de nouveau par le perchlorure, qui donne naissance à des flocons bruns, nageant dans un liquide décoloré, nouvelle preuve irréfragable que les éléments du sang n'ont pas perdu leurs propriétés primitives, qui restent accessibles aux mêmes réactifs, avec les mêmes phénomènes.

Ainsi il est démontré d'une manière péremptoire que le perchlorure de fer et de manganèse a la vertu de coaguler le sang sans le carboniser ni le réduire à l'état de corps étranger. Le phénomène qui se produit est attribué, par M. Burin, à une combinaison directe du perchlorure avec les éléments fibrino-albumineux du sang.

Nous ferons observer que de la solubilité du caillot, soit dans l'eau chaude, soit dans l'ammoniaque, il découle des corollaires d'une haute importance en chirurgie : ainsi, dans le travail de résorption auquel l'action vitale doit soumettre le caillot dans le sein de nos tissus, il est clair que les alcalis naturels du sang exerceront sur lui une action dissolvante analogue à celle qu'on provoque artificiellement dans l'éprouvette, et qui se trouvera favorisée par l'eau qui fait la base des liquides animaux.

On comprend enfin qu'avec un agent coagulateur aussi énergique, on n'est obligé d'en injecter que quelques gouttes, et qu'en conséquence on ne peut produire sur les parois de la poche qu'une excitation modérée qui restera dans les limites physiologiques.

La question se trouve donc résolue dans tous ses détails et les difficultés surmontées. Il reste à choisir, pour le liquide, la densité la plus convenable; dans nos essais, nous avons employé des réactifs à 40, à 45, à 50° et même plus (aréomètre de Baumé); mais pour l'application clinique, ces densités m'ont paru avoir plusieurs inconvénients; et d'abord elles sont plus considérables qu'il n'est nécessaire; puis elles ne restent pas homogènes; le perchlorure, à l'état de sursaturation, se précipite partiellement et se décompose, de sorte que la densité est incessamment variable. J'ai été conduit expérimentalement à choisir le n° 30 comme donnant une densité parfaitement suffisante et un liquide qui reste identique et homogène dans sa composition et ses vertus coagulantes. J'en conserve depuis plusieurs mois sans altération. Seulement, pour le composer convenablement, il faut non-seulement beaucoup de soin, mais encore beaucoup de temps; plusieurs semaines sont nécessaires pour préparer et laisser déposer et décanter le liquide, qui a besoin d'être pesé et vérifié à plusieurs reprises (c'est aussi le n° 30 que, par ces motifs, M. Burin a fini par adopter exclusivement).

§ II. — DEUXIÈME PARTIE.

Voyons maintenant les applications cliniques.

1° HÉMOSTATIQUE. — J'ai maintes fois reconnu expérimentalement que le perchlorure ferro-manganique jouit de propriétés *hémostatiques* beaucoup plus puissantes que l'eau de Pagliari ou l'ergotine Bonjean, et autres topiques qu'on emploie à cet usage.

Dans les plaies qui donnent lieu à une hémorrhagie en nappe, il suffit, pour arrêter l'écoulement du sang, d'appliquer sur la surface saignante (après l'avoir préalablement lavée à l'eau froide) une compresse imbibée avec un mélange d'une cuillerée de perchlorure dans un verre d'eau. Si l'écoulement n'est pas arrêté, on réussira en ajoutant au mélange une seconde cuillerée de perchlorure. La plaie est-elle inégale et irrégulière? On placera d'abord, avant la compresse, un tampon de charpie trempé dans le même liquide. Ce procédé peut encore suffire quand l'hémorrhagie provient d'une petite artère; on pourrait remplacer la charpie par un tampon d'amadou, d'éponge ou de linge, qui servira en outre à comprimer le vaisseau lésé.

---

méthode ovalaire, de pratiquer une incision longitudinale, et de commencer sur la partie inférieure de celle-ci les deux sections curvilignes qui doivent contourner le membre. Supposez la première incision plus longue et la section des chairs circulaire et perpendiculaire à l'axe du membre, au lieu d'être ovalaire et oblique, et vous aurez la méthode Lacauchie. Avec cette méthode, l'insuffisance du lambeau n'est jamais à craindre.

Elle nous semble applicable aux désarticulations dans lesquelles on redoute les dangers que nous avons dit, elle serait également à essayer dans les désarticulations pour lesquelles il est reconnu que la méthode circulaire donnerait les meilleurs résultats, si elle ne présentait pas de difficultés de pénétration dans l'article. La méthode Lacauchie ne consiste, en effet, que dans la méthode circulaire, avec débridement de la manchette. Ce débridement, lorsqu'il est pratiqué à la partie déclive, permet le libre écoulement du pus. C'est à l'observation à nous apprendre dans quels cas peut rendre des services cette méthode, que son inventeur a essayée dans un petit nombre de circonstances.

Lacauchie, ayant ranimé les tisons encore chauds de son âtre du Roule, goûtait paisiblement les fruits mûrs de ses travaux et de ses services antérieurs, quand un nouveau concours le tenta: la chaire d'anatomie était vacante à Montpellier. Ce n'était plus un concours par la parole et par la plume, par l'argumentation et par la thèse, rude épreuve qui, préparée longtemps d'avance, ne laissait, dit-on, parvenir à la chaire disputée que des hommes dont le travail et les veilles avaient abrégé les jours; assertion basée sur deux ou trois cas, déification posthume au moins fort hasardée! C'était un concours d'un autre genre, mais non sans fatigues. Il fallait d'abord augmenter ses titres scientifiques par des productions opportunes, instantanées. Tout cela n'est rien encore : nous les avons vus, tous tant qu'ils sont, chez eux et hors de chez eux, frapper à la porte des puissants, assister à leur petit-lever, employer la plume et la parole pour s'attirer leurs hautes grâces. Les démarches amenaient même parfois deux concurrents face à face dans l'antichambre d'un même personnage qui, sans doute, les berçait d'un pareil espoir. Ces sollicitations sont une conséquence forcée du mode d'admission actuellement en vigueur; il faut se décider à se faire solliciteur, ou ne pas songer à disputer la place. Une mesure qui impose aux candidats de telles conditions mérite-t-elle bien nos suffrages? Lacauchie, habitué à attendre que la justice vînt le trouver chez lui, et auquel il avait toujours répugné d'aller au-devant des faveurs, subit avec peine les nécessités de sa candidature; mais, se sentant appelé par ses mérites et par ses travaux, il persista. Malheureusement, tandis que toutes les influences du clocher se liguaient pour soutenir l'enfant du lieu, Lacauchie eut de grandes défections dans la famille militaire, trop souvent pleine de réticences à notre égard, quoiqu'elle nous demande un dévouement sans restrictions.

Bientôt, consolé de son honorable échec, Lacauchie fut tout à ses livres, à ses travaux, à ses amis et à sa famille. Il se trouvait si heureux, arrivé à sa haute position, d'avoir trouvé un nid qui lui donnât la tranquillité et lui assurât le bien-être, après tant de luttes et de pérégrinations, qu'il se prenait quelquefois à douter de la durée d'un bonheur si bien acquis; pressentiments passagers qu'il chassait bientôt, pour laisser toute la place à l'affection expansive et à la douce gaîté; pressentiments qui ne se sont néanmoins que trop vérifiés, car il ne devait plus vivre que des jours trop parcimonieusement comptés.

J'ai souvent réussi en procédant de la sorte dans quelques opérations chirurgicales, telles que les incisions, les amputations de doigts ou d'orteils, les ablations de glandes ou de squirres mammaires, etc.

Dans les piqûres de sangsues qui, chez les enfants et certains sujets débiles donnent lieu à des hémorrhagies inquiétantes, l'application d'un tampon de charpie ou d'amadou imbibé de perchlorure pur et maintenu avec le doigt, suffira pour arrêter le sang à l'instant.

Ce moyen m'a réussi dans des cas d'épistaxis où le tamponnement et les autres hémostatiques avaient échoué. Je n'en citerai qu'un seul exemple très-probant.

ÉPISTAXIS INCOERCIBLE; INEFFICACITÉ DES HÉMOSTATIQUES ET DU TAMPONNEMENT ORDINAIRES; INJECTION ET TAMPON DE PERCHLORURE FERRO-MANGANIQUE; GUÉRISON.

Obs. I. — Le 18 juillet 1853, une femme de 38 ans entre à l'hôpital dans la nuit, pour un épistaxis qu'aucun hémostatique n'a pu arrêter. On tamponne une fosse nasale. Le lendemain, l'hémorrhagie continuant toujours, j'injecte une solution étendue de perchlorure ferro-manganique. Le sang est arrêté. Il reparaît après deux jours. On fait une injection de perchlorure à 30° presque pur. L'hémorrhagie cesse à l'instant; mais une heure après, la malade ayant fait des mouvements, quelques caillots tombent dans le larynx et amènent la suffocation : teinte violacée de la face; froid des extrémités; menace d'asphyxie. M. Jacquemet, interne du service, sauve la vie à la malade en faisant l'aspiration des caillots par l'application de la bouche sur celle de la mourante.

Malgré son état de chloro-anémie consécutive, l'épistaxis ne reparaît plus. (Traitement corroborant; préparation ferro-manganique; régime réparateur.)

La santé s'améliore rapidement; la malade sort le 14 août en état de guérison.

On obtient le même succès pour les hémorrhagies nasales qui suivent certaines opérations, comme celles des polypes muqueux; en voici des exemples :

POLYPE DU NEZ; EXTIRPATION; HÉMORRHAGIE; EFFICACITÉ DU PERCHLORURE COMME HÉMOSTATIQUE.

Obs. II. — Le 6 juin 1853, un jeune homme me fut adressé de Genève, pour être traité d'un polype dont une première opération, faite dans son pays, ne l'avait pas débarrassé. Je l'opérai le 9 juin; un saignement abondant eut lieu, comme d'habitude; je l'arrêtai avec des injections du mélange précité. L'introduction d'une mèche de charpie trempée dans parties égales d'eau et de perchlorure double, vint ensuite suspendre tout écoulement sanguin.

L'opéré part guéri le 19 juin.

OPÉRATION D'UN POLYPE DU NEZ; HÉMORRHAGIE; INJECTION ET TAMPON DE PERCHLORURE.

Obs. III. — Le 23 juin, j'opérai, à l'hôpital, de polypes muqueux multiples de la narine gauche, un homme de 41 ans, déjà opéré à Roanne une première fois sans succès. Écoulement de sang abondant; même succès avec l'injection de perchlorure ferro-manganique, suivie d'un tampon de charpie. L'hémorrhagie cesse et ne reparaît plus.

Le malade sort guéri le 4 juillet.

Dans les hémorrhagies utérines qui succèdent à l'excision des polypes de la matrice, je pense, avec le perchlorure ferro-manganique, remplacer avantageusement la solution d'ergotine Bonjean, où je trempais les tampons qu'on applique sur le col pour arrêter l'écoulement sanguin.

On utilisera aussi ce topique dans certaines hémorrhagies du pharynx presque incoercibles, qui accompagnent parfois la resection des amygdales. Je propose de recouvrir l'index d'une mèche de charpie qu'on trempera dans parties égales d'eau et de perchlorure, et de le porter ensuite sur la plaie saignante, où on le maintiendra en comprimant un peu. J'ai reconnu qu'une pression exercée avec la main libre derrière l'angle de la mâchoire, entre la branche montante et l'apophyse mastoïde, fait parfaitement supporter le contact du doigt sur le pharynx. J'ai heureusement exécuté ce procédé avec l'eau de Pagliari; il réussira mieux encore avec le perchlorure ferro-manganique.

En somme, ce nouvel hémostatique paraît appelé à rendre de grands services dans les diverses espèces d'hémorrhagies; il se classe au nombre de ces agents que tout médecin doit sans cesse avoir sous la main, comme la pierre infernale, le collodion, etc.

2° Hémoplastique. — Rappelons que *hémostase* et *hémoplastie* sont essentiellement différentes : ainsi l'eau de Pagliari et l'ergotine Bonjean, qui figurent honorablement parmi les hémostatiques, ont fort peu de vertu comme hémoplastiques. C'est une distinction à faire.

Depuis qu'en 1845 j'ai réussi avec la galvano-puncture à déterminer la coagulation du sang dans les anévrismes, les succès que j'ai publiés ont donné l'impulsion à ce genre de recherche; la méthode nouvelle que je formulais est devenue pour l'hémoplastique le point de départ d'une foule d'expériences et d'applications. C'est spécialement en vue des anévrismes que M. Pravaz a proposé le perchlorure de fer et que nos premières études expérimentales avaient eu lieu, comme je l'ai exposé.

J'écrivais en 1848, à propos de la galvano-puncture : « Cette innovation » chirurgicale ne se hornera point à la curation des anévrismes; un vaste » champ lui est ouvert. J'ai fait pressentir qu'elle recevrait des applica- » tions nombreuses; ainsi, pour ne pas sortir du cadre des maladies qui ont » le plus de rapport avec les anévrismes, je ferai remarquer qu'on peut » l'appliquer à la cure des *tumeurs variqueuses*, etc.

» Un second groupe de maladies non moins importantes auxquelles la » nouvelle méthode pourra s'adresser avec succès, c'est celui des tumeurs » vasculaires, comme les *nævi materni*, les *tumeurs érectiles* des diverses » régions, etc.

» Il est encore un autre ordre de lésions, telles que les *tumeurs sanguines*, les *hémorrhoïdes*, les *fongus vasculaires*, etc., où la galvano- » puncture pourra être appelée à rendre de grands services. » (Gaz. Méd. de Paris, 1846, p. 775.)

Les mêmes considérations s'appliquent parfaitement au perchlorure de fer et de manganèse. Je n'ai pas encore eu occasion de l'employer pour des anévrismes; mais j'ai été logiquement conduit à l'utiliser pour la guérison des tumeurs variqueuses. L'Hôtel-Dieu de Lyon peut revendiquer l'honneur d'en avoir le premier fait l'application (M. Valette a opéré le 18 juillet, M. Pétrequin le 19 et M. Desgranges le 20). La fréquence des varices, les incommodités et les maladies qu'elles entraînent, comme œdème, phlébite, ulcères et même impotence du membre, viennent doubler la valeur de la méthode qui les comprend dans sa sphère d'action. Voici quelques faits propres à éclairer la question :

VARICES VOLUMINEUSES, AVEC NODOSITÉS SUR LA SAPHÈNE INTERNE, A DROITE, DATANT DE VINGT ANS; COMPLICATION D'UN LARGE ULCÈRE DEPUIS HUIT MOIS; INJECTION DE PERCHLORURE FERRO-MANGANIQUE; GUÉRISON.

Obs. IV. — Le 19 juillet, M. Pétrequin opéra un homme de 54 ans, tisse-

---

En juillet 1853, Lacauchie démontrait la médecine opératoire sur le cadavre putrescent d'un sujet qui avait succombé à une affection de mauvais caractère; le méphitisme incommoda les élèves, mais toucha à mort le maître, qui manqua défaillir et fut obligé de regagner la maison. En peu d'heures, une angine couenneuse se déclara, et son développement fut si rapide que, le surlendemain, la suffocation était imminente. Grâce aux soins des amis que Lacauchie comptait dans les régions les plus élevées de la science et de la hiérarchie, de MM. Bégin, Michel Lévy, Alquié, etc., la maladie fut arrêtée; mais il demeura brisé, languissant, sans force et sans réaction, portant sur son front profondément altéré le stigmate du poison qui avait attaqué la vie dans son essence. A la fin d'août, après une amélioration qui avait donné le meilleur espoir, le mal revint, et l'hypothèse croissante fit craindre que cette flamme pâlie ne s'éteignît à jamais. Appelé à siéger à un jury d'examen à Strasbourg, Lacauchie voulut répondre à l'appel et hâter sa guérison en allant demander à Baden ses distractions et son air vivifiant. Déjà martyr de la science, Lacauchie va s'offrir en sacrifice une seconde, hélas! et dernière fois! La fatigue du voyage achèvera l'œuvre commencée par le poison cadavérique.

En route, un effort d'expectoration amène des fausses membranes; il voit avec de funestes pressentiments que le mal qu'il croyait éteint couve encore sous la cendre. A Strasbourg, un long évanouissement lui apprend qu'il a plus de volonté que de forces. Sa famille l'accompagne. Le courage renaît; on arrive à Baden. La diphthérie reparaît; sa rapidité est effrayante; Lacauchie est perdu. Son organisme, accablé par une longue souffrance, se débat à peine contre ce nouveau mal. Son maître et ami, M. l'inspecteur Michel Lévy, accourt en toute hâte. Il était trop tard. La face est cyanosée, la poitrine s'épuise en mouvements précipités, la circulation lutte et s'éteint dans un dernier effort; la colonne d'air cherche en vain son passage à travers les fausses membranes qui bruissent et clapotent à chaque effort, sinistre bruit, trop certain présage de mort. L'intelligence demeure nette jusqu'au bout; il balbutie ici un adieu, là des souhaits, ailleurs des consolations, et assiste, lui médecin, à toutes les phases de développement d'une asphyxie croissante dont il prévoit le terme fatal.

Lacauchie laisse une femme que son esprit distingué et son cœur affectueux rendaient si digne d'une telle alliance. Elle suivit partout son mari, pendant sa vie agitée, et ne le quitta qu'un jour, bien triste jour, le 4 septembre, lorsqu'on l'emporta évanouie de la chambre où s'exhalait, avec un dernier soupir, sa dernière espérance. La mère et deux enfants méritaient bien l'intérêt du gouvernement, car Lacauchie, mort pour la science et victime de son devoir, était grand et généreux. L'État vient d'adopter le fils de Lacauchie, en lui donnant une bourse dans un lycée, et la veuve ne sera point oubliée dans ces actes solennels de rémunération, si puissants pour engager ceux qui survivent à n'écouter que la voix du devoir et du dévouement, puisqu'avec eux ne s'éteint point le dernier appui de leur famille.

Félix Jacquot.

rand dans l'Isère, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution détériorée, affecté de varices énormes de la jambe droite, datant de vingt ans et compliquées d'un vaste ulcère depuis huit mois. On sent vers la patte d'oie une grosse tumeur formée par de nombreuses nodosités variqueuses. Une forte anastomose de la saphène externe vient se jeter au-dessous dans un autre sinus ou confluent variqueux. On place une première ligature circulaire au-dessus du genou pour gonfler toutes les veines variqueuses de la jambe, et une seconde entre les deux tumeurs pour immobiliser le sang dans la supérieure. M. Pétrequin fait une ponction sous-cutanée et injecte avec la seringue Pravaz (fabriquée par Charrière) seize gouttes de perchlorure ferro-manganique à 30 degrés. La coagulation du sang et l'induration de la tumeur ont lieu aussitôt. On enlève la ligature supérieure et on la replace au-dessous de la deuxième tumeur, qui est opérée de même avec quatorze gouttes et avec le même succès. On ôte les deux ligatures, on ferme au fur et à mesure chaque piqûre avec une bandelette au collodion. Le malade est reporté dans son lit, où il garde le membre dans la position horizontale. L'opération est fort peu douloureuse et n'est suivie que d'une faible réaction. Autour des points opérés, les veines variqueuses s'oblitèrent peu à peu et représentent des cordes dures. L'ulcère est pansé avec une solution très-étendue de perchlorure ferro-manganique qui en hâte rapidement la cicatrisation.

Le 7 août, M. Debout visite l'opéré et constate le bon résultat obtenu. Une petite escarre s'est formée sur la première tumeur et a donné lieu en se détachant à une ulcération atonique qui est d'abord cautérisée, puis pansée avec la teinture d'iode. Les varices sont oblitérées dans l'étendue de plusieurs travers de doigt au-dessus et au-dessous de chaque opération. Le succès est constaté dans le mois de septembre successivement par MM. Lallemand, Tourdes (de Strasbourg), Pitha (de Prague), Strange et Heath (de Loudres), Pouzet (de Privas), etc. (Recueillie par le docteur Chatin.)

Pour rendre l'opération plus facile, je fais d'abord tenir le malade debout et appliquer une ligature circulaire au-dessus du point à opérer pour distendre les varices; on place une deuxième ligature au-dessous de la tumeur pour y retenir le sang. Je fais alors une ponction qui me conduit dans la veine d'emblée avec la précaution d'éviter que la pointe de l'instrument n'aille blesser la paroi opposée du vaisseau. Quelques gouttes de sang s'écoulent d'ordinaire par la canule aussitôt qu'on retire le trocart. On visse à l'instant la seringue et l'on injecte le perchlorure en comptant les gouttes par les tours de vis de piston. La varice gonfle et durcit à l'instant. Je ferme la piqûre avec une bandelette au collodion, et le membre est tenu au lit dans une position horizontale. S'il y a de la réaction, on applique des compresses d'eau blanche ou des cataplasmes. On tient l'opéré au régime, à l'usage des délayants et au repos.

VARICES ÉTENDUES DE LA SAPHÈNE INTERNE GAUCHE; LARGE ULCÈRE; INJECTION DU PERCHLORURE; GUÉRISON.

OBS. V. — Le 30 juillet, M. Pétrequin opéra un chiffonnier, âgé de 33 ans, pour des varices étendues de la jambe gauche qui, depuis huit ans, ont amené plusieurs ulcères, de sorte que la peau du membre est littéralement dégénérée en tissu de cicatrice. Un large ulcère existe à la jambe droite. On fait deux injections directes, l'une de quatorze gouttes et l'autre de douze, par une ponction directe.

Le 7 août, M. Debout constate l'absence d'accident et d'inflammation et l'oblitération des varices.

Le 12, le malade s'étant levé malgré la consigne, la jambe est un peu douloureuse (cataplasmes, bain, repos). L'accident se dissipe, le caillot induré diminue, l'ulcère se cicatrise avec du perchlorure étendu. Nous constatons, avec MM. Lallemand, Pitha, Gillebert, Pouzet, que la guérison est complète et la saphène oblitérée.

Le 11 septembre, le malade sort. (Recueillie par le docteur Chatin.)

Ici il n'y a point eu d'accident; cependant l'état de la peau et les cicatrices multipliées dont elle était le siége devaient en faire craindre; il n'en a rien été. Or, je remarquerai qu'à côté d'un état local fâcheux, il y avait un état général plus favorable, le malade étant moins âgé et d'une constitution plus énergique que le premier et le suivant.

VARICES VOLUMINEUSES, AVEC DEUX TUMEURS VARIQUEUSES; COMPLICATION DE CINQ ULCÈRES; INJECTIONS DE PERCHLORURE; GUÉRISON.

OBS. VI. — Le 27 août, M. Pétrequin opéra un homme de 48 ans, cultivateur à Saint-Amour (Jura), atteint depuis huit ans à la jambe droite de varices volumineuses, avec deux tumeurs, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la patte d'oie, sur la saphène interne. Il existe cinq ulcères dont le plus grand, large comme un écu, siége au tiers inférieur de la jambe. M. Pétrequin injecte douze gouttes dans la tumeur supérieure, et huit à dix dans l'autre. Pas de douleur ni de réaction prononcée; mais le 30 on remarque sur la tumeur inférieure une plaque grisâtre qui dégénère en escarre. M. Pétrequin l'enlève le 8 septembre. Quatre des ulcères se sont cicatrisés; le caillot de la tumeur supérieure se résorbe. La guérison est contrôlée successivement par MM. Lallemand, Chavanne, Girin, Marienot. (Recueillie par le docteur Chatin.)

Dans le but d'éviter l'ulcération consécutive qui s'est montrée deux fois sur mes six premières opérations, j'ai progressivement diminué la dose du perchlorure (M. Burin, en analysant le caillot contenu dans l'escarre enlevée le 8 septembre, y a retrouvé du fer); je ne l'avais sans doute pas encore assez diminué; il en faut fort peu pour coaguler le sang dans les varices, comme on le voit dans les faits suivants, où je n'ai injecté que trois à cinq gouttes de perchloruro-ferro-manganique, et qui n'ont présenté aucun accident.

VARICES DATANT DE SEPT ANS SUR LA SAPHÈNE INTERNE GAUCHE; ULCÈRE AUX DEUX JAMBES; INJECTION DE PERCHLORURE; GUÉRISON SANS AUCUN ACCIDENT.

OBS. VII. — Le 12 septembre 1853, M. Pétrequin opère une tailleuse de Saint-Germain (Ain), âgée de 31 ans, atteinte depuis sept ans de varices sur la saphène interne, à la jambe gauche, avec complication d'un ulcère depuis quinze mois. La jambe droite a également quelques varices médiocres et un ulcère. M. Pétrequin n'injecte que cinq gouttes de perchlorure par une ponction directe; même pansement. La tumeur se durcit sensiblement, mais plus encore le lendemain, et le 17 on constate que la saphène représente un cordon dur jusqu'à 9 ou 10 centim. au-dessus.

Le 19, pas de douleur, pas d'inflammation et point d'apparence d'ulcération.

VARICES TRÈS-ÉTENDUES, AVEC NODOSITÉS SUR LA SAPHÈNE INTERNE; INJECTION DE PERCHLORURE.

OBS. VIII. — Le 16 septembre, M. Pétrequin opère un paysan de 63 ans, atteint depuis vingt-cinq ans de varices flexueuses et multipliées sur toutes les branches de la saphène interne à droite, avec des nodosités au niveau des confluents; elles dessinent des arabesques bizarres sur la jambe et mettent en relief toute l'anatomie de la saphène. M. Pétrequin fait une seule ponction directe et n'injecte que trois à quatre gouttes de perchlorure. Tout se passe bien.

Chez tous les opérés la réaction a toujours été très-modérée; il a été facile de la réprimer avec le repos, les cataplasmes, les bains, les délayants et le régime.

En résumé, la guérison des varices par la nouvelle méthode est aujourd'hui un fait acquis à la pratique; c'est une conquête pour la chirurgie moderne.

5° APPLICATIONS DIVERSES. — Le perchlorure de fer et de manganèse ne s'adresse pas seulement au traitement des hémorrhagies, des anévrismes et des varices, il est encore susceptible d'applications diverses. J'ai employé avec succès sur des ulcères atoniques des compresses de vin aromatique que j'arrosais avec une solution étendue de perchlorure ferro-manganique. Un changement rapide s'opère dans leur vitalité, et le travail de leur réparation. On en a vu des exemples chez deux des malades que j'ai opérés de varices (voy. 4 et 6).

Cette même solution étendue est un modificatif utile pour les ulcères sordides; elle les déterge et modifie heureusement leur surface.

C'est un excellent antiputride pour les plaies gangréneuses et les suppurations fétides; elle leur enlève rapidement leur mauvaise odeur. Au point de vue de l'hygiène, cette propriété me paraît d'une haute valeur pour les hôpitaux surtout où il est si important d'enlever tous les foyers d'infection et toutes les influences miasmatiques qui sont si délétères.

Cette solution est d'un précieux secours pour les plaies de mauvaise nature qui deviennent pour les malades une menace d'infection purulente et une cause d'intoxication lente; elle modifie la surface suppurante et décompose les liquides putrides.

Signalons une autre remarque qui ne manque pas de quelque importance pour la chirurgie. Depuis que, dans mes amputations, je fais usage de cette solution étendue pour nettoyer les moignons dont la suppuration devient trop odorante ou fétide, je n'ai pas vu se développer l'infection purulente, et je n'ai pas eu un seul cas de mort à déplorer parmi mes opérés; certes je ne l'attribue pas exclusivement à cette cause, mais je crois qu'il lui en revient une part.

Enfin, je rappellerai, en terminant, qu'on commence à administrer le perchlorure à l'intérieur dans certaines hémorrhagies internes et dans quelques cas d'affections adynamiques. Il est clair qu'il sera indiqué dans quelques maladies asthéniques du sang, comme peuvent le faire pressentir mes précédentes recherches sur les propriétés des préparations ferro-manganiques dans la chlorose et ses accidents.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Recherches cliniques sur les bourses de glissement de la région trochantérienne et de la région iliaque postérieure;* par M. Chassaignac. 2° *Sur des essais d'arrêt volontaire de la circulation du sang et des fonctions du cœur;* par M. Weber. 3° *De la diathèse*

purulente chez les nouveau-nés; par M. Hervieux. 4° *Fièvre jaune; sa spécificité; cas sporadique*; par M. Dutrouleau. 5° *Recherches anatomiques pour servir à l'histoire des kystes de la partie supérieure et médiane du cou*; par M. Verneuil. 6° *Sur les maladies endémiques de la Suède*; par M. Magnus-Huss. 7° *Du traitement des épanchements pleurétiques purulents par les injections en général, et les injections iodées en particulier*; par M. Boinet. 8° *Du scléréme aigu et de l'érysipèle des nouveau-nés*; par M. Elsæsser. 9° *Note sur les effets thérapeutiques des injections froides dans quelques affections de l'utérus*; par M. Faure. 10° *Sur la paralysie musculaire progressive atrophique*; par M. Cruveilhier. 11° *Études critiques sur la surdi-mutité*; par M. Hubert-Valleroux. 12° *Du sucre du foie et des modifications que ce principe subit dans les maladies*; par M. Vernois. 13° *Recherches sur les albuminoïdes*; par MM. Leconte et de Goumoëns. 14° *Épanchements traumatiques de sérosité*; par M. Morel-Lavallée.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES BOURSES MUQUEUSES DE LA RÉGION TROCHANTÉRIENNE; par M. CHASSAIGNAC.

Il existe sous la peau qui recouvre le grand trochanter une bourse muqueuse; puis une seconde se rencontre plus profondément et tout à fait au-dessous de celle-ci entre l'aponévrose fascia-lata et les tissus fibreux qui enveloppent le trochanter. On conçoit que cette disposition anatomique en vertu de laquelle deux capsules de glissement, séparées il est vrai l'une de l'autre par une lame fibreuse fort épaisse, se trouvent superposées dans la même région, doit donner lieu à des indnctions thérapeutiques et diagnostiques intéressantes. C'est ce point de vue que M. Chassaignac a en particulièrement en vue d'approfondir dans le présent travail.

A la suite d'une contusion sur la région trochantérienne, il se forme souvent un épanchement sanguin, plus tard un kyste, ou une collection purulente dans ces parties. Or il n'est pas toujours facile de distinguer si elle siége dans la poche superficielle ou dans la profonde. Et toutefois ce diagnostic a bien son importance; car si l'on n'ouvre pas de bonne heure l'abcès sous-cutané, il pourra s'étaler sous la peau du côté externe du membre, en décollant largement les téguments. Et il sera encore plus urgent de hâter l'incision de la bourse séreuse sous-aponévrotique si elle a suppuré. En effet, bien qu'alors la collection demeure plus longtemps à l'état circonscrit, ses parois résistant mieux au travail d'érosion dont l'infiltration est la conséquence, il ne faut pas oublier que si elles se perforent spontanément, l'une, la superficielle, verse ses produits à l'extérieur de l'aponévrose et ne menace que le tissu cellulaire sous-cutané, tandis que l'autre les répand au sein des interstices musculaires et dans le centre même du membre.

Eh bien! il existe entre ces deux variétés d'épanchement un signe différentiel dont le clinicien aura à faire son profit; c'est que quand la collection est sous-aponévrotique, il y a au côté externe et supérieur de la cuisse, une espèce de *coup de hache*, qui marque nettement la limite de la bourse distendue.

Il y a quelquefois de grandes difficultés à déterminer si un abcès de la région trochantérienne est formé dans l'une des poches séreuses de cette partie, ou s'il résulte d'une carie du grand trochanter ou des os du voisinage. Si le désordre du côté de l'os est considérable, le diagnostic peut aisément s'établir; mais il en est différemment si l'on ne peut parvenir à constater *à priori* une maladie osseuse. L'analyse chimique et l'examen microscopique du pus pourrait aider à lever les doutes. Mais ce signe, le seul que fournisse M. Chassaignac, nécessiterait, ne l'oublions pas, qu'on eût déjà fait une petite ponction au foyer. Or quand on a commencé d'agir, le diagnostic devient beaucoup moins important, puisque c'est justement pour l'aider à éclairer sa conduite que le praticien a besoin de l'établir précis et positif.

DE LA DIATHÈSE PURULENTE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS; par le docteur HERVIEUX.

« Les collections purulentes multiples sont assez rares chez le nouveau-né.» Cette proposition, telle que l'a présentée l'auteur au début de son mémoire, est évidemment énoncée en termes trop vagues; on se demande sur combien de cas M. Hervieux a dû opérer pour rencontrer les neuf observations recueillies pendant son internat aux Enfants trouvés et qui forment la base de son mémoire. Quant à l'expression de *diathèse purulente*, elle résulte de l'impossibilité de rendre compte d'une manière tant soit peu précise de la cause des lésions observées. Ces suppurations multiples ne dépendent pas, comme on serait tenté de le supposer de prime abord, d'une phlébite du cordon ombilical. M. Hervieux n'a rencontré que deux fois cette phlébite sur toutes les autopsies qu'il a eu occasion de faire aux Enfants trouvés, et dans ces cas cette lésion ne s'accompagnait d'abcès dans aucune partie du corps. Il resterait donc à déterminer les conditions qui favorisent la production abondante du pus, dans les parenchymes, dans les séreuses, dans le tissu cellulaire. Telle est la question complexe et difficile que résument ces mots de diathèse purulente; l'essentiel est de faire remarquer qu'ils ne la résolvent aucunement.

L'auteur distingue, d'après les faits qu'il a recueillis, deux formes de diathèse purulente, la forme viscérale ou interne et la forme cellulo-articulaire ou externe, et voici dans quels termes il motive cette distinction : « Mes observations montrent que les collections purulentes qui avaient pour siége le tissu cellulaire sous-cutané et les articulations ne coïncidaient jamais avec les collections purulentes siégeant dans le péritoine, la plèvre, le péricarde, les poumons, le foie, etc., et réciproquement. Je ne prétends pas dire qu'un jour ou l'autre on ne rencontre des cas où ces deux formes de la diathèse ne se confondent; mais il est au moins singulier que sur 9 cas je n'en ai pas rencontré un seul où cette circonstance ait pu être notée.

FORME VISCÉRALE. — M. Thore, dans un travail estimé (ARCH. DE MÉD., t. XI et XII), avait signalé la coïncidence assez fréquente des collections purulentes de la plèvre avec celles du péritoine chez les enfants nouveau-nés. M. Hervieux, revenant sur ces faits qu'il rappelle, établit, à l'aide de six observations détaillées dont quatre sont citées intégralement dans le mémoire, qu'à une époque généralement rapprochée de la naissance (7 jours, 10 jours, 34 jours, 3 mois) certains enfants présentent dans diverses séreuses des inflammations qui les frappent presque simultanément. Ces inflammations aboutissent à la formation d'un liquide assez abondant, trouble, louche, contenant des globules de pus ou des débris de fausses membranes. Indépendamment de cette sécrétion purulente des séreuses, on peut trouver des foyers purulents tout à fait semblables aux abcès métastatiques de l'adulte, dans les poumons, le foie, la rate, etc.

FORME CELLULO-ARTICULAIRE OU EXTERNE. — L'auteur cite des observations de M. Valleix, desquelles il résulte que cet observateur distingué avait, dès 1834, reconnu la présence d'abcès multiples dans le tissu cellulaire sous-cutané chez des enfants atteints de muguet, et qu'il avait établi que les abcès apparaissent lorsque le muguet existe depuis un certain temps, et qu'ils peuvent par conséquent être regardés comme une des nombreuses lésions secondaires qui se montrent dans cette maladie. Les trois observations propres au mémoire que nous analysons, rapprochées de celles de M. Valleix, montrent que, sous l'influence d'une cause dont l'essence nous échappe, il peut se développer chez les nouveau-nés, dans le tissu cellulaire sous-cutané, le tissu adipeux profond et la cavité des articulations des abcès multiples tout à fait semblables à ceux qu'on observe dans la résorption purulente chez l'adulte. Ces collections peuvent quelquefois revêtir la forme phlegmoneuse : tantôt le liquide est renfermé dans une poche distincte, tantôt il est diffus; ce pus est en général épais, homogène, bien lié.

Dans l'une des observations de l'auteur, il n'y avait pas eu de muguet pendant la vie; il n'y avait qu'une entérite simple. La constance des lésions intestinales semble être un fait important dans l'étiologie de ces affections. On a noté pendant la vie l'abondance de la diarrhée, sa liquidité, sa couleur verdâtre ou noirâtre et des symptômes généraux consistant dans l'intensité de l'appareil fébrile, l'abattement des petits malades et la faiblesse du cri. Tels sont à peu près les seuls signes de cette affection, qui ne s'est révélée généralement qu'après la mort. La forme cellulo-articulaire étant le plus souvent consécutive au muguet, l'attention des praticiens devra être éveillée sur ce point si l'on voyait apparaître dans quelques points du corps des tumeurs fluctuantes, phlegmoneuses ou non.

FIÈVRE JAUNE, SA SPÉCIFICITÉ, CAS SPORADIQUES; par le docteur DUTROULEAU, médecin en chef de la marine.

Les observations de M. Dutrouleau, contenues dans le numéro d'avril des Archives, sont au nombre de cinq, et se rapportent deux à des fièvres jaunes sporadiques avec bénignité apparente des symptômes; la troisième a un cas de fièvre jaune sporadique avec complication de fièvre cholérique; les dernières à des fièvres jaunes sporadiques entées sur des fièvres intermittentes. De ces observations et des considérations présentées dans un premier mémoire l'auteur conclut : que les esprits disposés à considérer la fièvre jaune comme étant d'origine paludéenne et comme n'étant qu'une variété des fièvres pernicieuses, font une hypothèse qui n'est aucunement fondée sur les faits; que ce n'est pas dans les localités où les marais sont les plus étendus et le mieux caractérisés qu'éclatent d'abord les épidémies de fièvres jaunes, ou que cette maladie naît avec le plus d'intensité; que la fièvre jaune ne va pas au delà d'une distance assez restreinte des bords de la mer; que la spécificité du miasme paludéen doit être bornée aux fièvres dites à quinquina; que les fièvres pernicieuses et la fièvre jaune diffèrent autant par les symptômes que par la cause et les lésions anatomiques; que les variétés de la fièvre jaune s'expliquent par la prédominence

de tel ou tel symptôme ; enfin, que les fièvres palustres compliquent quelquefois la fièvre jaune sans se confondre avec elle.

Ces conclusions de M. Dutroulau concordent avec les observations les plus probantes recueillies aujourd'hui dans les pays chauds, et sont à notre avis l'expression de la meilleure doctrine sur les maladies intertropicales.

NOTE SUR LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DES INJECTIONS FROIDES DANS QUELQUES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS ; par M. FAURE.

L'action résolutive de l'eau froide, surtout en douches, est appréciée depuis longtemps ; c'est sur son emploi que se fonde principalement une méthode spéciale de traitement qui prend de plus en plus faveur. M. Faure, qui l'a appliquée avec succès contre les maladies de l'utérus, ne pose dans ce travail aucune indication nouvelle. Il se borne à dire le procédé simple dont il se sert pour faire parvenir directement la colonne d'eau sur le col engorgé ou ulcéré.

Il prend une petite pompe, semblable à celle dont on use pour arroser les gazons ; cet instrument a 50 centim. de longueur ; le corps de pompe a 5 centim. de diamètre. Le conduit qui la termine disposé de manière à pouvoir pénétrer dans la vulve d'une femme assise, a un orifice de 2 centim. de diamètre ; ce qui est très-important pour qu'il puisse découvrir le col comme le ferait un spéculum de petite dimension. L'appareil étant chargé et introduit, la malade peut le manœuvrer elle-même, sans difficulté aussi souvent et aussi longtemps qu'elle le veut. Il suffit ordinairement de deux ou trois irrigations, de vingt minutes chacune par jour. Mais si on les prolonge et les renouvelle davantage, le résultat, dit l'auteur, n'en est que plus rapide et plus complet.

M. Faure insiste sur les effets illusoires des injections poussées selon le procédé vulgaire, avec lequel le jet de liquide s'émousse contre les parois du vagin et ne parvient que rarement, et que bien affaibli jusque sur le col. Certes le moyen qu'il préconise l'emporte en puissance sur les injections froides telles qu'on les pratique habituellement ; mais c'est, selon nous, une raison sérieuse pour ne pas les employer indistinctement dans tous les cas, ni à toutes les périodes de la même maladie, et pour surveiller toujours attentivement leurs effets, surtout dans le commencement.

DU SUCRE DU FOIE ET DES MODIFICATIONS QUE CE PRINCIPE SUBIT DANS LES MALADIES. Par le docteur MAX. VERNOIS, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Les recherches dont nous allons donner le résumé ont été entreprises dans le but de déterminer quelles sont les maladies dans lesquelles le sucre hépatique persiste après la mort, quelles sont celles dans lesquelles il disparaît. Pour cela l'auteur a analysé en 1850 et 1851, 173 foies. — Sur ce nombre, 67 contenaient du sucre, 73 n'en contenaient pas, 33 ont donné un résultat douteux. L'analyse de ces faits conduit aux conclusions suivantes : qu'il nous paraît important de citer ici textuellement : 1° *Influence de l'âge*. L'âge paraît avoir une certaine influence sur la sécrétion du sucre hépatique. Le minimum de cette sécrétion serait de la naissance à 2 ans, le maximum de 20 à 50 ans. Il y a du sucre dans le foie du fœtus, mais moins constamment que dans celui des adultes, même à partir du quatrième mois de la vie intra-utérine. Il peut y avoir du sucre dans le foie du fœtus, sans qu'il y en ait dans le foie de la mère et réciproquement.—(Il est essentiel de remarquer ici que ces conclusions ont été obtenues de l'analyse de 149 cas, dans lesquels la mort était survenue à la suite des maladies suivantes : choléra, dystocie, métrorrhagie puerpérale, etc.)—2° *Influence du sexe*. Le sexe paraît être sans influence sur la sécrétion du sucre du foie. — 3° *Influence des maladies*. La quantité de sucre hépatique est en général en raison inverse de la durée des maladies. Dans certaines maladies les foies qui contiennent du sucre sont les plus nombreux : en première ligne le choléra épidémique ; dans d'autres maladies, et celles-là sont les plus nombreuses, la quantité de foies qui ne contiennent pas de sucre est de beaucoup la plus forte : le sclérème, les affections cérébrales, les affections tuberculeuses, etc.—4° *Influence de l'état anatomique du foie*. L'analyse des faits a en outre appris que dans la plupart des cas où le foie est altéré anatomiquement, on ne retrouve plus de sucre dans cet organe. — Nous ajouterons que M. Vernois s'est servi dans ces expériences de deux réactifs qu'il a préparés lui même : la solution de potasse, qui permet de reconnaître 1/6154 de sucre, et le réactif de Frommherz, sensible à 1/100000 ; mais pour rendre ces expériences plus concluantes encore il serait à désirer qu'on cherchât à obtenir le sucre hépatique en nature, ce qui n'a pas été fait, que nous sachions, jusqu'à ce jour.

RECHERCHES SUR LES ALBUMINOÏDES ; par les docteurs LECONTE, préparateur au collége de France, et A. DE GOUMOENS.

L'examen microscopique a fait voir à ces observateurs, à l'aide d'un grossissement d'environ 600 diamètres, dans de la fibrine très-blanche extraite du sang de cheval : 1° des fibres d'un blanc légèrement jaunâtre, sans structure particulière, parallèles les unes aux autres, à bords ondulés et quelquefois à contours anguleux ; 2° des granulations très-nombreuses, disséminées à la surface libre des fibres et emprisonnées entre elles, d'un aspect particulier qui ne permet pas de les confondre avec les globules blancs du sang dont le diamètre est beaucoup plus considérable. Les réactifs chimiques, parmi lesquels il faut mettre en première ligne l'*acide acétique cristallisable*, font voir que ces deux éléments de la fibrine diffèrent essentiellement. En traitant la fibrine par l'acide acétique cristallisable, on la voit changer d'aspect : de blanche et opaque qu'elle était, elle devient incolore, transparente et prend l'aspect d'une gelée. En l'examinant alors au microscope, on voit qu'au bout de quelques heures les granulations ont disparu, tandis que les fibres persistent ; elles présentent seulement un volume plus considérable.

Après un mois de contact avec l'acide acétique, les fibres ne sont pas dissoutes et ont conservé leur forme gélatineuse ; à cette époque elles sont devenues complétement invisibles au microscope, mais la saturation par la potasse leur rend leur premier aspect. Les granulations ont été dissoutes par l'acide acétique, car la liqueur acide et incolore se trouble par l'addition de la potasse et laisse déposer, avant d'être complétement neutre, une masse blanchâtre, floconneuse, qui présente des granulations semblables à celles de la fibrine normale. Ces faits, s'ils se vérifient, tendraient à démontrer que la fibrine est formée d'au moins deux éléments différents, l'un affectant la forme de fibres, l'autre celle de granules.

Les auteurs ont examiné de la même manière les autres corps albuminoïdes, la fibre musculaire, l'albumine, la caséine, la globuline, la vitelline, et ils disent avoir trouvé dans chacun de ces corps des substances analogues à celles de la fibrine, et auxquelles ils proposent de donner les noms d'*oxoluine* et d'*anoxoluine* (soluble et non soluble dans le vinaigre). Toutes les expériences de ce travail, détaillées avec soin, nous semblent faites avec une grande précision, nous n'avons en conséquence aucune remarque critique à faire sur ces observations, qui peuvent être intéressantes au point de vue de leurs résultats matériels. Quant à penser, avec les auteurs, que *l'union de ces deux corps est sans doute indispensable au rôle que joue la fibrine dans l'organisme ;* ou bien encore que *les substances albumineuses, soit organisées pour former des tissus comme la fibre musculaire, soit à l'état de solution comme l'albumine, la vitelline et la caséine, soit à l'état intermédiaire comme la globuline et la fibrine, sont toujours formées de deux substances*, nous dirons que ces conclusions dépassent la rigoureuse interprétation des faits. Si l'acide acétique, si le microscope permettent de distinguer dans la fibrine deux substances, il ne faut pas oublier que cette séparation s'applique à la fibrine coagulée et nullement à la fibrine liquide et vivante, et qu'il n'y a aucune induction légitime à tirer de là par rapport aux faits physiologiques. Remarquons en outre que dans l'albumine, la caséine, la vitelline et la globuline, il est impossible de distinguer, à l'aide du microscope, les deux substances, et que c'est à l'aide des caractères chimiques seulement que MM. Leconte et Goumoens en ont démontré l'existence.

ÉPANCHEMENTS TRAUMATIQUES DE SÉROSITÉ ; par M. MOREL-LAVALLÉE.

Après une contusion exercée sur la peau, il se développe le plus souvent une infiltration ou un épanchement de sang. Mais il est une autre lésion, plus rare, que les auteurs ont à peu près complétement omise : c'est l'épanchement de sérosité, épanchement immédiat, bien entendu, et se formant presque aussitôt après l'action de la cause vulnérante. C'est cette conséquence des lésions traumatiques que M. Morel-Lavallée s'est proposé d'étudier spécialement.

Il s'attache d'abord à en démontrer la réalité, et cite pour cela trois observations, dont l'une, au moins, pourrait bien, selon nous, être considérée comme exemple d'une collection séreuse dans une bourse sous-cutanée normale.

La cause la plus ordinaire de cette sorte de lésion est une pression produite par un corps passant obliquement sur la partie ; c'est-à-dire une pression avec glissement, circonstance effectivement la plus favorable à la déchirure des tissus sous-cutanés. Le siége est assez généralement dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le liquide est très-abondant, limpide ou légèrement citrin, comme celui de l'hydrocèle. Quelquefois cependant on le trouve rougeâtre, mais sans qu'il ait perdu sa transparence. Il ne renferme aucun caillot sanguin.

Du reste, dans certains cas qu'on peut appeler mixtes, il y a également dans le foyer et de la sérosité et un peu de sang. Pelletan, Larrey, Vacher, Petit le fils en rapportent des observations.

La poche ne se remplit le plus souvent que d'une manière graduelle, ce qui lui donne, dans le début, une forme aplatie. Il résulte de là que si, à cette époque, on veut percevoir la fluctuation, il faut tendre la peau et refouler préalablement le liquide à l'une des extrémités de la poche qui le

renferme. D'ailleurs une ponction exploratrice compléterait sûrement le diagnostic.

Dans l'appréciation qu'on porte sur le volume de ces tumeurs, il faut se garder de juger de leur contenu réel, d'après la saillie apparente qu'elles forment à l'extérieur. Une quantité notable du liquide qui les constitue se dissimule parfois à leur base où elle s'étale en lame; et après les avoir ouvertes, on est étonné de l'abondance de la sérosité qui s'en écoule.

La collection, abandonnée à elle-même, tend à se perpétuer indéfiniment. M. Morel au bout de trois mois, Pelletan au bout de deux, virent la tumeur rester dans le même état sans diminuer ni montrer de propension vers une autre terminaison.

La double indication à remplir consiste dans la suppression du liquide et dans le recollement à provoquer entre les parois de la poche. Dans cette partie, moins originale, de son travail, M. Morel passe en revue les divers moyens bien connus que l'art possède pour remplir ce but; et, sans donner à aucun d'eux de préférence absolue, il rapporte les résultats qu'ils ont produits, dans les différents cas, entre les mains des chirurgiens appelés à les appliquer.

(La suite au numéro prochain.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

— M. PÉTREQUIN adresse un mémoire intitulé : NOUVEL AGENT HÉMOSTATIQUE ET HÉMOPLASTIQUE POUR LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES, DES ANÉVRISMES ET DES VARICES (PERCHLORURE FERRO-MANGANIQUE). (Voir plus haut.)

TRAITEMENT DU FONGUS HÉMATODE AU MOYEN D'UN FIL DE PLATINE CHAUFFÉ PAR LE GALVANISME.

M. CAUSELL adresse (de Saint-Pétersbourg), une note dans laquelle, rappelant différentes communications qu'il a faites précédemment à l'Académie, et entre autres une note sur la guérison d'un fongus hématode au moyen d'un fil de platine chauffé par le galvanisme, il revendique la priorité d'invention de ce procédé, récemment appliqué par M. Alphonse Amussat dans un cas analogue. (Renvoi à la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Alph. Amussat.)

CAUSES ET TRAITEMENT DE L'ALBUMINURIE ET DE L'ÉCLAMPSIE DES FEMMES ENCEINTES.

M. EDOUARD ROBIN soumet au jugement de l'Académie une note ayant pour titre : *Considérations nouvelles sur les causes et le traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie des femmes enceintes : nouvelle interprétation des accès et des suites de l'éclampsie ; — mode d'action des agents qu'on emploie dans le traitement des maladies nerveuses.*

Ce travail est une nouvelle application des résultats généraux auxquels est arrivé l'auteur, en considérant aux points de vue physiologique et pathologique les modifications de l'hématose et le rôle que jouent dans l'organisme vivant les agents modérateurs de la combustion lente. Les nouveaux faits qu'il présente offrent à ses yeux la confirmation de ce qu'il avait précédemment annoncé, que les composés qui produisent l'état anesthésique du sang jouissent de cette propriété parce qu'ils exercent sur l'organisme vivant une action semblable à celle qu'ils ont sur les matières mortes d'origine animale ou végétale qu'ils préservent de la putréfaction, c'est-à-dire qu'ils protégent contre la combustion lente.

Le mémoire de M. Robin est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Andral et Velpeau.

NOUVELLE OPÉRATION D'OSTÉOPLASTIE.

M. SCHULTZ présente une note destinée à faire connaître une nouvelle opération d'ostéoplastie, imaginée par M. Pirogoff, et qu'il a plusieurs fois appliquée avec succès.

Le résultat a été de rendre plus longue, de 1 à 2 pouces, une jambe trop courte en soudant à l'extrémité inférieure du tibia une portion du calcanéum détachée du reste par une section verticale.

L'auteur de la note, M. Schultz, qui avait suivi à Saint-Pétersbourg la pratique de M. Pirogoff, annonce que des personnes qui ont été ainsi opérées, aucune n'a succombé à l'opération, et que toutes marchent sans boiter.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur de Boret, médecin cantonal, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Ormoy (Haute-Saône).

2° Un rapport de M. Andriot, médecin des épidémies pour le canton de Fontaine-Française, sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la commune de Saint-Maurice sur Vingeanne (Côte-d'Or), depuis le mois de juin dernier jusqu'au 1er de ce mois.

3° Un rapport de M. le docteur Mamelet, médecin à Bulgnéville (Vosges), sur une recrudescence de l'épidémie de fièvre gastro-entérite qui a éclaté dans cette commune, et qui a déjà fait l'objet d'un premier rapport de M. le docteur Montagne.

4° Le même ministre informe l'Académie que la commission instituée par décision du 26 octobre 1852, à l'effet de compléter et de résumer les documents recueillis sur l'épidémie du choléra de 1849, a été amenée à reconnaître combien les renseignements obtenus par le dépouillement de ces documents sont incomplets, combien peu ils prêteraient à des calculs certains et à des déductions exactes. Cette enquête spéciale n'ayant pu produire les résultats qu'on en attendait, M. le ministre verrait avec plaisir que l'Académie voulût bien se mettre en mesure de lui adresser prochainement le rapport dont elle s'occupe concernant le choléra épidémique. (Commission du choléra).

— M. COURTY communique une note relative à un cas d'absence complète du vagin, de l'utérus, des trompes et des ovaires, chez une femme dont la vulve et les mamelles étaient bien conformées. L'auteur fait suivre cette relation de réflexions sur l'absence ou l'arrêt de développement des diverses parties de l'appareil génital chez la femme, et de considérations générales sur les lois de la tératologie.

GANGRÈNE FOUDROYANTE.

M. MAISONNEUVE adresse sur ce sujet la lettre suivante :

« A l'occasion du mémoire que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie sur la gangrène foudroyante avec développement et circulation de gaz putrides dans les veines, M. Chassaignac a cru devoir rappeler ses travaux sur la gangrène traumatique. D'après la forme de cette communication, on pourrait croire que M. Chassaignac a eu l'intention d'élever une réclamation de priorité sur le fait capital qui sert de base à mon travail. Je crois donc convenable de rappeler ce fait d'une manière précise; il consiste en ceci : que dans une certaine forme de gangrène bien connue des chirurgiens, et que je désigne sous le nom de gangrène foudroyante, des gaz putrides se développent spontanément dans les veines et circulent avec le sang pendant la vie des malades. »

Or, je crois pouvoir affirmer qu'aucun écrit de mon honorable confrère ne contient la moindre indication de ce fait.

— M. le docteur BARRIER (de Celles) adresse une note sur l'emploi des eaux minérales de Celles dans le traitement des scrofules et du cancer. (Commission des eaux minérales).

— M. MATHIEU présente des instruments construits par lui, d'après l'idée de M. Thomson de Saint-Louis (Missouri) et sur les indications de M. Cooper, pour opérer la réunion immédiate des plaies. (Commissaire, M. Robert.)

CHOLÉRA.

M. THOMAS adresse deux lettres, dont l'une, en date du 20 septembre, est écrite d'Amsterdam, et la seconde, en date du 23, de Bruxelles.

La première lettre de M. Thomas est accompagnée d'une note de M. Vrolik, secrétaire de l'Académie des sciences de Hollande, qui expose en ces termes l'ensemble des mesures sanitaires adoptées par le gouvernement, sur la proposition d'une commission dont M. Vrolik fait partie, pour s'opposer aux ravages du choléra.

1° Une commission centrale s'est établie, formée par le conseil de santé de la ville, qui s'est adjoint un délégué de la régence des hôpitaux, un membre de la commission provinciale de l'état civil. Cette commission, dans laquelle les médecins sont en grande majorité, est le centre et le point autour duquel se groupent :

2° Six commissions, distribuées dans différents quartiers de la ville, formées par les commissaires des quartiers, par quelques notables qui y demeurent, et par des médecins qui y résident et qui ont promis leurs secours gratuits.

3° Les membres de ces commissions visiteront à tour de rôle, chaque jour, les pauvres de leur quartier; ils s'informeront de leurs besoins; ils leur donneront des conseils hygiéniques convenables, et tâcheront autant que possible d'améliorer leur sort. Si le visiteur est un médecin, il prescrira, le cas échéant, les remèdes convenables pour guérir la diarrhée ou d'autres prodromes de la maladie. Si le visiteur n'est pas médecin, il dirige chaque malade souffrant de la diarrhée et d'autres symptômes précurseurs, sur un bureau central établi dans chaque quartier où se trouve, à une heure indiquée, un médecin qui est autorisé à traiter tous les malades pauvres. Il leur donnera les premiers secours, et les dirigera ensuite vers le diocèse auquel ils appartiennent, et dans chacun desquels est établi un service médical spécial. Les pharmaciens préparent, pour un prix tarifé, toute prescription signée d'un A. C. (Choléra asiatique).

4° Les cholériques seront dirigés de préférence dans un hôpital spécial, dans lequel deux médecins sont continuellement de service, etc.

5° Les visites domiciliaires sont établies pour prévenir le choléra en coupant la diarrhée, qui en est ordinairement le précurseur. Les commissions sont faites pour accélérer autant que possible le service médical. On tâchera de transporter aussi peu que possible les malades, et de les traiter plutôt dans leur domicile.

Dans la deuxième lettre, écrite de Bruxelles, M. Thomas donne quelques renseignements qu'il a recueillis pendant son passage à Rotterdam, sur l'invasion et la marche du choléra dans cette ville. D'après ces renseignements, le choléra a commencé à Rotterdam le 23 août. L'hôpital avait reçu, depuis l'invasion jusqu'au 21 septembre, 128 individus, dont 77 sont morts, 19 seulement ont guéri,

et 32 restaient en traitement. Dans la ville il y a eu, depuis le 23 août, 750 sujets atteints en tout jusqu'à la date du 21 septembre, dont 462 morts, 126 guéris et 162 encore malades.

— M. le professeur J. Cloquet communique à l'Académie les passages suivants de deux lettres qu'il a reçues de M. le docteur Ernest Cloquet, médecin du shah de Perse, et membre correspondant de l'Académie.

De ces deux lettres, l'une est datée du 24 juin et l'autre du 3 août 1852. Voici le contenu de la première lettre :

« Le choléra s'est déclaré à Téhéran vers le commencement d'avril; contre tous les précédents, il nous est arrivé cette fois par le Nord. Cette épidémie a pris naissance à Basrah en 1851 ; elle a remonté le Tigre jusqu'à Bagdad; de là, par le Kurdistan et les provinces d'Onrmiagh et de Khoï, elle a marché sur Tabriz (1852). De Tabriz elle s'est rabattue, d'une part, sur les provinces limitrophes de la mer Caspienne, le Guilan et le Mazenderan; de l'autre, sur la ville de Casbin, et de celle-ci sur Téhéran, d'où elle a commencé à rayonner vers le midi (Koum et Kachan), et vers l'est (le Khorassan). La température du printemps a été remarquablement froide et humide, les vents soufflant du sud-ouest au nord-ouest. La maladie a régné à Téhéran pendant les mois d'avril, de mai et la première moitié de juin; sur une population réduite par l'émigration à 30 ou 40,000 âmes, elle a enlevé, en moyenne, 45 personnes par jour. Elle n'a pas encore totalement cessé, car il meurt encore chaque jour une dizaine de malades environ.

» La médecine a joué son rôle ordinaire; elle a eu, par les traitements les plus divers, de nombreux succès à enregistrer dans les premiers et les derniers jours de l'épidémie; mais elle a vu échouer ces mêmes moyens dans la période où l'épidémie avait toute sa force. L'auteur, pour sa part, a eu à se louer de l'emploi interne de l'huile de naphte, à la dose de 10 à 15 gouttes.

» A Emmamah, malgré l'élévation de ce lieu (7, 00 pieds au-dessus de la mer), et le froid qui s'y faisait sentir, puisque la neige y tombait le 20 mai, la maladie n'a pas cessé de régner pendant tout le temps de l'épidémie, mais à un faible degré. »

Dans la deuxième lettre, à la date du 3 août, M. E. Cloquet annonce que l'épidémie a presque totalement cessé à Téhéran, mais qu'elle continue à ravager le reste de la Perse, en se portant sur les provinces de l'est et du midi; on dit même qu'elle a dépassé la frontière orientale et qu'elle s'est montrée à Hérat.

On estime que, sur une population de 120,000 âmes, concentrée à Téhéran et les environs, elle a enlevé de 15 à 16,000 âmes

Du reste, l'état sanitaire est loin d'être satisfaisant ici. Il y a une grande abondance de diarrhées graves et rebelles, accompagnées de symptômes nerveux qui simulent les symptômes cholériques; elles ne sont pas mortelles, mais elles amènent une extrême prostration.

— M. le Président fait part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire de l'un de ses plus anciens membres, M. Cornac.

— La parole est à M. Requin pour un rapport.

TRAITEMENT DU CROUP.

M. Requin lit un rapport officiel sur une note de M. Ledoré (de Brest), concernant le traitement du croup.

L'Académie, dans sa séance du 5 juillet dernier, a chargé une commission, composée de MM. Londe, Louis et Requin, d'examiner une note de M. Ledoré (de Brest), concernant le traitement du croup. Cette note n'est autre chose, dit M. le rapporteur, qu'une lettre de deux pages que M. Ledoré s'était imaginé d'adresser à S. M. l'empereur pour démontrer la prétendue efficacité d'un nouveau traitement d'une des maladies les plus graves et les plus meurtrières.

Le traitement proposé par M. Ledoré consiste dans la double prescription que voici :

1° Administrer le vinaigre par cuillère à bouche, en mélange avec une égale quantité d'eau de graine de lin miellée;

2° Fumigations d'acide acétique, au moyen d'un tuyau de fer-blanc ou de quelque autre façon.

M. le rapporteur démontre, par des extraits empruntés à la note de M. Ledoré, que ce médecin (si toutefois il est médecin) n'a pas une idée nette de ce qu'est le croup, qu'il confond avec une foule d'affections plus ou moins bénignes du larynx et de l'arrière-gorge, etc.

La commission propose par son organe de répondre au ministre :

1° Que la note de M. Ledoré fait paraître une évidente insuffisance d'instruction et d'expérience pour le diagnostic du croup;

2° Que, faute d'un diagnostic authentique et sûr, les deux cas de prétendu croup dont, sans en décrire aucunement les symptômes, M. Ledoré attribue la guérison à l'emploi de son remède (vinaigre en potion et en fumigation), sont des faits absolument insignifiants ;

3° Que, par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la pétition de M. Ledoré.

M. Larrey croit que M. Requin a accordé trop d'importance au sujet de ce rapport; ces développements critiques peuvent intéresser les médecins, mais ils sont sans utilité pour le ministre, qui veut simplement savoir de l'Académie si le moyen proposé est utile ou non. Il pense qu'il y aurait lieu d'adopter les conclusions, mais en priant M. le rapporteur de réduire son rapport.

M. Dubois (d'Amiens) fait remarquer à M. Larrey qu'il se trompe. On ne considère pas partout ces sortes de questions comme à l'Académie; l'administration désire des rapports développés et des conclusions motivées. Il s'est vu quelquefois obligé, en sa qualité de secrétaire, de développer des rapports que l'administration ne considérait pas comme suffisamment motivés.

M. Londe : Il y a deux choses à répondre à M. Larrey: c'est que le rapport n'est pas aussi sérieux qu'il semblerait le dire, et qu'en second lieu, il est nécessaire.

M. J. Guérin trouve précisément que le rapport n'est pas assez sérieux. L'Académie doit toujours, dans ses rapports avec l'administration, alors même qu'elle a à s'occuper d'objets sans importance et sans valeur, rester sérieuse. Sans doute, la manière piquante et spirituelle dont M. le rapporteur a présenté l'analyse du travail soumis à l'appréciation de l'Académie pourra plaire à beaucoup de monde; mais elle n'aura certainement pas l'autorité qu'aurait un langage grave et sérieux, tel que doit être celui de l'Académie, surtout lorsqu'elle s'adresse à l'administration.

Lorsqu'une communication est ridicule par elle-même, ce n'est pas une raison pour la traiter avec légèreté : une communication dont la forme est ridicule peut d'ailleurs quelquefois renfermer une vérité utile. Les rapports de l'Académie doivent toujours être sérieux; le rapport de M. Requin est, à cet égard, en dehors des usages et des bonnes traditions académiques. Novice encore à l'Académie, M. Requin permettra à ses prédécesseurs de les lui rappeler.

M. Requin répond à M. Larrey, qui trouve mauvais qu'il ait prêté quelque attention à la pétition de M. Ledoré, que cela était de sa part un devoir. La note, à coup sûr, ne méritait en elle-même aucune attention; mais l'Académie, consultée par le ministre, ne pouvait se dispenser de répondre. Il ne faut pas méconnaître d'ailleurs, ajoute M. Requin, que la médecine perd souvent de son autorité auprès des gens du monde, en voulant traiter légèrement ce qui, ailleurs, est traité d'une manière sérieuse. Les gens du monde, les grands, les ministres, ne se contentent pas qu'on leur dise : Ceci est ridicule; il faut le leur prouver. C'était ce qu'il fallait faire en particulier ici vis-à-vis du ministre.

Quant à ce qu'a dit M. Guérin, M. Requin convient qu'il est novice à l'Académie, mais il ne l'est point en ce qui concerne l'histoire et les usages des Académies. Il n'ignore pas que l'Académie ne se rend responsable que des conclusions des rapports et nullement du corps même du rapport.

M. Gibert appuie non-seulement les conclusions du rapport, mais le rapport lui-même, dont le sujet exigeait qu'on ne fût ni trop léger ni trop sérieux; et sous ce point de vue, il lui paraît irréprochable et fait de manière à remplir parfaitement le but.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

DES PRINCIPES ACTIFS DE LA VALÉRIANE ET DE LA BELLADONE DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES AFFECTIONS CONVULSIVES.

M. Michéa lit sous ce titre un mémoire dans lequel il s'est proposé de faire connaître les résultats avantageux qu'il a obtenus de l'emploi du valérianate d'atropine dans le traitement de certaines affections convulsives et particulièrement dans l'épilepsie.

Le travail de M Michéa renferme onze observations. Les affections convulsives contre lesquelles il a administré le sel atropique sont : l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, l'asthme essentiel et la coqueluche ; mais c'est surtout l'épilepsie qui est le point capital de ce mémoire. La majorité des observations (6 sur les 11) concerne cette maladie, 2 sont relatives à l'hystérie, 1 à la chorée, 1 à l'asthme essentiel et 1 à la coqueluche.

L'auteur résume son travail dans les réflexions générales suivantes :.

Sur les six cas d'épilepsie, le valérianate d'atropine a produit quatre guérisons et deux améliorations. Tous les sujets qui ont guéri se trouvaient dans les conditions suivantes : ils étaient jeunes ou arrivés à peine à l'âge moyen de la vie; il y avait autant d'adultes que d'enfants. Le début de la maladie remontait à une époque récente ou du moins assez peu éloignée; la maladie était produite par des causes morales, de la frayeur dans trois cas, une vive contrariété dans l'autre. Les attaques n'étaient ni précédées ni suivies d'aucun désordre dans les facultés intellectuelles et morales. Parmi les deux sujets qui m'ont offert une simple amélioration, l'un était âgé de 50 ans et épileptique depuis sept ans; l'autre avait 67 ans et était épileptique depuis vingt-cinq ans. Chez tous deux, les attaques étaient compliquées de désordre intellectuel (perte de mémoire, incohérence dans les idées, etc., etc.)

Relativement aux cinq autres sujets, les deux femmes hystériques ont guéri; il en est de même de la malade atteinte d'affection choréiforme et de l'enfant atteint de coqueluche. Chez le sujet en proie à l'asthme essentiel, le médicament s'est borné à produire de l'amélioration : au lieu de revenir deux ou trois fois par an, les accès d'asthmes ne revenaient qu'une fois.

Le valérianate d'atropine a été administré de deux manières : en globules et en potion. Sous la forme de globules, la dose a varié entre un 1/2 milligramme et 2 milligrammes par jour. Chez les jeunes sujets, il faut commencer par un 1/2 milligramme par jour, sans jamais dépasser 1 milligramme. Chez les adultes, on commence par 1 milligramme.

Au bout de huit à quinze jours de l'emploi du médicament, on laisse reposer le malade pendant le même nombre de jours; puis on revient à l'usage du valérianate d'atropine, en augmentant la dose de 1 milligramme; en tout, 2 milligrammes par jour : dose qu'il est prudent de ne jamais franchir; et on continue ainsi le traitement pendant deux, trois, quatre, cinq et six mois et plus.

C'est exclusivement dans ce cas de coqueluche que le médicament a été administré en potions. Il a été jugé à la dose de 1 milligramme dans 120 grammes d'infusion de tilleul édulcoré avec 10 grammes de sirop de tolu, une cuillerée à café toutes les demi-heures.

Les phénomènes physiologiques produits par le valérianate d'atropine ne diffèrent en rien de ceux que détermine l'atropine elle-même. Ils consistent dans la dilatation des pupilles, la diplopie, un léger vertige, la sécheresse du gosier,

tous phénomènes qui disparaissent très-promptement dès qu'on interrompt l'usage du médicament.

En résumé : 1° Le valérianate d'atropine est un médicament précieux dans plusieurs affections spasmodiques ou convulsives, notamment dans l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, la coqueluche et l'asthme essentiel.

2° Dans l'épilepsie, il guérit tous les sujets jeunes, les adultes comme les enfants, dont le début de la maladie est encore récent, et dont les attaques ne sont ni précédées ni suivies de désordre intellectuel. Dans l'épilepsie ancienne et compliquée d'aliénation mentale, il ne guérit pas, mais il améliore toujours l'état des malades : il éloigne les attaques et il en amoindrit la violence.

3° Le sel est préférable à la valériane et à la belladone, d'une part, parce qu'il n'a pas les inconvénients de ces plantes dont les extraits alcooliques et les poudres sont très-infidèles, et n'exercent quelque action qu'autant qu'ils sont préparés récemment, sans compter l'odeur fétide de la valériane qui l'a fait rejeter par un grand nombre de malades ; et d'autre part, parce que, comme tous les principes *actifs* des végétaux, il agit à très-faibles doses et toujours de la même manière.

4° La dose de valérianate d'atropine est, au début, chez les adultes, de 1 milligramme par jour ; au bout d'une semaine, on l'élève à 2 milligrammes. Il n'est guère possible de dépasser cette dernière dose sans déterminer une dilatation des pupilles et un trouble de la vision qui gênent ou effrayent beaucoup les malades ; chez les enfants, on commence par un 1/2 milligramme, et il est prudent de ne jamais dépasser 1 milligramme.

5° Pour obtenir un effet thérapeutique appréciable, il faut prolonger le traitement pendant plusieurs mois, deux, trois, quatre, cinq, en ayant le soin de le suspendre pendant huit jours, de temps à autre. (Comm. MM. Lecanu, Baillarger et Jolly.)

OPÉRATION AUTOPLASTIQUE DESTINÉE A RESTITUER LES ORIFICES ANTÉRIEURS DES FOSSES NASALES OBLITÉRÉES.

M. Jobert (de Lamballe) présente à l'Académie un malade auquel il a refait des narines par sa méthode par ourlets ou renversement.

Le malade dont il s'agit avait été guéri par son savant collègue M. le docteur Ricord, d'une syphilide ulcéreuse qui occupait les joues, le nez, les lèvres et le front.

Lorsque le malade se présenta à l'Hôtel-Dieu, voici dans quel état il se trouvait :

1° Les joues, les lèvres et le front étaient couverts de cicatrices solides et un peu saillantes.

2° Le nez offrait une difformité assez choquante, par suite de la destruction partielle des cartilages du nez. Les narines avaient dû se fermer par l'action contractile incessante du tissu inodulaire pendant la cicatrisation.

En examinant le nez et ses contours, on remarquait une pointe saillante et difforme à la place du lobule du nez ; les narines n'existaient plus, et on voyait seulement au centre un pertuis qui faisait communiquer les fosses nasales avec l'extérieur. La cloison de séparation des narines se trouvait donc confondue avec l'aile externe des narines. Lorsque le malade poussait l'air dans les fosses nasales, une légère saillie, résultat du soulèvement des parties molles cicatrisées, indiquait le siége des fosses nasales.

La difformité principale consistait donc, en l'absence du lobule du nez, des narines et de la cloison médiane qui les sépare, puisque ces parties réunies constituaient une difformité dont le malade voulait se débarrasser, et voici comment on s'y prit :

M. Jobert (de Lamballe) enleva avec le bistouri et des pinces à dents tout le tissu cicatriciel qui recouvrait les parties molles des narines jusqu'au sillon nasolabial, et il fit ainsi une plaie qui comprenait les côtés du lobule du nez et les côtés de la cloison des narines. Ce premier temps de l'opération terminé, il plongea le bistouri dans l'épaisseur des parties molles, à gauche et à droite de la cloison des narines. L'air s'échappa par cette ouverture, et à l'aide d'un bistouri boutonné, introduit dans les fosses nasales, il dilata en haut et en bas cette incision verticale qui se termina par deux angles dirigés en dehors. C'est alors que les parties molles représentèrent un véritable lambeau qui put être renversé en dehors et maintenu à l'aide de la suture entrecoupée et de deux aiguilles enfoncées dans l'épaisseur des parties molles et au niveau des deux angles.

Ce procédé opératoire, qui n'est qu'une application de la méthode par renversement, permettait donc à la membrane muqueuse de devenir extérieure, et à la surface saignante qui correspondait à la peau d'être en contact avec elle-même par suite de sa plicature.

Les surfaces saignantes en contact adhérèrent et les fils purent être enlevés, ainsi que les aiguilles, lorsque l'on pensa que l'adhésion était aussi complète que possible. Il n'est survenu, chez ce malade, aucun accident.

Le malade présenté à l'Académie donne l'idée du résultat et permet de constater le rétablissement des narines, l'existence de la cloison qui les sépare, et l'absence de cette pointe qui existait à la place du lobule au moment de l'opération.

Des dessins exécutés avant et après l'opération donnent une idée exacte des changements qui se sont opérés chez le malade.

Pendant le sommeil, le malade respire facilement par les fosses nasales, et pendant la veille il n'est pas forcé de tenir la bouche ouverte comme avant l'opération.

La séance est levée à 4 heures 1/2.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urètre ; par M. Reybard. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. — Paris, 1853. Chez Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Au commencement de ce siècle, Hunter et Éverard Home proposèrent de traiter les rétrécissements de l'urètre par la cautérisation. Cette méthode ent d'abord peu de partisans ; mais plus tard, modifiée par Ducamp et par M. Lallemand, et vulgarisée par les traités fort entraînants que tous deux écrivirent en sa faveur, elle passa dans la pratique et fut accueillie par beaucoup de chirurgiens avec un véritable enthousiasme. On peut dire qu'une révolution instantanée et radicale s'opéra à cette époque dans la thérapeutique des rétrécissements.

Aujourd'hui nous assistons à un spectacle analogue. L'incision des rétrécissements proposée il y a vingt-cinq ans par Arnott et par M. Amussat, vient d'être modifiée, transformée par M. Reybard, qui en a fait une méthode toute nouvelle. D'un côté l'approbation que l'Académie de médecine a donnée à l'auteur en lui décernant le prix d'Argenteuil, de l'autre, le traité extrêmement remarquable sous beaucoup de rapports, que M. Reybard vient de publier pour exposer, justifier et défendre son opinion, ne peuvent manquer de donner à l'incision des angusties une immense faveur.

Cette seconde révolution sera donc aussi complète, aussi générale que la première. Sera-t-elle aussi éphémère ? C'est ce que nous ne croyons pas. Il y a dans le livre que nous analysons bien des éléments de conviction que nous essayerons de faire ressortir, et qui ne laissent pas de doute sur le succès durable de la méthode.

Du reste, ce livre n'est pas une simple apologie des grandes incisions : c'est un traité *ex-professo* sur les rétrécissements, traité qui sera lu d'un bout à l'autre avec intérêt et profit, car d'un bout à l'autre il est rempli d'idées neuves et d'aperçus originaux, qui complètent quelquefois et qui souvent renversent les notions qu'on est le plus habitué à regarder comme classiques. Aussi nous voyons nous contraint, pour ne rien oublier de ce qui appartient à l'auteur, ce qui est le domaine spécial de la critique, de le suivre pas à pas dans chacune de ses divisions et subdivisions.

Le traité pratique des rétrécissements est divisé en quatre livres, consacrés : le premier, à l'anatomie et à la physiologie de l'urètre ; le second à la pathologie des rétrécissements ; le troisième au traitement classique et le quatrième au traitement par la méthode nouvelle.

L'anatomie et la physiologie de l'urètre ont été traitées par M. Reybard avec un soin tout particulier. Il a distingué dans le canal de l'urètre le diamètre naturel qu'il a mesuré à la manière d'Éverard Home sur des injections solidifiées, et le diamètre artificiel qu'il a calculé d'après le développement plus ou moins grand qu'il a pu donner à son dilatateur mécanique dans les différentes régions. Au méat, le diamètre de l'urètre peut être agrandi de moitié sans déchirure ; il n'en est pas de même dans la fosse naviculaire qui est un peu moins extensible ; la région pénienne l'est un peu plus ; mais c'est surtout dans les portions bulbeuse, membraneuse et prostatique que le dilatateur se développe à l'aise et agrandit considérablement le canal sans le dilacérer. Les expériences ont été poursuivies même après la déchirure de la muqueuse, et l'auteur a pu constater que la résistance de cette membrane une fois vaincue, le canal pouvait être dilaté dans des proportions excessives sans que le tissu spongieux se déchirât. Dans ce cas les bords de la déchirure opérée sur la muqueuse s'écartent, et, dans leur intervalle, le tissu spongieux se distend ; il ne s'opère d'autres lésions, que le décollement de la muqueuse. Ces expériences ne manquent pas d'une certaine importance au point de vue des applications qu'on en peut faire aux nombreuses opérations qui se pratiquent sur l'urètre et dans la vessie, mais c'est surtout à battre en brèche le traitement des strictures par la scarification et la dilatation combinées que l'auteur les a destinées. Nous y reviendrons plus loin.

Les éléments vasculaires de l'urètre devaient avoir une mention toute spéciale dans un livre qui conclut à l'incision profonde des rétrécissements, à la section de toute l'épaisseur des parois du canal. Les rapports des vaisseaux sont étudiés tout particulièrement par M. Reybard, et précisément au point de vue de l'urethrotomie. Le corps spongieux, lui aussi, est mieux décrit qu'il ne l'a été jusqu'à présent dans les ouvrages classiques. L'auteur l'a considéré comme formant autour du canal une gaîne composée de deux membranes concentriques, dont l'écartement est occupé par les cellules spongieuses. Membranes et cellules, épaisseur diverse de tout le système dans les différents points du contour du canal, rien ne laisse à désirer. La membrane interne du corps spongieux est, suivant l'auteur, de nature musculaire. En cela, il partage une opinion déjà ancienne,

mais il cite à l'appui une observation où il a trouvé tout le tissu spongieux affecté de dégénérescence musculaire très-évidente à l'œil nu, et due probablement à l'hypertrophie des fibres de la membrane interne. Cette observation unique dans la science est bien digne d'attirer l'attention des anatomo-pathologistes; seulement, nous regrettons que la pièce anatomique n'ait pas été examinée au microscope; aujourd'hui c'est au microscope qu'on s'en réfère pour toutes les questions de structure : lui seul lève tous les doutes.

Je ne terminerai pas ce que j'ai à dire de ce premier chapitre sans recommander à l'attention du lecteur les remarques très-judicieuses de M. Reybard sur les obstacles au cathétérisme et sur les moyens de les surmonter. L'auteur a insisté sur la difficulté qui provient de la contraction spasmodique de la portion musculaire du canal, et cela avec beaucoup de raison. C'est à coup sûr de tous les obstacles au passage de la sonde un des plus fréquents et des moins connus. L'injection huileuse qu'il recommande de pratiquer avant d'introduire l'instrument, a en effet l'avantage qu'il lui attribue, de rendre la muqueuse moins sensible, plus glissante, et en ouvrant le canal au-devant de la sonde, de préparer en quelque sorte la voie qu'elle doit suivre.

La pathologie des rétrécissements est la partie la plus développée du livre de M. Reybard et la plus riche en aperçus nouveaux, inattendus et bien faits pour être médités par ceux qui seraient tentés de croire qu'après tant de travaux poursuivis avec une aussi rare persévérance depuis un demi-siècle, il ne reste plus rien à faire dans le domaine de l'anatomie et de la physiologie pathologique. C'est sur la nature même des rétrécissements autrement appréciée, mieux connue qu'elle ne l'était avant lui, que M. Reybard a fait reposer le principe de sa méthode nouvelle. C'est cette corrélation parfaite entre les deux parties de son travail, la pathogénie et la thérapeutique, qui a fait dire avec juste raison à son rapporteur : « Qu'une pensée unique y règne constamment; que toutes les idées s'y enchaînent et s'y coordonnent d'une manière irréprochable; qu'on y trouve un point de départ nouveau, basé tout à la fois sur l'anatomie et la physiologie pathologique et l'expérimentation, et puis une série de déductions qui conduisent logiquement l'auteur à rejeter les moyens de traitements connus et à adopter une thérapeutique nouvelle. »

Nous ne pouvons donc nous dispenser, vu l'importance de cette partie du livre, de nous y arrêter un peu longuement.

Comme tous les auteurs, M. Reybard regarde le traumatisme de l'urètre comme pouvant être une cause fréquente des rétrécissements; mais il ne s'est pas borné à de simples allégations; il a étudié la question expérimentalement. C'est d'abord l'action des caustiques qu'il a cherché à déterminer. Il résulte de ses expériences que la cautérisation du canal a pour effet constant, lorsque le caustique agit assez profondément, de donner naissance à une stricture; que la dilatation opérée après la cautérisation et même prolongée, dans le but d'obtenir une cicatrice large, étalée, n'empêche pas le développement de la coarctation; et, comme conclusion, qu'on prétendrait en vain guérir un rétrécissement d'une manière durable avec un topique qui, appliqué sur le canal sain, suffit pour le rétrécir. Nous croyons que la cautérisation des rétrécissements, appliquée comme méthode générale, est aujourd'hui tout à fait abandonnée; mais si elle avait encore quelques partisans, nous les renvoyons à ces expériences qui sont on ne peut plus concluantes.

Les plaies du canal ont été regardées de tous temps comme des causes de rétrécissements, quelle que fût d'ailleurs leur direction. Il résulte des expériences de M. Reybard que les plaies transversales seules peuvent être suivies dans quelques cas de véritables coarctations. Quant aux plaies longitudinales qui même de nos jours, après tant d'essais de scarification, sont accusées par M. Civiale d'être une nouvelle cause de la maladie contre laquelle on les dirige, elles n'ont jamais eu, dans toutes les expériences de l'auteur, le résultat fâcheux qu'on leur attribue.

Les contusions du périnée simplement mentionnées par les auteurs, sont envisagées ici sous une foule de points de vue nouveaux et intéressants. Seulement il est à regretter que l'auteur ait abandonné la méthode expérimentale pour traiter la question à un point de vue trop exclusivement théorique. Le mécanisme de la contusion de l'urètre; la distinction des effets primitifs et des effets consécutifs de la lésion; la description des deux degrés de la tumeur sanguine, qui tantôt resterait limitée, emprisonnée entre les lames des tissus spongieux, qui, au second degré, se ferait jour du côté du canal ou s'étendrait au périnée; tous ces détails très-clairement exposés, nous nous plaisons à le reconnaître, ne reposent malheureusement pas sur des observations précises, sur des autopsies ou des expériences. On le remarquera d'autant plus que dans les autres parties du livre l'auteur n'admet que ce qui est la conséquence la plus rigoureuse des faits.

Après le traumatisme considéré comme cause des rétrécissements, vient la blennorrhagie, non par ordre de fréquence, car elle a droit de revendiquer à elle seule les 99/100es de ces affections, mais parce que l'auteur a procédé du simple au composé.

En effet, après les plaies du canal, même après certaines contusions, après les ulcérations déterminées par le caustique ou autrement, une cicatrice se forme, et bientôt le rétrécissement apparaît, et se développe en vertu des propriétés rétractiles du tissu inodulaire : tout le monde est d'accord sur ce point. Mais après la blennorrhagie comment naissent les coarctations? là commencent les divergences, là se multiplient les opinions, là, en un mot, la question se complique.

Pour M. Cruveilhier, même dans les cas de rétrécissements succédant à la blennorrhagie, c'est à l'ulcération, à l'inflammation ulcéreuse circonscrite qu'il faut recourir pour expliquer le développement de la maladie; pour lui, dans tous les cas, le tissu des rétrécissements est de nature inodulaire, partant rétractile. L'opinion de M. Reybard se rapproche beaucoup de celle-ci; elle n'en diffère que sur un point, très-important si l'on veut; mais enfin toutes deux conduisent aux mêmes conclusions physiologiques et thérapeutiques. Ainsi, pour M. Reybard, c'est la phlegmasie simple, non ulcéreuse, qui donne naissance à la maladie. Sous l'influence du travail phlegmasique, le tissu du canal s'imprègne de lymphe plastique, laquelle s'organise en un tissu nouveau qui prend la place de l'ancien. Ce tissu a, du reste, la plupart des propriétés du tissu inodulaire; il se comporte physiologiquement comme lui ou peu s'en faut; comme lui il nécessite des moyens de traitement qui changent les conditions physiques du canal.

Nous voudrions suivre M. Reybard dans la description anatomique et dans les détails qu'il nous donne sur l'évolution et l'organisation définitive de ce tissu. Mais il vaut mieux pour le lecteur qu'il recoure au livre lui-même où tous ces faits sont très-clairement exposés et s'appuyent sur un certain nombre d'observations microscopiques. Nous n'insisterons pas davantage sur la physiologie pathologique des rétrécissements. Ce chapitre nouveau, que M. Reybard a ajouté à l'histoire des coarctations, est déjà connu des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE par plusieurs articles de l'auteur lui-même. Toutefois, dans le livre, cette partie physiologique de la question est traitée avec de nouveaux développements qui montrent que l'auteur en a compris toute l'importance.

F. ROLLET.

(La fin au prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

— PRUSSE. — *Danzig, 20 septembre.* Quoique continuant à diminuer d'intensité, le choléra fait toujours de nombreuses victimes. Jusqu'ici 800 personnes en ont été atteintes et 460 en sont mortes. Il règne aussi dans d'autres parties de la province, surtout dans le riche village de Jungfer, cercle d'Elbing, où déjà la dix-huitième partie de la population en a été la victime.

Cassel, 21 septembre. Le choléra a éclaté à Rinteln, dans le comté de Schaumbourg. Sur 15 cas d'épidémie, plus de la moitié ont été suivis de mort.

— SUÈDE. — *Stockholm, 19 septembre.* Nous avons eu jusqu'ici 3,378 cas de choléra et 1,955 décès. A Ystad, jusqu'au 15, sur 341 personnes atteintes du fléau, 192 ont succombé; à Carlscrone, jusqu'au 16, sur 859 cas d'épidémie, il y a eu 1,006 décès; à Norrkoping, jusqu'au 17, sur 1,494 cas de maladie, il y a eu 480 morts.

Dans un grand nombre de villes de moindre importance, le choléra poursuit sa marche ascendante.

Christiana, 20 septembre. Tant dans la ville que dans la banlieue, il y a eu jusqu'ici 2,005 cas de choléra et 1,269 décès. A Laurvig, on a compté jusqu'au 14, 235 personnes atteintes du fléau et 139 morts.

— DANEMARK. — *Copenhague, 20 septembre.* Depuis hier jusqu'à aujourd'hui, on a annoncé 3 nouveaux cas de choléra et 5 décès. Le nombre total des personnes atteintes jusqu'ici de l'épidémie s'élève donc à 7,515, et celui des morts à 4,074.

A Aalborg, il y avait eu jusqu'au 19, 765 cas de maladie et 390 cas de mort. A Aarhuus, du 15 au 17, il n'y a eu ni nouveau cas de choléra ni décès; le nombre des personnes qui ont succombé jusqu'à cette époque s'élève à 200.

— Le choléra a paru dans plusieurs villes des Indes anglaises. Il y avait un grand nombre de malades parmi les troupes.

— M. le docteur Mélier, qui a mission du gouvernement français pour étudier la marche et le mode de traitement du choléra en Angleterre, a eu, lundi dernier, une conférence avec la direction générale de santé, dans ses bureaux, à Whitehall.

— La fièvre jaune continue à décroître à la Nouvelle-Orléans.

— La petite vérole fait en ce moment des ravages à Villefranche; elle présente un caractère de malignité qui fait des victimes parmi les personnes de tout âge, et n'épargne même pas toujours celles qui ont été vaccinées.

— On assure qu'il est question de fonder à Alger un hôpital militaire d'instruction.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CHOLÉRA-MORBUS.

MESURES ET TRAITEMENT PROPHYLACTIQUES. — PRÉCAUTIONS PRISES EN ANGLETERRE.

L'approche du choléra provoque naturellement l'inventaire des ressources à lui opposer. La légende des remèdes employés jusqu'ici est très-longue; mais, parmi les nombreuses méthodes et les plus nombreux médicaments essayés, il serait téméraire de faire un choix. A part ce qui est positivement nuisible, — et encore les opinions seraient-elles loin de s'accorder à cet égard — on peut, sans injustice ni scepticisme, laisser au goût et à l'instinct de chacun le motif d'une préférence quelconque. Cet aveu a quelque chose de pénible pour tous; mais il est douteux que personne trouve à le contredire. Il faut donc partir comme d'une chose malheureusement trop vraie : que le traitement curatif du choléra est aussi peu sûr, aussi peu efficace et aussi indéterminé aujourd'hui qu'il l'était lors de la première invasion du terrible fléau.

Mais si la maladie caractérisée, arrivée à son entier développement, échappe à tout traitement régulier, rationnel ou empirique, ce n'est pas à dire que la science et l'art soient complétement dépourvus de ressources préventives; au contraire, ce qu'il n'est pas possible de guérir, il est possible de le prévenir : cela nous paraît aussi certain que chose peut l'être pour des esprits sérieux. Nous le répétons donc avec autant de confiance que de conviction : il est possible de prévenir le développement du choléra, non-seulement chez les individus, mais dans les pays qu'il menace. Nous donnons à cette double proposition le caractère le plus absolu de l'affirmation, dans l'espoir de la mieux faire entrer dans les esprits disposés à l'admettre, ou de provoquer une contradiction plus vive de la part des esprits enclins à la repousser.

La GAZETTE MÉDICALE le rappelle avec satisfaction, elle a été la première à signaler d'une manière dogmatique, dès les premiers temps de l'épidémie de 1832, que le choléra — envisagé jusque-là comme une maladie foudroyante — est généralement précédé d'une période prodromique ou d'*incubation*, ainsi que nous l'avons appelée, caractérisée par une diarrhée bénigne qu'il est presque toujours possible d'arrêter. Or l'expérience a surabondamment démontré qu'en arrêtant cette diarrhée, c'est-à-dire en lui enlevant sa raison d'être, on coupe court au choléra, dont elle n'est que le préliminaire obligé. Cette observation, soumise d'abord à une démonstration sévère, confirmée par une foule de témoignages, vérifiée dans tous les pays et dans toutes les épidémies, ne peut plus faire doute pour personne. Récemment encore, les hommes préposés au service sanitaire de l'Angleterre, après avoir déclaré, dans leur rapport général sur l'épidémie de 1849, « que cette règle souffre à peine des exceptions, » ont réitéré leur déclaration à l'occasion de l'épidémie de Newcastle et des premiers cas observés à Londres. Ce n'est donc pas sans quelque surprise que l'on a lu tout récemment dans un journal accrédité une invitation à l'adresse des médecins qui ont observé l'épidémie de 1849, dans le but d'obtenir une confirmation ou une infirmation du fait de l'existence d'une période prodromique du choléra. Ce fait, nous le répétons, est aussi certain que la vérité d'observation la mieux établie, et ce n'est pas sans quelque dommage et danger que l'on remettrait un résultat aussi précieux en question. Ce serait dommage, parce qu'en atténuant une vérité aussi utile, on neutraliserait une partie des services qu'elle est destinée à rendre; et il serait dangereux de la soumettre à nouveau au contrôle et à l'assentiment de tous, parce que ce contrôle et cet assentiment, illusoires et impossibles de leur nature, n'auraient d'autre effet que de remettre en question ce qui est parfaitement décidé. Qu'on le remarque bien : ceci n'est ni de l'autocratisme ni du fétichisme scientifique; c'est quelque chose de si simple et de si vrai, que cela ne supporte pas la contradiction. Voyez en effet ce qui arriverait si on donnait la moindre créance ou autorité à un contrôle de ce genre. Vous demandez à tous les médecins qui ont assisté à l'épidémie de 1849 s'il est vrai que le choléra asiatique débute constamment par une diarrhée prodromique ou quelque chose d'équivalent; de deux chose l'une : ou ils auront suivi les errements tracés dans les ouvrages et instructions de l'époque, et le fait général en question leur aura échappé, comme il avait échappé aux auteurs de ces ouvrages; ou bien ils auront été avertis et ils auront vu ce que la GAZETTE MÉDICALE avait enseigné à voir et à regarder; dans ce cas, les premiers infirmant l'observation des seconds, les choses en seraient au point où elles sont aujourd'hui, c'est-à-dire affirmées par ceux qui ont vu et infirmées par ceux qui n'ont pas vu, parce qu'ils n'ont pas été excités à regarder. Pour qu'une confirmation par témoignages ait quelque valeur, il faudrait qu'elle résultât d'une observation nouvelle, intentionnelle, réfléchie, appliquée à la constatation de nouveaux faits. Pour les faits passés, elle ne peut être que stérile, et nous avons dit qu'elle serait dangereuse parce qu'elle aurait pour résultat d'affaiblir une vérité d'observation d'une grande portée prophylactique. Mais avant de quitter ce terrain, ajoutons qu'une vérification, même portant sur des faits nouveaux, ne serait pas exempte d'erreurs ou de méprises : nous avons vu de bons observateurs à l'œuvre, et ce n'est pas sans peine et sans un grand déploiement de persévérance et de sagacité qu'ils sont parvenus à éviter les équivoques si souvent inséparables de l'interrogation de malades inintelligents ou peu éclairés. Il y aurait encore beaucoup à dire là-dessus.

Toujours est-il donc que la science et l'art sont aujourd'hui en possession d'un fait d'observation considérable, à savoir : que le choléra est généralement précédé d'une période prodromique accessible aux moyens de l'art; on peut donc dire qu'il n'y a pas à proprement parler de *choléra foudroyant* : les cas de cette sorte sont des manifestations ultimes d'un mal méconnu dans sa première période.

La conséquence de ce qui précède, c'est que l'on peut aussi bien collectivement qu'individuellement employer des mesures préventives capables d'empêcher le développement mortel du choléra : instituer un service sanitaire chargé d'appliquer à la masse ce que le médecin isolé peut faire pour le malade isolé. Telle est en effet la pensée qu'a eue le gouvernement anglais. Pénétré de la valeur d'un tel système, il a institué à Newcastle une commission d'enquête chargée d'aller de porte en porte, durant l'épidémie, s'assurer jusqu'au sein des familles de l'existence et du nombre de sujets atteints de diarrhée prodromique. Cette mesure, cela est regrettable, n'a été instituée que pour les classes pauvres, comme si les classes aisées avaient le privilége de l'initiation, alors que tant de médecins eux-mêmes sont encore à apprendre le fait de la période prodromique du choléra. Toujours est-il que le système a été appliqué d'une manière très-régulière pendant l'épidémie de Newcastle, et s'il faut s'en rapporter à la notoriété, on serait généralement disposé à reconnaître, en Angleterre, que la rapide décroissance de l'épidémie serait le fruit de cette heureuse innovation. Notre savant

---

Feuilleton.

LETTRES D'ITALIE.

N° XXII et dernier.

(Suite et fin. — Voir les numéros 36 et 39.)

RETOUR EN FRANCE PAR VITERBE, LE LAC DE BOLSÈNE, SIENNE, FLORENCE, PISE ET LIVOURNE.

III.

Florence : les Médicis et leur blason; illustration de la médecine et de la pharmacie : Lasca, Palmieri, Antonio Cocchi; les esprits encyclopédiques; bibliothèque Maghabecchiana, Cinelli Calvoli; le cadavre de Landino; muséum de Florence, anatomie en cire, botanique, tribune de Galilée; pharmacie de Sainte-Marie-Nouvelle; campagne de Florence. — Pise : le professeur Puccinotti, tombeau de Vacca, Galilée. — Livourne. Retour en France.

A M. le docteur Hubert-Valleroux.

A bord du *Pluton*, 1er avril 1853.

Je dirai peu de chose de Florence, la ville d'Italie la plus agréable à habiter, parce que, si je commençais, il me faudrait plusieurs lettres, même avec l'intention d'être bref. Florence est un petit Paris, ayant eu moins cette horrible fièvre d'agiotage et de mercantilisme que je hais à mort, et en plus le sentiment du beau infiltré jusque dans le bas peuple.

On sait que plusieurs auteurs ont prétendu que la glorieuse race des Médicis, *Medici*, était primitivement une famille de médecins, *medici*; et l'on a vu des pilules sur le blason de cette famille qui nous a fourni deux reines, pas des meilleures il est vrai. On croit généralement aujourd'hui que ces figures héraldiques sont des balles, des billes, *palle*. Mais, au fait, la médecine pouvait, tout aussi bien, et même à plus juste titre, que des marchands de coton et de denrées d'Orient, ceindre la couronne ducale et souveraine.

La médecine et même la pharmacie ont atteint, à Florence, les plus hautes dignités de l'État. L'illustre nouvelliste et poëte Antonio Francesco Grazzini, surnommé Lasca, fondateur de l'Académie de la Crusca dont les fastes sont si brillants, avait été apothicaire, et l'on montre encore son officine, à l'enseigne du Maure, *del Moro*, dans la rue des *Marignolli*, non loin du baptistère de Saint-Jean.

Bien plus, un autre médecin-pharmacien, Matteo Palmieri, l'un des hommes illustres de Florence, savant de premier ordre, politique éminent, grand historien, fut plusieurs fois ambassadeur et devint même gonfalonier de la République. Matteo Palmieri est auteur d'un poëme à la fois théologique et philosophique, qui, non imprimé, devint cependant célèbre par sa condamnation; l'inquisition fulmina contre l'auteur; d'après celui-ci, nos âmes seraient des anges qui, pour être restés neutres dans la révolte des mauvais anges que Dieu envoya, vaincus et terrassés, peupler les enfers, ont été punis par leur juxta-

collègue M. Mélier, envoyé sur les lieux par le gouvernement français, fera sans doute connaître le fruit de ses observations à cet égard.

Quoi qu'il en soit, le fait d'une période d'incubation du choléra a été pris au sérieux en Angleterre; il est devenu la base d'un système de mesures prophylactiques déjà réputées efficaces. Nous avons quelque raison de croire que nous ne sommes pas resté tout à fait étranger à cette initiative : en effet nous avons fait plus que la conseiller dans nos publications réitérées; mais d'heureuses circonstances nous ont mis à même d'ajouter l'insistance de la parole à celle de nos actes; nous savions que :

« Segniùs irritant animos demissa per aurem,
» Quàm quæ sunt oculis subjecta fidelibus. »

Mais les conséquences de notre observation ne doivent pas s'arrêter là; ce que l'on a fait ou cru pouvoir faire pour prévenir le développement du choléra chez les individus ou pour en atténuer l'aggravation dans les masses, on peut le faire aussi pour prévenir l'explosion de l'épidémie dans les localités où elle ne s'est pas encore montrée : c'est ce que nous espérons prouver dans un second article.

J. Guérin.

PHYSIOLOGIE.

Mémoire sur l'anesthésie chirurgicale; par le docteur Jobert (de Lamballe).

(Suite. — Voir les numéros 36 et 37.)

De quelle manière les moyens anesthésiques produisent-ils la suspension de la sensibilité et du mouvement? en d'autres termes, comment l'innervation se trouve-t-elle modifiée d'une manière aussi étrange et aussi complète?

Tout prouve que l'éther et le chloroforme sont absorbés sur les surfaces muqueuses, et que, portés dans le torrent de la circulation, ils viennent seulement modifier le système nerveux; car si les choses se passaient autrement, il suffirait de mettre du chloroforme sur un nerf pour produire des effets extraordinaires, et c'est ce qui n'arrive pas, puisqu'on ne modifie que le point avec lequel l'agent anesthésique se trouve en contact. Quelle est l'action mécanique ou la combinaison chimique qui se produit? C'est ce qu'il nous est impossible de dire dans l'état actuel de la science.

Mais il est incontestable pour nous que le système circulatoire reçoit la première influence des anesthésiques avant d'agir sur le système nerveux. Toutes les expériences tendent à le démontrer. Toutefois, la chose n'est pas aussi prouvée pour le chloroforme que pour l'éther. En effet, le chloroforme n'altère en aucune manière la composition du sang, et ne me paraît avoir aucune influence sur les parois des vaisseaux qui le contiennent.

Quelle que soit la durée de la chloroformisation, le sang demeure toujours rouge et rutilant, et conserve la même facilité à se coaguler.

D'ailleurs, après les opérations faites sous l'influence du chloroforme, on ne remarque jamais d'altération des liquides fournis par le sang.

Le chloroforme paraît donc, par l'intermédiaire de la circulation, agir entièrement sur le système nerveux, qu'il modifie d'une manière puissante et instantanée.

Nous ne pouvons pas en dire autant de l'éther, dont l'action modificatrice sur le sang est incontestable et nous paraît prouvée mathématiquement. L'éther le plus pur, employé avec les précautions les plus minutieuses, nous a toujours fourni les mêmes résultats. Le sang perd de sa coloration rouge et rutilante pour devenir brun ou violacé.

Ces caractères sont d'autant plus prononcés que l'expérience se prolonge davantage. Il est certain que le sang n'offre pas la même cohésion et que les liquides fournis par lui ne présentent pas la même plasticité.

Voilà pourquoi les réunions ne se font pas aussi facilement après l'éthérisation qu'après la chloroformisation.

L'éther ne se borne pas à agir sur le sang seulement, puisque l'anatomie pathologique nous a appris qu'il produisait des effets pathologiques démontrables et tangibles sur les parois du cœur et des artères. Il agit là comme il agit d'ailleurs sur les muqueuses de l'appareil respiratoire. Si le chloroforme se borne à modifier la fonction du système nerveux ou à l'anéantir sans altérer sa structure, il n'en est pas de même de l'éther, qui tend à en attaquer l'organisation intime.

Bien que l'action des anesthésiques sur tous les individus ne soit pas au même degré puissante ou dangereuse, leur influence sur le système nerveux, et secondairement sur les autres organes qui sont dominés par ce régulateur de l'organisme, n'en est pas moins un fait rigoureusement certain. Il en résulte d'abord un affaissement général dans la machine humaine, puis enfin la cessation des mouvements volontaires et involontaires qui se produit à la troisième période de l'opération, lorsque le cœur est paralysé par l'éthérisation de la moelle allongée.

On ne saurait attacher trop d'importance à la marche des phénomènes produits par les agents anesthésiques, et nous allons en examiner la succession rigoureuse. Constatons d'abord une double action sur l'économie animale :

1° Le trouble que détermine sur les voies qu'il parcourt ce corps étranger aux organes avec lesquels il se trouve momentanément en contact;

2° L'influence sédative, stupéfiante du médicament sur le système nerveux.

Les éthers et le chloroforme ont donc pour premier effet d'exciter, à des degrés qui ne sont pas les mêmes, les surfaces muqueuses aériennes, le cœur, et même le système nerveux. Ces liquides stimulent et excitent par conséquent les voies organiques qu'ils parcourent, et c'est ce *stimulus* qui porte l'agitation dans les organes musculaires et provoque la congestion dans les muqueuses et incontestablement dans le système nerveux. Voilà pourquoi le cœur, dans les premiers moments de l'expérimentation, précipite ses battements et accélère beaucoup le pouls.

La seconde propriété, qui est l'action véritable du corps stupéfiant, tend à anéantir les fonctions du système nerveux et à les suspendre ou à les détruire pour toujours.

En conséquence, il est indispensable d'établir deux grandes distinctions dans l'action des anesthésiques, et de reconnaître une propriété *mécanique* ou *excitante* et une vertu inhérente au médicament lui-même, et qu'on peut appeler stupéfiante ou sédative.

Cela posé, indiquons successivement les phénomènes que l'on observe dans l'éthérisation et la chloroformisation.

Dans une discussion académique, j'avais établi de la manière suivante

---

position à une vile matière et par leur passage dans cette vallée d'épreuves et de larmes, dont les sorties sont la porte étroite du paradis, et les gouffres béants de Lucifer. Il paraît que la neutralité n'était pas plus permise au paradis, au temps où il avait aussi ses révolutions, que dans la République des anciens et vrais Romains.

La superbe villa Palmieri ou *de' tre visi*, où Boccace rassemble les gracieuses et un peu gaillardes *novellatrice* du Décaméron, a été la propriété de Mathieu Palmieri. C'est de nos jours une prosaïque maison anglaise. la villa Farnbill, dont les alentours sans bosquets ne rappellent plus en rien la description de Boccace : *con pratelli dattorno e con giardini maravigliosi*, et qui ne conserve non plus aucun souvenir du docte et puissant Matteo Palmieri. C'est singulier, comme Albion refroidit, embrume et dépoétise les plus illustres terres italiennes, quand elle s'y établit avec son confortable compassé de marchand enrichi ou de nabab engraissé!

Florence a généreusement et justement ouvert son Panthéon à ses illustrations médicales. Entrons dans l'austère et grandiose basilique de Sainte-Croix, œuvre d'Arnolfo di Lapo, l'architecte de la merveilleuse cathédrale Santa-Maria-del-Fiore. Les basses-nefs et les chapelles sont toutes peuplées de tombeaux portant les noms impérissables de Michel-Ange, du Dante, d'Alfieri, de Machiavel, de Galilée, etc. Antonio Cocchi a mérité une place parmi cette illustre compagnie de morts, Cocchi, savant médecin, antiquaire, philosophe, infatigable bibliothécaire, littérateur, chimiste, ami et correspondant de Newton et de Boerhaave. Cocchi auquel on doit ce pittoresque dicton, qui dépeint si bien les hivers inconstants, froids et pluvieux de Florence, et ses étés si salubres, si agréables, qu'au rebours de ce qui se fait ailleurs, on quitte alors la campagne pour la ville : « Il est impossible de vivre à Florence, l'hiver, et d'y mourir l'été. »

Cocchi n'eut pas beaucoup d'originalité médicale; il s'efforça de propager les doctrines de Redi, l'un des médecins les plus remarquables qu'ait produits Florence; mais il eut tant d'autres talents et tant d'initiative!

Antoine Cocchi, Palmieri, étaient de ces vastes esprits qui s'épanouissent par la culture de plusieurs sciences, des lettres et des arts, loin de s'étioler, comme chez nous et dans nos temps, entre les limites du cercle étroit d'une spécialité. Le génie s'en va. Où sont-ils ces hommes qui excellaient à la fois dans la peinture, la sculpture, l'architecture et la poésie, comme Michel-Ange? Peintre, mécanicien, mathématicien, ingénieur, musicien et poète, tel était Léonard de Vinci! On a de l'esprit, mais plus de génie; de l'habileté, mais plus de larges conceptions. La desséchante industrie absorbe toutes les intelligences, atrophie tous les nobles sentiments; les âmes qui se plaisent à rêver, à penser, à méditer sur l'idéal et le beau, sont obligées de se soustraire au présent et de vivre dans le passé. Et dire qu'il faut faire comme les autres, sous peine d'être chassé de Babylone ou de mourir de faim dans un coin! Jadis les sciences expérimentales et abstraites trouvaient place dans le même cerveau, à côté des arts et de la poésie; Haller était un grand poète et un physiologiste de premier ordre; mais aujourd'hui l'opinion et même les tendances individuelles imposent à chacun son petit terrain; un médecin qui aurait le malheur de faire des vers ou qui se délasserait dans la peinture, se verrait réputé détestable, et personne n'en voudrait, et cependant ce serait peut-être tout simplement un homme plus complet que les autres.

les phénomènes de l'éthérisation; et à la page 316 des Bulletins de l'Académie de médecine, il est dit:

« Après avoir ainsi raconté les faits qu'il a observés, M. Jobert en résume les circonstances (1). L'action de l'éther est constante et ne manque presque jamais. On peut toujours produire le sommeil, mais il faut plus ou moins de temps, selon les individus et l'appareil employé. On peut, jusqu'à un certain point, en graduer les effets depuis l'excitation jusqu'à l'exaltation et la stupeur. Ces effets présentent, dans leur progression, trois périodes: la première est marquée par une certaine agitation et l'accélération du pouls, la toux que provoque l'éther par son action sur les bronches; la deuxième, par de l'exaltation, de la loquacité et de l'incohérence dans les paroles, quelquefois le rire sardonique; la troisième, par un sommeil plus ou moins profond, une insensibilité absolue, le refroidissement, le relâchement musculaire, la petitesse du pouls ou son absence.

» Tout porte à croire que l'éther inspiré agit sur le sang et le système nerveux. Pour M. Jobert, c'est une véritable intoxication.

» Bien que la période irritative et la période agitative se reproduisent également dans la chloroformisation, la succession des phénomènes est si rapide que la période sédative arrive pour ainsi dire sans transition.

» Ce n'est plus de l'agitation comme par l'éther, c'est du calme; ce n'est plus une excitation irritative dans la gorge et les poumons, c'est du bien-être qui invite à respirer le chloroforme. Tous les organes s'affaissent aussi bien que le système nerveux, qui cesse d'être en rapport avec le monde extérieur. C'est un véritable sommeil pendant lequel les paupières se relâchent et tombent. Le globe de l'œil se tourne en haut et la pupille se dilate. La physionomie est calme, tranquille et exempte de toute crispation douloureuse; la sensibilité est obtuse ou abolie; l'intelligence est émoussée ou entièrement absente, et la conscience des choses n'existe plus.

Circulation. — L'appareil de la circulation éprouve des changements incontestables; mais tout ce que les expérimentateurs ont avancé est loin d'offrir une exactitude mathématique. Le liquide qui parcourt les vaisseaux sanguins ne m'a jamais paru offrir aucun changement dans ses propriétés, quelle que fût la durée de l'expérience; c'est ainsi que le sang demeure toujours rouge. J'ai chloroformé une femme par intervalles pendant plus de vingt minutes, dans une opération longue et difficile; le sang est resté chaud et rutilant. Le cœur, comme tous les muscles, éprouve une atteinte profonde dans ses fonctions; les battements, d'abord précipités, deviennent plus rares, puis s'éloignent, se ralentissent, s'affaiblissent et disparaissent.

Le pouls tombe de 30, de 40, de 50 pulsations, etc., et cesse tout à fait. Dans d'autres observations, j'ai noté qu'après l'opération le pouls conservait une lenteur remarquable; ce phénomène est constant.

Le cœur est donc dans le principe agité par le passage du chloroforme; mais il perd de son agitation, à mesure que cet agent cesse d'agir mécaniquement; bientôt le système nerveux est oppressé par l'anesthésie, et le cœur s'arrête à la manière d'un balancier que l'on contrarie dans ses mouvements.

La diminution rapide de la force des contractions du cœur et la rareté du pouls doivent éveiller l'attention du praticien et l'engager à suspendre la chloroformisation. Lorsque le pouls est réduit à 40 et 30 pulsations, il y a danger, car le cœur se paralyse rapidement pour peu que les inhalations de chloroforme soient continuées. L'effrayante pâleur du malade, le laisser-aller de tous les organes, indiquent assez l'imminence du danger. J'ai vu des individus chez lesquels la chloroformisation amenait instantanément l'affaiblissement du pouls, l'abolition du sentiment et du mouvement; sans une surveillance continue, la mort ne se serait pas fait attendre.

Puis que le chloroforme paralyse l'action du cœur comme celle des autres muscles, et puisqu'il suffit de la suspension de ses contractions pendant quelques minutes pour déterminer la mort, il convient toujours de s'arrêter lorsque le cœur et les artères sont perceptibles à l'oreille et au toucher, et lorsque 60, 50 et au minimum 40 pulsations peuvent être comptées par minute.

On ne saurait trop insister sur ce point, que les battements du cœur ne peuvent être suspendus sans danger de mort.

Le passage suivant, extrait du remarquable rapport fait par M. Rayer, au nom d'une commission composée de MM. Andral, Duméril, Magendie et Serres, démontre combien il est dangereux de suspendre la circulation; car le rappel du mouvement cardiaque est à peu près impossible lorsqu'il a cessé, à moins qu'il n'existe en lui quelques oscillations et quelques contractions que l'oreille seule peut reconnaître.

Alors même que le cœur n'est qu'affaibli dans ses contractions et ralenti dans ses mouvements, il est souvent même difficile de lui redonner sa force, son impulsion, et de lui rendre son rhythme normal. Que l'expérimentation soit donc patiemment exécutée et prudemment faite.

« D'après ces observations cliniques, votre commission pense que l'absence des battements du cœur, constatée à l'auscultation sur tous les » points où ils peuvent être naturellement ou accidentellement entendus, » et sur chacun, *pendant l'intervalle de cinq minutes*, c'est-à-dire pendant un espace de temps cinquante fois plus considérable que celui qui » a été fourni par l'observation des bruits du cœur, dans les cas d'agonie » jusqu'à la mort, ne peut laisser aucun doute sur la cessation définitive » des mouvements du cœur et sur la réalité de la mort. »

Calorification. — Rien ne démontre mieux l'innocuité du chloroforme à l'égard du sang que la persistance de la chaleur animale; il est impossible d'en dire autant de l'éthérisation qui modifie la nature intime de ce liquide, et qui produit aussi des modifications puissantes dans la calorification.

Respiration. — Comme les vapeurs du chloroforme sont moins irritantes que celles de l'éther; la respiration n'est ni aussi agitée ni aussi fatigante lorsque l'expérience est faite avec le premier de ces anesthésiques. La respiration, faiblement excitée d'abord, se ralentit donc promptement à mesure que les forces musculaires de la poitrine s'affaiblissent, les inspirations et les expirations deviennent rares et faibles, et il arrive un moment où l'on n'aperçoit plus aucun phénomène respiratoire; le mouvement et le sentiment sont alors abolis universellement. Cet état correspond à l'éthérisation des renflements nerveux.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Séance du 2 février 1847.

Si, aux époques éloignées de Palmieri, de Léonard et de Michel-Ange, on voyait la même intelligence, qui enfantait avec labeur les œuvres du jugement et de la réflexion, lancer en même temps les rapides étincelles d'un esprit imaginatif et improvisateur; si, plus tard, comme Antoine Cocchi en est un exemple, on rencontra encore des conceptions encyclopédiques, ce n'étaient pas là les seuls contrastes; je dis contraste, en me plaçant à notre point de vue actuel. Les caractères les plus fougueux, les plus irascibles, les plus effervescents, les hommes dont la vie était bouleversée par des aventures, des traverses, des disputes sans cesse renaissantes, déposaient tout leur ferment, calmaient tous leurs bouillonnements à la porte du cabinet, et s'y livraient aux travaux les plus minutieux, les plus ingrats, les plus ardus, exigeant la méditation la plus froide, et l'esprit le plus patient et le plus calme. Cinelli Calvoli, médecin et philologue célèbre, en est bien la preuve. Il réunit à un haut degré la turbulence, l'instabilité, l'emportement dont nous avons parlé, et sa vie fut un tissu de contrariétés, de colères et d'aventures; eh bien! enseveli dans les bibliothèques une grande partie de ses jours, il composa laborieusement un immense ouvrage intitulé Biblioteca degli scrittori Fiorentini e Toscani, dont l'abrégé, entrepris par le chanoine Biscioni, comprend encore douze volumes in-folio!!

Cocchi et Cinelli Calvoli étaient attachés au fondateur de la bibliothèque Magliabecchiana, qui, après avoir été quarante ans orfèvre sur le Pont-Vieux, devint bibliothécaire du grand-duc Cosme III, et amassa lui-même une immense collection de livres. *Il mangeait, dormait, vivait* (je ne dis pas tout encore) parmi ses livres, en compagnie des insectes sauteurs, fileurs, rampants, tous piqueurs, les plus incommodes et les plus immondes; Cocchi et Cinelli Calvoli méditaient à ses côtés, impassibles au milieu de cette petite guerre. Quels hommes! la semence en est perdue! On rirait presque d'eux aujourd'hui, car on sait à peine reconnaître ce qui est vraiment beau, bon et méritoire. Ma foi! la main sur la conscience, je crois qu'ils m'amuseraient aussi; je travaille mal quand une puce me pique.

A la même bibliothèque Magliabecchiana, dont les lettres multipliées par 10 représentent juste le nombre de volumes, se trouvent des commentaires sur le Dante, œuvre estimée qui valut le don d'un palais à leur auteur Laudino. Cela pourrait nous intéresser si de tels exemples n'étaient complétement perdus; mais voici qui, médicalement, nous regarde davantage. On montre encore, dans cette vieille résidence, le cadavre fort bien conservé du savant Landino, phénomène toujours remarquable, quoique nous en ayons des exemples, entre autres dans le caveau d'une tour, à Bordeaux. Mais à ce cadavre, il manque quelque chose. Comme cette chose était fort bien conservée, un bon curé, qui attendait la visite de la princesse Béatrix de Bavière, la coupa sans tergiverser, net et ras, afin de ménager la pudeur de la noble dame. Ce curé était un ignorant, car la feuille de vigne est connue depuis Noé, et même avant, puisque Noé inventa le vin et non la vigne, qui doit être contemporaine de notre premier père. La première impression de la princesse fut si pénible, qu'elle poussa un petit cri, puis, moitié plaisantant et tout entière dépitée, dit au bon curé rouge de honte d'avoir si mal réussi, qu'il mériterait la peine du talion, pour une mutilation si cruelle même après la mort. — Ce fait historique est rapporté par Valery, l'une des mines dont nous extrayons aujourd'hui quelques minerais.

CHIRURGIE PRATIQUE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE BROIEMENT DE LA PIERRE EN UNE SEULE SÉANCE; par J.-Z. AMUSSAT.

Briser un calcul vésical en plusieurs fragments que l'on broye immédiatement avec deux ou trois instruments différents, de manière à les réduire tous à un assez petit volume pour qu'ils puissent sortir sans difficultés par l'urètre, ou être extraits de la vessie avec un instrument approprié, si le malade ne peut les expulser; c'est là ce qu'on doit entendre par la lithotritie en une seule séance.

Pour atteindre ce but, il faut, dans le plus grand nombre des cas, agrandir le méat urinaire pour permettre l'introduction d'instruments plus volumineux que ceux dont on se sert habituellement.

Plusieurs fois, avec les instruments trop petits qu'on emploie généralement, on a obtenu ce résultat, mais par hasard seulement, lorsque le calcul était très-petit et qu'on avait pu l'écraser complétement. Ces cas, les plus simples et les plus heureux, sont aussi les plus rares que l'on puisse rencontrer; mais ils ne peuvent servir à poser le principe indiqué par M. Heurteloup, et que je désire établir même pour des calculs beaucoup plus volumineux et qu'on ne pouvait broyer qu'en trois ou quatre séances et plus avec les instruments ordinaires.

Après avoir beaucoup réfléchi et expérimenté, j'ai modifié le procédé opératoire, comme je vais l'indiquer dans cet article, afin de permettre aux chirurgiens de faire le plus souvent possible la lithotritie en une seule séance.

J'espère qu'on l'appliquera à un grand nombre de calculeux placés dans des conditions déterminées et analogues à celles où se trouvait le malade qui fait le sujet de l'observation suivante.

Sans doute on n'arrivera pas à broyer toutes les pierres dans une seule seance; mais ce n'est pas une raison pour abandonner l'idée de broyer immédiatement et sans désemparer celles qui peuvent l'être. Ainsi, même en restreignant l'application du nouveau procédé, je crois qu'il constituera encore un grand progrès dans cette partie de la chirurgie.

CALCUL D'ACIDE URIQUE DE 28 MILLIMÈTRES (1 POUCE) BROYÉ DANS UNE SEULE SÉANCE, APRÈS AVOIR PRÉALABLEMENT DILATÉ LE CANAL QUI ÉTAIT RÉTRÉCI, ET AGRANDI LE MÉAT URINAIRE, POUR PERMETTRE L'INTRODUCTION D'INSTRUMENTS EN RAPPORT AVEC LE VOLUME ET LA DURETÉ DE LA PIERRE; GUÉRISON.

OBS. — M. X., capitaine du génie, âgé de 38 ans, d'une forte et belle constitution, commença à éprouver, au mois de septembre 1847, des douleurs dans l'urètre, à la suite d'une garde-robe difficile, et il fut tout étonné de trouver dans le méat urinaire une gravelle ayant exactement la forme d'un haricot d'une longueur de 3 à 4 millimètres à peu près. M. X. en rendit successivement plusieurs autres semblables. A cette époque, l'eau de Vichy fut employée.

En 1848, le 15 janvier, il se manifesta une douleur de reins très-vive, s'étendant plutôt à gauche qu'à droite. Cette douleur dura trois jours et disparut à la suite de frictions.

Au mois d'avril suivant, M. X. fut envoyé à l'armée des Alpes et fit à cheval le voyage de Paris à Grenoble; il remarqua qu'aux allures vives du cheval, il avait du malaise et une certaine chaleur vers le périnée, mais aucun autre symptôme ne se manifesta. Au bout de dix-huit mois de fatigues dans les montagnes des Hautes-Alpes, M. X. fut employé dans une position sédentaire, et il n'éprouva plus d'accidents sérieux.

Au printemps et au commencement de l'été de 1852, douleurs dans la vessie, insomnie, chaleurs cuisantes qui diminuèrent sous l'influence des boissons diurétiques. Vers le mois d'août de la même année, le malade partit pour les eaux de Baréges. Le voyage fut très-paisible; une douleur sourde dans le bas-ventre lui ôtait toute tranquillité d'esprit et l'empêchait de dormir.

Le lendemain, dès son arrivée à Baréges, pendant une promenade à pied, M. X. urina du sang en abondance, et à partir de ce moment, il ne put marcher que doucement. La voiture devint très-pénible à supporter et intolérable par les secousses du pavé. De retour à Paris, au mois de septembre 1852, M. le docteur Anvity prescrivit des bains fréquents, l'usage des viandes blanches et 20 sangsues à l'anus. Mais les douleurs n'ayant pas diminué, la marche étant devenue de plus en plus difficile, ce médecin distingué soupçonna la présence d'un corps étranger dans la vessie et engagea le malade à me consulter.

D'après ces antécédents, je soupçonnai immédiatement la présence d'une pierre dans la vessie.

En effet, le cathétérisme, pratiqué le 17 octobre 1852 avec une petite sonde d'argent, ne me laissa aucun doute sur le diagnostic que j'avais établi *à priori*. Cependant je dois faire remarquer que d'abord la vessie étant pleine, je fus très-surpris de ne rien rencontrer. Mais après avoir vidé cet organe, je trouvai immédiatement une pierre très-sonore.

Comme il existait un rétrécissement assez fort du canal, et une étroitesse congéniale du méat urinaire, je dus faire disparaître ces deux états pathologiques avant de penser au broiement. Forcé de m'absenter, mon fils pratiqua le débridement du méat et fit l'avivement de l'angle de la plaie pendant huit jours, puis il dilata le rétrécissement de l'urètre avec beaucoup de précautions et de lenteur, car le malade avait une susceptibilité nerveuse très-grande au début du traitement; mais peu à peu cette susceptibilité s'émoussa, et on put substituer aux bougies élastiques des bougies métalliques pour arriver à introduire le nº 34 de ma filière, qui est divisée en quarts de millimètre.

Pour vaincre cette disposition du méat urinaire qui se présente assez souvent et qui à elle seule s'oppose à l'introduction d'instruments d'une certaine force, permettant de faire la lithotritie en une seule séance, comme aussi à la dilatation des rétrécissements de l'urètre, mon fils mit en usage le procédé suivant, qui est simple et m'a toujours réussi.

La verge étant prise avec deux doigts de la main gauche placés derrière le gland, on le retourne de manière que le frein soit en haut, et le malade étant debout, appuyé contre un mur ou contre un meuble solide, on insinue dans le méat la pointe d'un bistouri droit à lame étroite cachée par une petite boulette en cire, le tout trempé dans l'huile d'olive. Alors on transperce la paroi inférieure du gland, à une distance convenable, et on incise d'arrière en avant.

On laisse saigner la plaie et on place ensuite entre les lèvres de l'incision un bourdonnet de charpie; puis pour empêcher que la cicatrice ne se fasse trop rapidement et ne compromette, par sa rétraction, le succès de cette petite opération, on avive légèrement tous les jours l'angle de la plaie avec la pointe d'un bistouri.

Le canal étant dilaté et le méat suffisamment agrandi, rien ne s'opposait plus à la lithotritie avec des instruments convenables. Je la fis le 22 décembre 1852. Alors le malade sentait distinctement la pierre rouler dans la vessie, lorsqu'il se retournait dans son lit; elle l'empêchait d'uriner, et pour continuer il était obligé de secouer violemment le bassin.

J'avais tout préparé pour faire la lithotritie en une seule séance, parce que les conditions me paraissaient favorables et que d'ailleurs le malade était moralement bien disposé.

M. X. s'étant placé transversalement sur le bord de son lit, comme assis, les pieds appuyés sur deux chaises, j'introduisis dans la vessie une sonde d'argent de moyen volume avec laquelle je touchai très-distinctement la pierre qui était placée derrière le col. Je fis ensuite par la sonde une injection d'huile d'olive

---

Je ne puis quitter Florence sans vous parler de l'admiration que m'ont causée, au muséum de physique et d'histoire naturelle, les collections d'anatomie et de botanique, dont les pièces sont exécutées en cire avec un art merveilleux. Un herbier est un bien triste spécimen, un aride squelette de plantes, et une gravure coloriée ne sera jamais qu'une plate image. A Florence, les types des familles et des espèces sont représentés en cire, sous forme de plantes poussant dans des pots rangés derrière un vitrail. L'imitation est si parfaite, l'illusion si complète, tant les tiges, les feuilles, les fleurs et leurs organes les plus ténus, sont reproduits avec une exquise délicatesse, que nous y eussions été pris, n'était l'impossibilité d'avoir une foule de plantes fleuries toutes à la fois et vivant sous une verrière fermée où l'air manquerait bien vite. Nos descriptions seraient inutiles, pour donner une idée de cette perfection inouïe, de ce tour de force vraiment miraculeux.

La physiologie végétale, représentée avec un grossissement considérable des organes, n'a pas été oubliée dans cette belle collection.

L'art de mouler la cire est très-ancien à Florence; il existait déjà au quinzième siècle, mais n'était alors appliqué qu'à la confection d'*ex-voto* plus ou moins grotesques. Ce ne fut qu'au temps de Ludovico Cigoli, qu'on commença à représenter les diverses parties du corps humain. Sous Cosme III, le Sicilien Michele Zummo atteignit déjà un haut degré de perfection dans cet art. C'est au grand duc Léopold I[er], qu'on doit l'idée de créer un muséum complet d'anatomie en cire, idée qui fut mise en pratique sous la direction du chevalier Felice Fontana. Dans les neuf ou dix salles du musée d'anatomie, sont représentées complétement, par des morceaux d'ensemble ou par des préparations détaillées et partielles, l'ostéologie, la myologie, la syndesmologie, la splanchnologie, l'angéiologie et la névrologie. Plusieurs pièces d'ensemble représentant soit l'angéiologie, soit la névrologie, sur un corps entier, méritent un éloge sans restriction. Nous n'avons rien, en France, qui soit à la fois si complet, si vrai et si beau que ce muséum d'anatomie en cire.

Un cabinet fermé au public représente, à l'aide de pièces qui se démontent, toutes les phases de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que des cas curieux de grossesse extra-utérine, avec une perfection qui ne le cède en rien au reste. On verra avec intérêt quelques vieilles, mais déjà bien belles cires de Michele Zummo, et des pièces d'anatomie *décomposables et recomposables*, comme les faisait Auzoux, exécutées en bois par Fontana, à la fin du dix-huitième siècle.

On montre aussi, dans un autre cabinet réservé, des groupes de figurines en cire représentant les diverses pestes de Florence, ou plutôt tous les degrés de la putréfaction cadavérique, avec hideux accompagnement d'ulcères, de crevasses des chairs, de météorismes, de bavures, de hernie d'organes putrescents, de teintes verdâtres, de rats et de vers, horrible et trop vrai spectacle rendu plus saisissant encore par les scènes qui sont jouées, dont vous ferez bien d'épargner la vue à vos compagnes de voyage, et à vous-même, si vous n'avez pas le cœur bien solide et le bol alimentaire au delà du cardia.

Les diverses branches de l'histoire naturelle sont dignement représentées dans les autres galeries du musée vraiment *royal et impérial* de Florence. Si on réunit dans sa pensée, à cette riche collection, les musées *degli Uffizj* et de *Pitti*, et les chefs-d'œuvre étalés à profusion dans les églises monumentales,

dans la vessie, et j'introduisis un instrument ordinaire de lithotritie à percussion.

Bientôt, après quelques courtes recherches, je saisis une pierre marquant 12 lignes à l'échelle de l'instrument, et je la brisai à l'aide de quelques coups de marteau. Reprenant ensuite les fragments, je les brisai également, les uns par des légers coups de marteau, les autres plus petits par la pression seule de la main. Après quelques instants de repos, j'introduisis un autre instrument de lithotritie plus faible que le premier, mais plus large parce que les deux parties qui en forment les mors sont aplaties. Ses branches sont terminées par des espèces de cuillers plates garnies de trois rangées de petites dents; (voy. la figure). Je saisis un assez grand nombre de fragments que je brisai par la pression avec la main. Enfin j'introduisis un troisième instrument à peu près semblable au second, mais n'ayant pas de dents, et destiné plutôt à contenir des débris de calculs qu'à les briser; je le retirai rempli de détritus.

Après ces opérations successives qui avaient été supportées sans trop de douleur et de fatigue, je fis faire dans la vessie des injections d'eau presque fraîche; je prescrivis un bain tiède pendant deux heures, la diète et des boissons abondantes. En urinant dans le bain, il sortit beaucoup de fragments.

Les jours suivants, M. X. n'éprouva aucune douleur et n'eut pas le moindre mouvement fébrile. Mais le quatrième jour, par un temps assez froid, étant allé se promener sur son balcon qui est très-aéré et placé au quatrième étage, il survint quelques symptômes de rhumatisme autour du bassin, accompagnés de douleurs vésicales, de fièvre et de malaise qui cédèrent facilement à l'usage de quelques moyens antiphlogistiques et calmants. M. X. ne rendit plus aucun fragment de calcul.

Le 29 décembre, c'est-à dire sept jours après la première opération, je voulus faire une vérification avec un petit ramasse-gravier. Mais après avoir fait une injection dans la vessie et introduit cet instrument, je cherchai inutilement des fragments, je ne pus en rencontrer un seul.

Depuis ce temps, tout symptôme du côté des voies urinaires a disparu; la santé de M. X. s'est complétement rétablie, et il a pu reprendre ses occupations.

Le malade conserve dans une petite boîte les débris de la pierre qui sont réduits en poussière fine, comme s'ils eussent été broyés par la perforation ou l'usure avec une lime, ce que j'attribue à l'action particulière de mon instrument broyeur.

L'analyse de ces débris a démontré que la pierre était formée presque en totalité par de l'acide urique.

D'après les antécédents très-complets et très-circonstanciés écrits par le malade lui-même, il est probable que la pierre existait déjà dans la vessie à la fin de 1847 ou au commencement de 1848, c'est-à-dire depuis cinq ans environ; cependant l'hématurie ne se manifesta qu'en 1852.

Lorsque j'ai pratiqué le cathétérisme, la vessie étant pleine, je n'ai pas rencontré le calcul, et j'étais sur le point de le dire au malade, en manifestant mon étonnement, car tous les symptômes indiquaient sa présence; mais ayant ouvert le robinet de ma sonde et laissé écouler le liquide, en faisant de nouvelles recherches pendant que la vessie était vide, j'ai trouvé très-distinctement le calcul.

Comme on le voit, il est important de ne pas se prononcer sans avoir exploré la vessie pendant qu'elle est pleine ou vide. Dans d'autres cas, une pierre n'a pas été constatée, parce qu'on avait une sonde d'une certaine courbure. En se servant d'une autre sonde à plus courte ou à plus grande courbure, on a trouvé le corps étranger.

La lithotritie que j'ai pratiquée a été des plus heureuses, puisque une seule séance a suffi pour débarrasser complétement la vessie d'un calcul d'un pouce; mais le malade avait été bien préparé en dilatant le canal qui était rétréci et en donnant au méat urinaire des dimensions suffisantes pour permettre l'introduction d'instruments d'assez fort volume. Cette condition était très-importante pour arriver à briser la pierre dans une seule séance.

Comme on l'a vu, l'opération a été simple et facile, et elle n'a été suivie d'aucune espèce d'accident. Je ne puis attribuer, en effet, qu'à l'imprudence du malade les douleurs rhumatismales qui sont survenues du côté de la vessie, quatre jours après l'opération. Et à ce sujet je ferai remarquer que si je n'eusse pas enlevé tous les fragments, il aurait pu surgir par leur présence des accidents inflammatoires sérieux qui auraient compromis le succès de l'opération, que je voulais pratiquer en une seule séance.

Ce fait remarquable peut donc servir de règle dans les cas analogues.

En effet, le diagnostic étant bien établi par le cathétérisme pratiqué pendant que la vessie était vide, le calcul ayant été trouvé libre dans la vessie, deux difficultés devaient être levées: la première consistait dans un rétrécissement de l'urètre, la dilatation seule a suffi; la deuxième consistait dans l'étroitesse du méat urinaire qui n'aurait pas permis d'introduire des instruments de lithotritie d'un certain volume. Cette ouverture a été agrandie par le procédé que j'ai décrit et qui, par sa simplicité et son efficacité, se recommande à l'attention des praticiens.

La possibilité d'introduire des instruments volumineux étant obtenue, j'ai fait toutes mes dispositions pour briser, broyer et extraire en une seule fois le calcul et ses débris. Pour atteindre ce but, trois sortes d'instruments ont été successivement introduits: d'abord un brise-pierre ordinaire, que j'appelle instrument d'attaque, assez fort pour permettre une percussion capable de briser le calcul et ses fragments les plus volumineux; secondement un brise-pierre en forme de bec-de-canne, mais garni de dents, pouvant broyer des fragments assez forts; troisièmement un instrument ayant la même forme que le second, mais non garni de dentelures et formant par la réunion de l'extrémité de ses deux branches une cavité destinée à contenir des fragments et à les ramener au dehors. Les mors de cet instrument ont le double de volume et de longueur des ramasse-gravier ordinaires.

Après ces diverses opérations, nous avions l'espoir qu'il ne devait plus rester dans la vessie qu'une très-petite partie des fragments de la pierre, et en effet le malade en a rendu quelques-uns le jour même de l'opération. Plus tard, il n'en est plus sorti. Cependant la vessie en contenait peut-être d'autres qui n'avaient pu être extraits ou expulsés avec l'urine. Par cette raison, une exploration avec un instrument de lithotritie était indispensable, et nous ne manquons jamais de la faire dans les circonstances semblables. Ce moyen est infiniment plus certain que le cathétérisme avec la sonde. Cette exploration nous donna la conviction que la vessie était entièrement débarrassée de tous les fragments de calculs.

En résumé, j'ai fait en une seule séance, avec trois instruments appropriés, ce que je n'aurais pu faire qu'en plusieurs, avec un seul instrument.

Cette observation de lithotritie réunit à elle seule presque tous les genres de difficultés: rétrécissement de l'urètre, étroitesse du méat urinaire, pierre assez grosse et dure.

Je pourrais citer plusieurs autres faits relatifs à des calculs de petit volume que j'ai broyés en une seule séance; mais comme il s'agit de pierres plus petites que celle de M. X. qui fait le sujet de cette observation, je ne

---

dans les palais, et jusque sur les parois délabrées des humbles demeures, on s'étonnera de trouver tant de merveilles de la nature et surtout des arts, dans une ville de cent mille âmes, dans la capitale d'un petit État. Mais l'Italie est la terre classique du beau, et Florence, grâce au régime si facile, si paternel, si libéral de ses souverains, n'a point négligé les sciences depuis Galilée et Toricelli, les études historiques depuis Guicciardini et Machiavel, la peinture depuis Michel-Ange et André del Sarto, la littérature et la poésie depuis Boccace, Pétrarque et le Dante. Aussi, s'il fait bon vivre physiquement à Florence, à cause du bien-être à bon marché, l'esprit ne se trouve pas moins satisfait, dans cette atmosphère toute intellectuelle, scientifique et artistique.

Galilée est le père de la physique, l'une des sciences accessoires de la médecine; aussi ne pouvons-nous nous dispenser de visiter la Tribune, temple élevé à la mémoire de ce grand homme, et que son génie suffit seul à peupler. L'une des fresques de ce splendide monument représente l'expérience si fameuse faite par l'Académie *del Cimento*, pour s'assurer si la glace envoie des rayons frigorifiques au foyer d'un miroir, comme le feu émet des rayons calorifiques. D'autres fresques, ayant pour sujet les principales découvertes de Galilée, celle du pendule comme mesure de temps, du télescope, etc., présentent certes plus d'intérêt que ces grandes batailles des temps passés et modernes, qui épuisent tout le talent de nos peintres. Les pas de l'humanité dans la voie du progrès sont plus justement représentés par les inventions utiles, que par ces horribles boucheries, reste des temps barbares, qui reconnaissent des causes trop souvent futiles, injustes et même ridicules.

On conserve dans des armoires plusieurs des instruments dont se servait Galilée, entre autres les deux premières lunettes qu'il fit. Ce sont vraiment de saintes et de précieuses reliques de la science, et la nation qui les conserve avec tant de soins, qui leur donne un si riche reliquaire, un temple si splendide, se montre digne d'avoir produit de tels génies.

La statue de Galilée, principal ornement du temple, paraît plus gigantesque encore par les proportions que l'imagination et les souvenirs prêtent à l'effigie d'un tel homme. Ses élèves et les principaux savants de Florence, dont les bustes décorent des niches et des médaillons, forment comme la cour du prince de la science. Tout est splendide dans ce temple : les voûtes et les parois sont convertes de fresques, de moulures, de dorures, de plaques et de colonnes de marbres précieux; on n'ose presque pas marcher, de crainte d'user ces belles figures allégoriques du parvis, imitations de celles de Beccafumi à la cathédrale de Sienne, chefs-d'œuvre d'un genre inconnu aux anciens.

L'officine pharmaceutique, qui comptait autrefois Lasca le poëte, et Palmier le gonfalonier et l'ambassadeur, n'est pas aujourd'hui sans quelque éclat à Florence. L'immense pharmacie de Sainte-Marie-Nouvelle, protégée par plusieurs grands-ducs, est un véritable palais auquel rien ne manquerait, pas même la salle de bal, si pouvaient danser ou donner à danser les blancs Dominicains, jadis farouches inquisiteurs et faiseurs d'auto-da-fé, aujourd'hui inoffensifs distillateurs de simples et pacifiques savants. Oui, une salle de bal, car, pour recevoir les visiteurs de distinction, un humble frère a fait construire à ses frais un grand salon avec dôme, tout resplendissant de dorures, de fresques et de glaces, dans lequel un roi ne dédaignerait pas de donner un bal aux dames de sa cour. Et notez, par parenthèse, que celles-ci y trouveraient à se parfumer

fournirais pas de preuves aussi concluantes en faveur de l'opinion que je soutiens, c'est-à-dire qu'il est possible de briser en une seule séance des calculs d'un certain volnme contenus dans la vessie.

Sans doute, on peut m'objecter que je ne présente qu'une seule observation à l'appui du procédé nouveau que je veux établir ; mais je puis répondre que, dans des cas analogues, j'ai fait en plusieurs séances un grand nombre de lithotrities beaucoup moins difficiles et moins compliquées pour des calculs d'un volume semblable à celui que portait mon malade, et que j'ai maintenant la conviction que j'aurais pu les broyer dans une seule séance par le même procédé, ce qui fortifie mes idées sur la possibilité de faire en une seule séance avec des instruments appropriés, ce qu'on ne peut faire qu'en trois ou quatre avec un seul petit instrument. C'est donc une nouvelle voie dans laquelle il faut se hâter d'entrer, et dans cette intention, je vais développer les considérations pratiques et les conditions nécessaires pour faire la lithotritie en une seule séance.

(La suite au numéro prochain.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

II. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

DE L'HÉMORRHAGIE A LA SUITE DES PIQURES DE SANGSUES CHEZ LES ENFANTS, ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER ; par M. HERVIEUX.

La perte de sang consécutive aux piqûres de sangsues peut, surtout chez les jeunes enfants, être suivie de mort. Lisfranc, Buet, M. Bricheteau en ont fait connaître des exemples. Nous croyons donc rendre service à nos lecteurs en groupant sous leurs yeux, d'après M. Hervieux, l'indication des principaux moyens que l'art fournit pour obvier à cet accident toujours très-fâcheux lors même qu'il ne devient pas mortel.

L'agaric, l'eau de Rabel, le baume du commandeur, des poudres telles que la colophane qui, par leur faculté absorbante forment avec le sang une pâte, sont les premiers secours auxquels on songe à recourir.

M. Morand (de Tours) indique le procédé suivant : Prenez un mélange de 6 parties d'huile d'olive et de 2 à 3 de cire jaune ; faites-en une petite boulette que l'on applique rapidement, après l'avoir abstergée avec soin.

L'amadou peut être employé, soit appliqué directement sur la plaie, où on le maintient avec le doigt, soit en petits cônes introduits jusque dans la piqûre.

Le nitrate d'argent, auquel on songe comme au remède par excellence, demeure souvent infructueux parce qu'il ne cautérise que l'extérieur. Un stylet de fer, une aiguille à tricoter, chauffée à la flamme d'une bougie permettent de porter l'action hémostatique plus profondément.

Un moyen plus doux consiste à appliquer sur les piqûres une compresse pliées en plusieurs doubles, sur laquelle on promène une spatule on nne cuiller d'argent fortement chauffée. Le linge s'imbibe de la partie aqueuse du sang, et la chaleur qu'il présente produisant la prompte vaporisation du liquide, donne lieu à la formation d'un caillot très-consistant qui s'oppose à l'hémorrhagie.

M. Ridolfo a imaginé d'appliquer sur les piqûres saignantes une ventouse où l'on fait le vide. Un caillot se forme instantanément. On enlève alors la ventouse, puis on la réapplique à plusieurs reprises successives, en ayant la précaution de ne pas toucher au caillot, et en continuant jusqu'à ce que le sang ait cessé de couler.

On a aussi parfois été obligé de passer à travers la base de la piqûre une petite aiguille, autour de laquelle on serre un fil qui met fin à l'écoulement du sang en rapprochant les lèvres de la plaie. Les serre-fines rempliraient très-convenablement cette indication.

Enfin rappelons, à côté de tous ces moyens, dont les uns sont insuffisants, les autres trop douloureux, l'emploi si commode du collodion, auquel on ne peut adresser aucun de ces reproches, et que nous nous étonnons de voir omis dans la savante compilation si soigneusement élaborée par M. Hervieux.

COUP D'ŒIL SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DU LUPULIN, PARTIE ACTIVE DU HOUBLON ; par le docteur DEBOUT.

On sait que la lupuline, ou plutôt le lupulin, matière jaune du houblon, est une substance pulvérulente, d'apparence résineuse, d'une saveur amère et d'une odeur aromatique, qui se trouve sur la surface externe des écailles foliacées des fleurs femelles, ainsi que sur l'enveloppe des graines et sur l'axe qui les supporte. Cette substance, que M. Raspail avait prise pour le pollen, se compose de petits grains ou utricules enveloppés d'une membrane épidermique, et elle paraît destinée à la conservation du fruit. On l'obtient en agitant les cônes desséchés du houblon, et elle peut se conserver en vase clos, sans altération, pendant plusieurs années.

Ce corps, qui forme la partie véritablement active du houblon, peut être donné à la dose de 6, 8, 10 et 12 grammes, sans déterminer les accidents que prétendait avoir observé M. Barbier, à des doses bien moins élevées. Cet observateur n'avait reconnu, en somme, au lupulin, d'autres propriétés que celles du houblon, une vertu tonique d'une grande étendue qui se manifeste par une chaleur à la région épigastrique, des douleurs abdominales avec constipation, et qui peut, lorsque la dose est très-élevée, produire une excitation des centres nerveux. Cette action est établie aujourd'hui sur un trop grand nombre de faits pour qu'il y ait besoin d'insister à cet égard, il en est autrement de la propriété sédative spéciale que M. Debout a reconnue à cette substance, et sur laquelle il a déjà publié plusieurs observations. Dès les premières expériences tentées sur lui-même et sur quelques malades, il a été frappé de l'action élective du lupulin sur l'érithème génital. Cette substance tonique jouirait ainsi de la singulière propriété d'éteindre l'orgasme vénérien. Des faits nombreux observés par l'auteur confirment cette assertion ; il faut leur ajouter le témoignage de M. Page, médecin de l'hôpital de Philadelphie, qui, dans une observation insérée dans les journaux américains, semble indiquer que l'action anaphrodisiaque du lupulin est un fait bien connu dans certaines parties des États-Unis.

Ces observations ayant porté l'auteur à essayer cette substance dans la spermatorrhée, à titre d'anaphrodisiaque tonique, il en a retiré un succès complet dans deux observations citées avec détails et qui nous paraissent assez concluantes.

---

avec une variété infinie d'essences et d'eaux de senteur pour mouchoir, *pel fazzoletto*, car ce sont là les produits dans lesquels les moines excellent surtout. Des soins intelligents sont aussi apportés à la confection des médicaments, dont cette pharmacie, très-bien tenue, a un grand débit en ville.

La pharmacie de Sainte-Marie-Nouvelle ne possède pas seulement des appareils bien lustrés, des bocaux bien rangés, des eaux de senteur sentant vraiment, mais aussi de bons tableaux et des fresques de Salviati, de Roselli, de Romei, etc. Vous voyez où les arts vont se nicher à Florence ! Ils habitaient bien pis, la boutique des bonnetiers ; car Gelli, estimable poëte comique, entremêla toute sa vie ses vers aux mailles des chaussettes populaires de coton et des bas de soie aristocratiques.

Saint-Marc, autre couvent de Dominicains, possède aussi une belle apothicairerie, mais nous l'avons négligée, détourné par le souvenir du fameux tribun Savonarole, prieur du couvent, qui finit par être brûlé, et par la paisible souvenance de deux grands peintres du même ordre, Angelico de Fiesole et Fra Bartolommeo.

Notre visite au musée et chez les Dominicains, nous a conduits fort loin. Déjà nous quittons la belle plaine de Florence, surnommée le jardin de l'Italie, où la culture et les travaux entretiennent une salubrité qui contraste avec la *malaria* de la campagne déserte et inculte de Rome. La plaine florentine est basse comme les plages du fleuve romain, le terrain moins ondulé même encore, et l'Arno ne semble pas un fleuve beaucoup plus commode, beaucoup plus fidèle à ses rives que le vieux Tibre ; mais à Florence l'activité humaine est vivace, tandis qu'elle est mourante à Rome. Il faut gravir la montagne de Fiesole pour juger de la richesse du bassin de l'Arno et de la population de la plaine, semée de bourgs, de fermes et de villas, tout comme la banlieue de notre grande cité parisienne.

Embaumée par ce vaste jardin, égayée par ces belles cultures émaillées de fleurs, Florence, *Florenzia*, *Firenze*, mérite bien son nom, qui veut dire la ville des fleurs, et l'on peut répéter, avec le poëte Uberti :

Alfine gli abitanti per memoria,
Poich' era posta in un prato di fiori
Le denno il nome bello onde s'ingloria.

C'est en chemin de fer qu'on va de Sienne à Florence, à Pise, à Livourne. Que Dieu garde ma chère ville de Rome des chemins de fer ! Pour qu'elle conserve son caractère, son charme et son prestige, il faut qu'elle reste isolée dans son désert ; celui qui prétendrait lui donner ce qu'elle n'a pas lui enlèverait tout ce qu'elle a. En Italie, je ne comprends guère que le lent et classique voiturier, surtout dans les contrées où la plus petite ville présente une foule d'intéressants objets. Quand il y aura partout des chemins de fer, on ira d'une capitale à l'autre, mais on ne visitera plus, on ne connaîtra plus l'Italie.

J'en dis et j'en pense du mal, mais je m'en sers ; allons donc à Pise en *strada ferrata*.

On suit la vallée du fleuve florentin, de l'Arno, qui traverse aussi Pise, un peu avant de se jeter dans la mer. Le pays est pittoresque, accidenté, garni de bouquets d'arbres, bien cultivé et arrosé par des eaux abondantes. Aux blanches maisons modernes se mêlent les vieilles tours des manoirs féodaux, jadis

DE L'EMPLOI DES FUMIGATIONS ÉTHÉRÉES CONTRE CERTAINES FORMES DE PARACOUSIE ET CONTRE L'OTALGIE; par le docteur J. DELIOUX, médecin en chef de la marine.

Les tintements et les bourdonnements d'oreille, ainsi que l'otalgie, phénomènes morbides qui sont souvent très-tenaces, très-opiniâtres, ne sont guère combattus généralement que par des moyens inefficaces, tels que les vésicatoires, les émollients, les narcotiques, les antispasmodiques; il n'est donc pas sans intérêt de signaler un traitement d'une application facile et en tous cas sans danger, à l'aide duquel M. Delioux a obtenu quelquefois des succès rapides et complets.

« On prend un petit flacon fermant à l'émeri, et dont la tubulure puisse s'adapter, par son extrémité libre, aux dimensions de la conque. On verse dans ce flacon 3 ou 4 grammes d'éther, puis le malade le saisissant à pleine main, le présente à l'ouverture du conduit auditif externe, en inclinant la tête de manière que le flacon soit maintenu dans la position verticale et que le liquide contenu ne puisse s'échapper au dehors. Les bords de la tubulure étant ainsi appliqués le plus hermétiquement possible au pourtour du trou auditif, l'éther, qui déjà se volatiliserait à la température extérieure, se volatilisera plus activement encore sous la double influence de la chaleur de l'oreille et surtout de la main qui embrasse le flacon, et sa vapeur pénétrera abondamment dans le conduit auditif. On prolonge la fumigation pendant quatre à cinq minutes, et, si l'on veut, davantage; on y revient plusieurs fois dans la journée, aussi souvent que le réclament soit la persistance, soit la fréquence des retours du tintement, du bourdonnement ou des accès de douleur. »

On voit, d'après cette citation, que M. Delioux produit, par le moyen qu'il propose, une éthérisation locale. N'y aurait-il pas avantage à substituer dans les cas qui résistent à l'emploi de la vapeur d'éther les vapeurs du chloroforme qui sont douées d'une action anesthésiante locale des plus prononcées? C'est une simple remarque que nous ajoutons aux idées de M. Delioux et qui en forme le complément.

III. REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Mémoire sur la paralysie musculaire progressive*; par M. Cruveilhier. 2° *Sur une affection nerveuse particulière*; par M. Heulhard d'Arcy. 3° *Observation de luxation sous-acromiale incomplète*; par M. Notta. 4° *Remarques et observations sur le diagnostic différentiel des luxations congéniales et des luxations de la première enfance*; par M. Malgaigne. 5° *Nouvelle ligature des vaisseaux*; par M. Mattei. 6° *Sur l'emploi des injections de perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes*. 7° *Note sur la resection du maxillaire supérieur*; par M. Roux de Brignoles. 8° *De l'emploi de l'arsenic dans le traitement des accès périodiques qui viennent compliquer les maladies aiguës*; par M. Lavirotte. 9° *De l'hydrocèle péritonéo-vaginale*; par M. Chassaignac. 10° *De l'antéflexion considérée comme une disposition normale de l'utérus avant la grossesse*; par M. Boullard.

SUR UNE AFFECTION NERVEUSE PARTICULIÈRE (NÉVRO-MIMOSIE); par M. HEULHARD (d'Arcy).

La névrose rare dont ce praticien a observé un exemple ne rentre évidemment ni dans l'épilepsie, ni dans la catalepsie, ni dans l'hystérie, ni dans la chorée. Elle se caractérisait par des accès irrégulièrement périodiques, pendant lesquels le malade jouait, comme « malgré lui, les scènes les plus variées, les plus bizarres, et vous faisait ainsi assister pendant plusieurs heures à une sorte de spectacle tantôt sérieux, tantôt burlesque. » L'accès faible consistait en des mouvements convulsifs se manifestant dans la plupart des muscles du visage, de la langue et du cou, déterminant ainsi les grimaces les plus étranges et les mouvements les plus désordonnés de la tête. Ces accès se montraient ordinairement comme préludes ou comme terminaison des grandes crises. Dans celles-ci on voyait successivement le malade danser, sauter à pieds joints, agiter frénétiquement ses jambes; un instant après il fredonnait un air, puis il pleurait à chaudes larmes, riait aux éclats, imitait le son du cor, le cri des animaux, etc. Ces accès duraient d'une heure à huit ou dix, et comme ceux de l'hystérie, se terminaient parfois par de longs éclats de rire ou par des larmes abondantes. Quelquefois l'entrée d'une personne aimée les suspendait tout à coup. Le malade ayant renoncé à des occupations fatigantes et n'étant plus soumis à des émissions sanguines qu'il se faisait pratiquer au début de son affection, vit peu à peu s'éloigner les accès bizarres dont M. Heulhard a donné avec grand soin la description.

NOUVELLE LIGATURE DES VAISSEAUX; par M. MATTEI.

Telles qu'on les pratique ordinairement par la constriction circulaire des vaisseaux, les ligatures ne tombent qu'après avoir coupé, par l'inflammation ulcérative, les tissus qu'elles embrassent. La suppuration est donc une conséquence nécessaire de leur application. Aussi ne faut-il pas s'étonner si la chute de ces ligatures se fait d'autant plus attendre que les tissus étreints sont plus volumineux ou moins sécables par leur nature. Elles ne tombent, par conséquent, guère avant six ou huit jours, et tardent quelquefois plus de trois semaines. Il en résulte qu'une plaie ne peut se cicatriser par réunion immédiate, lorsqu'il y a une ligature comprise entre les lèvres de la solution de continuité.

C'est spécialement pour les cas où la réunion par première intention peut être tentée que M. Mattei propose son procédé de ligature des vaisseaux. Elle est susceptible de s'appliquer, soit sur les extrémités libres des vaisseaux, soit sur les vaisseaux eux-mêmes dans leur continuité.

Pour l'appliquer, on prépare le nœud à l'avance sans le serrer. Ce sont deux anses de fil dont les chefs passent en se croisant les uns sur les autres, de manière à sortir par l'anse opposée. On a ainsi un cercle portant sur les côtés deux nœuds que l'on peut resserrer en tirant en sens opposé les chefs de la même anse.

Un aide saisit le vaisseau avec une pince à torsion qu'il ferme; le chirurgien fait alors passer la pince à travers l'anneau de la ligature, et arrivé au niveau de l'artère, il serre la ligature comme il vient d'être indiqué.

S'il s'agit de grosses artères, ou si l'on a à étreindre d'autres tissus avec le vaisseau, on rend le nœud plus solide en faisant passer deux fois le fil d'une anse dans l'autre. Chacun des nœuds offre alors un double tour et, par conséquent, double solidité, sans avoir pour cela des inconvénients.

Les deux chefs sortants sont placés, autant que possible, en ligne droite, dans les angles de la plaie, et sont maintenus là par la suture ou les bandages. Quand on veut ôter cette ligature, on en saisit les fils, que l'on tire en sens inverse d'une manière lente et soutenue : le nœud se défait par

---

habités par de turbulents seigneurs dont les sanglantes querelles désolaient le pays, mais aujourd'hui repaire des corneilles, ou pigeonniers de la ferme voisine. Cette belle contrée est salubre, si ce n'est sur quelques points où croupissent des eaux marécageuses, et dans les bas-fonds qu'un écoulement suffisant ne saigne pas de l'humidité qui en détrempe la terre.

Forcé de ne donner qu'une demi-journée à Pise, je me trouvais dans l'alternative de la visiter en artiste seulement ou en médecin. Or, en si peu de temps, on peut à peine voir les murs de l'École de médecine et échanger quelques mots de politesse avec ses professeurs, mais il ne faut point songer à étudier l'esprit et la portée de l'enseignement. Nous eussions cependant été désireux de rencontrer le professeur Puccinotti, avec lequel nous avions précédemment correspondu, car c'est un esprit fécond, original, actif, philosophique, et un excellent écrivain, en un mot une de ces vieilles et larges natures italiennes que ne produit plus guère le sol épuisé de la péninsule. Mon Dieu! ne vous fâchez pas, aimés Italiens, votre terre donnait beaucoup quand la nôtre donnait peu; c'est à notre tour aujourd'hui, un peu d'engrais, et ça pourra revenir.

La concordance de nos idées sur l'étiologie des fièvres palustres nous avait rapproché du professeur Puccinotti. La même rencontre nous a valu des rapports avec le docteur Salvagnoli-Machetti, inspecteur médical des maremmes toscanes, savant que nous avons eu le bonheur de voir à Florence, après avoir correspondu souvent avec lui.

Tournant donc le dos à la science, nous allâmes droit à la place, où l'on a rassemblé, comme pour la plus grande commodité du voyageur, quatre chefs-d'œuvre, la cathédrale ou *duomo*, le baptistère, la tour penchée, le *campo-santo* ou cimetière. Vous allez voir que je trouverai bien moyen de vous faire entrer un instant dans chacun d'eux, sous un prétexte médical.

Et d'abord nous pénétrons dans la cathédrale, parce que c'est là que Galilée, jeune encore, considérait les mouvements d'une lampe suspendue à la voûte, muette contemplation qui nous valut la mesure du temps par le pendule. Ceci n'est point la pure médecine, mais science accessoire. Étant dans la cathédrale, je ne puis me dispenser d'en dire deux mots; en conscience, avouez-le. Les cinq nefs séparées par une forêt de colonnes, le transsept, le chœur, tout est vaste et grandiose, et l'extérieur, du lourd roman on lombard de l'époque, a au moins de la majesté. Les murs sont converts de grandes toiles des plus illustres artistes; il nous faudrait des journées pour les voir. Les portes de bronze sont du commencement du douzième siècle, époque de complète barbarie artistique chez nous. Elles sont belles; mais quand on a vu les fameuses portes de Ghiberti à Florence, les portes du paradis, comme disait Michel-Ange, connaisseur, je crois, que peut-on admirer encore en ce genre? Jean Bologne a plusieurs statues de bronze dans cette cathédrale, dont l'architecte est Burchetto. Elle a été un peu bâtie sur le modèle des basiliques latines, à l'aide de matériaux antiques tirés de Rome et même de la Grèce. Avec de tels exemples sous les yeux, Burchetto devait mêler quelque chose du goût antique au style alors en faveur; en effet, dans ce monument, antérieur de quatre siècles à la renaissance, on saisit déjà des indices de la régénération qui devait s'opérer si longtemps après.

Le baptistère du douzième siècle est une vaste et haute coupole, dont l'exté-

cette traction, et les fils sont retirés de la plaie sans tiraillement des tissus.

M. Mattei a déjà employé ce mode de ligature dans les amputations du sein, dans celles de la jambe et du membre supérieur. Il les a toujours ôtées, au plus tard, le cinquième jour, sans jamais avoir eu d'hémorrhagie.

Si l'on veut appliquer cette ligature sur la continuité d'une artère qu'on a mise à nu, sur le cordon testiculaire en masse, on passe deux fils sous le vaisseau, on ploie sous lui les chefs opposés de chacun de ces fils; on a ainsi le vaisseau entre deux anses opposées. Pour faire le nœud, on passe les chefs de l'une d'elles dans l'autre une ou deux fois, et l'on fait ainsi le nœud à un ou deux tours, selon le besoin. La constriction et l'arrangement des fils dans la plaie se font comme dans le cas précédent.

NOTE SUR LA RESECTION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR; par M. ROUX DE BRIGNOLLES.

Pour séparer la mâchoire supérieure d'avec l'os malaire, M. Roux donne d'abord le conseil d'employer, de préférence à tout autre instrument, la scie à chaîne, qui expose les tissus et l'os lui-même à moins de dilacérations et d'ébranlement, Mais d'assez grandes difficultés surviennent quand on veut passer derrière l'os le fil qui conduit la scie à chaîne : et c'est pour les surmonter qu'il a fait confectionner le porte-aiguille dont nous allons donner la description.

Il est composé d'un manche de bois taillé à pans, long de 0,07; ayant à son extrémité antérieure une longue virole en argent, d'où part une gaîne dont le bout est recourbé en crochet. La gaîne est longue de 0,10 à 0,12; sa courbure est de 0,02, sa largeur sur le plat est de 0,004. Elle est arrondie sur sa face concave, ouverte dans toute sa longueur sur la face convexe, pour laisser courir un bouton, qui pousse en avant une forte aiguille garnie près de sa pointe d'un chas, et qui décrit en sortant un demi-cercle. L'extrémité antérieure de cette gaîne est tronquée, mais assez pelite pour pénétrer facilement dans la fente sphénoïdale, où on doit l'enfoncer avant de faire sortir la pointe de l'aiguille.

Le manche, creux dans toute son étendue, loge la moitié postérieure de l'aiguille, dont une petite portion de 1 ou 2 millimètres dépasse une ouverture ménagée à dessein. Le chirurgien reconnaît, par la présence de ce moniteur, que la pointe n'est pas sortie involontairement, pendant les recherches faites dans l'orbite, de l'extrémité antérieure de la fente sphénoïdale.

Lorsque la partie recourbée en crochet a été enfoncée dans la fente qu'on cherche, et que, l'instrument tenu horizontalement, on pousse le bouton, l'aiguille contourne la base de l'apophyse malaire du maxillaire supérieur, et l'on voit sa pointe paraître dans la fosse canine. Un fil solide, passé dans son chas, sert alors à entraîner l'instrument à sa suite.

La scie à chaîne, ainsi introduite par l'orbite, sectionne l'os en s'inclinant plus ou moins en dehors, selon le développement de la tumeur. Il ne faut jamais l'introduire de bas en haut par la fosse zygomatique. Elle s'accrocherait aux tissus graisseux ou aux muscles droit inférieur ou droit externe de l'œil, et pourrait même aller léser le globe oculaire.

DE L'EMPLOI DE L'ARSENIC DANS LE TRAITEMENT DES ACCÈS PÉRIODIQUES QUI VIENNENT COMPLIQUER LES MALADIES AIGUES; par le docteur LAVIROTTE.

« L'arsenic employé avec prudence est, comme beaucoup de personnes le disent, une substance inoffensive.

» Il peut arrêter les accès fébriles rémittents qui se montrent dans le cours de différentes maladies aiguës, et cela dans des cas où le quinquina doit échouer. »

Telles sont les conclusions du travail de M. le docteur Lavirotte; elles sont fondées sur les cinq observations dont nous donnons ici le résumé:

1° Enfant de 7 ans, atteint depuis quelques jours d'*une affection qui donnait lieu à de la diarrhée* et à un accès fébrile chaque soir. Un empirique avait déjà administré plusieurs prises de sulfate de quinine. — On administre trois gouttes de liqueur de Fowler dans une potion, pendant quatre jours. De jour en jour les accès allèrent en diminuant, la diarrhée s'arrêta aussi, et le septième jour après l'administration de l'arsenic le rétablissement était complet.

2° Femme nerveuse, âgée de 24 ans, sujette à des migraines. Depuis trois jours, douleur violente à la tempe, avec paroxysme à trois heures du soir. Pendant deux jours administration du sulfate de quinine à la dose de 3 décigr.; les douleurs augmentent et il se déclare du délire et de la contraction dans le côté droit du corps. (Sangsues, crème de tartre). Quatre jours après ces accidents, six gouttes de liqueur de Fowler dans une potion calment l'agitation et diminuent considérablement l'accès. On prescrit ensuite un vésicatoire à la nuque et un purgatif avec la scammonée. Il survient alors ce que l'auteur appelle de nouveaux accès le soir. On administre encore huit gouttes de liqueur arsenicale. Dès ce jour le pouls est descendu à 92, et l'état de cette dame n'a plus indiqué l'emploi de l'arsenic, les deux membres restant paralysés!

3° Femme de 36 ans. Céphalalgie avec deux paroxysmes chaque jour, accompagnée de soif, d'anorexie, d'envie de vomir. On prescrit d'abord 3 décigr. de quinine, sans effet notable; les jours suivants six gouttes de liqueur de Fowler, alors les accès vont en diminuant; la malade se lève, quoique très-faible encore.

4° Erysipèle de la face et du cuir chevelu avec paroxysmes céphalalgiques et délirants. Emploi de l'arsenic sans amélioration sensible à cause des progrès de la maladie.

5° Prodromes de fièvre typhoïde, faux accès le matin, liqueur de Fowler; la fièvre devient continue et se caractérise.

Ces faits ont paru à M. le docteur Lavirotte mériter une mention spéciale; ne vaudrait-il pas mieux qu'ils n'eussent pas été cités dans l'intérêt des conclusions qu'il pose et des idées qu'il émet dans son travail?

(*La fin au prochain numéro.*)

---

rieur, avec ses gables à jour, n'est déjà plus du lombard. Je vous y ai fait entrer pour vous montrer les fonts baptismaux, bassin de marbre dans lequel on faisait entrer les adultes qu'on voulait baptiser. Or, sous cette voûte froide, dans l'eau froide, on devait souvent s'enrhumer. C'est ce que je voulais vous dire. La chaire est un chef-d'œuvre de Nicolas de Pise, père de Jean de Pise, qui travaillaient au treizième siècle comme nous ne le pûmes faire qu'au quinzième.

La fameuse tour penchée est également du douzième siècle. Peut-on gravir son tournant escalier et considérer ses flancs inclinés, sans penser qu'elle servit à souhait, grâce à sa construction même, Galilée dans ses expériences sur la vitesse des corps qui tombent et sur la pesanteur en général. Du sommet on jouit d'une magnifique vue sur les plages péninsulaires et sur les plages tyrrheniennes.

Le *campo-santo* de Jean de Pise date du treizième siècle. Un vaste cloître ogival, dont les larges baies sont festonnées de meneaux gothiques, entoure une enceinte sacrée, où l'herbe, mêlée de violettes, croît sur la terre sainte apportée de Jérusalem, en 1228, sur cinquante galères de la république pisane. On prétend qu'elle avait la vertu de consumer les corps en vingt-quatre heures, mais qu'aujourd'hui il en faut le double, parce que les sels corrosifs qu'elle contenait se sont épuisés et ont été entraînés par les eaux. Ce fait me rappelle que les capucins de Rome prétendent également posséder de cette terre sainte et merveilleuse, et lui attribuent la même action sur les cadavres. Les parois du *campo-santo* sont toutes couvertes de fresques extrêmement curieuses des maîtres des quatorzième et quinzième siècles, notamment d'Orgagna, de Giotto, etc. Le cloître est une espèce de musée d'art et d'antiquités, où les débris de la statuaire et de la sculpture antiques sont pêle-mêle avec les débris des hommes célèbres de Pise. Parmi les tombeaux, nous avons remarqué celui de Vacca Berlinghieri, grand chirurgien mort depuis trop peu de temps pour qu'il soit nécessaire de rappeler ses titres à la célébrité, encore tous présents à la mémoire. Ce beau mausolée est dû à l'un des premiers sculpteurs des temps modernes, au Danois Thorwaldsen.

Un naturaliste gît non loin de là, sous un tombeau sculpté par Ricci; cela nous regarde un peu. C'est Pignotti, naturaliste, poëte, physicien, antiquaire, homme de lettres, l'un de ces esprits encyclopédistes, en un mot, que nous avons admirés tantôt.

Mais, j'y réfléchis, — mieux vaut réfléchir tard que jamais, — ne me serai-je extasié sur tant d'esprits encyclopédistes italiens que grâce à leurs faciles compatriotes qui, fort portés pour les *panthéons des grands hommes*, dont toute ville a le sien qu'il faut remplir, donnent un nom et une place dans chaque science, pourvu qu'on en ait effleuré quelque chose? Je ne sais vraiment; mais je préfère garder mon illusion. La question vaut pourtant qu'on y songe. Chez nous un homme est célèbre alors seulement qu'il s'est acquis une réputation française, et les illustrations de province ne sont trop souvent que des grands hommes de village, c'est-à-dire des dégourdis parmi les Jean-Jean, des lettrés parmi les ignorants. Or, en Italie, tout est province, ou encore, tout est centre et capitale, ce qui revient absolument au même; la multiplication des États souverains, et le souvenir de l'ancienne indépendance de villes aujourd'hui annexées, s'oppose à la centralisation, amène la diffusion, l'éparpillement des sciences et des arts, ce qui a son bon et son mauvais côté. Les gloires ac-

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. DUPERREY.

STRUCTURE DE LA RÉTINE HUMAINE.

MM. A. KOLLIKER et H. MULLER, professeurs à Wurzbourg, adressent une note sur la structure de la rétine humaine.

La rétine, disent ces auteurs, se compose de différentes couches, savoir : 1° des bâtonnets et des cônes; 2° de la couche des corps nucléiformes; 3° de la couche de substance grise; 4° de l'épanchement du nerf optique, et 5° de la membrane limitante.

En laissant de côté cette dernière membrane, nous commençons par la couche du nerf optique. Ce qu'il y a de plus remarquable à signaler, c'est que, d'après la découverte de l'un d'eux (Kolliker), l'expansion du nerf optique est interrompue à la place de la *macula lutea*, de manière qu'il n'existe en cet endroit pas la moindre trace d'une couche de fibres nerveuses. Dans toutes les autres parties de la rétine, les fibres nerveuses forment une couche non interrompue et très-épaisse au fond de l'œil; seulement, sur les bords de la *macula lutea*, on les voit se perdre dans une couche de cellules nerveuses, qui forment ici la couche la plus interne de la rétine, et ne sont recouverts que par la membrane limitante. Ces cellules forment ici, d'après nos observations, une couche très-épaisse, puisque l'on voit, sur des sections verticales de la rétine, neuf à douze rangées de cellules placées l'une derrière l'autre, et possédant les caractères des autres cellules de la rétine, dont il sera fait mention plus loin.

Quant à une des questions les plus graves, c'est-à-dire la terminaison des fibres nerveuses de la rétine, il est démontré, par des observations toutes récentes de l'un des auteurs (Kolliker), sur la rétine humaine, que ces fibres sont en rapport direct avec les cellules nerveuses. Ces cellules, qui manquent complétement à l'entrée du nerf optique, sont toutes pourvues d'un à six prolongements, tout à fait semblables à ceux que l'on trouve dans les cellules nerveuses du cerveau et des ganglions nerveux, qui, en se ramifiant plusieurs fois, se continuent avec les véritables fibres nerveuses variqueuses de l'expansion de l'optique, de telle manière que ces fibres nerveuses prennent leur origine dans les cellules nerveuses de la rétine.

Après les fibres et cellules nerveuses, les bâtonnets et cônes sont les parties les plus dignes d'attirer l'attention. Quant aux bâtonnets, ils ont été très-bien décrits par Hannover; mais les cônes de la rétine de l'homme et des mammifères n'ont été vus par aucun observateur d'une manière suffisante. Les cônes sont des corps pyriformes ou coniques, trois à quatre fois plus épais que les bâtonnets, mais plus d'une fois plus courts, qui sont situés dans la partie interne de la couche des bâtonnets. Les cônes, qui supportent à leur partie extérieure amincie un prolongement ressemblant à un bâtonnet court, sont moins nombreux que les bâtonnets et leur disposition est assez régulière.

Voici, en résumé, les faits principaux que MM. Kolliker et Muller ont été à même de constater par rapport à l'anatomie de la rétine humaine, faits dont la physiologie peut tirer certaines conclusions d'un intérêt non douteux. Nous établissons, disent-ils, en premier lieu, que ce ne sont pas les fibres nerveuses de la rétine qui perçoivent la lumière objective, parce que, d'une part, l'endroit de la rétine, qui est le plus sensible à la lumière et qui offre la perception visuelle la plus exquise, c'est-à-dire la *macula lutea*, ne montre pas la moindre trace de la couche des fibres nerveuses, et que, d'un autre côté, les fibres nerveuses existent en grand nombre dans le point où la rétine manque de toute sensation, savoir, à l'entrée du nerf optique. Ceci posé, il ne reste que les cellules nerveuses de la rétine, les corps nucléiformes et les cônes et bâtonnets, que l'on pourrait considérer comme organes de la sensation. Quant à nous, nous serions enclins à regarder comme telles, avant tout, les cellules nerveuses, puisqu'il est démontré, par Corti et par nous, que les fibres nerveuses de l'optique sont en continuation avec ces cellules; mais cependant nous nous voyons forcés de laisser cette supposition de côté, puisque cesdites cellules forment dans tous les endroits de la rétine, qui ont la perception développée, plusieurs (jusqu'à dix et douze) couches superposées l'une à l'autre, et qu'il est impossible d'admettre que nous puissions avoir des impressions visuelles exactes et nettes, comme nous les avons, si chaque rayon de lumière irritait à la fois dix à douze cellules nerveuses. La même raison nous fait penser que ce ne sont pas non plus les corps nucléiformes qui perçoivent la lumière, de manière qu'il ne reste plus que les cônes et les bâtonnets. Nous sommes portés à émettre l'opinion que ce sont, en vérité, ces organes curieux, et dont la physiologie n'a su que faire jusqu'à présent, qui sont les parties destinées à recevoir les impressions de la lumière, et nous croyons en même temps que leur disposition l'un à côté de l'autre, à la manière d'une mosaïque, et leur peu de diamètre, sont tout favorables pour rendre les sensations visuelles aussi exactes que possible. Pourtant nous ne voulons pas insister trop sur cette hypothèse, puisqu'il nous a été impossible de découvrir aucune connexion entre les bâtonnets et les cônes d'une part, et les cellules nerveuses et les fibres nerveuses de la rétine de l'autre part. Nous supposons bien qu'il existe une pareille connexion, mais il nous a été impossible de la démontrer clairement. Tout ce que nous avons vu, c'est que: 1° toutes les cellules nerveuses possèdent un ou deux prolongements qui, en partant de leur partie extérieure, vont se perdre dans la couche interne des corps nucléiformes, et 2° que les corps de cette couche nucléiforme ont, outre leurs deux prolongements, qui se continuent avec les fibres radiaires mentionnées plus haut, généralement un ou deux autres prolongements. Il se pourrait bien, et nous le supposons même, que ces dernières fibres fussent en rapport direct avec les prolongements extérieurs des cellules nerveuses, de manière que les sensations, en prenant leur origine dans les bâtonnets et cônes, seraient transmises par les fibres radiaires aux cellules nerveuses, et de là aux fibres de l'expansion du nerf optique, qui ne serait ainsi autre chose qu'un intermédiaire entre les organes qui perçoivent la lumière, c'est-à-dire les cônes, bâtonnets et cellules nerveuses et le cerveau.

En tout cas, quand même notre hypothèse de la fonction des bâtonnets et cônes serait démontrée fausse par des faits ultérieurs, il resterait toujours vrai que ce ne sont pas les fibres nerveuses de l'optique qui sont irritées directement par la lumière, et que c'est dans les cellules nerveuses de la rétine même qu'il faut chercher l'organe de la sensation directe de la lumière, soit que ces cellules soient affectées directement par les rayons lumineux, soit par l'intermédiaire des cônes et bâtonnets et des fibres radiaires. Nous admettons que la couche des cellules nerveuses de la rétine est un vrai ganglion, ou, si l'on aime mieux, un vrai centre nerveux. Nous lui donnons la fonction de percevoir la lumière, et nous croyons que le nerf optique sert uniquement à transmettre les sensations de ce centre à l'organe de l'intelligence et de la conscience.

DÉCOUVERTE D'UNE SUBSTANCE QUI DONNE LIEU AUX MÊMES RÉACTIONS CHIMIQUES QUE LA CELLULOSE VÉGÉTALE, DANS LE CORPS HUMAIN.

M. VIRCHOW (de Wurzbourg) adresse sur ce sujet la note suivante :

M. Purkinje a décrit, dans le cerveau de l'homme, des corpuscules particuliers, formés de couches concentriques, et d'une structure analogue aux grains d'amidon. On a trouvé depuis ces corpuscules amylacés dans plusieurs endroits, spécialement dans les couches superficielles des parois des ventricules cérébraux et dans la moelle épinière. Quelques observateurs ont présumé que c'était la même substance qui constituait l'*acervulus cerebri*.

En examinant les propriétés microchimiques de ces corpuscules, dont l'origine et l'évolution sont tout à fait inconnues, j'étais très-étonné de voir apparaître, après l'addition d'une solution aqueuse d'iode, une teinte légèrement bleuâtre, qui contrastait fortement avec la coloration jaune des parties voisines. Lorsque j'ajoutais ensuite à l'objet microscopique de l'acide sulfurique hydraté,

---

tuelles de l'Italie ne sont donc guère que des gloires de clocher. Cependant, nous devons le dire, si l'unité politique italienne nous paraît devoir être longtemps un rêve, à cause des antipathies et des haines intrapéninsulaires, l'unité scientifique n'est point un mythe, car le commerce des intelligences se fait librement par-dessus toute frontière, et si un esprit éminent surgit dans un État quelconque, tous les autres revendiquent leur part de gloire, au nom de la solidarité, de l'unité italienne.

Nous parcourûmes pendant une heure ou deux les rues silencieuses de Pise, où vingt mille hommes, reste de cent vingt mille qu'elle eut jadis, se trouvent aujourd'hui comme perdus. Le temps fut beau, de sorte que nous ne quittâmes pas la ville en lui lançant la malédiction d'Alfieri :

Mezzo dormendo ancor domando : piove?
Tutta la intera notte egli è piovuto.
Sia maledetta Pisa! ognor ripiove :
Anzi, a dir meglio, è non è mai spiovuto.

On sait que le climat de Pise, très-pluvieux, a l'avantage d'être moite, doux, comme émollient et *cataplasmant* (1), passez-moi ce mot, ce qui le rend précieux pour les phthisiques chez lesquels domine l'excitation et l'état nerveux, tandis que les lymphatiques semblent au contraire y trouver, au lieu d'un bien-être passager, l'aggravation de leur mal avec l'accélération des ravages tuberculeux.

De Pise à Livourne, on parcourt une plage unie, basse, entachée d'insalubrité. Livourne est une grande *villasse* de commerce, la plus *indocte* de l'Italie, comme dit Valery. Fi donc! autant et mieux valent Marseille, Lyon, Rouen, et autre prose! Partons vite; le vapeur chauffe.

Je rentrai en France par Civita-Vecchia et Toulon.

L'avouerai-je? En débarquant sur le sol de la patrie, je ressentis plus de peine d'être loin de ma belle Italie, que de joie de me retrouver dans mon pays. Quand on quitte un ami, on lui dit : Je t'écrirai; quand on s'en va d'une terre bien-aimée, on se promet d'y revenir. Je l'ai promis bien sincèrement. Puissent les événements de la vie me permettre d'accomplir ce pèlerinage! J'aurai bien des années de plus, mais il me semble que, sous un rayon du ciel d'Italie, aux émanations de sa poésie, aux parfums de ses beaux arts, la plus vieille fibre, si elle a jamais tremblé d'émotion, se réveille et vibre, et que les plus frais sentiments doivent un instant refleurir, comme un bouton de jeunesse sur un tronc vermoulu auquel on ne croyait plus de sève.

F. JACQUOT.

---

(1) Celui de Rome est pinguifiant et pigrifiant.

il se manifestait aussitôt cette couleur violacée vive qui caractérise la cellulose végétale, et qui lui appartient comme propriété spécifique.

Des investigations réitérées ont montré la constance de la réaction décrite, qui se produit d'autant plus brillamment que l'action de l'acide sulfurique est plus lente. Mais il n'y a de corpuscules de cellulose (corpuscules amylacés vrais) que dans les environs des ventricules cérébraux, particulièrement dans les couches profondes de l'épendyme, dans les nerfs des sens (ou sensoriaux) et dans la moelle épinière. Au milieu de cette dernière, ils sont très-fréquents dans la substance centrale grise, décrite par M. Kolliker, et qui s'étend de l'épendyme du ventricule quatrième jusqu'au fil terminal de la moelle et qui correspond à l'épendyme du canal central oblitéré de la moelle épinière. Pour cela on pourrait donner à cette substance le nom de *fil central d'épendyme spinal*.

Tous les autres corpuscules concentriques ont une composition différente. Ni les concrétions de la glande pinéale et des plexus choroïdes, ni les granules des excroissances de Pacchioni, ni les plaques extraites de l'arachnoïde spinale ne montrent de réaction végétale. Les corpuscules de cellulose sont tout à fait propres à l'épendyme, qui n'est pas le prolongement de l'arachnoïde ou de la pie-mère, mais plutôt la couche superficielle et libre du tissu connectif des éléments nerveux. C'est pourquoi on trouve les mêmes corpuscules dans la substance grise du nerf olfactif.

La découverte d'une substance végétale dans les mêmes régions, par la lésion desquelles M. Claude Bernard a produit la glucosurie, touche la question des fonctions glucogéniques. Mais je dois ajouter que j'ai cherché en vain la cellulose chez le lapin. (Comm. : MM. Serres, Flourens, Pelouze.)

TÉRATOLOGIE DES ORGANES SEXUELS CHEZ UNE FEMME.

M. COURTY, chef des travaux anatomiques de la Faculté de Montpellier, soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : ABSENCE COMPLÈTE DU VAGIN, DE L'UTÉRUS, DES TROMPES ET DES OVAIRES CHEZ UNE FEMME DONT LA VULVE ET LES MAMELLES ÉTAIENT BIEN CONFORMÉES ; avec des réflexions sur l'absence et l'arrêt de développement des diverses parties de l'appareil génital chez la femme, et des considérations générales sur les lois tératologiques.

Pour se rendre compte du cas de monstruosité qu'il a eu l'occasion d'observer, l'auteur considère dans le développement embryonnaire les divers éléments dont la réunion compose l'appareil génital, éléments dont l'un peut manquer sans entraîner l'absence des autres. (Comm. : MM. Serres, Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BACQUADNT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Fromentel, médecin des épidémies de l'arrondissement de Gray, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Charantenay (Haute-Saône) depuis le 15 mars de cette année jusqu'aux premiers jours du mois de juillet dernier (comm. des épidémies) ;

2° Un rapport de M. le docteur Brouillet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Beaupréau, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Gastré (même comm.) ;

3° Une instruction populaire, rédigée par M. le docteur de Grand-Boulogne, médecin français résidant à la Havane, dans le but d'indiquer aux habitants de l'île de Cuba les moyens à employer contre le choléra (comm. du choléra).

— M. HEULHARD D'ARCY adresse une note additionnelle à divers rapports sur les épidémies qui en 1853 ont régné dans l'arrondissement de Clamecy (Nièvre.)

—M. HEYFELDER (d'Erlangen) adresse la relation d'une ablation totale de la mâchoire inférieure pour un cas de nécrose de cet os. Cette observation fait suite au mémoire que l'auteur a adressé sur ce sujet à l'Académie. (Commissaires : MM. Huguier et Larrey.)

— M. LEBROU, pharmacien, communique une notice relative à la formule d'un sirop de castoréum. (Commission des remèdes.)

— M. LARUE (de Bergerac) adresse une troisième note sur les feuilles de frêne administrées contre le rhumatisme à forme épidémique. (Commissaires : MM. Grisolle et Requin.)

— M. CHASSAIGNAC écrit, au sujet de l'interprétation que M. Maisonneuve a donnée à sa dernière lettre, qu'il ne peut accepter cette interprétation. Il s'était borné à constater par des citations textuelles qu'en 1848 et 1850 il avait établi le fait de la décomposition instantanée du sang et de l'empoisonnement putride par l'action d'une grande violence mécanique. Mais quant à l'idée que des *gaz circuleraient dans le sang en quantité observable*, à la simple ouverture des veines et chez un malade que l'amputation, faite dans des conditions semblables, peut guérir, il déclare s'être soigneusement abstenu d'élever à cet égard aucune question de priorité.

INSTRUMENTS NOUVEAUX POUR LA TRANSFUSION DU SANG.

Frappé de l'insuffisance de la plupart des procédés imaginés jusqu'à ce jour pour exécuter cette grave opération, frappé aussi des inconvénients réels de quelques-uns d'entre eux, M. Mathieu a construit pour cet usage un appareil spécial, qui lui semble réunir toutes les conditions désirables de succès.

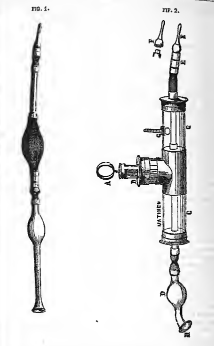


FIG. 1. C'est une sphère creuse en caoutchouc vulcanisé ; on y fait le vide en la pressant dans la main, puis l'abandonnant à elle-même. Elle s'épanouit en vertu de son élasticité, et exerce alors une véritable succion sur les deux tubes de verre, qui lui font suite de chaque côté. Ces tubes se terminent à savoir : le premier, par une sorte de ventouse appliquée exactement autour de la plaie veineuse sur le bras de la personne qui fournit le sang ; le second, par une canule en ivoire, introduite dans la veine de celui qui reçoit le sang. Dans les petits cylindres d'ivoire sont renfermées deux petites boules de liége, qui font office de soupapes ; elles empêchent soit le reflux du sang vers la veine où on le puise, au moment où la sphère est aplatie par la main de l'opérateur ; soit le reflux du liquide de la canule et de la veine où elle plonge vers la sphère creuse au moment où celle-ci s'épanouit. Ajoutons, pour ne rien omettre, que la ventouse, ainsi que la canule, sont rattachées aux tubes de verre par des bouts de tube en caoutchouc, ce qui permet d'incliner en divers sens ces deux extrémités sans déranger le reste de l'appareil et sans changer la position des deux personnes.

Les principales difficultés matérielles de l'opération se trouvent ainsi éludées. Le passage du sang de l'un à l'autre individu est pour ainsi dire instantané ; le vide est aussi complet que possible, et aucune bulle d'air ne peut se mêler à ce fluide au moment où il est injecté. Reste à éviter les effets du refroidissement et de la coagulation, qu'il favorise ; on peut y arriver en plongeant l'instrument que nous venons de décrire dans un bain d'eau chaude ; mais on y parvient plus aisément et d'une manière plus complète à l'aide de l'appareil suivant, quoique celui que nous venons de décrire ait été employé une fois par M. Maisonneuve avec un succès complet au point de vue du fonctionnement.

FIG. 2. L'aspiration et l'injection, au lieu d'être produites par une boule en caoutchouc, sont opérées par un petit corps de pompe B et un cylindre dont l'anneau se voit en A. L'appareil en verre et en caoutchouc qui vient d'être décrit, terminé d'un côté par la ventouse H, avec son réservoir D, de l'autre par la canule F, est placé dans un tube de verre épais, fermé à ses deux extrémités, que l'on remplit d'eau chaude, versée par le trou C. Un thermomètre indique exactement la température de ce bain à chacun des moments de l'opération. Au point de jonction du tube de verre, soit avec le corps de pompe, soit avec ses annexes E et D, se trouvent des soupapes qui permettent de faire dans l'intérieur de l'appareil un vide parfait.

La quantité du sang fourni se mesure d'une manière exacte, en comptant le nombre de coups de piston donnés ; il en est de même pour l'appareil (fig. 1) ; il suffit de compter chaque fois qu'on aplatit la sphère entre les doigts. Dans le

petit cylindre E se trouve une soupape qui empêche la sortie du sang du tube, lorsqu'il est amorcé. Cette dernière modification que j'ai faite à mon appareil est très-importante, car si une partie du sang contenu dans le tube en E venait à s'échapper, la place qu'il occupait serait remplacée par une quantité d'air égale à son volume, et cet air serait introduit dans la veine. Ainsi il est inutile d'ajouter qu'on ne doit procéder à l'injection qu'après avoir amorcé cet instrument et s'être assuré préalablement qu'il est exactement vide d'air.

— M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Arago, l'un de ses membres associés libres. Une députation de l'Académie assistera aux obsèques qui auront lieu le mercredi à midi.

HUILE DE PROTO-IODURE DE FER.

M. Caventou, au nom d'une commission composée de MM. Grisolle, Guibourt et Caventou, rapporteur, lit un rapport sur une huile de proto-iodure de fer, qui a été présentée à l'Académie par M. Gille, pharmacien à Paris.

L'objet du travail de M. Gille a été de chercher un moyen d'administrer le proto-iodure de fer extérieurement, sous une forme commode et qui offrit toute sécurité au praticien sur la parfaite conservation du médicament. C'est cette lacune, qui existait dans l'art pharmaceutique, que M. Gille a tenté de combler par la préparation de l'huile de proto-iodure de fer, qui fait l'objet de ce rapport.

L'huile de proto-iodure de fer a une couleur légèrement ambrée; elle n'a point d'odeur et elle est presqu'insipide; elle peut se conserver à l'air pendant plusieurs semaines sans éprouver d'altération sensible, toutes propriétés qui doivent rendre son administration commode.

La commission propose qu'il soit écrit une lettre pour remercier M. Gille de sa communication et pour l'inviter en même temps à poursuivre des travaux qui peuvent ajouter des ressources à la thérapeutique. (Adopté.)

TRAITEMENT PAR LES EAUX SULFUREUSES DES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS DE LA SYPHILIS.

M. Gibert lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Pégot, médecin aux eaux thermales de Bagnères-de-Luchon, relatif au traitement des accidents consécutifs de la syphilis par les eaux sulfureuses.

M. Gibert, après avoir rappelé l'influence connue depuis assez longtemps déjà des eaux thermales considérées sous le double point de vue du diagnostic et de la thérapeutique dans le traitement de la syphilis consécutive, résume ainsi les recherches cliniques de l'auteur.

Deux faits, dit-il, ont particulièrement fixé l'attention de M. le docteur Pégot, que son expérience spéciale, datant aujourd'hui de dix années, et s'appuyant sur le relevé de quatre-vingt-sept observations, mettait à même d'apprécier l'influence des eaux thermales sulfureuses sur les individus atteints de syphilis.

Le premier, c'est l'action révélatrice qu'exercent les eaux thermales sur l'économie des sujets jadis affectés de syphilis; le second, c'est l'influence curative dont jouissent les mêmes eaux administrées méthodiquement aux personnes atteintes de syphilis consécutive.

Cette influence, signalée par Bordeu dans ses recherches sur les maladies chroniques (1775), rappelée par M. Gibert dans son Traité des maladies de la peau et dans son Manuel des maladies vénériennes (1837), généralement admise par les praticiens de notre époque, après avoir été souvent mise à profit par Cullerier, Biett et Alibert, a été soigneusement constatée et appuyée sur des observations précises et multipliées dans le mémoire de M. le docteur Pégot.

L'auteur déclare tout d'abord qu'il ne faut pas regarder les eaux sulfureuses comme antisyphilitiques par elles-mêmes, mais seulement comme un puissant adjuvant qui, combattant la cachexie, ravivant les symptômes, concourant également à mettre en lumière une syphilis larvée et à favoriser l'action des remèdes spécifiques, on à préparer le succès (quand on a été forcé de les suspendre), offre les plus précieuses ressources pour le diagnostic et la thérapeutique de la syphilis constitutionnelle.

C'est surtout chez les individus tombés dans un état cachectique et chez lesquels les mercuriaux seraient impuissants ou nuisibles, que cette médication devient réellement héroïque.

Entre autres observations remarquables rapportées par l'auteur, M. Gibert cite l'exemple presque merveilleux d'un Anglais réduit à un état d'épuisement tel que son estomac ne pouvait plus supporter de médicaments et que les gens de service craignaient de le voir expirer dans le bain, qui dut aux eaux thermales sulfureuses de Luchon un rétablissement tel, qu'on put ensuite joindre avec succès à ces eaux les remèdes spécifiques de la syphilis. Ce malade avait des exostoses, des ulcères de la gorge et des membres, qui ne devinrent curables par l'iodure de mercure et par l'iodure de potassium qu'après un certain temps consacré à la cure thermale sulfureuse employée seule.

L'eau sulfureuse en bain, en boisson, en lotions, en injections, d'abord pour seul traitement, tant que l'état cachectique est très-prononcé, puis concurremment avec les spécifiques, quand les accidents consécutifs de la syphilis sont devenus attaquables directement par les mercuriaux ou par l'iodure de potassium, voilà le plan de conduite de l'auteur dans la généralité des cas.

Bien que M. Gibert donne de justes éloges au travail de M. le docteur Pégot, il ne partage cependant pas les opinions, selon lui un peu hasardées, de l'auteur sur l'espèce d'antidote que constituerait le soufre contre les accidents d'intoxication mercurielle, et notamment contre la salivation. M. Gibert ne croit pas, par exemple, que les faits cités dans le mémoire puissent servir à confirmer la prétendue vertu préservative et curative de la salivation attribuée aux eaux sulfureuses. Il regarde aussi comme trop absolue cette assertion de M. Pégot, qui pense, avec quelques autres médecins, qu'un individu traité de syphilis, et chez lequel une cure sulfureuse thermale ne réveille aucun des accidents de la maladie, peut être désormais regardé comme à jamais préservé du retour de ces accidents. Enfin M. Gibert n'adopte pas la préférence qu'à l'imitation de Biett, beaucoup de praticiens de nos jours donnent au proto-iodure de mercure sur toutes les autres préparations mercurielles. Ce médicament, qui ne peut être administré que sous la forme pilulaire, tantôt n'agit pas, parce que les pilules passent sans être absorbées, tantôt détermine des accidents d'irritation buccale et intestinale qui forcent à le suspendre ou rendent ses effets pénibles à supporter. On sait que le sirop de deuto-iodure ioduré est, pour M. Gibert, le spécifique par excellence.

Voici, d'ailleurs, en résumé, les conclusions pratiques du rapport :

« On peut envoyer aux eaux thermales sulfureuses les sujets atteints de syphilis, dans le but :

» 1° De combattre la cachexie causée tant par la maladie que par le traitement chez les sujets atteints de syphilis consécutive;

» 2° De compléter la cure des syphilides, qui dégénèrent facilement, chez certains sujets, en irritations dartreuses;

» 3° De préparer, par l'action fortifiante et éliminatrice des eaux, une cure plus assurée et moins sujette à accidents par les agents spécifiques, lorsque le mal a résisté à l'emploi plus ou moins méthodique de ces agents;

» 4° De provoquer l'apparition de syphilides caractéristiques chez les personnes soupçonnées de syphilis latente ou larvée;

» 5° Enfin d'acquérir plus de certitude pour l'avenir en faveur des sujets supposés guéris d'une syphilis dont aucun accident ne se reproduit sous l'influence de la médication thermale. »

M. le rapporteur propose qu'une lettre de remerciements soit adressée à M. le docteur Pégot, et que son mémoire soit déposé honorablement dans les archives de la compagnie.

M. Velpeau : M. Gibert, si j'ai bien entendu, a dit que le deutochlorure de mercure ne produisait point la salivation. J'ai été surpris d'entendre une pareille assertion; pour mon compte, bien que je n'aie point vu probablement autant d'affections syphilitiques que M. Gibert, j'ai rencontré un assez bon nombre de fois la salivation chez les malades soumis au traitement par le deutochlorure de mercure.

M. Moreau : M. Gibert a soulevé une question très controversée et qui me fait regretter l'absence de M. Ricord. Il a parlé de syphilis latente. Beaucoup de médecins, et je suis de ce nombre, croient à l'existence des syphilis latentes; telle paraît être aussi l'opinion de l'auteur du mémoire qui fait l'objet du rapport et celle de M. le rapporteur lui-même. Mais on se rappelle que, dans une circonstance où cette opinion avait été émise dans cette enceinte, M. Ricord crut devoir protester. Il serait à désirer que cette question fût discutée.

M. Lagneau : L'existence de la syphilis latente n'est pas douteuse. J'ai vu des malades, à l'occasion d'accès fébriles, se couvrir immédiatement de syphilides pour lesquelles il a fallu les traiter ensuite. Ces exemples-là sont très-fréquents. On voit ces syphilides, jusque-là latentes, se manifester également dans les grandes crises de la vie, à l'occasion des crises de la ménopause, par exemple, chez les femmes. C'est là un fait incontestable dont j'ai vu de très-nombreux exemples depuis plus de quarante ans, et à l'égard duquel il ne peut s'établir aucune controverse.

Un mot maintenant relativement à l'action du deutochlorure de mercure sur les glandes salivaires. Généralement, cette préparation mercurielle est incapable de produire la salivation; j'ai vu quelquefois des malades saliver pendant le traitement par le deutochlorure; mais c'est qu'en même temps ils avaient fait usage d'autres préparations ou avaient fait des onctions mercurielles. Les frictions mercurielles ont, en effet, une bien plus grande influence sur la salivation que le deutochlorure de mercure; et cela se conçoit à cause de la très-petite proportion de mercure que contient ce sel. Je partage donc complétement à cet égard l'opinion de M. Gibert. Quant aux faits que M. Velpeau dit avoir vus, je crains bien qu'il n'ait eu affaire à quelques-uns de ces cas rares d'idiosyncrasie qui ne tolèrent pas la plus petite dose de mercure, ou bien à des malades qui, en même temps qu'ils prenaient du deutochlorure, faisaient probablement des frictions mercurielles.

M. Velpeau : J'ai cru, jusqu'à présent, n'avoir pas été le seul à observer la salivation à la suite de l'usage du deutochlorure de mercure, et je le crois encore. Que MM. Lagneau et Gibert n'en aient jamais vu des exemples, cela me paraît étrange; mais il est évident que les choses ne se passent pas toujours ainsi. Je vois en ce moment même un malade qui est à l'usage du deutochlorure de mercure; il y avait à peine dix jours qu'il en prenait qu'il était déjà en proie à une superbe salivation. M. Lagneau cherche à expliquer pourquoi la salivation n'a pas lieu; mais il faut d'abord savoir si elle a lieu ou non. L'exiguïté de la dose n'est pas une raison : il y a des faits qui prouvent que certains agents sont doués d'une très-grande activité à de très-petites doses. Qui ne sait qu'il suffit, par exemple, de toucher le col de l'utérus avec du nitrate acide de mercure pour produire la salivation et autres accidents mercuriaux? M. Mialhe n'a-t-il pas établi, d'ailleurs, par des recherches chimiques, que, sous l'influence de certaines combinaisons qui s'opèrent dans le sein de l'organisme, de très-minimes quantités de mercure peuvent produire des accidents graves?

M. Collineau : Il y a des personnes qui ne supportent pas les préparations mercurielles, même à très-faible dose; il en est aussi qui, après en avoir pris une certaine quantité, ne sont plus susceptibles à son action. Ce sont là autant de conditions individuelles dont il faut tenir compte. Quant à ce qui a été dit de la syphilis larvée, rien n'est plus vrai, c'est une chose certaine qu'on peut conserver pendant dix ans, vingt ans et plus le principe morbide syphilitique sans qu'il se manifeste par aucun symptôme extérieur. Ce sont des faits que j'ai eu de fréquentes occasions d'observer.

M. Lagneau. J'admets, pour répondre à ce que vient de dire M. Velpeau, que, dans quelques cas très-rares, le mercure donné sous forme de deutochlorure, puisse donner lieu à la salivation; mais je regarde ces faits, je le répète, comme

très-rares et tont à fait exceptionnels. Depuis près de cinquante ans j'en ai peut-être vu un seul cas, et encore ce cas-lì resté douteux dans mon esprit. Ma conviction à cet égard est telle, que lorsque j'ai affaire à des malades traités par le proto-iodure ou par toute autre préparation mercurielle, qui sont pris de salivation, je leur administre immédiatement le deutochlorure.

M. Requin : Vu le doute qui paraît planer sur cette question, je crois devoir prendre la parole pour me joindre à M. Velpeau et dire aussi, comme lui, ce que j'ai vu. Il y a quelques années, après quelques essais faits avec les diverses préparations en usage, j'ai fini par m'arrêter au bichlorure de mercure, d'après les préceptes de mes maîtres, M. Lagneau et Dupuytren. J'ai même indiqué, dans mon livre, la formule des pilules de Dupuytren comme étant la meilleure. Mais je ne voudrais pas cependant, en reconnaissant, avec M. Lagneau, que le bichlorure de mercure est le meilleur antisyphilitique, qu'on exagérât ses avantages, et qu'on le considérât comme entièrement dépourvu de tout inconvénient. Qu'il ne donne que rarement lieu à la salivation, je le reconnais, mais il ne faudrait pas dire qu'il n'y donne jamais lieu. Quant à la cause de la rareté de cet accident, je n'admets pas l'explication de M. Lagneau. S'il en a si rarement observé des exemples, cela ne tient-il pas à ce que le plus souvent il n'a pas été à même de revoir les malades auxquels il avait prescrit le deutochlorure? Quand ces sortes d'accidents arrivent, c'est ordinairement à d'autres médecins que vont s'adresser les malades.

M. Ferrus : J'ai été jadis médecin militaire, et à ce titre j'ai été à même de traiter beaucoup d'affections syphilitiques. On faisait exclusivement usage à cette époque, en campagne, de la liqueur de Van Swieten ; je me rappelle qu'étant attaché à un corps en cantonnement dans le Hanovre, je fus chargé du service d'une infirmerie de 50 vénériens ; tous ces malades furent soumis au traitement par la liqueur de Van Swieten. Par suite des circonstances où l'on se trouvait, il était fort difficile de faire observer à ces malades un régime convenable ; en outre, ils étaient exposés au froid. Malgré ces conditions défavorables, tous guérirent, et pas un ne présenta trace de salivation.

M. Gibert : Je n'ai pas à répondre à M. Lagneau, non-seulement nous sommes d'accord, mais encore il a répondu pour moi. Nous n'avons vu ni l'un ni l'autre le deutochlorure produire la salivation. Cela ne préjuge en rien les faits observés par d'autres ; mais cela prouve au moins que cet accident est rare. M. Velpeau parle d'autres préparations mercurielles, mais cela n'est l'objet d'aucune contestation. Tout le monde sait qu'il n'y a pas de préparation mercurielle plus active que le nitrate acide de mercure ; j'en dirai autant de la pommade citrine et de quelques autres préparations. Il y a cet égard de très-grandes différences entre les diverses préparations mercurielles. Or il est constant pour moi que le deutochlorure est une des préparations les moins susceptibles de produire l'accident dont il s'agit.

Relativement à ce que vient de dire M. Moreau, je saisirai cette occasion pour présenter une petite observation. M. Moreau dit qu'il regrette l'absence de M. Ricord qui, dans une autre circonstance, a protesté contre l'opinion que j'ai émise sur les syphilis larvées. Je trouve cela un peu extraordinaire. Je ne sais quel a été le but de M. Ricord en protestant, ni contre quoi il a protesté. Dans tous les cas, il ne nous en a pas fait connaître les motifs. Je ne pense pas que M. Ricord nie l'existence des syphilis larvées; car il a adressé lui-même des malades à M. Pégot dans le but de s'assurer s'ils n'avaient plus aucun symptôme de la maladie vénérienne. S'il la nie, je ne saurais comment concilier son opinion avec cette démarche.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

CHOLÉRA.

M. Thomas lit un travail dans lequel il résume les observations qu'il a recueillies dans ses derniers voyages sur le choléra. Ce travail n'est lui-même que le résumé des faits que l'auteur a déjà exposés dans ses lettres datées de Saint-Pétersbourg, de Moscou, d'Amsterdam et de Bruxelles.

SUR LE PROCÉDÉ DE CAUTÉRISATION DU VAGIN DANS LA VAGINITE BLENNORRHAGIQUE.

M. Debeney lit un travail qui a pour but d'établir que le procédé de cautérisation du vagin, présenté comme nouveau à l'Académie de médecine par M. Becquerel, est ancien et défectueux.

Le procédé de cautérisation de la muqueuse vaginale par la voie solide, soit par le crayon d'azotate d'agent, dit M. Debeney, présenté dernièrement comme nouveau à l'Académie, est ancien, défectueux dans l'application, incertain dans ses résultats, et condamné par l'expérience, qui a démontré l'excellence et l'infaillibilité de la cautérisation par la voie liquide, soit par la solution concentrée d'azotate d'argent. Ce moyen a été repoussé de la pratique pour de bonnes raisons. Ces raisons se trouvent dans une opération pénible, longue, douloureuse, et dans une cautérisation inexacte et partant incomplète dans son action. La nécessité de l'introduction du spéculum est une complication très-douloureuse dans la vaginite aiguë, qui vient s'ajouter à la douleur inhérente à l'action du caustique, et dans tous les cas cette souffrance de la cautérisation est prolongée par la longue durée de l'opération.

L'opération est incomplète, et partant faillible dans ses résultats. L'auteur n'hésite pas à affirmer d'une manière absolue l'impossibilité générale de cautériser exactement la surface entière de la muqueuse vaginale avec un crayon d'azotate d'argent. L'inexactitude de la cautérisation frappe ce traitement de nullité dans la vaginite blennorrhagique. En effet, pour peu que la muqueuse, dans un point de ses replis, ait échappé au contact du crayon, on verra l'inflammation blennorrhagique, de nature essentiellement expansive, s'irradier de nouveau; il suffira d'un seul follicule muqueux qui soit resté hors d'atteinte de l'action caustique, pour que sa sécrétion reproduise la contamination. Mais il est peu important, ajoute M. Debeney, d'insister sur la défectuosité du procédé de cautérisation par la voie solide, lorsqu'on trouve dans le procédé par la voie liquide une application commode facile, certaine et douce relativement à l'injection, et dans les cas exceptionnels où celle-ci pourrait être insuffisante, le badigeonnage. L'auteur termine son mémoire par la description de ces deux procédés qu'il a déjà fait connaître dans de précédentes communications. (Comm. : MM. Depaul et Huguier.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES RÉTRÉCISSEMENTS DU CANAL DE L'URÈTRE; par M. Reybard. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. — Paris, 1853. Chez Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

(Suite et fin — Voir le numéro précédent.)

La rétractilité du tissu des rétrécissements est suivie de son corollaire naturel, l'accroissement graduel des coarctations ; l'élasticité est subdivisée en deux actions antagonistes, l'extensibilité et la rétraction élastique. La rétraction elle-même peut être lente ou brusque. Le moyen de constater ces phénomènes est décrit : c'est, comme on ne l'ignore pas, la bougie à boule, qui rend tant de services dans l'exploration des rétrécissements.

Qu'on nous permette une simple remarque : avant M. Reybard on connaissait la plupart des faits sur lesquels il se fonde pour douer le tissu des rétrécissements de ces diverses propriétés ; mais ces faits étaient autrement interprétés.

L'accroissement graduel des rétrécissements s'expliquait, il est vrai, dans les cas reconnus de coarctations inodulaires, par la rétractilité du tissu morbide ; mais, dans tous les autres, on admettait que la partie malade du canal prenait une épaisseur de plus en plus grande, de manière à amoindrir de plus en plus son calibre. De même, après la dilatation des rétrécissements organiques, si une sonde plus petite que celle qui venait d'être introduite dans le canal, ne pouvait pas pénétrer de nouveau ; si le jet de l'urine était plus effilé qu'on ne devait le présumer d'après le volume du cathéter récemment introduit, on expliquait ces phénomènes par un engorgement, une turgescence momentanée du tissu du rétrécissement. En un mot, et c'est là uniquement ce que je veux faire ressortir, on donnait à tous ces faits une explication anatomique. En les interprétant dans le sens physiologique, M. Reybard est très-probablement dans le vrai : de nouvelles observations, des expériences plus multipliées sont encore nécessaires, moins pour contrôler les siennes que pour les compléter ; mais dès aujourd'hui cette étude dynamique des rétrécissements est digne d'être prise en grande considération. A elle se rattache encore ce que M. Reybard a écrit un peu plus loin sur le spasme des rétrécissements. L'élasticité du tissu des coarctations ne suffit pas, en effet, pour expliquer certaines difficultés du cathétérisme, l'effilement excessif du jet, et quelquefois la rétention d'urine qu'on observe après une dilatation un peu forcée. Un tissu élastique distendu revient sur lui-même lorsque la distension cesse, mais le retrait qu'il subit est toujours inférieur ou égal à la distension ; il ne lui est jamais supérieur. Ainsi lorsqu'une artère ouverte se resserre sous l'influence du froid de manière à s'oblitérer momentanément, c'est l'effet non-seulement de l'élasticité, mais encore de la contractilité de ses tuniques ; l'élasticité n'expliquant que le double phénomène de la distension de l'artère sous le coup de l'ondée sanguine et du retour de ses parois à leur calibre moyen, celui qu'elles conservent encore sur le cadavre. Le spasme des rétrécissements est donc à la fois un phénomène d'élasticité et de contractilité. Mais la contractilité, M. Reybard la place en dehors du tissu de la coarctation, dans la membrane interne du corps spongieux.

Encore un mot pour soulever une difficulté qui n'est peut-être pas insoluble. M. Reybard attribue à l'élasticité des rétrécissements les phénomènes de rétraction lente qu'il a observés dans leur tissu après la dilatation, phénomènes qui ne lui paraissent pas dépendre de sa rétractilité. Si nous ne nous trompons, le propre de l'élasticité, c'est d'être brusque dans ses effets ; un ressort de montre, un fragment de la membrane moyenne des artères, un ligament jaune distendus reviennent brusquement sur eux-mêmes ; ce n'est pas en quinze jours, un mois, un an, que s'opère le retrait élastique.

Nous n'admettons donc pas la rétraction élastique lente. Si un rétrécissement se reproduit au bout de quelques jours ou de quelques mois, au lieu de le faire après plusieurs années, nous pensons que c'est en vertu de sa rétractilité interstitielle, acte moléculaire ou propriété vitale qui peut être modifiée par bien des causes, tandis que la propriété physique d'élasticité est toujours identique dans son mode essentiel d'action.

Toutes ces considérations pleines d'originalité n'ont pas fait oublier à

M. Reybard qu'il avait à parler, comme tout le monde, de la longueur, du nombre, du siége des rétrécissements, des symptômes qui les accompagnent, tels que les modifications du jet, les différents degrés de la dysurie, les troubles des fonctions génitales, diverses complications, etc. Il a même consacré un chapitre spécial et très-pratique au diagnostic de la maladie, chapitre où il ne dissimule pas sa préférence pour l'exploration des rétrécissements au moyen de la bougie à boule flexible qui donne en effet des indications si précises sur toutes les manières d'être. Arrive ensuite le traitement.

Si tous les rétrécissements sont constitués par un tissu de cicatrice, ou par un tissu nouveau rétractile comme l'inodulaire; ainsi que le pense M. Reybard, qui a pratiqué 8 autopsies, assisté à plusieurs autres et exploré sur le vivant un nombre considérable de coarctations; ainsi que le professe M. Cruveilhier, l'homme de notre époque qui a eu à sa disposition le plus grand nombre de pièces anatomiques; il est clair qu'il ne faut pas songer à obtenir la guérison radicale des rétrécissements, au moins de ceux qui sont définitivement organisés, par la dilatation. Toutefois, nous pensons qu'au début de la maladie, lorsque le tissu nouveau est encore en voie d'évolution, on peut obtenir par cette méthode des succès durables. Nous croyons l'avoir démontré dans un mémoire présenté à la Société de médecine de Lyon, en juillet 1852; quelque temps après, M. Robert, dans son remarquable rapport sur le concours pour le prix d'Argenteuil, a exprimé la même opinion: « Entre l'état aigu, primitif, dit-il, caractérisé anatomiquement par la rougeur et le gonflement de la membrane interne de l'urètre et l'état consécutif caractérisé par l'existence du tissu fibroïde cicatriciel, il est une période transitoire qui n'est plus celle de l'inflammation et qui n'est pas tout à fait encore celle du rétrécissement organique proprement dit. Cette période est sans doute celle où l'on peut traiter, avec chance de succès, les coarctations urétrales, soit par la dilatation, soit même par des cautérisations légères. »

Ces rétrécissements, que nous avons appelés commençants, et dont nous avons fait en quelque sorte une famille à part, sont précisément ceux qui, coexistant avec des écoulements chroniques et n'étant pas encore assez étroits pour modifier le jet de l'urine, sont si souvent méconnus par les malades, qui croient n'avoir qu'une blennorrhée simple, et par les médecins, trop disposés à n'admettre l'existence d'un rétrécissement que dès que l'amincissement du jet ne laisse plus de doute sur la nature de la maladie.

Du reste, M. Reybard lui-même n'est pas exclusif, et dans plusieurs passages de son livre, lorsqu'il traite de la dilatation, il admet qu'un certain nombre de rétrécissements, nombre beaucoup trop restreint il est vrai, sont attaquables par cette méthode. Dans tous les cas, elle est pour lui un adjuvant indispensable; car c'est seulement après avoir largement dilaté une coarctation qu'il peut la soumettre à son opération. Aussi la décrit-il avec ses différents modes: dilatation permanente, temporaire, lente, rapide, etc., et donne-t-il, chemin faisant, une foule de préceptes que les partisans de cette méthode auraient tort de repousser comme le présent d'un ennemi. Enfin, n'oublions pas que M. Reybard a enrichi l'arsenal de la dilatation d'un grand nombre d'instruments très-ingénieux: dilatateurs mécaniques, à eau, à mercure, etc.

La cautérisation et la scarification, comme la méthode précédente, sont exposées didactiquement, avec tous les développements qu'elles comportent; le jugement porté sur elles au point de vue de leur résultat thérapeutique n'est pas plus favorable; mais, pour toutes deux, c'est au nom à la fois de l'observation clinique et de l'expérimentation qu'il est prononcé. C'est sur les animaux que M. Reybard a fait ses essais de cautérisation; nous en avons indiqué les résultats. C'est sur le cadavre qu'il a expérimenté la scarification suivie de dilatation; nous en avons déjà dit quelques mots que complètera le résumé suivant de l'action des sondes après la scarification: 1° déchirure immédiate de la muqueuse; 2° distension consécutive du tissu spongieux; 3° agrandissement successif de la déchirure subie par la membrane interne. Sans compter que, sur l'homme vivant, il s'ajoute à ces lésions des réactions morbides de la plus haute gravité, telle que l'inflammation phlébitique du tissu spongieux mis à nu par le décollement de la muqueuse et incessamment irrité par le contact de l'instrument dilatateur. Si la scarification a encore quelques droits à être appliquée aux coarctations, c'est à la condition de n'être jamais associée à la dilatation longtemps continuée. C'est la conclusion de M. Reybard, conclusion que nous adoptons sans réserves.

Si la dilatation n'est souvent que palliative, la cautérisation irrationnelle, la coarctotomie inefficace, la première, parce qu'elle ne fait que distendre momentanément un tissu qui revient ensuite sur lui-même; la seconde, parce qu'elle remplace un tissu rétractile par une cicatrice plus rétractile encore; la troisième, parce qu'elle ne fait que placer sur la circonférence du rétrécissement une moucheture qui, en se refermant, devient une cicatrice linéaire impuissante à agrandir le canal, que reste-t-il à faire? M. Reybard vent qu'on en vienne à la section complète de toute l'épaisseur de l'urètre, de dedans en dehors, jusqu'à la peau exclusivement.

Cette opération hardie, moins audacieuse toutefois que celle de M. Syme, qui conseille de fendre le canal sur le rétrécissement, en procédant de dehors en dedans, cette opération, qui a déjà été pratiquée une quarantaine de fois par M. Reybard, presque toujours avec succès, et que l'Académie de médecine a regardée comme le perfectionnement le plus important apporté dans ces dernières années au traitement des coarctations urétrales, mérite bien qu'on l'examine avec quelque attention.

Quelle disposition nouvelle la section complète de l'urètre introduit-elle dans le canal à la place du rétrécissement? C'est là le point capital de la question, car cette disposition, suivant M. Reybard, est telle que la partie primitivement rétrécie devient et reste définitivement la plus large du conduit.

Sur les animaux qui ont été sacrifiés un ou deux mois après avoir été soumis à l'urétrotomie, voici ce qui a lieu: les deux bords de la plaie, si on a eu le soin de les écarter chaque jour, sont cicatrisés isolément; le fond de la plaie, qui repose sur le tissu cellulaire sous-cutané, est recouvert également d'une cicatrice; l'ensemble des parties représente une arrière-cavité située sur un des côtés du canal et surajoutée en quelque sorte à ses parois.

La même disposition doit avoir lieu chez l'homme: M. Reybard n'a pas eu l'occasion de le constater *de visu*; mais avec la bougie à boule, il est quelquefois possible de distinguer un enfoncement où va se loger la tête de l'instrument.

S'il en est ainsi, et tout porte à le croire, l'élargissement définitif du canal n'est pas douteux. Qu'on se figure, en effet, une bande de cicatrice allant de l'un des bords de la plaie au fond de celle-ci, puis du fond au bord opposé, et l'on comprendra tout le surcroît de diamètre qui doit en résulter pour l'urètre. Bien plus, en supposant que cette cicatrisation isolée ne s'obtienne que sur une partie des bords de la plaie, la surface inodulaire, après une incision profonde, sera toujours très-large, assez large pour agrandir le canal d'une manière durable, même en faisant une belle part à la rétractilité.

Le principe une fois posé, le but à atteindre bien déterminé, les moyens d'exécution ne pouvaient pas manquer à un chirurgien aussi inventif que M. Reybard.

On lira avec intérêt la description des nombreux urétrotomes imaginés par lui, soit pour pratiquer la scarification (méthode qu'il emploie quelquefois de préférence à la dilatation pour préparer les voies aux instruments qui coupent toute l'épaisseur de l'urètre), soit pour pratiquer l'urétrotomie proprement dite.

Des figures nombreuses rassemblées sur deux planches permettent d'en bien saisir le mécanisme et de les comparer entre eux. Mais parmi tous ces instruments ingénieux, il en est un qui est le dernier-né de M. Reybard, et qu'il emploie aujourd'hui exclusivement, c'est l'urétrotome-dilatateur, instrument double dont les branches dilatatrices ont pour effet de tendre le tissu des rétrécissements et les parois de l'urètre qui sont ensuite plus sûrement coupés dans toute leur épaisseur par l'urétrotome proprement dit que ces branches contiennent dans leur écartement.

Quelle que soit la forme du rétrécissement, l'incision doit toujours porter sur les parties latérales, parce qu'en ce point les parois du canal ont moins d'épaisseur et qu'on évite les artères bulbeuses placées inférieurement. La profondeur de cette incision peut être évaluée approximativement à 5 ou 6 millimètres; sa longueur doit être d'environ 6 centimètres et comprendre le rétrécissement dans sa partie moyenne.

Pour obtenir la cicatrisation isolée des bords de la plaie, M. Reybard les écarte sans les distendre, ou les comprime douloureusement, en introduisant dans l'urètre des corps dilatants qui sont immédiatement retirés. On renouvelle le cathétérisme tous les jours pendant trois semaines ou un mois. Les instruments dont se sert M. Reybard sont des dilatateurs mécaniques, ou des dilatateurs à air, à eau ou à mercure analogues à ceux d'Arnott ou de Ducamp.

Après avoir décrit son opération et indiqué tous les moyens de la pratiquer et d'en assurer le succès par les soins consécutifs, l'auteur aborde résolûment la question des complications.

Sur les 36 observations rapportées dans le livre, et qui toutes ont eu pour témoins des chirurgiens bien connus, M. Reybard ne compte qu'un seul cas de mort; et encore, dans ce fait malheureux, peut-on trouver en dehors de l'opération et dans les antécédents du malade qui était épileptique des circonstances capables d'expliquer cette terminaison funeste. Tous les autres faits de terminaisons par la mort qui ont été cités, celui de Blandin entre autres, ne sont pas plus spécialement imputables à l'urétrotomie qu'à la scarification. Grandes ou petites, toutes les incisions de l'urètre peuvent être suivies d'accidents mortels; ce n'est pas nous qui irions le nier; mais nous croyons que les grandes incisions diffèrent des petites en

ceci, qu'en dilatant la plaie après les grandes incisions, on en écarte nettement les bords, tandis qu'après les petites, les corps dilatants introduits dans l'urètre amènent nécessairement ce décollement de la muqueuse, cette dénudation du tissu spongieux, dont les suites, souvent fâcheuses, sont le danger spécial de la scarification.

L'hémorrhagie est une complication fréquente de l'urétrotomie; mais dans aucun cas elle n'a été au-dessus des ressources de l'art, et même chez les dix opérés où elle a été observée, neuf fois elle s'est arrêtée spontanément. On peut lui opposer la compression faite en dedans du canal avec les sondes, les bougies ou les dilatateurs à air ou à eau, ou bien faite sur le périnée avec un bandage imaginé par M. Reybard, ou à l'aide de tous autres moyens. L'infiltration d'urine, qui est un accident fréquent à la suite de la scarification, n'a été observée qu'une seule fois après l'urétrotomie; cela tient sans doute au grand élargissement qui suit l'incision profonde et qui donne toute liberté au cours de l'urine. La phlébite, cette terrible complication de la scarification, et qui s'explique, comme nous l'avons dit, par la dénudation du tissu spongieux, ne s'est jamais montrée après l'urétrotomie, où les lèvres de la plaie s'écartent sans donner lieu à aucun décollement.

L'inflammation de la plaie est également sans exemple, au moins comme complication fâcheuse. Elle survient quelquefois pour empêcher la réunion immédiate et séparée des bords de la plaie et compromettre le résultat final de l'opération; mais même à ce degré elle est très-rare.

La complication la plus redoutable, celle dont il faut être bien prévenu, c'est l'accès de fièvre. Deux fois l'accès a revêtu la forme pernicieuse et a nécessité l'emploi du sulfate de quinine à haute dose. Chez dix autres malades, les accès ont été légers. On l'observe donc à des degrés divers, environ sur le tiers des opérés.

Enfin, à côté des complications, il est bien juste de noter en faveur de la méthode que parmi les nombreux malades opérés par M. Raybard beaucoup ont pu être revus, soit par lui, soit par d'autres chirurgiens, une ou plusieurs années après l'opération, et que la guérison ne s'est pas démentie.

Comparée à la scarification, l'urétrotomie est donc une bonne opération, un véritable progrès réalisé. Mais nous sommes loin d'en faire, comme M. Reybard, une méthode générale, et nous la réservons pour certaines formes, pour certains degrés de la maladie. Et pour exprimer ici toute notre pensée, que nous avons eu occasion de développer ailleurs, nous dirons que tous les rétrécissements qui ne sont pas justiciables de la dilatation doivent être traités par les incisions profondes; que toutes les fois qu'il est indiqué de couper un rétrécissement, on doit le faire largement, par la méthode de M. Reybard qui n'est pas plus dangereuse et qui est, à coup sûr, beaucoup plus efficace que la simple coarctotomie.

Mais il existe des rétrécissements compliqués contre lesquels les méthodes générales de traitement ne peuvent pas être dirigées, et qui nécessitent des moyens spéciaux. C'est toute la classe des rétrécissements infranchissables; elle a sa place légitime dans le livre que nous analysons.

Un rétrécissement peut être infranchissable, parce qu'il se compose de plusieurs resserrements successifs avec obliquité du canal dans leur intervalle. C'est surtout dans ces cas que la bougie tortillée de M. Leroy fait merveille. M. Reybard veut qu'on les traite par la section successive de chaque resserrement avec des urétrotomes coupant d'avant en arrière, puis lorsque l'urétrotome dilatateur peut être introduit, qu'on les soumette à la grande incision, suivant la méthode ordinaire.

Un rétrécissement peut être infranchissable, parce qu'il est compliqué d'une fausse route où la sonde se fourvoie obstinément au lieu d'enfiler la coarctation. Dans ces cas, M. Reybard conseille de bien étudier la fausse route, et si celle-ci est adossée au canal, d'y porter un urétrotome qui divise en même temps la cloison qui sépare les deux conduits et le rétrécissement. Cette opération très-ingénieuse qu'il a pratiquée chez un malade et qu'il a expérimentée plusieurs fois à l'amphithéâtre, sur des fausses routes reproduites artificiellement, mérite d'être renouvelée dans l'occasion. Au reste, il y a dans le livre de M. Reybard toute une étude des fausses routes, beaucoup plus complète que dans aucun autre traité sur le même sujet.

Un gravier arrêté derrière une coarctation peut la rendre infranchissable. Devant un pareil obstacle, la chirurgie n'est pas désarmée, et M. Reybard a su très-bien préciser toutes les indications qu'on peut avoir à remplir.

Enfin quelques rétrécissements sont à la fois infranchissables et imperméables : l'urine ne coule plus, la vessie est distendue; il faut agir sur-le-champ. Aux moyens ordinaires, le cathétérisme forcé, la cautérisation antérograde, la ponction du rétrécissement, celle de la vessie, la boutonnière, M. Reybard en a ajouté un autre, se rattachant à la ponction des rétrécissements, et dont on a de suite une idée en jetant les yeux sur l'instrument dont il se sert, espèce de trois-quarts engainé dans une canule en forme de tire-bourre.

Entre tous ces moyens, l'auteur montre une certaine prédilection pour la boutonnière, prédilection qui est aussi la nôtre. En pratiquant cette opération sur le rétrécissement, on satisfait à la fois à la double indication de faire cesser les accidents de rétention d'urine et de guérir radicalement la coarctation, aussi radicalement qu'avec l'urétrotomie. L'opération n'est pas très-dangereuse; tout le monde l'avoue. Mais, dit-on, elle est difficile, souvent impraticable. Nous pensons que, même dans les cas où elle présentera le plus de difficultés, il sera toujours possible de la pratiquer sûrement en s'inspirant du procédé opératoire que M. Demarquay a imaginé pour l'extraction des calculs des régions membraneuse et prostatique.

En terminant cette analyse trop longue peut-être, où cependant nous avons commis beaucoup d'omissions au préjudice de l'auteur, nous emportons cette conviction que M. Reybard, pour avoir si profondément remué la pathologie et la thérapeutique des rétrécissements, obtiendra le suffrage de ses lecteurs aussi unanimement qu'il a obtenu celui de ses juges.

F. ROLLET.

VARIÉTÉS.

— La science vient de perdre un de ses plus glorieux représentants. L'illustre F. Arago est mort à l'Observatoire, dimanche 2 octobre, à six heures du soir, après une longue maladie.

M. Arago était une de ces rares intelligences qui réunissent le double talent d'enrichir la science par leurs travaux et de la répandre par la clarté de leurs leçons et de leurs écrits.

Il a succombé aux suites d'un diabète compliqué d'albuminurie et d'hydropisie générale, à l'âge de 67 ans. Il était né à Estagel, près Perpignan, le 26 février 1786. Il était secrétaire général de l'Académie des sciences depuis 1830.

— L'Académie des sciences vient encore de faire une nouvelle perte. M. Auguste de Saint-Hilaire (de la section de botanique) vient de mourir à l'âge de 74 ans.

— On annonce que M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine se propose, dans la prochaine séance annuelle, de prononcer l'éloge d'Orfila. On annonce également que M. Bouchardat prononcera les éloges de Royer-Collard et de Richard, dans la séance de rentrée de la Faculté de médecine.

— M. Bonnafont, médecin principal à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, passe, en la même qualité, à celui du Roule, en remplacement de M. Laeauchie, décédé.

— L'épidémie cholérique est toujours en décroissance à Newcastle et à Gateshead. Le 3 octobre, il y a eu seulement 11 décès dans la première ville, et dans la seconde, le nombre des décès a été de 6 le 30 septembre, de 5 le 1er octobre, et de 8 le 2 octobre. Total des décès aux dernières nouvelles, 1,392 à Newcastle, et 385 à Gateshead. Le nombre des diarrhées est toujours très-considérable dans ces deux villes et dans leurs environs.

A Liverpool, le choléra a éprouvé une recrudescence marquée parmi les émigrants allemands : 10 décès ont été constatés dans l'intervalle de quelques jours.

— M. le docteur Méller, commissaire du gouvernement français, accompagné par le docteur Sutherland, l'un des inspecteurs médicaux de la direction générale de santé, a visité les districts infectés de Newcastle. Il a trouvé très-bien le mode de traitement employé; mais il a exprimé son extrême surprise de l'état où se trouve la population dans les plus bas districts de la ville. Dans les quartiers les plus pauvres des villes françaises qu'il a visitées, il n'a jamais vu de maisons aussi mal bâties, ni de saleté semblable à celle dans laquelle vit la population ouvrière de Newcastle.

— Dans le nord de l'Europe, le choléra est décidément en voie de disparition. En Suède, en Norwége, en Danemarck, il perd tous les jours de son intensité.

A Berlin, il persiste toujours, et, d'après les nouvelles les plus récentes, il y aurait 40 ou 50 cas par jour, dont la moitié au moins suivis de mort.

— A la date du 21 septembre, la fièvre jaune avait sensiblement diminué à la Nouvelle-Orléans.

De Mobile, les nouvelles sont aussi rassurantes; mais on est d'avis que le fléau ne disparaîtra qu'aux premières gelées.

— L'Académie de médecine, sur la proposition de la commission du prix Nadaud, a décidé que les travaux destinés à ce concours continueront à être reçus au secrétariat jusqu'au 15 de ce mois inclusivement. Les mémoires déposés après cette époque ne pourront pas être admis à concourir.

— Dans la séance solennelle de décembre 1854, l'Académie médico-chirurgicale de Naples décernera une médaille d'or de la valeur de 100 ducats à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Déterminer si les éclampsies des jeunes garçons procèdent toujours d'une lésion du cerveau ou des méninges, ou bien si elles peuvent être entièrement symptomatiques d'une affection ayant son siége ailleurs que dans les centres nerveux.

» Déterminer, en outre, quelles relations il existe entre l'éclampsie et l'époque de la dentition à laquelle cette maladie se manifeste le plus ordinairement. »

Les mémoires écrits en italien, en latin ou en français devront parvenir *franco*, dans les formes académiques, au plus tard le 31 mai 1851, au secrétaire, M. le chevalier Pietro Magliari, strada S.-Sebastiano, n° 49, à Naples.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LES LOIS SYPHILITIQUES. — CHOLÉRA-MORBUS : MESURES PRÉVENTIVES PRISES EN ANGLETERRE.

La syphilis exerce sur l'Académie une sorte d'influence analogue à celle qu'elle produit sur l'économie : quand on croit les discussions primitives, secondaires et tertiaires complétement épuisées, on les voit renaître tout à coup au milieu du calme en apparence le plus parfait. On n'en a jamais fini avec elle. En présence de ces récidives continuelles, n'est-il pas permis de soupçonner que l'influence des idées syphilitiques sur l'esprit a quelque chose de la malignité de la maladie sur le corps ? C'est ce que l'on se demandait l'autre mardi à l'Académie. Si l'intérêt du fond pouvait encore racheter la monotonie de la forme ! Mais forme et fond restent toujours les mêmes. On tourne perpétuellement dans un cercle d'idées stériles, et l'on veut percer une impasse. Voyez en effet.

D'un côté, l'on voit un homme d'un talent incontestable défendre, avec la persistance d'un esprit convaincu et les ressources d'une dialectique presque toujours ingénieuse, certaines lois qu'il considère comme absolues et immuables : telles sont l'unicité de la vérole, la suprématie du chancre, la non-transmissibilité des accidents secondaires, l'immunité des sujets qui ont éprouvé les accidents tertiaires ; de l'autre, ce sont d'estimables et savants praticiens, dominés par l'antipathie de l'esprit de système et les révélations de l'observation quotidienne, qui se bornent à opposer aux lois les faits, à la théorie l'expérience. Cette discussion, ou plutôt cette contradiction incessante, pourrait durer indéfiniment sans reculer ni avancer, et nous ajouterons sans profit pour la science. C'est rendre service aux uns et aux autres que de leur montrer la véritable portée de leur argumentation, et aussi la véritable raison de leur impuissance.

Toutes les lois posées par M. Ricord sont des lois empiriques, c'est-à-dire l'unique résultat de l'expérience. M. Ricord soutient que les choses se passent avec la constance et la persistance qu'il affirme, parce qu'il a cru voir qu'elles se passent toujours ainsi. Pour lui, elles n'ont aucune autre raison d'être, si ce n'est que les ayant vues un grand nombre de fois se passer de la sorte, il est convaincu qu'elles ne peuvent se passer autrement. On remarquera qu'il ne s'agit point ici d'une loi conditionnelle, subordonnée à l'action d'une cause connue et déterminée, changeant, se modifiant avec ces conditions, mais d'une loi absolue qui ne se base que sur la perpétuité des faits qu'elle affirme, en un mot d'une loi d'observation. Mais qui ne reconnaît de prime abord que la certitude de cette loi est une pure question de nombre ; que, du moment qu'elle se trouve parfois en contradiction avec les faits, il s'agit tout simplement de supputer ces faits, et de conclure, du nombre des exceptions, au degré de généralité de la règle ? Que l'on substitue donc à l'absolu des deux parts ce que l'expérience enseigne, et l'on aura la vraie solution du débat et la juste mesure des vérités qu'on y affirme. Ce sera moins merveilleux, moins constant que le lever et le coucher du soleil ; mais ce sera aussi logique et non moins certain.

Appliquant ce qui précède aux propositions débattues devant l'Académie, on a pour résultat des *faits* généraux à la place de *lois* générales : on a pour résultat que la vérole a le plus ordinairement et presque toujours pour manifestation initiale l'ulcération chancreuse ; que l'infection a pour condition presque constante le chancre induré ; que les accidents secondaires ne se transmettent presque jamais ; que l'apparition des accidents secondaires se renferme généralement dans la période de six semaines à six mois de l'inoculation ; qu'il est rare, très-rare que des sujets atteints d'accidents tertiaires aient pu contracter la vérole à nouveau. Voilà ce que disent l'observation et l'expérience. Nous l'avons déjà fait remarquer à notre savant ami M. Ricord : il n'y a aucun motif logique pour que les exceptions qu'on lui signale n'existent pas, et il y en a beaucoup pour qu'elles existent ; la théorie, c'est-à-dire la raison, leur est toute favorable, et leur existence n'ôte rien à la valeur et à l'utilité des lois qu'elles contredisent exceptionnellement. Il y aurait désormais pour l'inventeur desdites lois infiniment plus de mérite à rechercher la cause et les conditions de leur variation qu'à affirmer systématiquement leur immuabilité.

— A l'occasion des mesures préventives adoptées récemment en Angleterre contre le choléra, nous avons discuté l'opportunité d'une enquête proposée par le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE, au sujet de l'existence d'une période d'incubation du choléra, et en particulier de la diarrhée prodromique. Malgré sa sagacité bien connue, M. Latour a pris le change sur le motif et le caractère de notre critique. Cela est d'autant plus explicable, que nous-même nous n'avions pas bien compris le motif de l'enquête qu'il proposait. Lui supposant plus de septicisme que de zèle à l'endroit de nos idées, nous avons cherché à montrer la stérilité et le danger même de l'entreprise à laquelle il avait convié ses lecteurs. A quoi bon, disions-nous, demander aux témoins de l'épidémie de 1849 si ce qu'ils ont pu ne pas apercevoir existait, alors que cette existence a été positivement reconnue et affirmée par ceux qui y ont pris garde ? La mise en question de l'existence d'une diarrhée prodromique du choléra ne pouvait avoir d'autre conséquence que d'affaiblir la foi dans les mesures préventives suggérées par l'existence de cette période d'avertissement. Mais nous ignorions que, par cet effort de démonstration nouvelle, L'UNION MÉDICALE voulait précisément neutraliser les effets fâcheux d'un scepticisme plus puissant qui se produisait ailleurs. Son but a donc été bien plus de fortifier la cause que nous soutenons que de l'affaiblir ; et tout en maintenant notre opinion sur la valeur du moyen qu'il a proposé, nous ne pouvons que le remercier et le féliciter de ses excellentes intentions ; d'autant plus que dans son dernier numéro, il a publié, au point de vue de nos idées, un article aussi intéressant par les renseignements curieux qu'il renferme sur les mesures adoptées en Angleterre, mesures si bien étudiées par M. Mélier, que remarquable par la fermeté des vues et le caractère de justice et d'impartialité qui y règnent. Nous ne pouvons mieux faire, dans l'intérêt de nos lecteurs, que de reproduire intégralement l'article de M. Latour.

J. GUÉRIN.

ORGANISATION, CONSÉQUENCES ET RÉSULTATS DES VISITES MÉDICALES PRÉVENTIVES CONTRE LE CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE EN ANGLETERRE.

« Un grand fait se passe actuellement en Angleterre ; une grande expérience, commencée dans l'épidémie de choléra-morbus de 1848-49, se continue avec persévérance et avec des résultats qui frappent l'attention. Il n'est pas possible que la presse médicale passe sous silence ce qu'elle sait sur ce sujet. Nous voulons parler des visites médicales préventives faites à domicile, et dont nos confrères de l'Angleterre célèbrent l'heureuse influence. Nous croyons donc que nos lecteurs liront avec intérêt les renseignements qui suivent, et que nous

Feuilleton.

LES AZTÈQUES.

Londres, comme on sait, a disputé de tout temps à Paris le sceptre de la badauderie européenne. Les grandes et petites mystifications scientifiques ou autres s'y épanouissent à souhait sous l'influence d'un engouement public.

Pendant que, de ce côté-ci de la Manche, nous nous amusions à la bagatelle de faire tourner les tables, que nous leur apprenions l'arithmétique, l'orthographe et cent autres choses encore, Londres était en incandescence au sujet de deux jeunes individus arrivés d'Amérique, et annoncés sous la rubrique des jeunes Aztèques. « Les Aztèques, nouvelle race d'hommes haute de 2 pieds ; spectacle merveilleux et nouveau. » Cette affiche s'est montrée tout à coup sur tous les murs de Londres. La cour et la ville, tout le monde a voulu voir les Aztèques, et tout le monde a été émerveillé de leur aspect anormal, non moins que du merveilleux de leur histoire.

L'aîné de ces deux enfants, au dire du professeur Anderson, qui les accompagne, peut avoir 17 ans. Il a le front fuyant, le nez très-proéminent, des yeux noirs et brillants, qui errent continuellement de droite à gauche, le teint olivâtre, la bouche et le menton rentrant, de telle façon que l'aspect général de la physionomie tient à la fois du singe et de l'oiseau. Ses cheveux sont noirs, épais et tombent en anneaux abondants autour de son cou. Sa taille ne va pas au delà de 33 pouces trois quarts, et son poids n'excède pas 23 livres. La petite fille paraît âgée de 11 ans ; sa physionomie rappelle exactement celle de son frère. Elle ne pèse que 21 livres et demie, et sa taille est de 32 pouces. Le même instinct enrieux anime leur figure enfantine. La musique paraît les émouvoir. Un crayon ou une plume courant sur le papier, un bijou qui brille sur une table, tous les objets attirent leur attention, et cependant ils ne parlent pas, quoique chez eux il ne paraisse y avoir rien de défectueux dans l'organe de la parole : ils ne parlent pas, par la seule raison qu'ils n'ont rien à dire. Ils se bornent simplement à répéter quelques mots dont ils ne se rendent pas compte, et comme pourraient le faire des sansonnets ou des perroquets. Leur aspect n'a rien de repoussant ; leur tête est petite et leurs membres proportionnés.

La circonférence de la tête est de. . . .	14 pouces	1/2
Largeur d'une oreille à l'autre	3 —	1/4
Du centre de l'oreille au vertex. . . .	3 —	1/4
Longueur totale de la tête.	4 —	1/2

On voit, d'après ces dimensions, que la grosseur de leur tête est inférieure à celle d'un enfant ordinaire de 2 à 3 ans.

D'après ce qui précède, on serait fondé à ranger ces jeunes individus parmi les nains plus ou moins célèbres ; mais ce n'est pas sous ce rapport qu'ils ont éveillé à un si haut degré la curiosité et même l'intérêt de la population britannique. Un récit qui rappelle les fastes des MILLE ET UNE NUITS circule à leur endroit ; le voici, tel que l'imprime, en guise de programme, don Velasquez, leur

avons recueillis dans nos conversations avec M. le docteur Mélier. On sait que notre savant et zélé confrère vient de faire un voyage en Angleterre, dans le but unique de s'enquérir de l'organisation, du mode de fonctionnement et des résultats des visites préventives pratiquées en Angleterre.

» Les visites préventives ont été instituées en Angleterre sur l'observation de deux faits, à l'existence desquels les médecins anglais ne comprendraient pas qu'on pût faire la moindre objection :

» 1° Sur l'existence des diarrhées prodromiques du choléra, ou prémonitoires, ainsi qu'on les appelle en Angleterre;

» 2° Sur la localisation de l'épidémie dans certains groupes, dans certains quartiers, toujours les mêmes, sortes de foyers où le choléra peut concentrer ses fureurs, et d'où il n'envoie au loin que des rayons plus ou moins affaiblis, si l'on a recours à un système préventif bien organisé.

» Le fait de l'existence des diarrhées prémonitoires est d'observation française. Nous n'avons pas besoin de rappeler ici les travaux sur ce sujet, et les efforts de notre savant confrère en journalisme, M. Jules Guérin, pour faire pénétrer cette croyance dans le monde médical, croyance sur laquelle, il faut le reconnaître, M. Guérin faisait reposer aussi tout un système de mesures préventives. Mais, pendant qu'en France on acceptait plus ou moins le principe, en Angleterre on passait à son application. Après une enquête dont le résultat mit hors de doute, pour nos voisins, la réalité d'existence de la diarrhée prémonitoire, la mesure des visites préventives à domicile fut arrêtée et mise immédiatement à exécution. On le voit donc, cette mesure repose principalement, en Angleterre, sur l'opinion générale et incontestée, que le choléra est presque constamment précédé d'une diarrhée prémonitoire, et qu'en arrêtant cette diarrhée par un traitement convenable, on prévient l'explosion du choléra. M. Mélier a été frappé de l'énergie de conviction qui règne à cet égard parmi nos confrères de la Grande-Bretagne.

» Le second fait d'observation relatif à la concentration de l'épidémie par groupes, par foyers — et à cette dernière expression, on n'attache en Angleterre aucune idée sur la nature contagieuse ou infectieuse de la maladie, c'est un fait géographique, et voilà tout — ce second fait, disons-nous, est non moins unanimement accepté que le premier. On a fait dresser en Angleterre, et M. Mélier a pu examiner des cartes très-bien exécutées de la distribution géographique des précédentes épidémies, et dans lesquelles on voit avec évidence cette singulière et fatale prédilection du choléra pour certaines localités plus ou moins circonscrites. On croit si bien en Angleterre à cette fatalité géographique, que M. le docteur Simon, le savant secrétaire du conseil de santé de la cité de Londres, en plaçant sous les yeux de M. Mélier la carte du choléra des précédentes épidémies dans la capitale, lui a indiqué le point précis, le quartier, la rue où le choléra épidémique éclatera de nouveau à Londres, selon lui, s'il doit y éclater. C'est là aussi qu'on a la prétention de concentrer le fléau et de l'y étouffer.

» Telle est donc la double base sur laquelle repose, en Angleterre, l'institution des visites préventives. Ce n'est pas le moment d'en discuter la solidité. Au point de vue purement scientifique et pathologique, la démonstration des deux faits si généralement acceptés en Angleterre, l'existence constante surtout de la diarrhée prodromique, pourrait peut-être devenir plus difficile que ne le pensent certaines personnes. Mais comme dans l'histoire du choléra tout est enveloppé d'une obscurité profonde; comme il n'est pas un élément de la question étiologique qui ne donne lieu et plus encore que ceux-là aux plus sérieuses réserves de la science, les Anglais, qui sont avant tout un peuple de pratique et d'action, se sont hardiment lancés dans la voie des mesures préventives, et y persévèrent avec une conviction croissante.

» Une connaissance inexacte des faits donnait lieu à une objection grave pour l'introduction en France des visites préventives. On croyait que ces visites étaient générales en Angleterre; on s'effrayait d'une telle complication, et on doutait, à bon droit, de pouvoir rien exécuter de semblable en France. Le voyage de M. Mélier a rectifié les idées sur ce point. Les visites préventives ne sont pas générales en Angleterre; elles sont limitées aux maisons des ouvriers et des pauvres. Les classes riches sont supposées assez éclairées et assez soigneuses de leur santé pour n'avoir besoin d'aucune excitation officielle.

» C'est donc dans les seules maisons habitées par les ouvriers et par les pauvres que se font les visites préventives.

» Voici comment M. Mélier a trouvé le service organisé dans la ville de Newcastle, où, pour bien voir les choses et recueillir des renseignements exacts, notre honoré confrère s'est constitué lui-même visiteur des pauvres.

» Dès la constatation du choléra sous forme épidémique à Newcastle, le *General board of health*, qui est le conseil supérieur d'hygiène de la Grande-Bretagne, conseil qui possède des pouvoirs très-étendus en temps d'épidémie, a envoyé à Newcastle deux médecins inspecteurs ayant mission d'organiser au plus tôt et de faire fonctionner le système des visites préventives. Ces deux inspecteurs, à la disposition desquels a été mis un nombre suffisant de jeunes médecins et d'élèves, ont distribué leurs collaborateurs par quartiers ou districts de manière que chacun d'eux eût de quatre cents à cinq cents maisons à visiter par jour. Il importe de faire remarquer ici que quatre à cinq cents maisons ne représentent, en définitive, que quatre à cinq cents familles, parce qu'en Angleterre, généralement parlant, chaque maison n'est habitée que par une famille. Il faut savoir aussi que, chez nos voisins, les familles d'ouvriers et de pauvres sont plus groupées, plus réunies dans certains quartiers qu'en France, et surtout qu'à Paris, où nos maisons sont très-souvent une sorte de spécimen de toutes les conditions sociales.

» On se ferait difficilement une idée, nous a dit M. Mélier, du degré de misère et de malpropreté des maisons qu'il a visitées. Président de la commission des logements insalubres, et en position par conséquent de connaître tout ce que Paris présente encore de triste et de pénible à cet égard, M. Mélier n'hésite pas à reconnaître que les plus déplorables conditions de quelques logements de Paris sont de beaucoup dépassées par ce qu'il a vu à Newcastle.

» Les médecins visiteurs vont de porte en porte; ils se présentent le matin avant le départ des ouvriers pour le travail, ou le soir après leur retour. Dans ces conditions, ils trouvent presque toujours la famille réunie. Ils interrogent, ils s'informent. Quelqu'un a-t-il la diarrhée, ils prescrivent le traitement; s'il y a urgence, ils délivrent eux-mêmes les médicaments qu'ils portent toujours dans leur poche. Dans le cas contraire, ils s'adressent au dispensaire, qui délivre gratuitement les médicaments prescrits. Toujours ils prennent immédiatement note de tous les cas observés, et à cet effet ils sont munis de bulletins et de feuilles dont ils remplissent les colonnes, suivant les indications qui y sont portées.

» Là ne se borne pas la tâche des médecins visiteurs; leurs visites terminées, ils se rendent tous les soirs de leurs districts respectifs à une réunion centrale, présidée par les deux médecins inspecteurs, auxquels ils font le rapport de ce qu'ils ont vu et observé dans la journée. Chaque médecin visiteur est appelé à son tour et rend compte de son travail du jour. M. Mélier, qui a assisté à ces réunions du soir, leur accorde une grande importance. Par elles, les médecins dirigeants sont mis au courant de toutes les phases de l'épidémie : ils connaissent les besoins de tel ou tel quartier; ils peuvent déverser d'un quartier sur l'autre les médecins visiteurs; ils peuvent stimuler le zèle des uns, réprimander les autres, en révoquer quelques-uns au besoin; car dans tout ce fonctionnement règne une subordination parfaite. À la suite de ces réunions, les médecins inspecteurs rédigent leur rapport quotidien, qui est immédiatement transmis au *Board of health* par la voie électrique.

» Chaque visiteur, disons-nous, est muni de bulletins sur lesquels il doit inscrire l'état ou le degré de maladie des individus qu'il a visités. Cet état de la maladie est divisé en trois degrés : la diarrhée prémonitoire, la diarrhée approchant le choléra, le choléra confirmé. La conviction de nos confrères d'outre-Manche sur l'efficacité du traitement préventif est si bien arrêtée, que lorsqu'un médecin visiteur déclare qu'un malade a passé du premier au deuxième degré, l'inspecteur le soumet à un long interrogatoire sur les causes de cette transformation et que souvent il le blâme de ne l'avoir pas prévenue. Soit dans le traitement prescrit, soit dans son inobservance, soit dans quelque condition

---

protecteur, ou leur propriétaire, si l'on aime mieux. Nous tâcherons de l'abréger le plus possible; car nous supposons les lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE moins friands du merveilleux que les *cockneys* de Londres.

Il paraît que, du temps du fameux Cortès, de cruelle mémoire, c'est déjà bien ancien, comme on voit, quelques débris de cette antique race indienne se seraient rassemblés dans un endroit fort reculé de l'Amérique centrale et y auraient édifié une ville gigantesque, protégée par des murs inexpugnables et renfermant des édifices capables de représenter noblement les somptuosités de l'architecture assyrienne. Don Velasquez ne s'explique pas sur la manière dont une ville aussi considérable a pu demeurer inconnue jusqu'ici; mais il nous apprend que les indigènes ont pour habitude de chasser constamment autour de leur domaine, et de traquer et détruire impitoyablement tout curieux, n'importe à quelle nation il puisse appartenir, mais surtout s'il appartient à la nation espagnole.

Malgré ces difficultés, deux Anglais, dont le courage méritait un meilleur sort, et lui don Valasquez, mus par cet instinct de la découverte qui fait les Calmets et les Vespuces, se dirigent vers la ville antique, rencontrent les susdits chasseurs, luttent avec eux et sont emmenés prisonniers à Iximaya, la ville du soleil. Il paraît que ces pauvres Indiens sont d'une confiance, d'une urbanité que le souvenir du malheur de leur ancien roi Montézuma ne peut même pas corriger. Ils épargnent les indiscrets. Un des deux Anglais meurt cependant de sa blessure; il n'en sera plus question; mais Velasquez et son compagnon sont bien accueillis et bien traités, à la condition qu'ils ne tenteraient rien pour s'évader. Leurs hôtes font plus : ils leur montrent ce qu'ils ont de plus précieux, le dernier descendant d'une race presque éteinte, qu'ils gardent pieusement dans leur temple et qui, depuis le temps de Montézuma, n'a jamais mêlé son sang à celui d'aucune autre race. Ils leur font voir enfin les Aztèques en question, qu'ils adorent comme des dieux. L'Anglais qui restait, s'étant montré plus curieux qu'il n'est permis de l'être, fut mis à mort, et eut la consolation d'assister aux mystères les plus intimes du rit indien le jour de son sacrifice. Velasquez, moins curieux et un peu plus adroit, conçut un plan d'évasion et parvint à l'exécuter. Mais comment quitter une ville aussi curieuse sans en emporter un souvenir, si petit qu'il soit? Velasquez mit dans sa poche les petites idoles vivantes. Il les montra dans toutes les villes d'Amérique; il les montre à Londres dans ce moment; bientôt sans doute il les montrera à Paris.

Cette histoire a eu beaucoup de succès auprès des amateurs d'antiquités. Plusieurs personnes ont trouvé une grande ressemblance entre ces petits individus et des bas-reliefs assyriens; d'autres prétendent que les ayant mis en présence de statuettes représentant les idoles de leur religion, ils les auraient vus les saluer d'un air de connaissance; enfin, et la chose est trop patente pour le dissimuler, le public d'Amérique et d'Angleterre a adopté l'histoire de Velasquez. Mais à l'honneur de nos confrères de ces deux pays, il est bon d'ajouter qu'ils ont envisagé nos quarts de Dieu à un tout autre point de vue. Ils se sont occupés des Aztèques, et même beaucoup occupés, à cause de l'engouement du public, mais pour protester contre cet engouement et mettre chaque chose à sa place. Pour eux les Aztèques ont été des textes de dissertations savantes sur les conditions des races, sur les caractères des espèces, etc. Là où l'amour du merveilleux, si naturel au peuple, se donnait toute carrière, l'esprit scientifique ripostait par des elucubrations très-approfondies sur l'anthropologie, sur les nains, sur les idiots, sur les

antihygiénique spéciale, il faut trouver la cause de l'aggravation des symptômes. On comprend qu'une pareille rigueur d'enquête, alors même qu'elle partirait d'un principe contestable, ne peut produire que des résultats directement ou indirectement utiles.

» Ces résultats, en effet, M. Mêlier n'hésite pas à les déclarer excellents. Par ces visites, on parvient à découvrir un nombre considérable de diarrhées dont on ne soupçonnait pas l'existence, à constater les conversions et les aggravations de symptômes, circonstances rares, disent nos confrères de l'Angleterre, à en rechercher les causes, et surtout à recueillir et à réunir, tous les jours, tous les éléments de l'histoire de l'épidémie qui serviront plus tard pour l'écrire.

» M. Mêlier a recueilli des renseignements curieux sur les moyens thérapeutiques employés par nos confrères de l'Angleterre contre les divers degrés de la maladie que nous avons indiqués. Quoiqu'il n'y ait pas de formules officielles et que chaque médecin visiteur soit abandonné à ses propres inspirations, on retrouve néanmoins une très-grande conformité dans l'emploi des moyens prescrits. C'est l'opium, l'acétate de plomb, l'ammoniaque, la gomme ammoniac, la créosote, qui forment la base de leurs moyens thérapeutiques. Tous les médecins, d'ailleurs, attachent une grande importance à la distinction entre le traitement *préventif* et le traitement *curatif*. Dans un autre article, nous ferons connaître quelques-unes des formules rapportées de Newcastle par M. Mêlier.

» L'administration anglaise exige beaucoup des hommes auxquels elle confie un service public; mais aussi elle sait les rémunérer largement. Le médecin visiteur remplit une mission certainement pénible et délicate, mais il est honorablement rétribué; il reçoit, en effet, une guinée par jour (25 fr.). Le médecin inspecteur touche 3 guinées par jour de rétribution, et une guinée pour ses frais, en tout 100 fr. par jour. Les médecins visiteurs sont payés par les paroisses; cette dépense est considérée comme locale; les médecins inspecteurs reçoivent leur traitement du *Board of health*, cette dépense étant considérée comme générale.

» M. Mêlier a été beaucoup frappé de l'activité, du zèle et du dévouement de tout le personnel employé aux visites préventives. Ces heureuses conditions sont dues à la conviction profonde de tous qu'ils remplissent une mission d'une grande utilité. Cette conviction donne à tous les médecins une confiance et une animation singulières. Aussi le fonctionnement se fait-il avec une régularité et un ensemble parfaits. On voit là, nous disait M. Mêlier, les fécondes conséquences de la loi de la division du travail appliquées à l'épidémie.

» Nos confrères anglais sont corroborés dans leurs convictions par une observation qui a son importance, et que nous signalons nous-mêmes à l'administration de l'assistance publique à Paris. Ils ont remarqué une différence considérable dans le chiffre de la mortalité des malades, selon qu'ils sont traités à domicile et à l'hôpital, tandis que, pour les malades traités à domicile, la mortalité ne s'élève qu'à 33 p. 100; sur les malades traités à l'hôpital, elle s'élève à 53 p. 100, différence énorme, comme on le voit, et qui va du tiers à plus de la moitié. Nos confrères de l'Angleterre n'hésitent pas à attribuer cette différence à la promptitude avec laquelle les soins peuvent être donnés dans le premier cas. La rapidité dans les secours est, en effet, pour eux une circonstance capitale, et l'on a remarqué que la mortalité est plus considérable dans les hôpitaux excentriques, que dans les hôpitaux situés dans l'intérieur de la ville. Le temps perdu au transport des malades suffit, disent-ils, pour expliquer cette différence dans la mortalité d'un hôpital à l'autre.

» Dans le peu de temps que M. Mêlier vient de passer en Angleterre, il n'a pu que s'enquérir des opinions, sans pouvoir en apprécier et en constater la légitimité. Mais il a été frappé de l'unanimité vraiment remarquable qui règne sur l'existence à peu près constante de la diarrhée prémonitoire. Admis aux délibérations du *Board of health*, notre très-honoré confrère a pu entendre que l'opinion formelle de ce conseil si autorisé, est qu'on observe à peine quelques cas exceptionnels d'absence de diarrhée prodromique.

» Nous avons recherché à recueillir les matériaux propres à éclairer l'opinion et la science sur ce point important. Dans notre numéro du 22 septembre dernier, nous avons ouvert une enquête sur l'existence des diarrhées prodromiques et nous avons fait appel à l'observation de nos confrères, qui doivent apercevoir aujourd'hui le but que nous avions en vue. Jusqu'ici, un très-petit nombre de communications nous a été adressé. Le temps et les circonstances sont encore favorables. Rien n'annonce, pour la France, l'imminence du fléau asiatique. Nos confrères seront sans doute frappés du rôle immense que l'observation médicale est appelée à remplir, et nous faisons des vœux pour que tout le monde le comprenne.

A. Latour.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE; par le docteur Jobert (de Lamballe).

(Suite. — Voir les numéros 36, 37 et 41.)

MODE D'ADMINISTRATION DU CHLOROFORME ET DE L'ÉTHER.

Rien n'a plus varié que le mode d'administration des anesthésiques; toutes les fois que le hasard met sur la voie d'une découverte, ce n'est qu'à force de tâtonnements et de recherches qu'on arrive à la meilleure manière de l'utiliser. L'esprit humain n'atteint pas tout d'un coup la perfection, particulièrement en ce qui touche les procédés industriels ou mécaniques. Il n'y a que le temps et les investigations variées qui conduisent au perfectionnement et au progrès. Un agent aussi terrible que le chloroforme réclame encore d'immenses précautions et de grands tâtonnements lorsqu'il s'agit d'expérimenter sur l'organisme humain. On peut vite remédier à une erreur de diagnostic par une étude plus sérieuse du malade et une analyse plus perfectionnée de la symptomatologie; mais l'homme est impuissant à ranimer la vie éteinte, et les efforts des praticiens pour arriver à la perfection dans l'administration du chloroforme ont été nécessairement paralysés par la crainte d'un danger aussi imminent. Cette question a cependant été éclairée par des expériences aussi nombreuses que variées, lesquelles n'ont pas toujours été exemptes de reproches.

Quoi qu'il en soit, les recherches sur les animaux et les expériences sur l'homme, nous permettent de proclamer que le chloroforme est une des plus belles découvertes dont l'esprit humain puisse s'enorgueillir. C'est, suivant moi, le problème résolu de rendre l'homme insensible sans nuire le plus ordinairement à son organisme.

Avant d'administrer le chloroforme, le médecin doit s'assurer s'il est pur ou mélangé. L'odeur du chloroforme est caractéristique, et lorsqu'on en verse une certaine quantité dans un verre rempli d'eau, il tombe au fond en prenant une forme perlée, et sans se mêler au liquide qu'il a traversé. Ces deux caractères suffisent pour reconnaître la pureté du chloroforme. Rien n'est à dédaigner dans la science, surtout lorsque la vie de l'homme est exposée par l'emploi d'un agent aussi terrible.

Il en est de l'administration du chloroforme comme des choses inconnues que l'on soumet à l'épreuve, tout dans le principe est imperfection et ignorance. Que d'instruments plus ou moins compliqués, que de procédés bizarres ou dangereux n'a-t-on pas imaginés pour parvenir à mélanger l'air

---

crétins, élucubrations vraiment dignes d'un meilleur but. Le public et la science ont donc, pendant des mois, formé deux camps très-animés, où la persévérance de l'un ne saurait s'expliquer que par la patience de l'autre. Nos confrères d'outre-mer avaient en effet fort à faire: les Aztèques étaient le sujet obligé de toute conversation. A peine avaient-ils franchi le seuil de leurs malades, ou la porte d'un salon, qu'ils étaient assaillis par ces mots: « Docteur, que pensez-vous des Aztèques? Êtes-vous de l'avis de ceux qui les font descendre de Mhamoud le Gaznévide ou de Djadouster? Sont-ils de race humaine ou divine? » Quand tout le monde parle d'une chose, la science est bien obligée de se laisser aller aux entraînements du public: le sujet est presque passé dans les mœurs. Aussi les principales sociétés savantes de Londres ont-elles entendu de longs mémoires destinés à élucider la signification de ces hiéroglyphes vivants. Le seul reproche qui puisse être adressé à nos confrères, c'est d'avoir pris au sérieux ce qui ne l'était pas. Et en effet, après avoir fait toutes sortes de beaux raisonnements pour prouver que les Aztèques ne peuvent représenter une race séparée, tout en considérant que les localités d'où ils viennent favorisent cette supposition; après avoir écarté l'idée d'une variété permanente susceptible de se reproduire, ils ont admis la possibilité d'un type passager de l'organisme engendré par l'action des milieux et susceptible par conséquent de se répéter. Mais que de science en pure perte! et comment pourront-ils garder leur sérieux quand ils apprendront qu'ils se trouvaient en présence de la plus grossière mystification qui puisse s'imaginer. Un ex-gouverneur de San Miguel, de l'État de Salvador, centre de l'Amérique, est venu déchirer le voile de ce long et merveilleux mystère. Il raconte comme quoi, étant allé se promener dans une campagne appelée le *Jacotal*, il avait rencontré deux petits enfants d'une taille et d'une tournure toute particulière, mais appartenant à des naturels du pays peu aisés: la mère exerçant la profession de meunière, le père celle de pêcheur, et tous les deux de fort bonne mine et de taille ordinaire. Ces enfants, appelés dans le pays *monitos* (petits singes), n'y étaient considérés que comme des anomalies, des crétins ou des idiots, dont l'origine et le caractère ne pouvaient s'expliquer ni par l'influence des parents ni par celle de la localité où ils étaient nés. Ils avaient été emmenés par un spéculateur ambulant qui en avait fait des bêtes curieuses, mais non savantes, lequel les avait vendus 18,000 dollars à un Américain du Nord. C'est cet Américain, du nom de Velasquez, qui a su exploiter pendant près d'une année la curiosité crédule de nos voisins. Depuis le dernier échelon du peuple jusqu'à la reine, tout le monde a vu et voulu voir les Aztèques; et c'est au moment où on allait venir essayer sur le peuple le plus spirituel du monde cette immense mystification, que la trame a été dévoilée.

Réduite à ses proportions, l'histoire des Aztèques n'offre donc plus qu'un médiocre intérêt. Ce sont ou des crétins ou des idiots, mais pas même des nains dignes de figurer à côté des Jeffery Hudson, des Bébé, des Borwilaski, des Hopkin, etc., car, ainsi qu'on l'a vu, ils sont petits, exigus, régulièrement conformés du corps, mais microcéphales, et dépourvus des facultés intellectuelles, qui ne sont pas inséparables des vrais nains: ce sont donc plutôt des idiots ou des crétins, et peut-être même les deux à la fois; c'est ce que nous laisserons à de plus savants de décider si, après les révélations du gouverneur de San Miguel, le seigneur Velasquez croit pouvoir franchir le détroit et nous mettre à même de voir de plus près ses demi-dieux.

avec le chloroforme ou l'éther en quantité voulue pour prévenir l'asphyxie!

Les instruments en verre ou en métal qui s'appliquent sur la face en s'adaptant aux ouvertures naturelles sont dangereux en ce qu'ils ne permettent guère d'étudier ce qui se passe, d'apprécier aux diverses périodes de l'éthérisation l'état de la physionomie et de mélanger l'air et le chloroforme dans des proportions convenables. Ils ne permettent pas davantage de graduer à volonté l'opération. La quantité de vapeurs introduites par ce procédé dans les voies aériennes est trop considérable et trop instantanée, suivant moi.

Il y a deux manières d'administrer les anesthésiques qui me semblent supérieures à toutes les autres : je veux parler de l'éponge et de la serviette en cornet.

Je ne dirai rien de l'application d'un linge trempé dans les liquides anesthésiques, sur les ouvertures des fosses nasales et de la bouche, si ce n'est que cette méthode expose à de graves dangers et à l'asphyxie.

On peut établir en principe :

1° Que l'éthérisation et la chloroformisation doivent se faire d'abord à distance, puis en rapprochant peu à peu le liquide anesthésique des ouvertures naturelles; c'est le moyen d'essayer son degré d'influence sur le malade;

2° Que l'homme soumis à l'expérience doit respirer autant d'air que de chloroforme, afin que le phénomène de l'hématose s'accomplisse en même temps que l'insensibilité se prononce;

3° Que les anesthésiques doivent s'évaporer par une surface assez large, comme une éponge ou une serviette pliée, ou une compresse en cône, afin de parvenir facilement mélangés à l'air jusqu'aux ouvertures naturelles.

Une éponge nous semble offrir tous les avantages réclamés pour l'opération. Les éponges poreuses, concaves à leur centre, couvertes d'aspérités, réunissent les meilleures conditions.

Les anesthésiques doivent-ils être introduits par la bouche et les fosses nasales à la fois ou par une de ces ouvertures seulement?

Le plus grand nombre des personnes qui ont recours aux anesthésiques les font pénétrer en même temps par la bouche et les fosses nasales. Elles prétendent que l'insensibilité s'opère plus promptement que lorsque les vapeurs stupéfiantes sont introduites par une seule ouverture. Outre que ce résultat n'est pas clairement démontré, ce mode d'administration est très-fatigant pour les malades. On ne peut rien gagner d'ailleurs à produire l'insensibilité plus rapidement, et j'y vois, au contraire, d'immenses inconvénients. Il est préférable que le chloroforme et l'éther pénètrent par une seule voie et lentement plus tôt que par des masses de vapeurs qui frappent dangereusement le système nerveux.

Il est convenable de fermer la bouche et de faire parvenir les anesthésiques par les fosses nasales, avec l'air hématosique. En agissant ainsi, on est plus sûr de ce que l'on fait et on voit mieux ce qui se passe.

Position du malade. — Il n'est pas indifférent de rendre un homme insensible, en le plaçant dans la position couchée ou dans la position assise. Dans la position assise, il est plus difficile de maintenir le malade invariablement dans la même situation ; les organes pendant le sommeil tendent à s'affaisser, et l'homme à se pelotonner sur lui-même par la flexion de ses articulations. L'opérateur se trouve très-souvent gêné aussi bien par le malade que par les aides, qui ne peuvent souvent le maintenir en place qu'avec difficulté.

La position horizontale est sans contredit la plus commode, la plus convenable et la plus exempte de dangers. Le nombre d'aides nécessaires est beaucoup moins considérable ; elle permet aux personnes affaiblies de mieux résister à l'action énergique des anesthésiques; le médecin d'un coup d'œil s'assure de ce qui se passe chez le patient, parce que rien ne se trouve caché à ses regards, et enfin l'air et les liquides vaporisés pénètrent avec plus de facilité dans l'appareil respiratoire. Si quelque accident survient, le malade se trouve dans la position la meilleure pour recevoir les secours nécessaires.

L'horizontalité donne la faculté de retirer tous les liens qui le pressent et l'entourent. C'est pour ne pas avoir choisi cette position que des opérateurs se sont trouvés dans de graves embarras. Il ne faut jamais céder à certaines fantaisies des malades qui leur font préférer une position à une autre.

DES PRÉCAUTIONS A PRENDRE PENDANT L'ÉTHÉRISATION ET LA CHLOROFORMISATION.

Pendant une expérience aussi importante, il convient d'éloigner du malade toutes les sources de danger, et les quelques règles suivantes me paraissent indispensables à observer :

1° On laissera l'air arriver librement au malade et on ne l'entourera que du nombre d'aides nécessaires.

2° La bouche et les joues seront couvertes avec des compresses pour éviter le contact irritant des anesthésiques. Il convient aussi de ne charger l'éponge que de la quantité nécessaire d'éther ou de chloroforme. Un excédant de liquide remplit l'atmosphère de vapeurs anesthésiques incommodes ou nuisibles. Il ne faut répandre dans l'air qui entoure le malade que le moins possible de ces vapeurs, lors même que l'appartement est large et aéré.

3° Si les anesthésiques fatiguent trop la respiration, on doit suspendre pendant un moment l'expérience pour y revenir ensuite.

4° Un aide intelligent soutient sans la presser l'éponge ou la serviette qu'imprègne l'agent anesthésique et la présente au malade, en ayant soin de diriger les vapeurs dans le sens du courant d'air qui parvient dans les fosses nasales.

5° Un second aide palpe le pouls pour apprécier le nombre de ses pulsations et éprouve la peau pour juger du degré de sensibilité des téguments. Il est important qu'il surveille attentivement la physionomie du malade, et que de temps en temps il prête l'oreille sur la région du cœur pour juger du nombre et de la puissance de ses impulsions.

6° Le chirurgien aura toujours l'œil sur le malade et l'expérimentateur.

7° Les anesthésiques, au moment où ils pénètrent dans les fosses nasales, excitent plus ou moins et ne deviennent agréables que lorsqu'ils ont produit leur premier effet sur le système nerveux ; c'est alors et particulièrement lorsque l'on fait usage du chloroforme que les aspirations du malade prennent de la régularité. Il éprouve évidemment une sensation agréable qui se manifeste par des inhalations plus fortes et plus répétées. La quantité de vapeur inspirée devient plus considérable, et le médecin doit redoubler de surveillance. Lorsque l'insensibilité arrivera, il fera suspendre l'opération, sauf à la reprendre plus tard s'il y a lieu. C'est pour avoir su prendre toutes ces précautions que les chirurgiens ont généralement évité les formidables accidents qui peuvent résulter de l'emploi des anesthésiques.

LES ANESTHÉSIQUES AGISSENT-ILS DE LA MÊME MANIÈRE SUR TOUS LES INDIVIDUS ?

L'expérience a répondu par la négative, car il est bien démontré que les anesthésiques agissent différemment, suivant les âges, les constitutions, l'état de santé ou de maladie et les individualités ; chez les enfants les anesthésiques déterminent rapidement l'insensibilité sans modifier la calorification, ni la couleur du sang. Les nombreuses expériences que j'ai faites à cet égard me paraissent prouver qu'ils supportent admirablement leur action, et particulièrement celle du chloroforme. Il se présente de très-grandes variétés dans la manière dont les malades supportent les anesthésiques et des différences notables dans le temps qu'ils mettent à en éprouver les effets.

C'est ainsi que les uns perdent tout d'un coup la faculté de sentir, et que d'autres ne sont frappés d'anesthésie que graduellement. Toutefois il y a lieu de remarquer que ces différences de temps sont bien moins considérables lorsqu'on emploie le chloroforme que lorsqu'on fait usage de l'éther.

LES ANESTHÉSIQUES ET LE CHLOROFORME EN PARTICULIER PEUVENT-ILS DÉTERMINER LA MORT LORSQUE L'EXPÉRIENCE EST BIEN FAITE?

Cette question se subdivise naturellement en deux autres que je poserai de la manière suivante :

1° Le chloroforme peut-il déterminer la mort par lui-même, l'expérience étant vigoureusement faite?

2° La mort, dans les cas où elle est survenue pendant la chloroformisation, peut-elle être attribuée à la manière dont l'opération a été conduite?

Le chloroforme peut-il déterminer la mort, l'expérience étant rigoureusement faite? Cette question est grave à résoudre tant sous le rapport de la médecine légale que sous celui de l'exercice même de la médecine. Dire que le chloroforme ne peut pas déterminer la mort, c'est faire peser une immense responsabilité sur la tête du médecin expérimentateur, car c'est dire que l'accident dépend uniquement de la manière dont l'opération sera pratiquée. D'un autre côté, en attribuant au chloroforme toutes les erreurs qui peuvent découler d'une mauvaise application, c'est en proscrire l'usage et se priver ainsi d'une puissante ressource en chirurgie. Tout en accordant que ce médicament énergique peut être mal administré et que les accidents peuvent venir de la part du médecin, nous ne pouvons pas rejeter les coïncidences et l'influence particulière que le remède peut avoir sur certaines individualités.

Malheureusement les hommes de l'art ont mis trop de passion et peut-être même trop de légèreté dans l'interprétation des résultats divers; cette question, qui devait être entièrement résolue par les faits, a été l'objet de discussions confuses, et on peut dire qu'elle est encore entourée d'épaisses ténèbres. Les uns ont voulu que les anesthésiques fussent dépourvus d'inconvénients et de propriétés malfaisantes; les autres ont repoussé ce septicisme absolu pour trouver dans la nature du médicament l'origine de tous

les accidents survenus pendant son administration. Dire que le chloroforme est inoffensif pour tous les individus qui sont soumis à son influence, c'est s'avancer beaucoup d'une part, et de l'autre c'est compromettre gravement la science et ceux qui la professent. Ces deux opinions sont l'une et l'autre empreintes d'exagération. Il serait absurde de nier la précieuse action du chloroforme sur l'économie animale; mais il est hors de doute pour moi, et cela résulte des nombreuses expériences auxquelles je me suis livré, que dans des circonstances heureusement fort rares, lorsque des constitutions spéciales offrent un trouble fonctionnel qui a déjà rompu plus ou moins l'équilibre dans le jeu des organes, cet agent peut, de quelque manière qu'il soit employé et de quelque précaution qu'on l'environne, éteindre tout à coup le principe de la vie.

S'il est démontré que le chloroforme peut affaiblir et suspendre instantanément les battements du cœur et le réduire pour ainsi dire à un état d'oscillation, n'est-il pas évident que son emploi entraînera la mort lorsque cette limite sera dépassée, ce qui peut arriver, si le malade n'est pas l'objet de la sollicitude incessante du médecin ou des aides, souvent trop convaincus de l'innocuité des agents anesthésiques.

Je vais signaler plusieurs faits qui prouvent les dangers qui peuvent résulter de l'emploi du chloroforme, lors même que l'expérience a été faite avec la plus rigoureuse exactitude.

RÉCIDIVE DU CANCER; INHALATION DE VAPEURS DE CHLOROFORME.

OBS. I. — Madame G. J. fut opérée en 1849 pour la seconde fois d'un cancer du sein récidivé. La malade fut préalablement chloroformée. 4 à 5 grammes de chloroforme furent versés sur une éponge que l'on approcha à une certaine distance des fosses nasales. Les effets anesthésiques se sont produits presque aussitôt. Au bout de quelques secondes, la malade s'est écriée qu'elle étouffait; elle a pâli, s'est affaissée comme un paquet, s'est pelotonnée sur elle-même et est tombée dans un état de résolution complet en même temps qu'elle était insensible. Le pouls a cessé de battre. Cet état nous a violemment inquiétés, le docteur G... et moi.

Madame G. J. fut étendue sur le parquet, les croisées furent ouvertes pour donner de l'air, de l'eau froide fut versée sur la face, qui, au bout d'un certain temps, se colora et s'injecta au moment où le cœur se débarrassa du liquide qu'il contenait par une violente impulsion que l'on put apprécier à la vue et au toucher. Des douleurs de tête succédèrent à cet état et durèrent un jour et demi. Lorsque le cœur reprit son impulsion, il s'échappa une certaine quantité d'écume composée de chloroforme et d'air.

Les accidents arrivés avec une rapidité aussi incroyable sont dus évidemment au chloroforme, car ils ne peuvent être attribués ni à l'asphyxie, ni à l'introduction de l'air dans les veines, ni à la syncope, ni enfin à l'excès de vapeurs absorbées.

OBS. II. — En présence de plusieurs médecins, d'un certain nombre d'élèves, et de M. Rayer, membre de l'Institut, madame K., avant de subir l'amputation du sein, fut soumise à l'influence des vapeurs de chloroforme, comme elle le désirait. Quelques grammes de chloroforme furent versés sur une éponge concave, et l'inhalation chloroformique commença. Il y eut d'abord agitation du pouls et du système nerveux. Le chloroforme s'introduisait presque de lui-même dans la poitrine, et rien par conséquent ne gênait l'entrée de l'air. Le chloroforme, d'ailleurs, était parfaitement pur, ainsi que j'avais pu m'en assurer avant de commencer l'expérience. Bientôt la malade devint insensible, le pouls s'affaissa, puis disparut, et la face devint d'une pâleur mortelle. L'opération fut interrompue, de l'air fut donné à l'appartement, des liqueurs aromatiques et de l'eau froide furent promenées sur la face. Enfin la malade revint à elle, et on cessa d'employer le chloroforme.

Lorsque M. Rayer reconnut l'affaissement du pouls, on cessa l'opération, et cependant les effets du chloroforme continuèrent quelques secondes, les battements du cœur momentanément parurent cesser. Mais il faut dire que madame K. était affaiblie par la maladie, très-agitée et très-désireuse d'être chloroformée. C'est pourquoi, tout en cédant à ses désirs, nous nous tînmes sur nos gardes, surveillant avec beaucoup d'activité l'inspiration chloroformique.

Il est évident que si elle n'avait pas été interrompue une catastrophe était imminente.

Je ne rapporterai pas un plus grand nombre de faits pour démontrer l'influence énergique et puissante que le chloroforme a sur tous les organes, et en particulier sur le cœur, dont les mouvements se paralysent avec une incroyable facilité.

L'administration bien entendue du chloroforme, la conservation de la respiration et la quantité minime de chloroforme inspiré ne sont donc pas toujours des précautions suffisantes pour prévenir les effets d'un médicament qui ne sont pas les mêmes sur tous les individus soumis à son influence.

DEUXIÈME QUESTION. — La mort, dans les cas où elle est survenue pendant la chloroformisation, peut-elle être attribuée à la manière dont l'opération a été dirigée?

Des médecins attribuent tous les accidents du chloroforme à la manière dont il est administré ou à son impureté.

Nous avons ci-dessus exposé notre manière de voir à ce sujet, et tout en admettant que la mort est arrivée souvent par imprudence et parce qu'on avait négligé l'observation des règles qu'une bonne pratique impose, nous ne saurions accorder qu'il en soit de même dans tous les cas. Mais puisque des voix puissantes se sont fait entendre dans un autre sens, il est de notre devoir d'exposer ici l'opinion contraire à la nôtre.

Dans une lettre rapportée dans la GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG, et adressée à M. le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE, M. le professeur Sédillot s'exprime en ces termes :

« Un de vos habiles collaborateurs, M. le docteur A. Chereau, a publié, » dans le numéro du 30 août 1851 de votre journal, un article intitulé : » ANESTHÉSIE; MORT PAR LE CHLOROFORME, dans lequel se trouvent con- » signés les détails de l'accident et les réflexions de l'auteur.

» Si M. le docteur Chereau se fût borné à parler en son nom, et à exposer » son opinion particulière, j'aurais laissé au temps et à l'expérience à en » juger le mérite; mais M. le docteur Chereau s'est porté le représentant » de la doctrine française, et s'est fait l'écho d'une doctrine générale qui » me paraît erronée. J'ai cru dès lors devoir défendre les principes que je » propage officiellement par mon enseignement et mes exemples, et j'ai » pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de discuter publiquement une » question d'une si haute importance pour l'avenir de notre art.

» Dans l'observation rapportée par M. Booke, dans le MEDICAL TIMES, il » s'agit d'un matelot américain mulâtre, sur lequel M. Busk pratiqua, le 8 » juillet, à Londres, à Seamen's Hospital, l'ablation d'un testicule. Le malade » avait 45 ans, et était très-robuste; la quantité de chloroforme employé » fut de 70 gouttes, ou de 1 gramme 75 centig., et la mort survint à la » suite d'une anesthésie complète, malgré tous les moyens mis en usage » pour la prévenir.

» Dans ce cas, la quantité de chloroforme était très-faible; elle n'attei- » gnait pas 2 grammes. On en avait d'abord versé 20 gouttes sur le mou- » choir destiné à être placé sous les narines des malades; puis, au bout de » quelques minutes, 20 autres gouttes avaient déterminé des phénomènes » d'excitation; mais comme l'anesthésie n'était pas complète, on ajouta » 10 gouttes, puis 20 autres; total 70. Ce fut alors que l'insensibilité fut » obtenue.

» Ce mode de chloroformisation, si prudent, si régulier en apparence, » excite cependant la réprobation de M. Chereau, qui blâme énergiquement » les chirurgiens anglais et américains de porter l'anesthésie au delà de la » période d'excitation.

» Ils ne font pas attention, dit-il, que la période d'excitation, tout en » laissant aux sujets soumis à l'expérimentation la faculté de parler, de » mouvoir, ou même de conserver une certaine lucidité dans les idées, » suffit pour émousser presque complétement la sensibilité, pour ne laisser » aucun souvenir de l'action des instruments, et pour remplir largement le » but qu'on se propose, celui de soustraire l'humanité aux tortures d'une » opération.

» Ainsi, voilà formulé, au nom de la chirurgie française, le précepte » d'opérer les malades pendant qu'ils parlent, se meuvent et ont encore » une certaine lucidité intellectuelle. Et M. Chereau trouve qu'on obtient » de cette méthode des résultats magnifiques qui ont surpassé tout ce que » les expériences les plus brillantes en avaient auguré.

» J'avoue, malgré mes regrets de me séparer en ce point de la pratique » française, que s'il me fallait opérer ainsi les malades, je n'hésiterais pas à » m'abstenir de cette prétendue anesthésie, dont les avantages sont à peu » près nuls et les inconvénients immenses, et je proclamerais la cause du » chloroforme irrévocablement perdue.

» La première condition d'une opération est l'immobilité du malade. » Comment M. Chereau veut-il qu'on se décide à débrider un étranglement » herniaire, à mettre à nu une artère, à enlever une tumeur au milieu d'or- » ganes dont la blessure serait mortelle, lorsqu'à chaque instant le blessé » peut échapper aux mains qui le maintiennent et provoquer les accidents » les plus graves par un effort subit et impossible à éviter?

» Comment pratiquer, pendant cette période d'excitation, des opérations » de longue durée?

» Une autre remarque doit être faite : il n'y aurait pas de plus horrible » spectacle que celui d'un blessé, en proie à une exaltation furieuse et se » débattant tout sanglant entre les bras de cinq ou six assistants.

» On peut affirmer qu'un très-grand nombre d'opérations deviendraient » impraticables dans de pareilles conditions. Ce serait ôter toute sûreté à » notre art et le faire rétrograder.

» Nous ajouterons que l'emploi des anesthésiques serait presque forcé- » ment réduit à la pratique hospitalière, car, où le chirurgien de campagne » et celui qui ne peut se faire accompagner par cinq ou six aides vigou- » reux et de sang-froid trouveraient-ils des assistants propres à concourir » à son opération. Les témoins officieux s'effrayeraient et abandonneraient » le malade, qui pourrait mourir d'hémorrhagie sans qu'on parvînt à lui

» porter aucun secours ; on se rejetterait sur le chirurgien, dont la position » deviendrait fort délicate.

» J'ai été témoin de toutes ces épreuves, et je regarde comme un moyen » des plus dangereux, d'employer la force pour dompter la résistance des » malades pendant la période d'excitation, si l'on n'a pas su les en pré- » server.

» Je repousse donc d'une manière formelle cette fausse doctrine fran- » çaise, et je me déclare hautement partisan de l'anesthésie complète, la » seule qui, plongeant les malades dans une insensibilité et une immobilité » absolues, donne à l'art une sûreté et une puissance dont nous n'avions pu » jusqu'ici approcher.

» M. Chereau ne contestera certainement pas l'immense supériorité de » cette méthode au point de vue opératoire.

» Un malade, immobile, dont la sensibilité est éteinte, ne nous afflige et » ne nous trouble plus par ses plaintes et ses cris ; il conserve toutes les » positions qu'on lui imprime, et permet des prodiges de dextérité et de » hardiesse incompatibles avec l'agitation et la violence d'un homme » privé de tout empire sur lui-même et n'obéissant plus qu'à la con- » trainte.

» On a vu quelquefois des opérés, après une anesthésie complète, re- » couvrer la parole, l'intelligence et le mouvement, sans la sensibilité, et » dire à leur chirurgien : Je vous vois agir, mais je ne le sens pas. Ces cas » remarquables ne sont jamais malheureusement le résultat d'une anesthé- » sie primitivement incomplète. La sensibilité, en effet, ne disparaît qu'a- » près l'intelligence et les mouvements, et elle reparaît également la der- » nière, lorsque l'anesthésie se dissipe.

» Il n'y a pas, on le voit, de moyen terme ; il faut choisir entre les deux » méthodes : l'une opère un corps privé de sentiment, de mouvement et » de pensée, mais qui s'animera de nouveau, le sourire aux lèvres, après » les plus terribles épreuves ; dans l'autre, l'action de l'homme de l'art est » amoindrie, et le malade, dompté par la force, recueille pour tout béné- » fice l'avantage douteux de n'avoir que des souvenirs vagues et confus » des douleurs et des violences qu'il a subies.

» J'ai dit les raisons de ma préférence.

» Quelles sont celles de M. Chereau en faveur de l'opinion contraire ? » Une seule, le danger : d'un côté, l'innocuité de l'usage sage et modéré » du chloroforme ; de l'autre, la grande majorité des accidents qui incom- » bent à l'Angleterre et à l'Amérique. M. Chereau justifierait difficilement, » je crois, une telle assertion.

» M. Chereau a-t-il recherché tous les cas de mort par l'emploi du chlo- » roforme, aujourd'hui connus ? Les 13 ou 14 exemples qu'il admet, si sa » mémoire, dit-il, est fidèle, seraient facilement doublés, et sa conclusion » devient très-contestable, puisqu'elle repose sur une base aussi insuffisante » des faits.

» Nous ferons remarquer en outre que la plupart des morts attribuées » au chloroforme ont été produites par des doses très-faibles de cet » agent.

» Hanna Grenner avait été seulement chloroformisée pendant une demi- » minute ; Mistriss Simrom pendant deux minutes ; Walter Badger, une » minute et demie. Dans ces trois cas, les doses de l'agent anesthésique » n'avaient pas dépassé 2 ou 3 grammes, et dans d'autres observations les » quantités employées avaient été encore moins élevées. Il faudrait donc » que M. Chereau se donnât la peine de nous apprendre, au nom de la » doctrine française, quelles sont les doses qu'on ne doit pas dépasser. Or » une telle détermination est impossible en présence des faits dans lesquels » la mort est causée par quelques gouttes seulement de chloroforme, tan- » dis que des doses de la même substance, comparativement énormes, ne » déterminent aucun accident. Aussi M. Chereau n'a-t-il pu se défendre » d'une surprise assez naïve à la vue de pareils exemples.

» Ayant assisté à une opération d'ectropie de la vessie, dont la durée dé- » passa une heure, sur un enfant plongé pendant tout ce temps dans une » complète insensibilité (nous ne savons, dit-il, la quantité de chloroforme » qui fut ainsi employée, car l'agent était versé un peu indistinctement, » mais elle a dû être considérable, et ce qui nous étonnait, c'était qu'une » liqueur qui, donnée à de très-petites doses, a pu, dans des cas rares, » foudroyer des malades, fût supportée ici sans résultat terrible).

» L'étonnement de M. Chereau montre seulement son peu d'habitude de » pareilles observations ; mais la réflexion aurait dû lui faire comprendre » qu'il fallait renoncer à attribuer la mort à l'action de 2 ou 3 grammes de » chloroforme, lorsque plus 100 grammes sont supportés sans danger. La » disproportion des doses est beaucoup trop considérable pour qu'on puisse » expliquer la différence des effets par de simples idiosyncrasies, et » il devait exister d'autres causes rationnelles de résultats aussi dissem- » blables.

» Depuis notre première publication sur ce sujet (GAZETTE MÉDICALE DE » STRASBOURG, 20 décembre 1847), nous n'avons pas cessé d'employer le » chloroforme avec production d'anesthésie complète. Nous avons toujours » attendu que les malades ne donnassent plus aucun signe de sensibilité » et que l'action des instruments ne provoquât plus le moindre mouve- » ment. Nous avons multiplié les opérations pendant près de quatre années » de service clinique des plus actif, et nous n'avons jamais eu d'accidents » ni de mort à déplorer.

» Cependant beaucoup de nos opérations ont dépassé la durée d'une » heure. Nous avons consommé jusqu'à la dose de 155 grammes de chlo- » roforme. Nos malades n'en ont pas moins guéri parfaitement, comme le » prouvent nos résumés cliniques publiés par nos élèves.

» L'explication de ces faits est très-simple. Pour nous, le chloroforme » pur et bien employé *ne tue jamais*. Aussi n'hésitons-nous pas à attri- » buer tous les cas de mort, soit à l'impureté du chloroforme, qui devient » un véritable poison, soit à la mauvaise application de cet agent.

» Nous n'avons cependant jamais méconnu les dangers des anesthési- » ques (nous disions à l'Académie de médecine, p. 245, 250, ann. 1550) ; » toutes les fois qu'on a recours au chloroforme, la question de vie et de » mort se trouve posée. Ces paroles, nous les répétons encore, et c'est en » ne perdant jamais de vue la gravité de notre responsabilité et le péril des » moindres négligences dans le mode d'application, que nous sommes jus- » qu'ici parvenus à préserver nos malades de tout accident.

» La règle que nous avons déjà posée est très-simple : *maintenir l'in- » tégrité, la normalité de l'acte respiratoire*. Depuis ce moment, nous » avons étudié avec beaucoup de soin tous les cas de mort, et nous » sommes resté convaincu que les questions de doses et de durée étaient » secondaires ; aussi avons-nous entièrement approuvé ce passage du » compte rendu d'une de nos cliniques par un de nos internes, M. le doc- » teur Herrenschneider.

» L'application de ces principes permet de maintenir sans danger pen- » dant un temps très-prolongé, comme on en a de nombreux exemples » dans la pratique de MM. Sextor, Heifelder, Simpson, etc. Tant que les » deux principales fonctions de l'économie, la respiration et la circulation, » ne souffrent pas, on peut sans crainte continuer l'anesthésie, et nous » croyons que l'épithète de *casse-cou*, si légèrement employée par M. Ri- » chelot, revient de droit à la conduite de ceux qui, par leur ridicule con- » fiance en des règles sans valeur, s'exposent à tuer les malades en quel- » ques minutes et avec des doses insignifiantes de l'agent anesthésique.

» Du reste, dans une question toute d'expérience clinique, il faut sur- » tout s'en rapporter au fait et en rechercher la valeur..... »

Voici comment M. Sédillot termine sa lettre :

« Je me résume en disant :

» Le chloroforme pur n'est pas toxique lorsqu'il est employé avec les » précautions convenables.

» L'anesthésie doit être complète pour être utile, et l'on en peut prolon- » ger la durée pendant les plus longues opérations, sans danger.

» Tous les cas de mort publiés jusqu'à ce jour ont eu pour cause, ou » l'impureté, ou la mauvaise application de l'agent anesthésique. »

Un jeune et habile écrivain de nos amis, M. le docteur Forget, a apprécié avec beaucoup de talent la lettre de notre savant et habile confrère de Strasbourg. On pourra lire ces quelques pages critiques dans L'UNION MÉDICALE.

Il m'est impossible d'admettre que le chloroforme n'a aucun effet délétère, et que tous les accidents qui peuvent survenir pendant son administration sont le résultat d'une mauvaise direction dans les inhalations du chloroforme. Trop d'accidents sont survenus depuis que l'on fait usage de ce remède, même entre les mains des meilleurs opérateurs, pour qu'on puisse les attribuer sans exception à la manière dont on s'en est servi. Je me bornerai à rapporter un fait qui appartient à M. Rigaud, professeur à Strasbourg, pour démontrer les dangers auxquels exposent les vapeurs chloroformiques, toutes les règles de leur admininistration ayant été observées :

« Il y a six mois, dit M. Rigaud, qu'ayant eu à opérer une tumeur du » sein chez une femme, je la soumis aux inhalations du chloroforme ; après » quelques inspirations, le pouls cessa de battre tout à coup, et la malade » ne donna plus aucun signe de vie. On cessa immédiatement les inhala- » tions, on jeta de l'eau à la face, on fit des frictions dans le but de la ra- » nimer. Ces manœuvres faites pendant deux minutes, qui nous parurent » de longues heures, amenèrent quelques mouvements faibles du cœur, » qui bientôt cessèrent et ne furent accompagnés d'aucun mouvement de » la respiration ; dans cette fâcheuse occurrence, j'introduisis le doigt dans » la bouche, et le faisant glisser le long de la base de la langue, j'accrochai » l'épiglotte, que je relevai ; puis je tirai la langue hors de la bouche ; ce » mouvement rapide fut suivi d'une respiration ; j'en profitai pour faire » respirer de l'ammoniaque. Mais aussitôt que j'eus abandonné la langue, » elle rentra et la respiration cessa de nouveau ; mais cette fois je main- » tins la langue hors de la bouche, et la respiration continua ; bientôt elle

» s'établit normalement, et toutes les fonctions reprirent leur activité.
» Après cela, je fis l'opération projetée sans chloroforme, et tout se passa
» parfaitement. »

Ne suffirait-il pas d'ailleurs, pour démontrer tous les dangers du chloroforme, et les immenses précautions qu'exige son emploi, de citer l'observation suivante, rapportée par M. Sédillot lui-même, et dans laquelle il constate que la circulation et la respiration peuvent être tout à coup suspendues.

« Obs. X. — Je pratiquai, dit M. Sédillot, le 13 juin 1851, une opération de » varicocèle par le procédé si connu de mon savant confrère et ami M. le docteur Vidal (de Cassis). Le malade était craintif et s'était trouvé mal pendant » qu'on l'examinait debout. Mes confrères MM. les docteurs Moreau, Rhinus, » Lenoir, Fourguet, Dubodon, Michel, étaient présents.

» J'appliquai le chloroforme, et lorsque la résolution musculaire fut complète, » et que toute sensibilité eut disparu, je donnai le mouchoir à tenir à l'un des » assistants, en lui recommandant de le rapprocher de la bouche du malade dès » qu'il apercevrait quelques traces du retour de la motilité.

» Je commençai alors l'opération, sans me préoccuper de l'agent anesthésique, » dont je croyais l'usage suspendu. Tout à coup un de mes confrères me pousse » du coude et me dit à l'oreille : Le malade est mort. Je jetai les yeux sur mon » opéré, et je fus un instant frappé de la crainte que cette nouvelle ne se confirmât. Il n'y avait plus de circulation ni de respiration, et la face paraissait » affreusement cadavérique. L'aide, distrait par l'attention qu'il prêtait à la » manœuvre opératoire, avait maintenu la compresse près de la bouche du malade. Je fis sur-le-champ comprimer alternativement la poitrine pour produire » une respiration artificielle; j'écartai les mâchoires, j'aspergeai d'eau froide la » figure, et je pratiquai des frictions un peu rudes à la nuque, au-dessous des » oreilles et sur la face. Au bout de deux ou trois minutes qui me parurent excessivement longues, on vit les inspirations reparaître d'abord très-courtes et » à intervalles éloignés, ensuite plus profondes et plus rapprochées. Je fus alors » entièrement rassuré, et je terminai l'enroulement des veines du cordon. Un » quart d'heure après, le malade était revenu à lui et manifestait une joie » bruyante d'avoir été opéré sans douleurs. La guérison se fit bien et sans accidents. »

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIRURGIE PRATIQUE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE BROIEMENT DE LA PIERRE EN UNE SEULE SÉANCE ; par J.-Z. AMUSSAT.

(Suite. — Voir le numero précédent.)

Personne, que je sache, ne s'est encore attaché à élucider cette question, et à tracer la marche à suivre pour obtenir un résultat aussi important.

M. Heurteloup, le premier, a posé le principe du broiement de la pierre en une seule séance, avec des instruments percuteurs, dans un mémoire publié en 1846. Cependant, depuis cette époque, la pratique de la lithotritie est restée la même, et on a continué à faire, comme par le passé, un plus ou moins grand nombre de séances, lorsqu'on aurait pu en faire une seule dans beaucoup de cas.

Incontestablement, broyer complétement dans une séance un calcul contenu dans la vessie, afin que tous ses fragments puissent sortir facilement, est un avantage immense.

Malgré la fatigue momentanément plus grande de l'organe par la prolongation de l'opération, dès qu'il n'y a plus de fragments de pierres dans la vessie, on se rend facilement maître des accidents qui peuvent survenir, comme conséquence de l'inflammation produite par le contact répété des instruments sur la membrane muqueuse.

Les suites de l'opération sont plus simples, puisqu'on n'a à combattre que ses effets (frissonnement, contusion, etc.). Rien ne vient s'opposer à la guérison de ces légères blessures que l'urine et l'action de la vessie, qu'il faut s'efforcer de rendre inoffensives par tous les moyens possibles : directement par des injections dans l'organe, ou indirectement par des bains et des boissons diurétiques abondantes.

En général, lorsqu'on pratique la lithotritie, on se trouve trop heureux d'avoir saisi et cassé la pierre. On s'en tient là, c'est-à-dire à une courte séance, incomplète, puisqu'on n'a fait qu'une petite partie de l'opération. Sans doute on craignait de fatiguer le malade, qui lui-même, éprouvant de la douleur, ne demandait pas mieux que de voir la séance terminée. Il faut donc, pour arriver à faire la lithotritie en une seule séance, s'attacher à relever son courage, et on y parviendra, dans la plupart des cas, en lui expliquant clairement ce qu'on veut faire dans son intérêt et pour hâter la guérison. Au reste, si le raisonnement n'avait pas assez de prise sur son esprit pour lui donner du courage, ou si sa sensibilité était trop grande, on pourrait avoir recours à l'inhalation du chloroforme.

Quant au chirurgien, il ne doit pas oublier que beaucoup de malades ont succombé parce qu'on a fait trop de séances courtes, répétées à des intervalles très-rapprochés. Il y a eu de la douleur et de la fièvre, suivies d'accidents divers. Ces séances trop répétées sont généralement mal supportées par les malades : leurs organes se fatiguent; la vessie s'altère et ne tolère qu'avec peine l'action des instruments. Ajoutons que les fragments du calcul irritent la muqueuse et produisent des inflammations catarrhales, des réactions graves et trop souvent la mort.

Si l'on ne peut faire la lithotritie en une séance, il faut au moins s'efforcer d'en diminuer le nombre, en cherchant, dans le plus court espace de temps, à débarrasser la vessie des corps étrangers qui fatiguent cet organe par leur poids et par leurs aspérités, irritantes pour la muqueuse. Qui ne sait aussi que des fragments trop volumineux peuvent, dans l'intervalle des séances, s'engager dans le canal, produire des accidents et nécessiter des opérations graves? On le comprend, rien de semblable n'est à redouter par la lithotritie en une seule séance et même en plusieurs, si l'on a broyé ceux qui étaient susceptibles de s'engager. Néanmoins, au sujet des fragments pour la lithotritie en plusieurs séances, je dois dire que, pour les empêcher de s'engager dans l'urètre dans l'intervalle des séances, il faut conseiller au malade de ne pas faire de grands efforts pour uriner, et même placer à demeure une sonde simple ou à double courant, s'il peut la supporter sans trop de gêne. Cette sonde peut, d'ailleurs, servir pour faire des injections ou des irrigations. Si, malgré ces précautions, des fragments s'étaient engagés dans le canal, il vaudrait mieux les repousser dans la vessie au moyen d'une sonde, et en pratiquant une injection destinée à dilater le canal et à favoriser la répulsion, que de chercher à les briser dans le canal ou les extraire.

On a trop légèrement écrit qu'on pouvait pratiquer la lithotritie dans toutes les saisons de l'année indistinctement. Je l'ai cru d'abord moi-même; mais maintenant je ne pense plus ainsi, parce que mon expérience m'a appris qu'il y a en général beaucoup plus d'accidents à redouter à l'époque des grandes chaleurs ou pendant les grands froids, que dans les autres saisons de l'année.

Dans l'été, les inflammations de la vessie sont beaucoup plus fréquentes et plus redoutables; l'urine est moins aqueuse et plus ammoniacale, parce que, comme on le sait, les boissons abondantes dont on fait usage pendant cette saison augmentent la transpiration et influent peu sur la sécrétion de l'urine. Alors il faut prescrire des bains fréquents, qui tendent à rétablir l'équilibre en diminuant la transpiration et en augmentant la sécrétion urinaire. C'est là un fait physiologique que j'ai observé très-souvent, et dont j'ai tenu grand compte lorsque j'ai été obligé de faire la lithotritie pendant l'été.

Dans l'hiver, il y a aussi à redouter les inflammations vésicales et pulmonaires qui peuvent survenir à la suite des bains indispensables après la lithotritie, ou par le seul fait d'une très-basse température.

Au reste, les chirurgiens et les lithotomistes recommandent depuis longtemps de choisir de préférence le printemps et l'automne pour pratiquer les grandes opérations et surtout la taille.

Tulet, Douglas, Moraud, Winslow, Heister, Deschamps, Boyer, etc., donnent formellement ce conseil, à moins d'urgence.

Je pense aussi qu'il faut agir de même pour la lithotritie, excepté dans les cas où il serait impossible de différer cette opération jusqu'au moment d'une saison favorable, soit le printemps, soit l'automne. Généralement on opère en toute saison indistinctement, parce qu'on croit que la lithotritie est inoffensive; mais d'après ce que je viens de dire, la saison n'est pas indifférente pour cette opération.

Pour faire la lithotritie en une seule séance, plusieurs conditions sont indispensables.

Il faut :

1° Que la pierre ne soit ni trop grosse ni trop dure;

2° Que les organes soient sains et bien disposés;

3° Que le méat urinaire soit assez grand et assez ample pour admettre des instruments d'un certain volume;

4° Que l'état général du malade ne soit pas une contre-indication;

5° Que sa sensibilité ne soit pas trop grande, et qu'il ait assez de courage pour laisser au chirurgien toute sa liberté d'action;

6° Enfin que l'opérateur ait à sa disposition tous les instruments convenables.

1° Il faut d'abord que la pierre ne soit ni trop grosse ni trop dure (1).

(1) Comme les pierres augmentent de volume à raison du temps pendant lequel elles séjournent dans la vessie, il faut se hâter de s'assurer de leur existence aussitôt qu'il se manifeste quelques symptômes; mais, il faut le dire, les malades répugnent à se faire sonder : ils se font illusion sur leur état et craignent d'apprendre la vérité. Il est donc urgent d'insister auprès d'eux pour

C'est la première condition pour avoir la chance de la broyer dans une seule séance. Il faut donc que la pierre ait un volume médiocre et qu'elle ne soit pas trop sonore, parce que la grande sonorité est un signe de dureté. En général, son volume ne doit pas dépasser 12 ou 15 lignes, à moins qu'elle ne soit peu dure.

Mais pour être en mesure de bien apprécier ces deux faits, il faut s'être exercé sur des pierres de toutes dimensions et duretés. On apprendra ainsi très-promptement à reconnaître approximativement ce qu'il est important de savoir à ce sujet.

2° Que les organes soient sains et bien disposés.

L'état de la vessie est rarement une contre-indication au broiement, puisque c'est un effet de la présence de la pierre, et la preuve, c'est qu'à mesure qu'on débarrasse la vessie du corps étranger qui l'irrite, son état s'améliore. Il faut donc se hâter le plus possible en prenant toutes les précautions convenables pour détruire et extraire au plus vite le corps étranger.

Les altérations organiques même de la vessie ne sont pas toujours des obstacles insurmontables. Ainsi l'hypertrophie de l'organe, les fongus de la prostate, l'enclavement de la pierre ne s'opposent pas toujours au broiement. Toutefois, s'il y avait quelque contre-indication, il faudrait faire la taille.

3° Que l'urètre soit assez ample pour admettre des instruments d'un certain volume.

J'ai à peine besoin d'insister sur cette condition, qui est indispensable, comme on le comprend.

A cette occasion, qu'il me soit permis de rappeler que, dans mes RECHERCHES D'ANATOMIE CHIRURGICALE, publiées en 1823, et qui ont servi de base à la lithotritie, car, malgré ce qu'on a dit et répété, cette opération ne date véritablement que de cette époque, j'avais déjà indiqué la capacité des différentes parties de l'urètre de l'homme.

Quand on enlève toutes les parties accessoires de l'urètre qui l'environnent et qu'on réduit le canal à la membrane muqueuse, si on l'insuffle sans forcer, on voit qu'il est élargi à la prostate, rétréci à la partie membraneuse ou mieux musculeuse, comme étranglé au collet du bulbe, élargi en ampoule à sa portion spongieuse, et qu'il va en se rétrécissant en cône jusqu'au méat urinaire, sans former une fosse naviculaire, comme cela est généralement admis.

On est tenté de croire que le méat urinaire donne toujours la mesure de la capacité de l'urètre; c'est une erreur; et en effet dès que le méat a été agrandi de grosses bougies ou des instruments volumineux qui ne pouvaient pas parvenir dans la vessie, pénètrent facilement dans cet organe, en parcourant toutes les parties du canal. En effet, le méat seul n'est pas dilatable, parce qu'il est environné par le tissu du gland. Il est donc bien important d'agrandir le méat, puisque sans ce moyen on serait obligé d'employer des instruments de lithotritie trop peu volumineux pour pouvoir broyer des calculs en une seule séance.

Cette petite opération, c'est-à-dire l'incision de l'extrémité du gland, rendra, je l'espère, la pratique de la taille de plus en plus exceptionnelle, puisqu'on pourra, dans un grand nombre de cas, au moyen de gros instruments, faire la lithotritie en une seule séance et broyer des pierres plus grosses que celles qu'on ne pouvait détruire avec les petits instruments ordinaires. Actuellement on cherche toujours à mettre l'instrument en rapport avec la capacité du méat urinaire. Le fait inverse est celui que je veux établir, et qui sera adopté, je l'espère, c'est-à-dire qu'il faut mettre le méat urinaire en rapport avec le volume des instruments dont on doit se servir.

Si le méat est naturellement trop étroit pour permettre d'y introduire de *gros instruments*, il faut l'agrandir par le procédé que j'ai décrit dans l'observation placée en tête de cet article.

En résumé, l'agrandissement du méat urinaire est une opération préliminaire de première importance et indispensable pour agir dans la vessie avec de gros instruments destinés à broyer les calculs.

Cet agrandissement du méat est un point capital, si l'on considère la différence qui existe entre la lithotritie faite avec les instruments ordinaires de 2 lignes et demie à 3 lignes, ou avec de gros instruments de 4 lignes et plus.

Au premier abord, cette petite opération cause quelque répugnance au malade; mais si on parvient à lui en démontrer tous les avantages et le peu de douleur, il s'y soumettra facilement. Pour mon compte, je n'ai jamais éprouvé un refus.

S'il existe un ou plusieurs rétrécissements de l'urètre, il faut préalablement les dilater et les faire disparaître.

4° Que l'état général du malade ne soit pas une contre-indication.

L'état général, qui n'est que l'effet de la présence d'un calcul dans la vessie, séjournant dans cet organe depuis un temps plus ou moins long, ne peut être que très-rarement une contre-indication au broiement.

Cependant, si la constitution était gravement détériorée et s'il existait, outre le catarrhe de la vessie, quelque maladie grave concomitante, il faudrait s'abstenir, ou du moins on devrait faire de courtes séances, et par conséquent renoncer au broiement du calcul en une seule. Peut être alors faudrait-il penser à pratiquer la taille.

5° Que la sensibilité du malade ne soit pas trop grande et qu'il ait assez de courage pour laisser au chirurgien toute sa liberté d'action.

En mettant de côté les calculeux qui présentent exceptionnellement une sensibilité exagérée et qui ne supportent qu'avec la plus grande douleur le moindre contact des instruments, la plupart ont assez de force et de courage pour se soumettre sans trop de difficultés aux manœuvres nécessaires pour être débarrassés de leur calcul.

Pour broyer une pierre en une seule séance, il est toutefois utile d'inspirer au malade le désir de terminer en une seule fois, et on y parviendra presque toujours en lui démontrant les avantages de ne pas être obligé de renouveler les opérations et de laisser la vessie sous l'influence fâcheuse des fragments. Cette idée lui donnera le courage de supporter des douleurs quelquefois très-vives. Mais s'il lui faisait défaut ou s'il craignait d'en manquer pendant l'opération, on pourrait sans inconvénient recourir aux agents anesthésiques, soit l'éther, soit le chloroforme.

J'ai souvent tiré un parti avantageux de cet auxiliaire puissant. Mais j'ai observé que le raisonnement basé sur les avantages de ne pas laisser de corps étranger dans la vessie donnait du courage aux personnes les plus timorées.

6° Enfin que le chirurgien ait à sa disposition tous les instruments convenables.

C'est une condition indispensable pour avoir les chances de réussir que d'être muni de tous les instruments variés et éprouvés pour casser et broyer la pierre.

Généralement, on croit que la lithotritie est simple et très-facile, et qu'il est possible de la faire avec un seul instrument. C'est là une erreur très-préjudiciable. Il en faut plusieurs :

1° Un brise-pierre plus volumineux que ceux dont on se sert habituellement; je l'appelle instrument d'*attaque* ou casse-pierre, parce qu'il présente une très-grande force, est muni de dents et peut briser des calculs même très-durs. Les dents de cet instrument doivent être fortes et tenir le milieu entre celles du perculeur de M. Heurteloup, qui sont trop grandes et affaiblissent l'instrument, et celles des percuteurs ordinaires qui sont trop petites.

2° Un instrument du même volume que le précédent, que j'appelle *broyeur* et qui doit être introduit après le brise-pierre. La cuiller de la branche femelle de cet instrument présente quelques dentelures et ses bords sont très-peu élevés. La cuiller de la branche mâle offre trois rangées de dents, une médiane et les deux autres latérales, afin de pouvoir briser des fragments ayant encore un certain volume. Enfin, la branche mâle est un peu plus courte que la branche femelle, d'où il résulte que lorsque les deux cuillers sont rapprochées l'une de l'autre, il existe entre elles un petit intervalle et la muqueuse ne peut être pincée.

3° Un ramasse-gravier pour les cas où il faut ramener au dehors les fragments. Cet instrument a plus du double du volume et de longueur que ceux connus sous ce nom. Les cuillers qui terminent ses branches sont très-longues, et l'une et l'autre assez concaves pour former, par leur réunion, une cavité destinée à contenir une grande quantité de détritus du calcul.

De même que pour l'instrument d'attaque et l'instrument broyeur, les cuillers de celui-ci étant rapprochées l'une de l'autre, il reste un petit intervalle pour empêcher le pincement de la muqueuse.

Il est en outre indispensable, ainsi que cela se comprend, d'avoir en réserve d'autres instruments plus ou moins volumineux en rapport avec l'âge des calculeux et avec le volume de la pierre.

Dans l'état actuel, les instruments à percussion sont les meilleurs brise-pierres, et ils doivent être préférés, puisque ce sont les seuls avec lesquels on puisse surmonter toutes les difficultés, non sans peine quelquefois; mais

leur faire comprendre toute l'importance du diagnostic. Quant au médecin, il doit, aussitôt qu'il existe un état maladif des organes urinaires, pratiquer le cathétérisme pour s'assurer si la vessie ne contient pas de corps étranger; car il vaut mieux sonder dix malades qui n'ont pas la pierre que de négliger cette opération sur un seul qui l'aurait. Et d'ailleurs, les symptômes de sa présence ne sont pas tellement pathognomoniques qu'on puisse rien affirmer avant d'avoir exploré plusieurs fois la vessie pendant qu'elle est vide ou pleine, et en se servant de sondes métalliques à grandes et à petites courbures. Ainsi le trouble de l'urine, l'hématurie, les démangeaisons à l'extrémité de la verge, les douleurs en marchant, en sautant, en allant à cheval ou en voiture sur le pavé, peuvent manquer chez certaines personnes ayant un calcul dans la vessie. C'est ce que j'ai constaté plusieurs fois. En définitive, le cathétérisme est le seul moyen d'établir positivement le diagnostic.

il faut s'en servir avec beaucoup de prudence pour ne pas les casser ou les fausser. D'ailleurs, la percussion faite avec soin n'a pas les inconvénients qu'on lui suppose, elle ne cause pas de douleur. C'est au contraire pendant qu'on l'exerce, que le malade se repose des manœuvres douloureuses nécessitées par la recherche du calcul à saisir.

Avec tous les autres instruments à volants, à pignons, à levier, etc., on ne peut pas briser toutes les pierres.

Le choix des instruments pour casser la pierre mérite aussi une grande attention. Ils doivent être construits complétement pour ce but, c'est-à-dire pour casser et fragmenter et non pour broyer. Il ne faut pas chercher à réunir ces trois avantages, *casser*, *broyer* et *tasser*.

Les instruments à fenêtre sont les plus forts, mais leurs bords étant très-élevés, la préhension de la pierre devient plus difficile et elle échappe plus souvent qu'avec les autres instruments.

Les instruments à grandes dents évasées sont très-favorables, mais ils sont dangereux, exposent à pincer la vessie et peuvent se casser.

Les instruments à petites dents égratignent et morcellent la pierre.

Il faut donc s'en tenir à des instruments n'ayant ni de trop grandes ni de trop petites dents.

Les instruments pour broyer doivent tenir le milieu entre ceux d'attaque destinés à casser les pierres et les simples ramasse graviers.

Comme tous les chirurgiens qui se sont occupés de la lithotritie, j'avais d'abord pensé que l'extraction des fragments de calculs était indispensable, et c'est ainsi que j'ai agi dans le cas qui fait le sujet de l'observation placée en tête de cet article. Mais après y avoir beaucoup réfléchi, j'espère désormais pouvoir me passer de l'extraction des fragments dans tous les cas, et ce sont les plus nombreux, où la vessie conserve assez de force pour expulser complétement l'urine qu'elle contient. En effet, pourquoi chercher à extraire des fragments qui peuvent sortir naturellement. Le point important, capital à obtenir, c'est que ces fragments soient tous assez réduits par le broiement, pour qu'aucun d'eux ne mette obstacle à la sortie des autres. Or je puis obtenir ce résultat avec un seul instrument broyeur, mais assez fort et disposé de telle sorte qu'il puisse pulvériser tous les fragments.

Ainsi, au lieu de trois ou quatre instruments, on pourra faire la lithotritie en une seule séance avec deux instruments :

L'instrument d'attaque pour casser la pierre et les plus gros fragments,

Et l'instrument broyeur pour broyer et écraser les fragments de telle sorte qu'ils soient tous réduits à un assez petit volume pour pouvoir être expulsés avec l'urine par l'action seule de la vessie.

Au reste, pour démontrer qu'on pourra, je le pense, se passer de l'extraction des fragments dans tous les cas où la vessie n'a rien perdu de sa force contractile, et que par conséquent un instrument extracteur serait inutile dans beaucoup de cas, il me suffira d'énoncer un fait que j'ai observé, ainsi que tous les chirurgiens qui ont pratiqué la lithotritie. Ordinairement, à la fin de l'opération faite en plusieurs séances, quand la pierre est bien broyée et qu'il ne reste plus aucun gros fragment, tout le détritus sort en masse avec l'urine, et la vessie est entièrement débarrassée. Les détritus sortent, si je puis me servir d'une comparaison, aussi facilement que les petits fragments d'un bouchon cassé et enfoncé dans une bouteille, dès que le plus gros a pu être retiré, parce que lui seul formait obstacle à la sortie des autres.

Sans doute c'est une satisfaction très-grande pour l'opérateur de débarrasser immédiatement la vessie et de pouvoir dire au malade qu'il ne reste plus aucun fragment dans cet organe. Mais en voulant enlever ces fragments, on fait une chose inutile et fatigante, et on ajoute un temps de plus à l'opération qui doit consister dans le broiement complet de tous les fragments. Ceux-ci sont ensuite expulsés par les seuls efforts de la vessie.

Cependant, comme l'instrument ramasse-gravier peut être utile dans quelques cas où la vessie ne conserve pas toute sa force expultrice; je dirai que cet instrument, décrit plus haut, doit être construit de telle sorte qu'il puisse contenir le plus possible de détritus; mais comme il doit aussi pouvoir broyer des petits fragments, il ne faut pas perdre de vue sa solidité, qui doit être éprouvée.

En un mot, le ramasse-gravier doit être destiné surtout à extraire et non à broyer, car il serait dangereux de broyer de gros fragments avec cet instrument.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite.)

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros d'avril, mai et juin 1853 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Traitement radical de la hernie ombilicale*; par M. Chicoyne. 2° *Calcul salivaire formé autour d'une arête de poisson*; par M. Deleby. 3° *Cautérisation de l'intérieur de l'utérus avec le nitrate d'argent*; par M. Pleindoux. 4° *D'une cause méconnue des maladies de matrice et d'un moyen facile de la combattre*; par M. Turck. (Il s'agit simplement de la constipation.) 5° *Appareil propre à remplacer la canule et le dilatateur dans la trachéotomie*; par M. Deschenais. 6° *Fracture du crâne avec perte de la substance cérébrale; intégrité parfaite des facultés intellectuelles*; par M. de Barre. 7° *Mémoire sur l'opération de la cataracte*; par M. Tavignot. 8° *Contagion du trichodecte des animaux à l'homme*; par M. Kemmerer. 9° *Observations sur un cas de mort par le chloroforme*; par M. Valleix. 10° *Des feuilles de frêne contre le rhumatisme*; par M. Deffis. 11° *Du copahu en injections contre la blennorrhagie*; par M. Raymond. 12° *Kyste ovarien guéri par l'injection iodée*; par M. Boinet. 13° *Formule générale du traitement de la phthisie*; par M. Piorry. 14° *Traitement des rétrécissements de l'urètre*; par M. Civiale.

DE LA CAUTÉRISATION DE L'INTÉRIEUR DE L'UTÉRUS AVEC LE NITRATE D'ARGENT; par M. PLEINDOUX.

Depuis cinq ans, l'auteur emploie avec un grand succès le mode de cautérisation suivant, qui lui paraît destiné à remplacer avec avantage les injections intra-utérines, abandonnées à raison des dangers qu'on leur a reconnus.

Il prend deux tiges en fil de fer d'égale grosseur, cylindriques, de 4 à 6 millimètres de diamètre, sur 30 à 35 de longueur, ayant l'une et l'autre la courbure d'une sonde de femme à sa partie recourbée. Elles sont toutes les deux creusées d'une rainure de 3 centimètres de long sur 2 ou 3 millimètres de large; mais l'une, le n° 1, la porte sur sa concavité, l'autre, n° 2, sur sa convexité.

Elles sont terminées par un bouton mousse, poli, afin que l'instrument ne blesse point la muqueuse utérine. A cause de leur malléabilité, ces tiges peuvent facilement recevoir la courbure que réclamerait une position anormale de l'utérus; ceci leur donne une grande supériorité sur les instruments confectionnés sur des proportions fixes par les fabricants.

Pour s'en servir, on met dans la rainure de l'instrument le nitrate d'argent cristallisé, grossièrement pulvérisé, que l'on y fixe en faisant chauffer l'extrémité du fil de fer au moyen de la lampe à alcool. Ordinairement la tige que nous avons désignée sous le nom de n° 1 est suffisante. Cependant le n° 2 peut être employé pour les parties latérales de la matrice.

En cautérisant l'intérieur même de l'utérus, l'opération rend de plus grands services, et elle a besoin d'être renouvelée moins fréquemment que lorsqu'on se borne, comme dans la pratique la plus usuelle, à de simples attouchements sur le museau de tanche.

CONTAGION DU TRICHODECTE DES ANIMAUX A L'HOMME; par M. KEMMERER.

La possibilité de cette transmission, fort intéressante à constater, a été suggérée à l'auteur par deux observations accidentellement soumises à ses réflexions.

Une pauvre femme qui donnait des soins à une vache et à quelques moutons, fut prise d'une douleur dont le siége paraissait être dans le cuir chevelu et qui augmenta progressivement. Cette douleur partait d'un point fixe, au sommet de la tête, s'irradiait par élancements brusques jusqu'à la tempe gauche, et devenait intolérable, surtout la nuit. N'ayant aucun doute sur la nature névralgique de cette affection, M. Kemmerer employa contre elle, pendant quinze jours, une médication variée. Mais ce fut sans aucun succès : la douleur se répandit jusque dans la paupière de l'œil gauche, et les nuits étaient toujours sans sommeil.

L'auteur eut alors l'idée de s'assurer par la vue s'il ne découvrirait pas, sur le cuir chevelu, quelque altération capable de rendre compte de cette douleur persistante. En écartant les cheveux, il put apercevoir deux petites plaies qu'il prit pour des déchirures faites par les ongles de la malade. Près d'elles il vit un insecte que, par simple mesure de propreté, il crut devoir enlever.

Mais au bout de quelques minutes la femme affirma qu'il venait de lui enlever sa douleur. Il observa alors de plus près l'insecte, et le reconnut pour un individu du genre trichodecte. La guérison, en effet, ne s'est pas démentie depuis ce moment.

Le trichodecte dont il est ici question, qui se trouve sur le bœuf et le mouton, a les tarses armés d'un crochet robuste qui forme pince avec l'extrémité de la jambe.

Peu de temps après, un maquignon vint consulter M. Kemmerer. Depuis trois jours il éprouvait un picotement désagréable sur la peau du bras droit. Quelques frictions par-dessus les vêtements dissipaient la douleur et détournaient son attention. Cependant le quatrième jour il fut réveillé par une douleur très-vive qui se répandait dans toute l'épaisseur du bras. Il s'aperçut alors que ce membre était gonflé, pesant, et que la peau y était couverte d'une rougeur érysipélateuse. En le visitant, l'auteur put découvrir au-dessous du coude trois petites plaies enfoncées, violettes, entourées d'un cercle rouge vif. Il lui fut facile d'apercevoir dans le centre d'une de ces plaies l'abdomen saillant d'un trichodecte dont le reste du corps était enfoncé dans le derme, et qu'on put extraire avec les ongles. Une inflammation profonde s'empara de tout le bras avec fièvre vive. L'épaisseur du derme dans l'étendue du cercle rouge se mortifia. Mais un traitement antiphlogistique arrêta tous ces accidents.

— La morsure de l'insecte ne pourrait-elle pas, n'a-t-elle pas pu, dans ce second cas, devenir l'agent de transmission d'un principe virulent ou seulement d'une manière septique ?

V. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'avril, mai, juin 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Lettres sur la dernière constitution épidémique de fièvre typhoïde*. 2° *Faut-il admettre une troisième espèce de mélancolie, dite la mélancolie avec stupeur?* par le docteur Sales-Girons. 3° *Étude sur la fraxinine*; par M. Mandel. (Pas de faits, simples assertions.) 4° *De l'incubation des fièvres intermittentes*; par M. le docteur de Pietra-Santa. 5° *De la fièvre typhoïde et du typhoïdisme*; par M. Cayol. 6° *Recherches sur la sueur*; par le docteur Gillebert d'Harconrt.

SUR LA DERNIÈRE CONSTITUTION ÉPIDÉMIQUE DE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Sous ce titre, la REVUE MÉDICALE publie un travail assez étendu entrepris par la Société de médecine de Paris (séant à l'hôtel de ville), sous l'initiative de M. Boys de Loury, secrétaire général, dans le but de déterminer la constitution médicale de la France dans le courant de la saison d'hiver de 1852 à 1853. C'est à l'aide d'une circulaire adressée aux membres correspondants des départements que la Société de médecine a pu recueillir les renseignements que nous allons résumer, et qui, à défaut de documents plus précis, serviront utilement à l'histoire de la fièvre typhoïde qui a régné en France au commencement de cette année.

A Strasbourg, M. le professeur Forget n'a pas constaté d'épidémie de fièvre typhoïde; le docteur Félix Pascal n'en a pas vu à Brie-Comte-Robert et dans les communes environnantes; à Lyon, M. Brachet a constaté un tiers de fièvres typhoïdes de plus qu'à l'ordinaire, et M. le docteur Gillebert, d'après les rapports officiels, annonce 820 cas et 184 décès; à Rochefort et à Valenciennes, pas de caractère épidémique : pourtant la maladie a fait des ravages dans les communes limitrophes (docteurs Lefebvre et Charpentier); à Bordeaux, il y a eu une constitution médicale favorisant la fièvre typhoïde (docteur Coste); à Tours, le docteur Millet annonce que la fièvre typhoïde a régné épidémiquement. De ces faits, le rapporteur conclut, quant à l'existence de la fièvre typhoïde, que cette affection a régné sur plusieurs points de la France, et qu'elle a pris dans quelques localités, principalement à Lyon, Bordeaux et Tours, un caractère épidémique : conclusion bien légitime sans doute, mais qui n'embrasse, comme on le voit, qu'un très-petit nombre de localités, et qui ne saurait donner une idée exacte de la constitution médicale de la France.

La seconde question posée par la Société de médecine a trait à l'intensité de la maladie et à la mortalité. A Strasbourg, cette affection a été grave : 10 morts sur 20 cas. A Lyon, d'après M. Polinière, la mortalité ne sort pas des limites ordinaires; d'après M. Brachet, elle aurait été d'un tiers.

Passons maintenant à la troisième question, ou étude des causes probables de l'apparition de la maladie. M. le professeur Forget signale, pour l'épidémie de Paris, la grande affluence d'ouvriers provinciaux, les bouleversements de terrain, les vices de régime, enfin le *quid ignotum*. Le docteur Pétrequin attribue l'épidémie de Lyon de 1847 aux émanations délétères que dégageaient des tranchées ouvertes à travers la ville pour construire des canaux et des égouts. Le docteur Brachet a vu que la température et la marche des saisons n'exerçaient aucune influence sur le développement de la maladie. Le docteur Lefèvre a signalé le rôle des localités, en remarquant que des fièvres typhoïdes pouvaient sévir aux environs de Rochefort pendant que cette ville en était exempte. Le docteur Charpentier, en montrant que la fièvre typhoïde était inconnue à Valenciennes, où les conditions les plus mauvaises se trouvent réunies (rues étroites, encombrées), tandis qu'elle sévissait dans les communes rurales, apportait aussi un fait de nature à montrer l'influence des localités. On aurait dû toutefois mentionner l'état de salubrité ou d'insalubrité de ces communes rurales. Le docteur Dauvergne pense que les terrains d'alluvion rendent la fièvre typhoïde plus grave.

La plupart de ces opinions reposent, comme on le voit, sur un petit nombre de faits particuliers; il faudrait, pour éclairer ce sujet, une expérience plus étendue et des observations plus compréhensives. Alors peut-être, sans élucider complétement la question d'étiologie, parviendrait-on à déterminer quelques-unes des véritables conditions de développement de cette maladie; mais pour en arriver là, il faudrait réaliser un progrès dans l'observation médicale, progrès consistant à la rendre plus attentive à l'action des agents extérieurs et des milieux ambiants, sur lesquels nous n'avons aucune donnée hygiénique précise.

La quatrième question posée par la Société de médecine comprend la description des symptômes morbides prédominants : à Strasbourg, c'est une adynamie profonde; à Aix, les symptômes ataxiques; à Lyon, la prédominance des symptômes cérébraux; à Bordeaux, la maladie a affecté le type nerveux en été et la forme catarrhale et muqueuse l'hiver, les symptômes cérébraux ont été aussi très-graves; à Tours, on a noté l'ataxie, l'intensité de la diarrhée, les hémorrhagies intestinales, le muguet confluent, suivi de mort.

L'histoire du traitement, dans les différentes villes que nous venons de citer, présente les divergences les plus grandes : le professeur Forget et le docteur Brachet constatent l'inefficacité des différentes médications; le docteur Charpentier s'est très-bien trouvé de l'hydrothérapie; le docteur Dauvergne, des purgatifs dans les tempéraments lymphatiques; le docteur Coste, de l'expectation; le docteur Millet, du traitement de Larroque.

En dernier lieu, quant à la contagion de la fièvre typhoïde, la plupart des praticiens consultés à ce sujet déclarent n'avoir trouvé aucun fait favorable à cette doctrine. M. Millet (de Tours) pense, au contraire, que la transmission est évidente, qu'on ne saurait la nier, et qu'à un certain âge surtout, l'aptitude à contracter la maladie par cette voie est très-marquée.

Nous avons voulu, dans ce compte rendu, suivre pas à pas le résumé du rapport de la Société de médecine, non pas que les faits qui y sont relatés aient rien de nouveau, mais parce que ce genre de *consultations*, que l'on ferait peut-être mieux d'appeler des *enquêtes*, nous semble destiné à rendre des services véritables à la science et à la profession. Rendus en quelque sorte obligatoires, mieux réglés, plus détaillés, nous ne doutons pas du grand nombre de questions auxquelles elles pourraient s'appliquer pour les élucider.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Académie des sciences a suspendu ses travaux le 3 octobre, à cause de la mort de M. Arago. Nous rendrons compte des pièces de la correspondance à la date de ce jour en même temps que de celles qui appartiennent à la séance du 10.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BÉCQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet les documents parvenus à son administration à la suite de l'enquête qui avait été prescrite dans les départements sur l'épidémie du choléra de 1849, d'après un programme donné par le comité d'hygiène publique. (Renvoi à la commission du choléra.)

Le même ministre transmet les rapports des médecins des épidémies du département du Nord sur les épidémies qui ont été observées dans ce département pendant l'année 1852. (Commission des épidémies.)

— M. PINGRENON, médecin principal de l'hôpital militaire de Dunkerque, adresse une observation sur un cas de chirurgie et un rapport sur la marche du choléra épidémique dans la subdivision de Mostaganem (Algérie).

Sa première communication est relative à un corps osseux mobile pédiculé, à la région antérieure externe de l'articulation du genou gauche, pouvant être rapporté au décollement d'une épiphyse anormale, à la rupture d'une portion de la tubérosité externe du tibia, ou du ligament d'une rotule surnuméraire, opérés dans une chute. (Commissaires : MM. Larrey, Hugnier et Robert.)

La deuxième communication, relative à la marche du choléra dans la subdivision de Mostaganem (Algérie), depuis son invasion jusqu'à sa terminaison, en l'année 1851, est renvoyée à la commission du choléra.

— M. Plouviez (de Lille) adresse l'énumération de ses travaux scientifiques, avec les appréciations dont ils ont été l'objet, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

— M. Duroy adresse un travail intitulé : Expériences et considérations nouvelles pour servir a l'histoire thérapeutique de l'iode. (Commissaires : MM. Chatin et Cibert.)

— M. Thouvenin adresse le rapport de vaccination pour le département du Nord pendant l'année 1852.

EMBAUMEMENT.

M. Falconi, chimiste, adresse la lettre suivante relative à un nouveau procédé d'embaumement :

« Monsieur le président, en adoptant les conclusions du rapport rédigé par MM. Blandin, Caventon, Londe, Orfila et Poiseuille, l'Académie réalisa, en 1847, un progrès considérable pour la pratique des embaumements.

» Mais quelle que soit l'importance de l'application des substances conservatrices à l'embaumement des corps, cette importance est bien autrement grande lorsqu'il s'agit de conserver les substances animales pour aider aux recherches de l'anatomie, pour en faciliter les démonstrations, pour conserver les pièces pathologiques à l'étude permanente des observateurs, sans qu'elles soient exposées à s'altérer, sans que leur fétidité puisse repousser l'anatomiste et sans que les instruments puissent être détériorés. C'est là le but essentiel que doivent se proposer ceux qui font une étude spéciale de cette importante branche de la chimie.

» Or, à ce point de vue, le rapport de 1847, qui, même dans la question des embaumements, ne pouvait, tant s'en faut, être considéré comme l'apogée de la science, laissait énormément à désirer.

» En effet, les systèmes de conservation indiqués ou examinés dans ce rapport ou ne furent pas suivis dans leur application aux dissections, ou s'ils le furent ne produisirent que des résultats bien peu avantageux pour l'étude de l'anatomie ; car jusqu'ici les cadavres destinés aux dissections, soit à l'École pratique, soit à l'École anatomique des hôpitaux, ne peuvent se conserver que de quinze à vingt jours ; et les préparations qu'on voudrait conserver subissent toutes les altérations auxquelles elles ont toujours été sujettes ; d'où l'on peut conclure, avec grande apparence de raison, que les embaumements pratiqués par les mêmes systèmes n'empêchent pas les corps de se décomposer dans un délai plus ou moins long, selon les circonstances, mais toujours dans un délai relativement trop court pour satisfaire aux sentiments pieux des personnes qui les font pratiquer.

» Lorsque les questions traitées dans le rapport de 1847 se discutaient en France, je m'étais déjà livré en Italie à des expériences qui m'avaient conduit aux plus beaux résultats, comme le prouvent les attestations et le rapport du professeur Tomasi et des membres du collége des médecins Miuaglia, Ageno, Dessegri et des professeurs Dagna, Platner, Scavenzio, de Cattanei di Momo et Panizza ; mais qui toutefois ne me parurent point suffisamment nombreuses pour être communiquées à l'Académie de France.

» Depuis cette époque, j'ai répété et considérablement multiplié mes expériences ; j'ai conservé beaucoup de pièces anatomiques, j'ai fait beaucoup d'embaumements en Italie et même en France, et il m'est aujourd'hui démontré que la supériorité de mon procédé constitue un progrès signalé sur tout ce qui se pratique aujourd'hui.

» C'est cette conviction, monsieur le président, que je désire vivement faire partager à l'Académie. J'ai donc l'honneur de vous demander de vouloir bien nommer une commission pour faire toutes les recherches propres à résoudre les diverses questions de conservation des corps, etc. » (Comm.: MM.Chevallier, Caventou, Londe, Poiseuille.)

La parole est à M. Ricord à l'occasion du procès-verbal.

SYPHILIS.

M. Ricord : Dans la dernière séance, à l'occasion d'un excellent rapport de M. Cibert sur le traitement de la syphilis par les eaux minérales sulfureuses, on a fait intervenir mon nom et mes doctrines, mais on l'a fait de manière à me prêter des opinions toutes différentes de celles que je professe et que je ne puis accepter. Il s'agit de la question de la syphilis larvée. Mon honorable maître M. Moreau me fait dire que je n'admets pas la syphilis latente ou larvée, que je ne crois pas qu'un sujet atteint de syphilis puisse rester plus ou moins longtemps avec les apparences de la santé, sans manifestation aucune de la maladie. Il faut, ou que j'aie été mal compris de M. Moreau, ou que le compte rendu de la dernière séance ait mal rendu ce qu'il a dit. Non-seulement j'admets la syphilis larvée, la diathèse syphilitique, car ces mots signifient la même chose ; mais je vais encore plus loin : je ne sais pas jusqu'à quel point, quoi qu'on fasse, et quelque rationnels qu'aient été les traitements employés, on peut être certain d'être jamais débarrassé de l'infection syphilitique. Mon opinion est que la diathèse syphilitique une fois acquise, il reste toujours un levain susceptible, chez certains sujets, de manifester à de longs intervalles son existence par des explosions d'accidents qu'on chercherait en vain à rattacher à une infection nouvelle. De là cette règle générale que j'ai formulée (je ne veux pas dire cette loi, le mot paraîtrait trop ambitieux) que la diathèse syphilitique ne se double pas et que l'évolution de la syphilis ne se recommence jamais tant que dure la diathèse syphilitique, en d'autres termes, qu'on ne peut généralement avoir la vérole qu'une fois. Vingt ans d'expériences à l'hôpital du Midi m'ont appris qu'on ne peut reproduire sur le même individu le chancre induré ; cette opinion est également celle de M. Puche, qui n'a pu y parvenir plus que moi. Ce que l'on a pris pour des manifestations nouvelles ou pour la conséquence d'une nouvelle infection, n'était le plus ordinairement que la continuation, le développement successif des évolutions de la première.

Ainsi, il est bien entendu que j'admets, une fois l'infection générale produite, la diathèse syphilitique établie, que cette diathèse peut persister longtemps, le plus souvent toute la vie, mais en ne se manifestant qu'à de plus ou moins longs intervalles, s'arrêtant, reprenant sa marche, et s'arrêtant de nouveau pour recommencer encore, et ainsi de suite à l'infini ; et que, dans les intervalles de ces manifestations, les individus peuvent présenter toutes les apparences de la santé. J'ai vu des exemples de ces explosions après plus de quarante ans. Je me rappelle notamment un individu que j'ai guéri en 1848 ou 1849 d'accidents tertiaires dont l'origine remontait à un chancre contracté en 1801. C'est donc là un fait bien établi, qu'on peut, vingt, trente et quarante ans après une guérison apparente de la syphilis, voir paraître des accidents consécutifs. (M. Roux : Mais c'est là une doctrine désespérante !)

On voit qu'il y a loin de là à l'opinion qu'on me prêtait. Ce qui a pu induire en erreur et donner lieu à une confusion, peut-être, de la part de quelques personnes, c'est un autre point de doctrine que j'ai soutenu ici et que je suis plus disposé que jamais à soutenir encore aujourd'hui. Ce point, le voici :

Un accident primitif infectant étant donné, si rien n'intervient pour troubler sa marche, s'il n'est fait aucun traitement, il ne se passera pas six mois sans que des accidents secondaires se manifestent, ici du moins, à Paris, car je ne parle que d'après les faits que j'ai vus. J'ai dans le temps, par le fait d'une généralité peut-être excessive, et qui m'a été reprochée depuis, étendu jusqu'à un an cette limite ; mais elle est évidemment trop longue. D'après des observations maintes et maintes fois répétées, il n'y a pas un accident infectant qui, passé la période de six mois, produise une manifestation constitutionnelle. C'est là un fait irrécusable, dont se convaincra quiconque voudra se donner la peine d'étudier et de suivre l'évolution de la syphilis. Mais il faut pour cela qu'il ne soit intervenu aucun traitement, car un traitement, même incomplet, peut rompre un chaînon dans la série des phénomènes, et alors la marche régulière de la maladie est interrompue et l'explosion des accidents secondaires peut être plus ou moins retardée.

Voilà donc ce que l'observation nous apprend : accidents primitifs non traités, manifestation forcée dans une limite fixe, qui ne dépasse jamais six mois ; accidents primitifs traités, manifestations beaucoup plus tardives et à un terme indéfini.

C'est là, pour répondre à l'interruption de M. Roux, une doctrine de sécurité et d'assurance, car s'il est désespérant, décourageant de songer que l'on n'est jamais certain d'être guéri d'une syphilis une fois déclarée, vous trouverez du moins des motifs de sécurité et d'espérance en ceci, que vous êtes averti, si vous laissez marcher les choses naturellement, que des manifestations secondaires auront lieu avant un délai de six mois ; que si, après cet espace de six mois révolus, il ne s'est montré aucune manifestation secondaire, on peut être certain de n'avoir plus la syphilis. La syphilis, en un mot, comme toutes les autres maladies infectantes, a son temps d'incubation, ses périodes régulières de manifestations successives, ses évolutions enfin, qui ne se produisent qu'une fois en un temps donné, pour ne plus se reproduire ensuite.

Quant aux faits de manifestation tardive que l'on croit pouvoir rapporter à des accidents primitifs remontant à une date ancienne ou à des accidents tels que la blennorrhagie, par exemple, il faut en chercher l'origine beaucoup plus loin, suivant moi. C'est dans l'hérédité qu'il faut la chercher. Oui, la syphilis larvée peut tout aussi bien avoir son origine dans une transmission héréditaire que dans une contagion anciennement contractée par l'individu lui-même. J'ai en ce moment même, dans mon service, un jeune homme de 17 ans qui n'a vu éclore qu'à cet âge les symptômes d'une syphilis tertiaire provenant de ses parents. J'ai vu des sujets chez qui la vérole héréditaire ne s'est manifestée qu'à l'âge de 40 ans. Supposez un instant que ces individus-là aient eu une blennorrhagie à une époque plus ou moins éloignée de cette explosion tardive d'un germe inné, on ne manquerait certainement pas d'attribuer ces accidents à la blennorrhagie.

Ainsi, pour me résumer sur ce premier point, j'admets la syphilis larvée, j'admets une diathèse syphilitique susceptible de sommeiller pendant de longues années sans produire la moindre manifestation ; mais je n'admets pas que des accidents primitifs, quand ils ne sont pas traités, puissent rester, comme on l'a cru si longtemps et comme quelques personnes le croient encore, dix, quinze, vingt ans et plus avant de produire la série des symptômes consécutifs.

M. Ricord, passant à un autre point, à la question des eaux sulfureuses, proteste contre l'interprétation erronée que l'on a donnée au but qu'il se propose quand il envoie ses malades aux eaux minérales sulfureuses. Ce n'est pas du tout, comme on l'a dit, dans le but de s'assurer si la guérison était complète ou non, mais pour remplir certaines indications du traitement, et particulièrement pour combattre les influences débilitantes de la médication antisyphilitique. Ce n'est pas qu'il ne reconnaisse à ces eaux la propriété de servir de pierre de touche, en donnant à l'économie un coup de fouet susceptible de raviver l'action éteinte du virus ; mais ce n'est pas dans un semblable but qu'il recommande l'usage des eaux sulfureuses.

Enfin, en ce qui concerne la question relative à l'action du sublimé corrosif, ce n'est pas sans étonnement que M. Ricord a entendu M. Lagneau professer l'opinion que ce médicament ne produit jamais la salivation. Cette assertion lui paraît tout à fait contraire à ce qu'il a observé dans sa pratique ; il se range à cet égard de l'avis de MM. Velpeau et Requin. Il a vu des sujets traités par le

deutochlorure de mercure présenter des accidents de la plus grande gravité : notamment chez un sujet, la destruction d'une moitié de la langue ; chez un autre, la nécrose du maxillaire et la perforation de la joue. Le sublimé fait donc saliver comme les autres préparations mercurielles. Sans doute, si l'on établit une échelle entre les diverses préparations, on reconnaît que certaines de ces préparations ont plus d'activité que d'autres ; mais cela revient pour toutes à une question de dose et de quantité : c'est, si l'on veut, de la part du malade une question de tolérance ; de la part du médecin, une question de prudence.

M. Gibert (pour un fait personnel) n'a eu nullement en vue, dans ce rapport, pas plus que dans les précédents, d'attaquer en quoi que ce soit ni la personne ni les doctrines de M. Ricord ; aussi n'a-t-il pas compris le but de ces protestations dont on a parlé dans la dernière séance, pas plus que leur objet. Il a mentionné seulement dans ce rapport, d'après des renseignements consignés dans le mémoire de M. Pégot et d'après le témoignage de ce médecin, que M. Ricord avait envoyé des malades aux eaux pour vérifier si leur guérison était définitive. Voilà tout. Quant aux opinions de M. Ricord sur la syphilis larvée, il voit qu'elles ne diffèrent en rien de celles de tout le monde, et il ne s'explique pas dès lors le langage tout différent que lui font tenir certains journaux qui passent pour être les organes plus ou moins officieux ou officiels de ses doctrines, et qui ne manquent jamais l'occasion de traiter de rétrogrades et d'encroûtés les hommes qui parlent ou pensent autrement que lui.

M. Ricord n'a pas la moindre objection à faire au rapport de M. Gibert ; s'il a pris la parole, c'est qu'il lui avait paru qu'on avait mal interprété sa pensée à cette occasion, et qu'il tenait à la rétablir. Quant à l'assertion relative à l'envoi de ses malades aux eaux sulfureuses, on a donné évidemment une fausse interprétation de ses intentions.

M. Ferrus tient à rectifier le sens un peu exagéré que l'on a prêté à ses paroles. Il n'a pas dit que le sublimé ne fit jamais saliver, mais seulement que cet accident était rare après l'administration de ce médicament.

M. Moreau se félicite d'avoir amené M. Ricord à exposer son opinion relativement à la syphilis larvée ; il s'en félicite d'autant plus qu'il vient de trouver dans les paroles de M. Ricord une confirmation des faits qu'il a vus lui-même, et d'opinions qu'on avait presque tournées en ridicule lorsqu'il les a exprimées pour la première fois dans cette enceinte, savoir que des parents syphilitiques, mais n'ayant actuellement aucune manifestation apparente, pouvaient donner naissance à des enfants infectés de la syphilis.

M. Roux considère comme incontestable que le sublimé produit la salivation ; il partage entièrement, à cet égard, l'avis de MM. Velpeau, Requin et Ricord. Mais il est un autre point sur lequel il ne partage pas entièrement l'opinion de M. Ricord : c'est celui qui est relatif à l'action des eaux minérales sulfureuses sur la diathèse syphilitique. C'est là, à ses yeux comme à ceux de Bordeu et de Hallé, un excellent moyen de vérification, et auquel il est souvent très-utile de recourir.

Une autre idée a souvent préoccupé M. Roux : c'est qu'il lui a paru qu'en général la syphilis n'étant accessible aux moyens de traitement qu'autant qu'elle était manifestée par des symptômes extérieurs actuels, patents, appréciables, qu'elle résiste, au contraire, à toute influence des agents thérapeutiques spécifiques quand elle existe à l'état latent. Il comparerait volontiers, sous ce rapport, la syphilis à ces larrons sur lesquels il est impossible de mettre la main tant qu'ils restent confinés dans leurs cavernes, et qu'on saisit aussitôt qu'ils en sortent.

Enfin M. Roux proteste énergiquement contre la doctrine et contre les paroles désespérantes que M. Ricord vient de faire entendre. Eh quoi ! nul ne pourrait avoir la certitude, une fois atteint de la vérole, qu'il en pût être complétement débarrassé ! Il ne voudrait pas que des paroles aussi décourageantes pussent franchir cette enceinte sans être l'objet d'une discussion sérieuse. Il nous est arrivé à nous-même, dit-il, de dire quelquefois, dans nos leçons, qu'il n'y a point de prescription pour la vérole, mais ce n'a jamais été dans un sens aussi absolu que nous l'avons entendu.

M. Velpeau : Je constate avec plaisir que je ne suis pas le seul à avoir observé la salivation par le sublimé, puisque, à l'opinion de M. Requin, qui s'était joint à moi, dans la dernière séance, viennent se joindre aujourd'hui celles de MM. Roux et Ricord. Mais je n'insisterai pas sur ce point.

M. Ricord a soulevé plusieurs questions, et parmi ses assertions, il en est une notamment que je ne puis laisser passer sans protestation. M. Ricord vient nous dire de nouveau que la syphilis primitive est inévitablement suivie de l'explosion des phénomènes consécutifs dans un délai qui ne peut jamais dépasser six mois. C'est là, suivant moi, une erreur grave, une erreur d'autant plus dangereuse qu'elle en renferme d'autres. Et d'abord un chancre induré, le chancre infectant par excellence, comme on le dit, peut très-bien n'être point suivi d'accidents secondaires, alors même qu'il n'est point traité. J'ai vu des individus ayant eu des symptômes syphilitiques primitifs, chancre ou blennorrhagie, restés sans traitement, avoir des accidents constitutionnels au bout de dix, quinze, vingt ans au plus. M. Ricord nous défie de le lui prouver. Nous ne pouvons lui donner d'autre preuve matérielle que des faits. Mais ces faits, il ne les accepte pas, il en rit ; il suspecte les rapports qui nous sont faits, et il les repousse parce qu'ils ne vont pas à ses doctrines. Ainsi, si nous lui montrons un individu qui, n'ayant eu qu'une gonorrhée, présente dix ou vingt ans après des symptômes constitutionnels. M. Ricord répond : Qu'en savez-vous ? Et s'il lui est bien démontré que, dans l'intervalle, il n'a pu y avoir effectivement aucune infection nouvelle, il se rejette sur l'hérédité. Mais qu'en sait il à son tour ? Et ne peut-on pas lui rétorquer ses arguments habituels !

Lorsque après une longue carrière, nous voyons revenir à nous, avec des symptômes syphilitiques constitutionnels, des individus qui nous avaient consulté vingt ou trente ans auparavant pour une blennorrhagie, et que ces individus affirment, sans avoir à cela aucun intérêt, qu'ils n'ont jamais eu d'autres symptômes primitifs, et lorsque des faits de ce genre se renouvellent fréquemment, devons-nous donc rejeter ces faits et les considérer comme non avenus ?

M. Ricord dit que pour acquérir à cet égard un degré suffisant de certitude, il faut suivre les malades sans interruption, depuis le début jusqu'à la dernière évolution de la maladie. Mais c'est évidemment impossible, et lui-même n'a jamais pu le faire.

Vous nous demandez une démonstration qui est tout simplement illusoire. Mais ce qui l'est moins, c'est l'expérience collective, c'est le consentement presque unanime des praticiens qui reconnaissent et proclament ces faits vrais. D'où l'on peut conclure que la proposition de M. Ricord, relative à la période d'incubation de la syphilis, est erronée, contraire à l'expérience.

M. Gibert, en prenant tout à l'heure la parole pour un fait personnel, s'est réservé de revenir sur le fond de la question. Un mot seulement, dit-il, sur le fait que vient de relever avec tant de raison M. Velpeau. M. Ricord doit voir maintenant combien c'est un mauvais argument que la crédulité. Comment, après avoir déversé le ridicule sur nous, dans le temps, pour avoir cru à la manifestation de la syphilis latente, on vient aujourd'hui nous dire qu'une syphilis transmise par les parents, une syphilis héréditaire peut ne se manifester qu'après vingt, trente, quarante ans ! Mais où en est la preuve ? pourrons-nous demander à notre tour, et de quel côté est la plus grande crédulité ?

Mais assez sur ce point-là.

Que dire aussi du chancre du canal de l'urètre, invoqué par M. Ricord lorsqu'il n'y a eu pour tout symptôme primitif qu'une blennorrhagie ? Qu'en sait-il ? pourrait-on lui dire encore. J'ai répondu dans le temps, et cet argument me paraît encore bon aujourd'hui, j'ai répondu dans le temps qu'il n'était pas rare de voir des chancres occupant l'orifice du méat urinaire, et cependant sans que ces chancres donnassent lieu à un écoulement blennorrhagique. Il serait bien extraordinaire qu'un chancre situé dans une portion plus profonde du canal donnât lieu à une blennorrhagie, tandis que le chancre qui occuperait le méat, c'est-à-dire le point le plus voisin de la portion du canal qui est le siége le plus ordinaire de la sécrétion blennorrhagique, ne donne lieu à aucun écoulement de ce genre.

Enfin, M. Ricord ne croit pas, ne veut pas que la blennorrhagie puisse donner lieu à l'infection syphilitique et au développement des symptômes constitutionnels. J'ai rapporté dans le temps l'histoire d'un médecin qui était atteint d'une syphilide tuberculeuse. Ce médecin n'avait eu pour tout symptôme primitif qu'une blennorrhagie, et comme il était un des chauds partisans des doctrines de M. Ricord, il niait avoir une syphilide. « Je ne puis avoir une syphilide, disait-il, puisque je n'ai eu qu'une blennorrhagie. » Sa syphilide n'en était pas moins réelle, bien entendu, et s'il en eût fallu la preuve, au besoin on l'eût trouvée dans le résultat même du traitement. Ce malade guérit en effet après un traitement par le sirop de proto-iodure de mercure. Mais s'il a guéri de son erreur, je ne le sais, et j'en doute, car cela est plus difficile.

M. Lagneau répète et maintient ce qu'il a dit dans la dernière séance touchant le deutochlorure de mercure et l'extrême rareté de la salivation à la suite de l'usage de ce médicament.

M. Ricord, répondant au reproche que lui a fait M. Roux d'avoir fait entendre des paroles désespérantes, lui demande à lui-même quelles sont les garanties qu'il est à même de donner à ses malades qu'ils sont bien et dûment guéris. Pour lui, il dit ce qu'il a vu, et quelque pénible que soit cet aveu, il se croit dans l'obligation de dire qu'il a observé des récidives après tous les traitements, après les traitements les plus rationnels et dirigés par les plus habiles praticiens, il en a vu de lui comme de tous les autres, et rien n'est malheureusement plus commun que ces répétitions. Je crois à la guérison, dit-il, je veux bien y croire, mais pour y croire il me faut d'autres éléments que ceux qui existent jusqu'ici dans la science. Tous les faits connus ne prouvent malheureusement que trop que la guérison est rarement complète, que la disposition, la diathèse syphilitique dure très-longtemps, le plus souvent peut être toute la vie ; les remèdes peuvent éloigner les manifestations, les éloigner pour longtemps, mais rarement les faire disparaître tout à fait.

Quant à M. Velpeau, qui, comme nous tous, a vu des accidents tardifs, il ne nous dit pas dans quelles conditions il les a vus, il ne dit pas si c'est après ou sans traitement. Or c'est là cependant le point essentiel. Sans doute, et je viens assez de le dire, j'en ai vu beaucoup aussi de ces faits de manifestations tardives ; on n'a pas vécu vingt ans dans la spécialité sans avoir vu de ces faits ; mais c'est dans la manière de les interpréter que réside la différence. M. Velpeau dit que nous n'avons point fourni la démonstration de nos propositions ; mais cette démonstration se fait d'elle-même tous les jours par les faits que nous recueillons à l'hôpital ; c'est en suivant pas à pas chez le même sujet les évolutions successives de la maladie, que nous arrivons à faire cette démonstration. Que M. Velpeau et tous les incrédules comme lui veuillent bien s'astreindre à suivre ces faits comme nous, et ils arriveront bientôt à la même conviction. Il ne faut que six mois pour cela. Mais une chose m'a toujours surpris de la part de M. Velpeau. Lui qui croit à la blennorrhagie infectante, traite-t-il la blennorrhagie par le mercure ? Pas du tout. Il la traite comme nous par le copahu. Il y a là une singulière contradiction. Et je déclare que pour mon compte, si je croyais à l'infection par la blennorrhagie, je ferais subir à tous mes malades sans distinction un traitement mercuriel.

Quant à ce que M. Gibert a dit du chancre urétral, je n'ai qu'une chose à lui répondre : s'il n'a jamais rencontré le chancre urétral, c'est qu'il ne l'a pas cherché. Moi qui l'ai cherché, je l'ai vu et suis sûr de ce que j'ai vu. Aussi suis-je à même de diagnostiquer la blennorrhagie urétrale infectante de la blennorrhagie non infectante.

M. Cazeaux : Par quel moyen? Est-ce par l'inoculation ?

M. Ricord : Oui par l'inoculation, mais aussi par la symptomatologie. — M. Gibert objecte que le chancre urétral siégeant là où siége d'ordinaire la blennorrhagie, comment se fait-il que le plus souvent il existe presque sans écoulement? Mais la blennorrhagie n'est pas le symptôme obligé du chancre. Les blennorrhagies chancreuses, pour leur conserver cette dénomination, sont ordinairement les blennorrhagies les plus simples, à peine y a-t-il un léger écoulement purulent, elles sont le plus souvent indolentes. Cullerier les avait très-bien décrites, tout en en méconnaissant l'origine et la nature réelle.

Enfin, en ce qui concerne la syphilis héréditaire, je me demande, dit M. Ricord, si M. Gibert est de ceux qui croient à la manifestation tardive de la syphilis. Comment! il croirait à la manifestation tardive chez l'individu directement infecté, et il n'y croirait pas chez celui qui a reçu l'infection de ses parents! Quelle différence y a-t-il donc entre les accidents contractés par l'individu et ceux dont on hérite des parents? Aucune. C'est absolument la même marche, ce sont les mêmes caractères, les mêmes chances de durée des manifestations par conséquent.

M. Bégin : Il me semble qu'en général, quand on fait l'histoire de la syphilis, on la fait d'une manière trop uniforme, sans tenir suffisamment compte des différences relatives aux tempéraments et aux conditions individuelles. J'ai vu, dans ma carrière militaire, de ces aptitudes singulières telles que ceux-ci semblaient fatalement voués à contracter la vérole, rien qu'en regardant en quelque sorte une femme infectée, tandis qu'il en est d'autres, au contraire, qui semblent être entièrement réfractaires. C'est là un fait dont il faut, ce me semble, tenir compte plus qu'on ne le fait.

M. Ricord est loin de nier ces aptitudes spéciales dont parle M. Bégin ; mais malheureusement la raison de ces aptitudes reste un profond mystère, et il n'existe aucun caractère capable de vous les faire reconnaître d'avance. Je défie, soit que l'on considère l'âge, le tempérament, la constitution des divers sujets, qu'on puisse dire d'avance : Celui-ci a plus d'aptitude que celui-là à contracter la syphilis et à en être impressionné. On ne peut pas plus le dire pour le virus syphilitique qu'on ne peut le dire pour le virus varioleux ou le virus-vaccin.

La discussion est close.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'hématocèle du scrotum; par M. A. Jamain. — Thèse de concours. — Paris, 1853. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement; par M. H. Blot. — Thèse de concours. — Paris, 1853. Chez Ch. Lahure, 9, rue de Vaugirard.

Nous réunissons ici, dans un même compte rendu, deux livres qui ont entre eux de grandes analogies. D'abord ce sont deux thèses de concours pour l'agrégation ; en second lieu, toutes deux ont pour objet des affections presque identiques soit par leur nature hématique, soit par leur siége dans les organes de la génération.

Dire que ce sont deux thèses de concours, c'est déjà indiquer quel genre de mérite on est en droit d'y rechercher. Il y a, en effet, une grande différence dans la manière dont le même sujet est traité dans une thèse ou dans une monographie. Dans celle-ci, l'auteur n'est pas tenu quitte pour avoir fait preuve d'une érudition choisie, d'une grande clarté d'exposition, d'une critique judicieuse; on lui demande de la nouveauté dans les idées, de la personnalité dans les opinions; on veut que son œuvre réalise un progrès. Au contraire, dans une thèse, l'auteur s'efface le plus qu'il peut; il n'émet aucune opinion qu'il ne puisse couvrir de quelque autorité, aucune idée qu'il ne puisse abriter derrière un fait. Il doit être au courant de tous les travaux dont la question qu'il traite a été l'objet; mais quand il a fait un choix judicieux de ces travaux et qu'il les a soumis à un jugement éclairé, on ne lui demande pas, il faudrait ignorer la diligence avec laquelle il est forcé d'accomplir sa tâche pour lui demander d'y rien ajouter de son propre fond.

Ces réserves une fois faites, nous n'éprouvons aucun scrupule à payer à MM. Jamain et Blot un juste tribut d'éloges; et pour montrer que ces éloges sont bien mérités, nous allons les suivre dans tous les détails de leur sujet.

L'hématocèle est presque aussi anciennement connue que l'hydrocèle; mais elle a été fort négligée jusqu'à ces dernières années, où elle a définitivement pris une place distincte dans la pathologie. On lira avec intérêt dans la thèse de M. Jamain toutes les phases qu'elle a subies depuis Celse qui l'a mentionnée le premier jusqu'à M. Gosselin qui a apporté la dernière pierre à l'édifice.

Le sang peut être infiltré ou épanché dans les enveloppes extravaginales du testicule; il forme alors la première variété de la maladie, l'*hématocèle pariétale*. Cette variété est presque toujours traumatique; cependant MM. Lallemand et Cosselin ont observé chacun un cas d'épanchement sanguin du scrotum sans contusion. Le diagnostic n'est jamais difficile et le traitement des plus simples.

Lorsque le sang est épanché dans la tunique vaginale, on a affaire à la seconde variété, l'*hématocèle vaginale*. Cette variété peut être traumatique ou spontanée. Tout le monde sait quelle importance a pris l'hématocèle spontanée depuis quelque temps; aussi nous y arrêterons-nous plus particulièrement.

L'hématocèle traumatique se développe sous l'influence d'une contusion, l'agent vulnérant ayant porté directement sur les bourses. Lorsqu'au moment de l'accident la tunique vaginale est le siége d'un épanchement aqueux, l'hématocèle se développe beaucoup plus sûrement. Elle se forme encore à la suite de la ponction de l'hydrocèle, un vaisseau des téguments, du cordon ou même du testicule pouvant être ouvert par la pointe de l'instrument; enfin elle est occasionnée dans quelques cas rares par la contraction musculaire. Comme preuve que toutes ces causes sont bien réelles, l'auteur cite des observations. Mais les agents traumatiques agissent difficilement sur la tunique vaginale sans atteindre du même coup les autres enveloppes du scrotum; il en résulte que presque toujours il se développe simultanément une double hématocèle vaginale et pariétale. La tuméfaction est instantanée; elle est le plus souvent très-considérable, et à cette époque, mais à cette époque seulement, la maladie a une physionomie toute spéciale. Plus tard, si elle persiste malgré le traitement, elle se confond sous beaucoup de rapports avec l'hématocèle spontanée.

Celle-ci a été distinguée très-explicitement par J. Hunter. Boyer, A. Cooper, Dupuytren n'en ont parlé qu'accessoirement sans lui attribuer toute l'importance qu'elle mérite. M. Velpeau a de nouveau appelé l'attention sur elle, et son histoire a été très-heureusement complétée par les recherches de MM. E. Cloquet et Gosselin. Est-elle due à une contusion ancienne passée inaperçue? Se fait-il dans la vaginale une exhalation sanguine spontanée, principalement à l'époque de la puberté, lorsque les organes génitaux éprouvent un surcroît d'activité? L'affection se rencontre-t-elle plus souvent d'un côté que de l'autre? Toutes ces questions sont laissées indécises par M. Jamain, faute de faits assez nombreux et assez concluants. Il est beaucoup plus explicite lorsqu'il traite de l'anatomie pathologique : sur ce point les matériaux ne manquent pas, et on lira avec intérêt tout ce qu'il dit des nombreuses modifications que subit le sang épanché et la cavité qui le renferme. C'est surtout cette cavité qui intéresse le chirurgien par l'épaississement qu'elle éprouve et la fausse membrane qui s'organise à sa surface. MM. Gosselin et Ph. Boyer ont donné sur cette fausse membrane des détails descriptifs très-précis. Elle tapisse tout le feuillet pariétal de la tunique vaginale avec laquelle elle semble se confondre, et forme une coque cartilagineuse, quelquefois très-épaisse. Malgré cette union apparente, les deux membranes peuvent être séparées assez facilement, ce qui a donné l'idée à M. Gosselin d'un mode particulier de traitement dont nous dirons quelques mots. Le feuillet testiculaire de la vaginale est le plus souvent libre. Quelquefois cependant la fausse membrane se prolonge sur lui et forme au testicule une enveloppe mince, n'acquérant qu'exceptionnellement une notable épaisseur.

Quelle est l'origine de cette fausse membrane? Est-ce une dégénérescence de la tunique vaginale? Est-ce un dépôt fibrineux provenant de caillots sanguins stratifiés? Est-elle le résultat d'une phlegmasie de la séreuse? Cette dernière opinion est celle de M. Gosselin : « Dans ma pensée, dit-il, le point de départ est la phlegmasie lente et sourde avec exsudation plastique; la nature du liquide est secondaire et accessoire. Il reste séreux ou d'un jaune plus ou moins prononcé si la vascularisation n'est pas très-abondante; il est brunâtre et sanguinolent si la vascularisation de la tunique vaginale ou de la fausse membrane est très-prononcée. » En supposant cette opinion fondée, l'hématocèle spontanée serait primitivement une vaginalite pseudo-membraneuse, et l'épanchement sanguin serait consécutif au développement de la fausse membrane; tandis qu'en regardant celle-ci comme formée par des caillots stratifiés, l'épanchement sanguin serait la maladie première et la fausse membrane le résultat de l'hématocèle. Peut-être ces deux interprétations sont-elles applicables chacune à certains cas.

Les symptômes, la marche, la terminaison, le diagnostic de la maladie sont très-nettement exposés par M. Jamain. Le traitement a aussi sa part légitime. Après avoir passé en revue les topiques, les injections, les incisions simples, les incisions multiples, le séton et l'excision, il en vient à l'opération proposée par M. Gosselin, la décortication. Nous avons dit que cette opération était fondée sur la possibilité de séparer la fausse membrane

du feuillet pariétal de la tunique vaginale avec laquelle elle adhère moins intimement qu'il ne semble au premier abord. Cette opération, dont il a déjà été rendu compte dans la GAZETTE MÉDICALE (1853), est très-séduisante au premier abord; mais sera-t-il toujours possible d'opérer le décollement? Lorsque la fausse membrane se prolonge sur le testicule, comment l'enlèvera-t-on? Même avec son nouveau procédé, M. Gosselin croit que la castration est quelquefois la dernière ressource. Quant à nous, nous pensons qu'il y a place ici pour un moyen de traitement que M. Jamain n'a pas mentionné et que nous avons vu une fois suivi de guérison: nous voulons parler de l'incision suivie de la cautérisation; mais l'espace nous manque pour justifier un mode opératoire qui, s'il le cède dans quelques cas à la décortication, l'emportera toujours sur la castration. C'est aussi à regret que nous ne faisons qu'indiquer l'*hématocèle funiculaire*, maladie rare, dont il existe cependant des exemples que M. Jamain a su rassembler de manière à traiter la question avec la même richesse de développements que lorsqu'il s'est agi des autres variétés. Le lecteur saura bien suppléer à notre laconisme.

Les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin n'ont été étudiées par M. Blot, et cela en vertu du titre même de la question posée, que dans l'état de grossesse et pendant l'accouchement. Il faut avouer que la maladie a en effet, à cette époque, au point de vue des causes, des symptômes et même du traitement, quelque chose de spécial qui justifie cette division des tumeurs sanguines génitales en puerpérales et non puerpérales. Une maladie du cœur, des poumons, certaines altérations du sang sont des causes prédisposantes; il en est de même du volume excessif de l'utérus ou de son contenu et de l'étroitesse du conduit utéro-vulvaire qui gênent le retour du sang veineux pelvien, de la cavité du tissu cellulaire et de la dilatation variqueuse des veines du bassin. Les causes occasionnelles sont un froissement exercé par le fœtus, le forceps ou la main de l'accoucheur, une commotion résultant d'une chute, d'un coup porté sur le ventre, enfin certaines conditions d'équilibre encore mal appréciées envers la circulation de l'utérus et celle des parties génitales externes qui pourraient expliquer le développement des tumeurs sanguines qu'on a vues survenir sans cause appréciable immédiatement après la délivrance, c'est-à-dire à l'époque où les vaisseaux de l'utérus s'oblitèrent par le retrait de l'organe.

C'est surtout pendant l'accouchement qu'on voit survenir les thrombus les plus volumineux. Ils peuvent acquérir le volume d'une tête de fœtus, ou même prendre des dimensions encore plus considérables, soit que la tumeur se développe en haut, du côté de l'abdomen, dans le tissu cellulaire pelvien, dans la fosse iliaque, jusqu'au diaphragme; soit qu'elle descende dans les grandes lèvres, le pubis, le périnée et jusqu'à l'ischion. Ces faits sont rares, et le plus souvent la maladie est plus limitée, mais toujours beaucoup moins qu'en dehors de l'état puerpéral.

Les tumeurs sanguines suivent aux parties génitales des femmes la même marche et présentent les mêmes symptômes que dans les autres régions. Toutefois elles se compliquent d'accidents spéciaux que M. Blot a eu raison de faire ressortir: ce sont des symptômes de voisinage, tels que rétention d'urine, des matières fécales, ténesmes vésicaux et pariétaux, inflammation péritonéale, etc.; mais surtout des obstacles à l'accouchement ou à la délivrance, selon le moment d'apparition de la tumeur. Ces obstacles sont la source de quelques indications thérapeutiques que l'accoucheur ne doit pas hésiter à remplir. Ainsi lorsqu'un thrombus de la vulve est une cause de distocie, il faut se hâter de l'ouvrir. M. Cazeaux conseille de recourir à l'incision même avant l'engagement de la tête; M. Blot veut qu'on attende le moment où la tumeur commence à mettre obstacle au passage de l'enfant. Nous avouons que les raisons invoquées par M. Blot en faveur de l'incision tardive ne sont pas très-péremptoires. Si l'incision est suivie d'hémorrhagie, il est bien vrai qu'il pourra devenir nécessaire de tamponner; mais si le tampon lui-même devient un obstacle à l'accouchement, ne sera-t-il pas facile de le lever au moment opportun?

L'incision a-t-elle d'autres indications? Évidemment si la tumeur ne se résout pas, si elle tend à suppurer, il faut vider le foyer, laver la plaie et panser à plat. Mais faut-il inciser dans les conditions suivantes: la tumeur est volumineuse, les téguments sont amincis, la rupture spontanée est à craindre, tout porte à croire que le sang reflue dans le tissu cellulaire pelvien? En un mot l'incision peut-elle prévenir les accidents dont le développement exagéré de la tumeur peut être suivi? Nous ne le pensons pas. Il vaut mieux, dans ces cas, recourir à la compression et laisser le foyer à l'abri du contact de l'air. Il est bien entendu que la rétention du placenta ou des lochies pourrait nécessiter l'intervention immédiate du bistouri, à l'égal de la rétention du fœtus.

Nous ne terminerons pas cet article sans louer dans la thèse de M. Blot le grand nombre d'observations intéressantes qu'il a su rassembler, et dont chacune vient à l'appui d'une opinion ou d'une remarque énoncée par l'auteur. Cette manière de procéder par les faits indique une tendance de l'esprit au positivisme, tendance qui s'allie très-bien avec l'étude et la pratique des accouchements. Nous louons également beaucoup de chapitres où il eût été trop long de suivre l'auteur, tels que ceux de la marche, de la terminaison, du diagnostic différentiel et surtout de l'historique de la maladie. Le thrombus de la vulve n'est pas une maladie connue de toute antiquité; elle a été indiquée pour la première fois au seizième siècle par un chirurgien de Zurich, J. Rueff; mais le travail le plus important dont elle ait été l'objet est celui de Deneux, présenté en 1830 à l'Académie de médecine. Elle doit aussi beaucoup aux recherches récentes de MM. Hervez de Chégoin et Velpeau. Enfin la thèse de M. Blot résume très-convenablement l'état actuel de la question.

F. ROLLET.

VARIÉTÉS.

— NOUVELLES DU CHOLÉRA. — *Bulletin sanitaire hebdomadaire de Londres.* — Il y a eu à Londres 1001 décès du 2 au 8 octobre.

Dans les dix semaines correspondantes de 1843 à 1852, la moyenne des décès ramenée à l'accroissement de la population a été de 1047. La mortalité totale diffère donc peu de la mortalité habituelle dans cette saison de l'année.

En entrant dans le détail des maladies causes de décès, on trouve que la *scarlatine* a été fatale aux enfants.

La diarrhée a enlevé 71 personnes, chiffre à peu près semblable à celui de la semaine précédente; dans ce nombre figurent 51 enfants.

Le choléra tend décidément à augmenter; dans les trois semaines précédentes, il y a eu 16, 29 et 47 morts; la semaine dernière ce chiffre s'est élevé à 66 (29 hommes et 37 femmes). Ces décès ont été reportés de la manière suivante par rapport aux âges: 26 au-dessous de 15 ans, 36 à 15 ans et au-dessous de 60, 4 à 60 ans et au-dessus.

Dans la semaine correspondante de 1848, peu après l'apparition du choléra à Londres, on avait compté 30 décès cholériques; dans la semaine correspondante de 1849, vers la fin de l'épidémie, le nombre des morts cholériques était de 110.

Nous donnons ici les particularités relatives à un certain nombre de cas de choléra, telles qu'elles sont consignées dans les rapports des médecins résidents.

57 ans. Choléra asiatique. 25 heures. Maison bien ventilée, logement salubre. Diarrhée prodromique de quelques heures.

36 ans. Choléra asiatique. 22 heures. Maison neuve, bien ventilée, propre. Malade sujet à des rechutes de diarrhée.

30 ans. Choléra asiatique. 10 heures. Pas de diarrhée prodromique. Aisance, localité salubre. Le médecin visiteur fait remarquer qu'après plus ample information, il a été reconnu que le malade avait eu la diarrhée plusieurs jours avant l'attaque et avait fait usage de purgatifs salins.

27 ans. 5 mois de grossesse. Choléra. 20 heures. Il y avait eu un décès cholérique quelques jours avant dans la même chambre, où couchaient 5 personnes.

22 ans et 15 mois. Une mère et son enfant. 24 heures. Quinze jours avant, il y avait eu, dans la même maison, 1 cas de choléra. Pas de diarrhée prodromique, au dire du registror.

26 ans. Choléra asiatique. 5 jours, 4 jours après l'accouchement. Diarrhée prodromique de plusieurs jours.

— Les nouvelles de Newcastle et de Gateshead continuent à être satisfaisantes: le 7 octobre, il n'y a eu à Newcastle que 8 décès produits par le choléra, ce qui porte maintenant le nombre des morts à 1,460; mais en revanche, le nombre des diarrhées paraît avoir été considérable, car le nombre des personnes que les médecins visiteurs ont traitées n'est pas moindre de 3,500. Il y a eu quelques cas suivis de mort à Walquer et à South-Shields; mais en somme la maladie, tout en s'étendant peu à peu, reste dans des limites telles qu'elle ne peut recevoir encore le nom d'épidémique.

A Berlin, depuis le retour de l'automne et l'approche de l'hiver, le choléra est entré dans une voie de décroissance très-marquée. Jamais, du reste, il n'y a eu dans cette ville plus de 46 cas de choléra par jour sur une population de 430,000 âmes; toutefois c'est beaucoup plus encore que lors des premières invasions. En somme, depuis la première semaine de mois d'août, où il a fait son apparition à Berlin, le nombre des cas de choléra a été 1,151, dont 740 suivis de mort.

Sur le bord de la mer Baltique, le choléra a éprouvé également un ralentissement très-marqué. A Hambourg même, il peut être considéré comme ayant complétement disparu. Le nombre des attaques dans cette ville a été de 531, dont 277 suivis de mort. Les cinq sixièmes des cas se sont montrés dans les quartiers bas et marécageux de la ville.

A Copenhague, l'épidémie paraît également arriver à sa fin. Le nombre des attaques a été considérable: 7,325 et 4,082 décès.

A Stockholm, où il a fait plus tard son apparition, le choléra est en voie de décroissance. Le nombre des cas a été de 4,078 et celui des décès de 2,424.

Enfin, à Saint-Pétersbourg, le choléra est aussi en voie de diminution.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CHOLÉRA-MORBUS.

MOYENS DE PRÉVENIR LE DÉVELOPPEMENT ÉPIDÉMIQUE DU CHOLÉRA.

L'existence d'une période prodromique du choléra ne fera bientôt plus doute pour personne. Ce qui se passe en Angleterre et ce qu'en a rapporté avec tant de précision notre savant collègue M. Mélier contribueront à hâter le complet établissement de cette vérité. Grâce donc à la connaissance suffisamment répandue de ce fait, on ne saurait trop le répéter, il sera possible, dans le plus grand nombre des cas, de prévenir la période mortelle du choléra. Mais cette heureuse conséquence du fait d'une période prodromique du choléra n'est pas la seule qu'on puisse en tirer. Ceci n'est qu'une conséquence en quelque façon individuelle. Mais, ainsi que nous l'avons fait pressentir dans notre avant-dernier numéro, il est possible d'appliquer à l'épidémie elle-même ce que jusqu'ici nous n'avons fait qu'appliquer à la maladie, c'est-à-dire aux individus qui en sont atteints; en d'autres termes, il est possible de prévenir le développement de l'épidémie cholérique comme on prévient aujourd'hui le développement du choléra lui-même. C'est ce que nous allons chercher à montrer.

La chose est assez grave pour qu'on nous permette de la prendre d'un peu haut.

Le développement épidémique du choléra dans les localités est généralement annoncé par une diarrhée prodromique comme il l'est chez les individus. Cette période d'incubation de l'épidémie n'est pas moins bien établie que la période d'incubation de la maladie elle-même. Depuis plus de vingt années, la GAZETTE MÉDICALE n'a pas cessé de signaler ce fait à l'attention des médecins (1); et son exactitude n'a pas été moins généralement reconnue que celle du fait de la période d'incubation individuelle. L'épidémie, comme la maladie, a donc ses prodromes : Premier fait.

Il est également reconnu que pendant le règne de l'épidémie, c'est-à-dire alors qu'un grand nombre de malades subissent la forme la plus grave du choléra, un plus grand nombre encore, nous oserions presque dire le reste de la population, présente à un degré plus ou moins marqué les formes affaiblies de la maladie. Pour des esprits sceptiques, il y a deux épidémies : une de choléra, l'autre de diarrhée, ou quelque chose d'équivalent. Il n'y a pas lieu de discuter à fond la relation qui existe entre ces deux formes morbides concomitantes; de rechercher, par exemple, si l'une n'est que l'ébauche de l'autre, ou, comme on l'a dit, une simple affection intercurrente. Ce qu'il importe de constater pour le moment, c'est la simultanéité de ces deux faits : le choléra complet chez un certain nombre et la simple diarrhée chez un plus grand nombre : Second fait.

Si l'on rapproche ces deux faits, à savoir : l'existence d'une diarrhée prodromique de l'épidémie, et l'existence d'une diarrhée concomitante pendant l'épidémie du troisième fait, maintenant acquis à la science, de la vraie période prodromique du choléra algide, on arrive aisément à se convaincre que dans les trois cas il s'agit d'effets différant par le degré seulement d'une cause fonctionnant dans des conditions différentes. Pour s'en assurer, il suffit de deux simples remarques : la première, c'est que souvent la diarrhée prodromique de l'épidémie est rapidement suivie de l'explosion de la maladie complète, de façon à permettre une comparaison facile entre les prodromes de l'épidémie et les prodromes de la maladie; la seconde, c'est que dans les pays où le choléra épidémique règne, on a vu fréquemment, ainsi que nous aurons occasion de le montrer, des départements, des contrées avoisinant le théâtre de l'épidémie, n'offrir que la forme diarrhéique. Cette remarque a été faite dans des localités plus restreintes. Des villes, des villages mêmes ont offert cette particularité, qu'une moitié était envahie par le choléra, l'autre par la simple cholérine. Or qu'est-ce que cette différence de manifestation épidémique, sinon la répétition dans les localités de ce qui se passe chez les individus ? Tel pays, telle localité n'a et n'est actuellement propre à avoir que l'ébauche de l'épidémie, comme tel individu n'éprouve et n'est susceptible d'éprouver que l'ébauche de la maladie. En veut-on une dernière et plus concluante preuve ? la voici : que l'on compare la diarrhée prodromique du vrai choléra avec la diarrhée concomitante, dont les plus heureux guérissent : on ne pourra pas s'empêcher de reconnaître leur parfaite identité de nature, sinon de forme. Je dis plus, on ne pourra pas, pour peu qu'on élargisse suffisamment le cadre de l'observation comparative, ne pas apercevoir une similitude parfaite de l'ensemble comme des détails. Le caractère de la diarrhée, les nausées, les diminutifs des crampes, l'affaiblissement général, la tendance au refroidissement, trahissent dans les deux cas, non-seulement une communauté d'origine, mais encore et surtout une atténuation du choléra lui-même. Ces deux choses : la diarrhée prodromique et la diarrhée concomitante, étant semblables, conduisent naturellement à admettre que la diarrhée prodromique de l'épidémie est la même chose que la diarrhée prodromique de la maladie, par la raison très-simple que deux choses semblables à une troisième sont semblables entre elles : la géométrie n'est pas plus sûre ni plus simple que cela. Et en effet, qu'on examine de près les caractères de la diarrhée qui précède dans les localités l'explosion du choléra, et l'on y reconnaîtra tous ceux de la diarrhée qui règne à côté du choléra lui-même et chez les individus qui subissent sa plus forte influence. De fait en fait, de preuve en preuve, on arrive ainsi à se convaincre que la cholérine des localités non encore épidémisées, la cholérine des individus qui n'ont qu'elle au milieu de l'épidémie, et la cholérine de ceux qui subissent le choléra complet, ne représentent que des degrés d'action d'une influence identique.

Cette identité de la forme diarrhéique des préliminaires épidémiques ou individuels du choléra une fois admise, il y a lieu de rechercher comment l'une se convertit dans l'autre, c'est-à-dire comment l'influence étiologique, qui ne produit encore que les prodromes de l'épidémie, arrive

(1) Il n'est peut-être pas inutile de rappeler dans quels termes nous avons exprimé cette observation à une époque déjà assez éloignée : « La cholérine se » montre dans toutes les localités où doit éclater le choléra. Chaque fois que l'é» pidémie est sur le point d'envahir une contrée, la cholérine annonce son appa» rition et la précède, comme elle annonce et précède le développement du cho» léra chez les individus pris isolement. Son influence sur les masses suit les » mêmes lois de progression que sur chaque individu pris en particulier : ainsi, » la cholérine marque et réalise dans les pays où le choléra doit éclater le pre» mier degré de l'épidémie, sa première période, comme elle marque et réalise » chez les individus la première période du choléra lui-même. » (MÉMOIRE SUR LA CHOLÉRINE CONSIDÉRÉE COMME PÉRIODE D'INCUBATION DU CHOLÉRA-MORBUS. In-8°. 1837. Page 14.)

Feuilleton.

PALÉONTOLOGIE HUMAINE.

L'anthropologie a reçu depuis quelques années une nouvelle et grande impulsion. Grâce aux travaux de M. Serres et de quelques contemporains, on aura bientôt sur les diverses races qui ont peuplé le globe, et principalement sur les races primitives, des renseignements aussi certains que ceux que l'on possède sur les races d'animaux antédiluviens. Ce résultat sera précisément obtenu à l'aide de la méthode qui a si bien réussi pour la reconstruction d'animaux perdus : la paléontologie. C'est à M. Serres que revient en très-grande partie l'honneur d'avoir institué la paléontologie humaine. Nos lecteurs liront donc avec le plus grand intérêt une nouvelle note de notre illustre et ingénieux confrère, qui est comme un éclair à travers les richesses enfouies du territoire de la France.

Voici la note de M. Serres telle qu'il l'a communiquée à l'Académie des sciences :

« De tous les pays de l'Europe, la France est celui dont le sol a été le plus sillonné dans tous les sens, par les races qui lui sont étrangères. Les Grecs, les Romains, les peuples des rives du Danube, les Sarrasins, les Maures, les Scandinaves, les Goths, les Visigoths, etc., ont tour à tour parcouru ses diverses régions, et y ont déposé, en passant, les restes de ceux que les combats ou les maladies faisaient succomber.

» Il suit de là, d'une part, que la race gauloise est la plus mélangée des races européennes, et, d'autre part, que sa paléontologie offre des difficultés que l'on ne rencontre jamais au même degré dans les nations qui nous avoisinent.

» En prenant la race gauloise pour *critérium* des races humaines, ces mélanges et les variations qu'ils ont fait subir au type gaulois ont introduit dans le problème une somme d'inconnues que nous devons avant tout chercher à dégager le plus possible, en ralliant à nos études celles de l'histoire ancienne de la France.

» Cette alliance est surtout nécessaire dans les contrées où les Romains ont transporté des masses de populations étrangères. Car les Romains avaient bien compris, par les bulletins de César, que ce guerrier n'avait pas dompté la bravoure gauloise, et ils essayèrent d'y parvenir en la mélangeant avec d'autres races. Ils frayèrent ainsi la route aux Francs et aux barbares qu'ils traînaient à leur suite.

» Sous l'empereur Théodose I[er], cent mille habitants des bords du Danube furent disséminés dans les vallées de la petite rivière de l'Oise, aux environs d'Orléans, jusqu'à Poitiers, où ce courant fut arrêté par les Gaulois du Midi.

» Quoique, selon la remarque de l'illustre Pierre Pasquier, la terre de France produise des Gaulois, on peut néanmoins remarquer qu'une partie de la population où ces dépôts ont été faits porte encore l'empreinte de ces types aborigènes,

à produire successivement les prodromes du choléra et le choléra lui-même.

Ici nous nous trouvons devant une difficulté sérieuse, car il s'agit d'une difficulté de doctrine. Pour les uns le choléra est contagieux, et pour eux il est aisé d'expliquer comment l'effluve cholérique, se multipliant, se reconduit en quelque façon en passant d'individu à individu, finit par croître en quantité et en intensité. Pour les partisans de la génération épidémique, c'est la condition étiologique générale qui s'accroît d'elle-même jusqu'à s'élever à la puissance productrice du choléra complet. Nous ne saurions dissimuler que cette explication, qui étaye une hypothèse sur une autre hypothèse, ne nous satisfait pas beaucoup, d'autant plus que les adeptes de cette doctrine ne se dissimulent pas que l'encombrement des malades ne soit propre à favoriser l'accroissement de l'épidémie; il est vrai qu'ils s'expliquent ce résultat impossible à nier, par la formation de foyers d'infection. Quoi qu'il en soit, on admet, dans l'un et l'autre cas, que la conversion de la diarrhée prodromique de l'épidémie dans l'épidémie elle-même est le résultat d'un accroissement d'intensité de la cause du choléra. Que cet accroissement soit produit comme l'entendent les contagionistes ou comme le veulent les épidémistes, n'est-ce pas qu'à l'un et l'autre point de vue, la question doctrinale se résout en une question de fait, à savoir: l'accroissement d'intensité de la cause cholérique. Sous le bénéfice de cette conversion ou réduction, on est heureux de pouvoir tirer une conséquence pratique du plus haut intérêt qui, dans les deux cas, peut avoir pour effet de prévenir le passage des prodromes épidémiques à l'épidémie elle-même; or c'est là précisément l'objet principal de cet article, et c'est aussi ce que nous allons démontrer.

Dès que le choléra épidémique aura pris domicile quelque part, il s'agira de se tenir sur ses gardes et de savoir que toute diarrhée régnant épidémiquement au voisinage ou dans un rayon peu éloigné du foyer cholérique est ou peut être une émanation atténuée de la cause cholérique. Appliquant les lois de génération exposées plus haut, on combattra la diarrhée prodromique de l'épidémie avec autant de soin, de rigueur et de précision qu'on en mettrait à combattre la diarrhée prodromique du choléra: on traitera de bonne heure les individus comme s'ils étaient menacés de la maladie complète; et aux deux points de vue contagioniste et épidémiste, on fera chose utile, puisque l'on se prémunira, à tout événement, contre l'explosion possible de la maladie. Mais il est impossible de ne pas ajouter, qu'au point de vue contagioniste les avantages sont bien autres, comme aussi d'autres précautions doivent intervenir.

Au point de vue de la transmissibilité des émanations cholériques, étouffer les prodromes de l'épidémie, c'est empêcher que les germes de la maladie ne se développent, qu'ils n'acquièrent plus d'intensité par un renouvellement incessant, qu'ils ne se répandent trop facilement en se multipliant davantage; c'est là le vrai sens du foyer d'infection: accroître et multiplier. De cette première indication, il en découle une seconde. Il ne faut pas simplement arrêter le mal dans sa racine, mais il faut empêcher qu'il prenne racine quelque part: il faut disperser les malades, il faut que la division du mal soit tout à la fois le moyen de l'atténuer et de l'empêcher.

En résumé, les prodromes épidémiques, sur l'existence desquels tout le monde est d'accord, doivent être considérés comme des produits atténués de la cause du choléra, comme les premières manifestations de cette cause. Il convient de les combattre directement comme tels, soit en les traitant à la façon dont on traite les prodromes du choléra, soit en prévenant le foyer d'infection, et de toute façon en empêchant l'accroissement de la maladie et la multiplication des malades.

Ce qui précède n'est que la conception théorique d'un système de moyens préventifs que l'administration seule pourrait réaliser dans chaque pays. Cette réalisation devrait être analogue à ce qui s'est fait récemment en Angleterre: il faudrait prévenir l'épidémie par le système employé pour prévenir le choléra.

J. Guérin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Sur les tumeurs colloïdes et épithéliales; par M. Ch. Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine; mémoire lu à la Société de biologie, le 6 novembre 1852.

Rattacher les productions morbides aux éléments anatomiques normaux dont elles dérivent le plus souvent est le but qu'on se propose en anatomie pathologique, toutes les fois qu'il ne s'agit pas du cancer, du tubercule ou des collections purulentes. Partir de la connaissance de l'état normal pour arriver à se rendre compte de la nature réelle d'une altération, telle est la voie qui devrait être toujours suivie, mais qui est loin de l'être.

Ce qui suffirait pour prouver le fait que je viens d'avancer, c'est l'étonnement constant que manifestent les chirurgiens, lorsque, voyant récidiver une tumeur du rectum ou de la peau, etc., l'anatomie pathologique vient leur apprendre que la nature du produit n'est pas celle du cancer, mais que ses éléments sont ceux des glandes ou de l'épithélium de la région. Comment, en effet, après avoir vu les glandes (ou l'épithélium) d'une membrane, ne songerait-on pas que si quelques-unes sont devenues malades et ont été enlevées une première fois, on en laisse nécessairement sur les bords de la cicatrice (glandes) ou à sa surface (épithéliums) qui pourront être le siége de la même altération que les autres? Et c'est ce qui arrive en effet. Des follicules d'une muqueuse s'étant hypertrophiés, par exemple, une première fois, sans qu'on sache pourquoi le plus souvent, on ne saurait dire pourquoi nous plus ceux qui restent ne s'hypertrophieraient pas à leur tour.

Vouloir trouver dans une récidive de pareilles tumeurs (et ce sont en effet celles qui récidivent le plus) un argument en faveur de la nature cancéreuse du produit, c'est là une idée qui ne peut venir qu'à ceux qui n'auraient observé ni les éléments normaux d'un tissu, ni ceux des productions morbides dont il est le siége.

Les notions qui précèdent sont des résultats de l'expérience qui peuvent actuellement servir de règle ou de loi pour guider dans l'étude des produits morbides. Les ayant appliquées depuis trois ans à l'étude des tumeurs colloïdes et épidermiques, je suis arrivé aux conclusions suivantes, que je donnerai seules ici. Quant aux descriptions à l'appui, elles font partie du traité d'anatomie générale que je rédige et que je crois inutile d'en séparer pour le moment.

1° Les productions qui ont été décrites sous le nom de *cancer colloïde*,

par la raison que, dans ces migrations contraintes ou volontaires, les hommes étaient toujours accompagnés de leurs femmes.

» Par la même raison, plus sont anciennes les couches des sépultures, plus sont tranchés les caractères cranioscopiques aborigènes des restes humains. Ce fait, si important pour la paléontologie gauloise, ressort avec évidence des fouilles nombreuses faites par M. l'abbé Frère, ancien professeur d'éloquence sacrée à la Sorbonne, et chanoine actuel à Notre-Dame de Paris.

» Dans la belle collection, recueillie par ce savant ecclésiastique, sur tous les points de la France, collection dont il a fait don à la galerie anthropologique du Muséum, on suit, pour ainsi dire, pas à pas la dégradation et la recomposition du type gaulois dans la marche du temps.

» J'ai retrouvé des faits analogues dans les fouilles que j'ai faites dans le département de l'Yonne avec M. Jean Reynaud et le comte de Saint-Léger, afin de déterminer la fusion du type Burgonde avec le type indigène. A Londinières, j'ai rencontré, avec M. l'abbé Cochet, ecclésiologue du département de la Seine-Inférieure, le type franc, le type scandinave, les femmes gauloises et les enfants issus de ces alliances.

» Les crânes que j'ai recueillis dans cet ancien cimetière, joints à ceux beaucoup plus nombreux trouvés aux environs de Dieppe avec M. Jean Reynaud et Olivier Quenouille, m'ont permis de rallier le type de la Normandie avec ceux du Perche, de la Beauce et de la Picardie.

» A Precy-sur-Oise, en 1846, les travaux du chemin de fer mirent à nu de vastes sépultures anciennes, parmi lesquelles je rencontrai le type gallo-romain, le type teuton, une variété du type mongol se rapprochant du type kalmouk, que nous avons vu à Paris en 1814, un type goth et peut-être le type slave, caractérisé par une étroitesse remarquable de la portion des maxillaires qui supportent les dents incisives et canines. Tout porte à croire que ces sépultures remontaient à l'époque de la translation des habitants des bords du Danube dans cette contrée.

» Nous devons ajouter cependant que cette conjecture n'est pas entièrement justifiée par la physionomie actuelle des habitants, de sorte que si elle est exacte il faut que les influences du sol ou les croisements aient puissamment agi pour convertir ces types. Afin de déterminer la marche de cette action, il est nécessaire de fouiller des sépultures intermédiaires à cette époque ancienne pour les comparer à celles de nos jours.

» Une première occasion m'ayant été offerte ces jours derniers, je l'ai saisie avec empressement. Auprès de la ville de Clermont (Oise) se trouve le village d'Agnès, et dans ce village existe une église ancienne que M. le comte de Plancy, maire de la commune, a fait classer parmi les monuments historiques.

» En dégageant cette église, dont la base était encombrée par l'accumulation des sculptures, on mit à découvert des ossements humains, parmi lesquels la configuration de certains crânes éveilla l'attention de M. de Plancy. Sur son invitation, nous nous sommes rendus dans cette commune, et dans des fouilles nouvelles, qui furent faites en notre présence, nous retrouvâmes dans les couches les plus profondes des types qui rappellent ceux que nous avions rencontrés à Precy-sur-Oise. Ces types sont sous les yeux de l'Académie.

» Dix à douze siècles séparent les sépultures de Precy-sur-Oise de celles du village d'Agnès, qui, en remontant cette rivière, en est distant de 12 à 14 kilomètres. Or

gélatiniforme, *aréolaire*, etc., ne sont presque jamais cancéreuses. Si je m'en tenais à ce que j'ai pu observer, je dirais *jamais*. Je n'ai en effet pas encore vu de tumeur ayant l'aspect *colloïde* qui renfermât les éléments du cancer (cellules et noyaux caractéristiques ou éléments spécifiques).

2° L'aspect *colloïde*, *gélatiniforme*, etc., est un caractère d'ordre physique qui est dû à une quantité plus ou moins considérable d'une substance amorphe, rosée, bleuâtre ou jaune pâle, transparente ou demi-transparente, peu ou très-granuleuse, interposée à des éléments qui forment la trame de la tumeur, et en constituent même souvent, bien que pas toujours, la plus grande partie quant à la masse.

Cette substance, tenant écartés les uns des autres les éléments fondamentaux du tissu malade, donne sa demi-transparence à tout le produit morbide, bien que ces éléments soient opaques ou à peu près lorsqu'ils se touchent en grand nombre à l'état normal. Il se pourrait que cette matière amorphe, transparente comme de la gélatine, se trouvât interposée entre des éléments du cancer et donnât à la tumeur l'aspect gélatiniforme, mais je n'ai encore jamais rencontré un cas de ce genre.

3° Toutes les tumeurs gélatiniformes, dans une partie ou dans la totalité de leur masse, qui m'ont été envoyées sous le nom de *cancer colloïde*, ou que j'ai observées moi-même, se sont trouvées être tantôt :

a. Des tumeurs ayant pour trame des fibres ou des faisceaux de fibres des tissus cellulaire et élastique, avec des éléments fibro-plastiques en petite quantité. Ces tumeurs siégeaient soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, intermusculaire ou sous-séreux, la peau, dans le périoste, dans le poumon, dans le maxillaire inférieur distendu, le névrilème du nerf dentaire semblant dans ce cas en avoir été le point de départ.

b. Des tumeurs ayant pour élément principal des éléments fibro-plastiques, soit surtout des noyaux, soit en même temps des fibres fusiformes et des cellules fibro-plastiques ; ces éléments fibro-plastiques sont assez communément plus granuleux que lorsqu'il n'y a pas de matière amorphe avec eux, et ils sont accompagnés d'une petite quantité de fibres du tissu cellulaire. Les tumeurs ainsi constituées, qui sont assez communes, ont été trouvées dans les mêmes régions que les précédentes, moins le tissu cellulaire sous-séreux.

c. D'autres fois, et c'est le plus souvent, cette matière amorphe est interposée à des éléments glandulaires hypertrophiés. Ce fait s'observe surtout au rectum ou dans le reste du gros intestin et dans l'estomac, c'est-à-dire dans les portions des tubes digestifs dont la muqueuse est formée presque uniquement par des follicules pressés les uns contre les autres. Ce sont du moins ces muqueuses qui sont le point de départ du mal, ce que prouve l'examen des tumeurs peu volumineuses, comparées à celles qui le sont beaucoup et qui, en grossissant, vont jusqu'à envahir les muscles voisins, le foie, le pancréas, etc. Toujours, dans ces tumeurs, on trouve des follicules en culs-de-sac simples ou lobés, très-hypertrophiés ou ayant perdu leur paroi propre et réduits à une gaîne épithéliale. Des cellules épithéliales libres s'observent aussi dans la matière amorphe, surtout près de la surface ulcérée des produits morbides. Lorsqu'il s'agit de follicules tapissés d'un *épithélium nucléaire*, celui-ci est presque toujours transformé en épithéliums pavimenteux, sphérique, et même cylindrique. A plus forte raison en est-il de même lorsque ces glandes sont pourvues d'un épithélium sphérique ou dont le goulot est tapissé d'épithélium cylindrique. Les cellules d'épithélium deviennent souvent très-grosses, mais leur noyau s'hypertrophie rarement. Il se pourrait que des observateurs prévenus, ne connaissant pas suffisamment les glandes de la région et son épithélium, ou examinant avec un objectif trop faible, aient pris ces éléments d'épithélium pour ceux du cancer, bien que, quelque soit leur hypertrophie, ils conservent toujours leur aspect *épithélial* sans prendre celui des éléments anatomiques du cancer. La présence des culs-de-sac glandulaires suffirait à elle seule pour fixer le diagnostic des plus inexpérimentés. Ce sont surtout ces tumeurs-là qui, à la coupe, offrent des aréoles, limitées par des faisceaux de tissu cellulaire, entre lesquels se trouvent la matière amorphe et les culs-de-sac qu'on peut faire sortir par la pression. Ce sont elles aussi qui renferment des corps volumineux de forme variable, dont il a été fait mention dans le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, du mois de février de l'année 1852, sous le nom de *corps colloïdaux*, à propos d'une tumeur du foie que j'avais examinée. Ces corps, qui se trouvent aussi dans des tumeurs gélatiniformes du poumon et dans des tumeurs qui n'ont pas l'aspect de la colle, sont des éléments d'épithélium ayant subi un mode d'altération particulier fort curieux sur lequel je reviendrai dans un autre travail.

Enfin, la matière amorphe peut se rencontrer dans des hypertrophies des glandes de la muqueuse nasale, de la parotide, de la mamelle, et peut-être aussi du foie et du pancréas. Toutes les fois que la matière amorphe est abondante, il y a çà et là des foyers hémorrhagiques plus ou moins volumineux.

De la matière gélatiniforme peut se rencontrer aussi dans des portions d'une sorte de tumeur susceptible de se généraliser, renfermant surtout une espèce particulière d'éléments anatomiques hétéromorphes, différents de ceux du cancer, que j'ai observée depuis la lecture de ce travail sur des tumeurs présentées par M. Lorrain à la Société de biologie, et dont je donnerai la description et les figures dans le rapport que je dois faire sur ce travail ou dans l'ouvrage mentionné plus haut.)

4° Des différentes conclusions de la partie de ce travail qui concerne les productions épithéliales, je ne donnerai que les deux dernières, car les autres se trouvent déjà dans les thèses de quelques-uns de mes élèves (Luna, Toutant, Levé).

Dans les productions épidermiques de la peau, lorsque les cellules se développent dans la profondeur du derme qu'elles envahissent, les fibres du tissu cellulaire et beaucoup de capillaires sont les premiers éléments qui s'atrophient et disparaissent. Les fibres élastiques, au contraire, persistent très-longtemps et se rencontrent intactes entre les cellules épithéliales et les globes épidermiques, fait qui ne s'observe jamais dans un tissu envahi par les éléments cancéreux.

5° Le cancer est, dans le foie comme dans les autres organes, plus rare qu'on ne l'a cru jusqu'à l'époque où le microscope a permis de comparer la structure des produits morbides d'un organe à celle de cet organe. On confond ordinairement avec le cancer du foie, sous le nom de tubercules cancéreux du foie, etc., des tumeurs pouvant affecter la totalité de cette glande, qui ne sont autre qu'une affection épidermique, c'est-à-dire une multiplication (avec déformation de quelques-unes) des cellules de l'épithélium des tubes sécréteurs de la bile. Ces éléments épithéliaux sont accompagnés constamment de corpuscules jaunâtres sphéroïdaux, variant entre 12 et 60 millièmes de millimètre, de formes diverses, plus ou moins granuleux, qui se développent généralement entre les cellules épithéliales et quelquefois même dans l'épaisseur des cellules qu'ils rendent plus volumineuses. Ces corps sont d'autant plus nombreux que la tumeur est plus grosse, du moins ordinairement. On les trouve du reste plus ou moins

---

la comparaison des types permet d'apprécier les modifications qui se sont opérées dans le cours de cette période. Il ne reste du type kalmouk que des empreintes profondes qui se décèlent par l'avancement des arcades alvéolaires, par la forme quadrilatère de l'ouverture nasale, par l'aplatissement des os propres du nez, par l'abaissement du pédicule nasal du coronal, par l'élargissement de l'onguis et la largeur de l'ouverture du canal nasal.

» Quant au type dont la région maxillaire est comprimée, et que nous avons vu être si fréquent dans la fouille de Précy-sur-Oise, nous l' avons également retrouvé dans celle du village d'Agnès, mais avec un changement remarquable dans l'obliquité des alvéoles et des dents.

» En zoologie, c'est particulièrement de la couronne des dents qu'on se sert pour la caractérisation des espèces chez les mammifères. Les racines offrent peu d'intérêt, à cause de l'allongement des maxillaires et de leur peu d'influence sur la charpente de la face des animaux.

» En anthropologie, au contraire, la brièveté des maxillaires donne aux racines dentaires une importance au moins égale à celle de la couronne ; car des dimensions des incisives résultent les dimensions du vestibule du nez, de celles des canines résultent les dimensions de la bouche, et leur longueur ou leur brièveté détermine le minceur ou la grosseur des lèvres, ainsi que l'étendue de la partie antérieure des arcades alvéolaires.

» Or on sait toute l'influence que les dimensions de la bouche, des lèvres, du nez, et l'avancement ou le reculement des arcades alvéolaires exercent sur la physionomie des races humaines, sur leurs variétés et les racines de leur langage.

» Par la même raison, c'est-à-dire par suite de l'allongement des maxillaires chez les animaux, les cavités dont est creusée la charpente osseuse de la face n'ont offert aucun intérêt à la zoologie.

» En anthropologie, au contraire, ces cavités, par la contraction des os, deviennent une espèce de moule sur lequel se façonnent les joues, les orbites et la racine du nez. Leur variation dans les races est subordonnée à celle de ces cavités qui sont des réservoirs aériens pour la respiration de l'homme.

» Enfin, par la même raison encore, la base du crâne des animaux a peu fixé l'attention des zoologistes ; Daubenton est le seul qui en ait saisi l'importance.

» En anthropologie, au contraire, la considération de cette surface offre le plus grand intérêt, et présente des caractères dont la fixité est indépendante de l'influence des agents extérieurs, dont l'action est si puissante chez l'homme.

» Indépendamment de la position relative du trou occipital, dont le collaborateur de Buffon a déduit des rapports si ingénieux et si positifs, on y trouve le canal carotidien, dont la lumière détermine le volume du calibre de la carotide interne, qui donne la mesure approximative de l'ampliation des lobes cérébraux : on y trouve les trous ronds et ovales, livrant passage aux branches principales du nerf trifacial, dont les dimensions dans les races humaines sont en raison directe du développement de la face et en raison inverse du développement de l'encéphale. On y trouve enfin l'apophyse ptérygoïde, dont les rapports avec la base du sphénoïde donnent naissance à l'angle *méta-facial*, dont nous avons démontré toute l'importance chez l'homme, dans les lois de l'ostéogénie.

» Plus, en effet, cet angle est ouvert, plus le sommet de l'apophyse ptéry-

abondamment sur toutes les tumeurs épithéliales de la peau, de la langue, de la vulve, du cuir chevelu, etc. Toutefois leur volume est là généralement plus grand que dans les tumeurs analogues du foie.

CHIRURGIE PRATIQUE.

RÉFLEXIONS SUR LES LUXATIONS DU FÉMUR DIRECTEMENT EN BAS, A PROPOS D'UNE NOUVELLE OBSERVATION DE CE GENRE ; par le professeur BOUISSON (de Montpellier).

A mesure que le diagnostic et l'anatomie pathologique des luxations font des progrès, les lacunes de la science relatives aux espèces et aux variétés de luxations deviennent plus faciles à combler, et telle observation qu'on eût autrefois regardée comme douteuse ou insuffisante, peut aujourd'hui prendre une place légitime parmi les notions sur lesquelles est basée l'histoire complète des luxations dont une articulation peut être le siége. Une étude exacte des dispositions morbides trouvées sur le cadavre et l'examen sévère des caractères physiques ou physiologiques présentés par les individus atteints de luxations ont concouru à réaliser ce progrès. L'anatomie pathologique peut sans doute être citée comme la première source de vérité en pareille matière ; et il y a peu de temps encore, lorsqu'un point était litigieux dans l'histoire d'une luxation, on n'admettait d'autre solution que celle que donnait la dissection des parties lésées. Les données du diagnostic étaient impitoyablement refusées, au moins par les adeptes d'une école chirurgicale, dont les prétentions au positivisme étaient tellement exigeantes, que cette exigence même retardait les progrès de la science. J'ai entendu, dans la discussion des thèses d'un concours de chirurgie auquel j'ai pris part à Paris (1), d'honorables compétiteurs soutenir, à propos de certaines luxations rares, que la vérification faite sur le cadavre pouvait seule établir la réalité d'un fait chirurgical, et que le diagnostic n'ayant pas la même valeur probatoire, et exposant à de fausses interprétations ou à des erreurs considérables, devait être mis en réserve quand il s'agissait d'affirmer l'existence d'une espèce rare de luxation.

Pour ceux qui veulent donner au progrès une base plus large, le moment est venu de rendre au diagnostic toute la part qu'il mérite dans la constitution de la science pathologique. Nous avons assez invoqué dans d'autres circonstances les services de l'anatomie pathologique pour n'être pas soupçonné de partialité envers cette science favorite de notre époque ; mais nous sommes loin de partager l'exclusivisme de ceux qui ont voulu n'admettre que les révélations du cadavre. En tant qu'il s'agit de luxations traumatiques, le diagnostic doit avoir sa part constitutive dans la partie de la science chirurgicale qui s'y rapporte, et l'étude des caractères extérieurs d'une luxation observée chez le vivant, combinée avec les données étiologiques et physiologiques, doit fournir, dans bon nombre de cas, une révélation du genre de lésion, au même titre de certitude que l'examen cadavérique. Le diagnostic bien établi est, à vrai dire, une sorte d'anatomie pathologique des formes extérieures et une interprétation par la vie des désordres qu'on cherche à connaître. A cet égard, on peut en invoquer les lumières pour prouver l'existence d'une luxation rare, comme on invoquerait celles de l'anatomie pathologique.

Nous nous serions peut-être abstenu de ces réflexions préliminaires, si l'histoire de la luxation directe du fémur en bas n'avait pas eu la mauvaise fortune de débuter précisément par un exemple basé sur le diagnostic et malheureusement obscur ou contestable. Dans ce cas que l'on doit à M. Ollivier, et dont il sera question plus tard, le doute était permis et la réserve légitime ; mais une observation incomplète ou équivoque n'enlève pas sa valeur à une observation plus exacte et plus probante, et si l'on veut bien admettre que le diagnostic des luxations a fait quelques progrès, on sera sans doute mieux disposé à accepter un nouvel exemple qui nous a paru réunir tous les éléments qui témoignent de sa réalité. Comme il n'est pas, du reste, le seul que la science possède, établissons préalablement en quelques mots où en est la question.

La luxation de la tête du fémur directement en bas peut s'effectuer aussi bien que d'autres luxations contestées, telles que la luxation du même os directement en arrière, dont nous avons cité ailleurs un exemple (1), c'est-à-dire que le déplacement dans ce sens ne rencontre aucun obstacle absolu, et que s'il a lieu plus rarement que les autres, c'est qu'il faut un concours de causes plus violentes et plus exceptionnelles.

La cavité cotyloïde est située de telle manière que, dans les conditions accidentelles où la tête du fémur peut l'abandonner sous l'influence d'une cause violente, cet abandon se fait surtout dans la direction de ses diamètres obliques, vers l'extrémité desquels l'os de la cuisse est entraîné. Le diamètre oblique de haut en bas et d'arrière en avant est celui que la tête fémorale suit le plus ordinairement dans ses déplacements, et où elle est le plus facilement entraînée, tant par la prédominance des mouvements d'adduction et d'abduction et par l'attitude qui en résulte au moment des chutes que par le concours que prêtent à ces déplacements les dispositions anatomiques représentées soit par les échancrures de la cavité cotyloïde, soit par la résistance inégale de la capsule fibreuse. De là résulte la fréquence relative des luxations *iliaque* et *obturatrice*. Dans un second ordre de fréquence viennent les luxations qui se font aux extrémités du diamètre oblique de haut en bas et d'avant en arrière, et que l'on désigne sous les noms de luxation *pubienne* et de luxation *sacro-sciatique*. Mais si la science a pu, non sans tâtonnements et sans controverses, arriver à établir d'une manière satisfaisante et acceptable les principales espèces de luxations coxo-fémorales que nous venons d'indiquer, elle doit aujourd'hui enregistrer d'autres luxations qui se font dans l'intervalle des diamètres obliques et qui, pour être rares, n'en sont pas moins dignes de fixer l'attention des praticiens.

Parmi ces luxations insolites, l'une de celles qui présentent le plus d'intérêt, soit à cause de sa rareté même, soit à cause de la possibilité de la confondre avec la luxation sacro-sciatique ou avec la luxation obturatrice, est la luxation qui se fait directement en bas, et dont la synonymie, prématurément compliquée, semble indiquer, au moins de la part des chirurgiens qui l'ont dénommée, la conviction qu'elle doit figurer parmi les luxations classiques du fémur.

La luxation du fémur directement en bas, nommée *ischiatique* par

(1) Concours pour la chaire de clinique chirurgicale, 1850-51.

(1) Voy. notre mémoire intitulé : OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR QUELQUES VARIÉTÉS RARES DE LUXATIONS. (ANN. DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE, t. IX.)

---

goïde projette en avant le maxillaire supérieur. D'où il suit que les degrés de prognatisme de la face humaine sont exactement mesurés par les degrés d'ouverture de cet angle, en même temps que le mouvement de bascule de la base du sphénoïde fait saillir en avant ou en arrière les lobes antérieur et postérieur du cerveau.

» Dans nos recherches sur la paléontologie humaine, et en particulier sur les crânes provenant de la fouille d'Agnès, c'est donc, en premier lieu, sur l'ensemble des dents et dans le contour des arcades alvéolaires ; en second lieu, dans la capacité relative des sinus maxillaires, sphénoïdaux, ethmoïdaux et frontaux ; en troisième lieu, dans les dispositions de la base du crâne, surtout dans les degrés d'ouverture de l'angle *méta-facial* que sont fondées les déterminations probables des modifications des ossements des couches profondes, comparés à ceux des couches superficielles. Reste à rechercher maintenant la cause de cette modification.

» En supposant que ces ossements proviennent des descendants directs de ceux de Précy-sur-Oise, est-ce à l'action du climat de la France, ou bien à un effet de croisement de race, que l'on doit les attribuer ? La dernière de ces deux assertions nous paraît la plus vraisemblable.

» Quant à l'épaisseur des os de certains crânes qui avaient frappé M. de Plancy, je l'ai rencontrée à Londinières, sur des Scandinaves et des Francs de l'époque mérovingienne ; dans le département de l'Yonne, sur des Burgondes et des Gaulois ; fréquemment à Paris, dans les fouilles de l'église Saint Gervais, de la tour Saint-Jacques, dans la nouvelle rue de Rivoli, et au Louvre, sur des crânes recueillis par M. de Nieuwerkerke.

» Un fait qui m'a paru assez général, c'est que cette épaisseur des os coïncide avec le développement considérable des fosses occipitales supérieures. Un fait général aussi, c'est que l'ancienneté des os est en rapport avec l'usure de leur lame externe, de sorte que les canalicules osseux sont plus ou moins à nu, selon le temps plus ou moins long qu'ils ont séjourné dans la terre. Cette remarque est applicable aux ossements trouvés dans les cavernes et que l'on considère trop précipitamment comme fossiles.

» Dans la paléontologie humaine, l'erreur nous menace de tant de côtés, que l'on ne saurait apporter trop de réserve dans les inductions que l'on déduit de la considération des débris anciens de l'homme. Les armées romaines se composaient de races si diverses, qu'en France, nous devons surtout apporter la plus grande circonspection dans la détermination des types que les fouilles mettent à découvert. Ainsi, dans une fouille faite au pied de l'église Saint-Étienne-du-Mont, nous avons trouvé, avec M. Desnoyers, bibliothécaire du Muséum, un squelette renfermé dans une bière de plâtre, qui appartient évidemment à la race éthiopique. Dans la fouille faite dernièrement à Lillebonne, près l'embouchure de la Seine, M. l'abbé Cochet a trouvé deux enfants de la période romaine, morts tous les deux à l'époque de la seconde dentition. De ces deux enfants, l'un a le coronal arrondi et bombé ; l'autre, au contraire, a cet os allongé et très-aplati. Évidemment ils appartiennent à des races différentes.

» Comme on le voit, ces études sur la paléontologie humaine, dont nous n'offrons ici qu'un premier aperçu très-imparfait, nous font sentir de plus en plus la nécessité de posséder des squelettes gaulois contemporains de la période romaine. Ces squelettes se trouvent dans l'intérieur des dolmen ou tout autour

M. Gerdy (1), *sus-cotyloïdienne* par M. Vidal (de Cassis) (2), est celle qui, d'après l'idée que donnent ces dénominations, se fait vers la tubérosité sciatique, et dans laquelle par conséquent la tête du fémur s'échappe au-dessous de la cavité cotyloïde, dans le sens d'un des rayons inférieurs. La mention de cette luxation est négligée par la plupart des auteurs antérieurs à l'époque contemporaine ; elle est même niée dans sa possibilité par certains d'entre eux, notamment par J. L. Petit. Voici comment ce chirurgien s'est exprimé (3) : « Je pense, dit-il, qu'il n'y a point d'autres luxations en bas que celles qui se font en dedans, et il me semble impossible que la tête du fémur reste fixée sur l'os ischion, de façon à résister à la contraction des muscles qui tirent en haut, comme elle y résiste lorsque, jetée en dedans, elle s'engage et se loge dans le trou ovalaire. »

J. L. Petit a été imité par Callisen, Boyer, Delpech et quelques autres écrivains dont l'opinion a longtemps fait foi. A. Cooper lui-même, dont la vaste expérience lui permettait de juger avec autorité les questions relatives aux luxations, se croyait fondé à contester la réalité, sinon la possibilité de la luxation du fémur en bas. « Je dois faire observer, dit le chirurgien anglais (4), que, depuis trente années, aucune luxation de cette espèce ne s'est présentée à l'hôpital de Guy ni à l'hôpital Saint-Thomas, et sans nier la possibilité de cette luxation, je suis cependant porté à croire qu'il y a eu quelque méprise à ce sujet. »

Le doute d'A. Cooper était basé probablement, non-seulement sur le silence de son expérience personnelle, mais sur les indications trop courtes ou vagues fournies par les auteurs qui s'étaient contentés de signaler cette luxation, sans citer de cas particulier et détaillé. C'est ainsi que B. Bell (5), après avoir dit que le fémur peut se luxer de quatre manières, se borne à exprimer qu'il peut aussi se luxer directement en bas. Léveillé, tout en admettant la même luxation, est également très-sobre de détails. « Dans la dernière variété de luxation, dit-il (6), la capsule est déchirée en arrière ; la tête de l'os est appliquée sur la tubérosité de l'ischion, où elle est retenue par la tension de la partie supérieure et intacte de cette même capsule et par la contraction des muscles qui s'attachent aux trochanters. » Il est regrettable que Léveillé n'ait pas dit si les caractères anatomiques qu'il énonce ont été vérifiés sur le cadavre, ou s'ils sont le fruit d'une induction théorique ; il est à présumer que s'il avait eu connaissance de quelque fait particulier et authentique, il aurait eu le soin de le citer.

Ollivier a recueilli et publié la première observation détaillée sous le titre de *luxation du fémur directement en bas* (7). C'est cet exemple dont la valeur a été, non sans quelque raison, contestée par plusieurs chirurgiens, et où l'on trouve en effet des assertions contradictoires qui en affaiblissent l'importance.

Il s'agit, dans ce cas, d'un bûcheron qui fut renversé par la chute inattendue d'un arbre assez élevé et qui, frappé par une grosse branche à la partie interne et inférieure de la cuisse droite, eut ce membre porté subitement et avec force dans l'abduction. Immédiatement après l'accident, on le transporta à l'hôpital d'Angers, et l'on constata les symptômes suivants : Flexion légère de la cuisse sur le bassin et abduction, rotation de la cuisse en dedans, jambe fléchie sur la cuisse et portée, ainsi que le pied, dans la rotation en dehors ; pas d'allongement sensible, dépression médiocre au pli de l'aine, dépression entre l'épine iliaque et le grand trochanter qui est abaissé et porté en arrière, fesse arrondie, saillante, dépourvue du pli qu'elle forme avec la cuisse, mais on n'y sent pas la tête du fémur ; extension impossible de la cuisse sur le tronc. La réduction de cette luxation fut très-facile ; on la pratiqua au moyen de l'extension faite selon la direction du membre déplacé, et au premier effort la tête rentra dans sa cavité.

Bien que dans l'observation que nous venons de rapporter, l'auteur ait cru trouver les caractères d'une luxation du fémur directement en bas, il est impossible de se contenter d'une symptomatologie aussi obscure et contradictoire dans certains points, puisqu'il y est question de la simultanéité de l'abduction de la cuisse et de la rotation du fémur en dedans, et que, d'une autre part, on signale le défaut d'allongement du membre et l'abaissement du trochanter qui implique l'allongement. Une observation de ce genre était propre à ranimer l'incrédulité des chirurgiens qui contestaient l'existence de cette luxation, et on n'a cédé qu'en présence du fait publié par M. Robert (1).

Il s'agit, dans ce cas, d'un sujet qui, soumis à un traumatisme complexe dont la mort fut promptement la suite, éprouva, entre autres lésions, une luxation du fémur en bas vérifiée par l'autopsie. Parmi les symptômes indiqués par M. Robert, on remarque les suivants : Cuisse dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans ; allongement de 7 à 8 lignes ; fesse arrondie et très-saillante à sa partie inférieure ; tête du fémur sentie audessus et en arrière de la tubérosité de l'ischion. La luxation fut réduite ; mais le malade ayant succombé après la réduction aux suites d'une fracture des côtes, on pratiqua l'autopsie, et on trouva le ligament orbiculaire largement ouvert en arrière et en bas, le ligament interarticulaire rompu et le bourrelet cotyloïdien détaché de son insertion et déchiré sur sa longueur. La tête de l'os put être artificiellement replacée dans le point déjà indiqué. Le muscle carré de la cuisse était déchiré.

Cette observation est très-digne d'intérêt, non-seulement parce que l'autopsie met ce genre de lésion hors de doute, mais surtout parce qu'elle indique un rapport remarquable de la tête du fémur avec la tubérosité de l'ischion qui la rattache jusqu'à un certain point aux luxations en arrière, en ce sens que le membre inférieur est porté dans l'adduction et dans la rotation en dedans.

M. Desprez a recueilli une observation à peu près analogue, dans laquelle la mort eut lieu aussi et permit de disséquer avec soin les parties. D'après leur disposition sur le cadavre représentée dans une série de dessins, M. Desprez a fait voir que la tête du fémur, située un peu plus en dedans que chez le sujet autopsié par M. Robert, présentait d'ailleurs les mêmes rapports.

Nous aurons à déterminer plus tard si ces luxations sont des exemples d'un véritable déplacement du fémur en bas. Contentons-nous de noter pour le moment que la tête de l'os reposant sur le segment inférieur et postérieur du contour de la cavité cotyloïde rapproche jusqu'à un certain point

(1) Arch. générales de médecine, 2e série, t. VI, p. 174.
(2) Traité de pathologie externe et de médecine opératoire, 3e éd., t. II, p. 576.
(3) Traité des maladies des os, t. I, p. 220. Id. in-12.
(4) Œuv. chirurgicales complètes, p. 9.
(5) Cours complet de chirurgie, tr. par Bosquillon, t. VI, p. 147.
(6) Nouvelle doctrine chirurgicale, t. II, p. 121.
(7) Arch. génér. de méd., t. III, p. 546, an 1823.

(1) Gaz. Méd. de Paris, 17 mars 1835.

d'eux, et correspondent, ainsi qu'on le sait, à la période druidique. J'avais espéré pouvoir en composer avec les ossements humains, trouvés en si grand nombre dans le dolmen découvert dans la grande avenue du château de Meudon, en 1845, ossements dont j'ai rendu compte à l'Académie dans sa séance du 15 septembre de la même année ; mais le peu de soin avec lequel ils furent recueillis en dispersa la plus grande partie, de sorte qu'il nous a été impossible de les réunir pour en composer un squelette entier.

» Ce fut dans l'espoir d'atteindre ce but que nous nous rendîmes dans la commune de Villers-Saint-Sulpice, canton de Noailles, avec MM. de Plancy, Poncelet, Valette et mon aide, le docteur Jacquart, pour visiter un dolmen désigné dans le pays sous le nom de *Pierre aux Fées*.

» Ce dolmen est situé à l'extrémité d'un petit plateau encore inculte, qui a servi peut-être de sépulture aux anciens Gaulois.

» Il appartient à la classe des monuments celtiques désignées, en archéologie, sous le nom d'*alignements*. Son orientation diffère un peu de celle du dolmen de Meudon ; il occupe, dans la direction du sud-ouest au nord-est, une étendue de 16 mètres sur 2 de largeur. En partant du sud, il y a d'abord un demi-dolmen de 2 mètres carrés, puis une allée creuse, formée de deux rangs de blocs fichés jusqu'à fleur de terre ; vient ensuite la *Pierre aux Fées* proprement dite. Celle-ci est un bloc plat, irrégulier, ayant 2 mètres sur 3 ; il appuie sur trois points seulement, ce qui le rend vacillant. Le quatrième point d'appui a disparu par l'usure du temps. Cette position de la pièce fondamentale du monument a particulièrement fixé notre attention, car elle prouve, ainsi que l'enfouissement des blocs latéraux, qu'il n'a pas été l'objet de fouilles suivies. On peut passer sous la pierre en rampant, ou en marchant sur les genoux.

» Après elle, est un *menhir* transverse, percé d'un trou circulaire, ayant 50 centimètres de diamètre ; et, à 3 mètres de celui-ci, se trouve un autre bloc, simplement posé sur le sol, et qui termine l'*alignement*. L'allée se continue jusque-là ; des pierres enfouies exhaussent le sol tout autour, affectant par leur ensemble l'apparence d'un parallélogramme. L'allée était couverte, c'est-à-dire qu'elle supportait des pierres transverses qui, d'après une notice sur la statistique du canton de Noailles, furent enlevées en 1701. D'après la Notice archéologique de l'Oise, les auteurs d'une histoire manuscrite de Beauvais (MM. Danse, Borel et Bucquet), la *Pierre aux Fées* est la sépulture d'officiers bellovaques tués dans une action contre les Romains, lorsque ceux-ci occupaient le camp du mont César, situé en face de celui où se trouve le monument. La découverte d'une voie romaine, faite récemment par M. Ferdinand de Merlemont, dans la vallée du Thérain, qui sépare les deux plateaux, vient à l'appui de l'assertion des historiens de Beauvais.

» Pendant qu'avec MM. de Plancy, Valette et Jacquart, nous examinions le soubassement du dolmen et quelques fragments d'os que nous avions rencontrés, notre confrère, le général Poncelet, était allé auprès d'un cultivateur qui conduisait, à quelque distance de là, une voiture chargée de grain.

» Ce cultivateur est un ancien militaire, qui connaissait le monument druidique que nous examinions. Informé du désir que nous avions d'avoir des squelettes de l'époque de ce dolmen, ce cultivateur nous fit le récit suivant :

» Sur le plateau qui est à côté de celui-ci, se trouvait un dolmen semblable, « dont les pierres me gênaient beaucoup pour labourer. J'obtins du propriétaire

ces luxations de celles qui se font en arrière, ou dans une direction un peu plus oblique en bas, vers l'extrémité externe de la ligne qui mesure en travers la tubérosité sciatique.

Dans une autre observation publiée par M. Jules Roux, la luxation qui s'était produite en bas était sur un plan plus interne et plus assimilable aux luxations obturatrices, sans pouvoir cependant être confondue avec ces dernières. M. J. Roux (1) raconte qu'un forgeron du port de Cherbourg, âgé de 36 ans, s'étant laissé tomber de la hauteur d'un petit mur dans un trou large et profond d'un mètre, la jambe gauche resta sur le bord, tandis que la droite et le corps plongeaient dans le trou. L'écartement des deux cuisses fut considérable et le malade entendit un craquement. Le lendemain on s'aperçut que le membre gauche était plus long que le droit; il survint des douleurs et de la fièvre qui décidèrent le malade à consulter un empirique. Il en résulta une perte de temps, et ce ne fut qu'au trente-troisième jour de l'accident que le malade entra à l'hôpital. Les signes suivants furent constatés : Membre inférieur gauche plus long que le droit de 6 centim., flexion légère, faible déviation en dehors, possibilité de flexion, d'adduction et d'abduction à un léger degré, extension impossible, déformation du haut de la cuisse, abaissement du trochanter, tête du fémur obscurément sentie au-dessus et un peu en dedans de l'ischion, douleur médiocre, tension des muscles adducteurs. M. J. Roux, après avoir diagnostiqué une luxation du fémur appartenant à la variété sous-cotyloïdienne ou en bas, procéda à la réduction qui, sans doute en raison de l'ancienneté de la luxation et de son siége, fut très-difficile à obtenir. Le malade, après avoir inhalé du chloroforme, fut d'abord soumis à l'extension ordinaire qui fut sans effet malgré l'énergie déployée. On substitua à l'extension des tractions sur le membre fléchi; la tête de l'os rentra alors sans bruit dans la cavité cotyloïde.

Les symptômes sont, comme on le voit, très-différents de ceux qui sont mentionnés dans les observations précédentes. Avant de rechercher la cause de ces différences, complétons le tableau des faits par la narration d'un cas que nous avons récemment observé.

LUXATION DE LA TÊTE DU FÉMUR DIRECTEMENT EN BAS; RÉDUCTION FAITE LE CINQUIÈME JOUR PENDANT LE SOMMEIL ANESTHÉSIQUE ET A L'AIDE DE TRACTIONS EXERCÉES SUR LE MEMBRE FLÉCHI.

OBS. — Le 23 juillet dernier, le nommé Ferrus, âgé de 16 ans, d'une bonne constitution, employé comme ouvrier maçon dans un des grands ateliers de Cette (Hérault), était monté sur un échafaudage assez élevé et d'une construction compliquée. Il était placé sur une échelle appuyée sur l'échafaudage à 7 mètres du sol et portait sur la tête une pierre pesant environ 20 kilogr., lorsqu'ayant fait un mouvement irrégulier, après une interpellation qui lui fut adressée, il tomba sur un sol assez dur. La chute ne fut pas directe; elle suivit les vicissitudes que lui imprimèrent les inégalités de l'échafaudage et principalement une pièce de bois plantée perpendiculairement dans la muraille et qui accrocha le membre inférieur gauche. Tels furent du moins les renseignements transmis par les rares témoins de cette chute, car le blessé lui-même fut relevé sans connaissance, dans un état de commotion cérébrale au deuxième degré et incapable de donner aucune information. La déformation du membre qui annonçait la luxation fut évidente dès le moment où l'on porta secours au malade; mais on ne trouva en l'examinant aucune autre trace de grave mutilation dans les membres ou sur le tronc. La tête elle même, malgré l'état de commotion où se trouvait le blessé, n'était le siége d'aucune lésion extérieure. Ce n'est qu'en recherchant attentivement qu'on trouva, à la partie inférieure du bassin, au niveau et en dedans de la tubérosité sciatique gauche, une forte excoriation.

M. le docteur Barthès, appelé à donner des soins à ce jeune homme, trouva une indication plus urgente, vu l'état de commotion profonde où sa chute l'avait jeté, à s'occuper de cette complication, et réussit, par le traitement convenable qu'il mit en usage, à en faire disparaître assez promptement les symptômes. On se contenta, en ce qui concernait la lésion du membre inférieur gauche, de faire des applications froides et sédatives, et de donner au malade une position qui diminuât la douleur.

Le surlendemain, M. Barthès, concluant surtout de l'allongement du membre qu'il ne pouvait s'agir que d'une luxation, se livra à des essais de réduction. Ces essais furent repris le jour suivant, en déployant une grande force, par l'intervention d'aides vigoureux exerçant une traction graduée sur le membre luxé. Ces nouvelles tentatives n'ayant pas eu plus de succès que les premières, notre confrère qui, en raison de la grave commotion cérébrale qu'avait éprouvée le malade, avait jugé à propos de différer l'emploi du chloroforme, se disposait à mettre les moufles en usage, lorsqu'un accroissement dans les souffrances du malade le décida à m'appeler auprès de lui pour porter remède à ce cas insolite.

Je me rendis à Cette le 28 juillet, c'est-à-dire cinq jours après l'accident.

Mon premier soin fut, après avoir entendu la narration de ce qui s'était passé depuis le moment de la chute, d'examiner attentivement l'état et l'attitude du membre, pour bien apprécier le genre de lésion dont il s'agissait. Les premières apparences semblaient révéler une luxation du fémur dans la fosse ovale; le membre était plus long que celui du côté opposé; la saillie trochantérienne était effacée, la cuisse était dans une légère abduction et un peu dans la demi-flexion. Cependant un examen plus détaillé me prouva qu'il s'agissait d'un déplacement plus rare que celui de la tête du fémur dans la fosse ovale, et que cette extrémité osseuse était portée dans une direction autre que celle du trou obturateur.

Voici les principaux caractères que présentait le malade.

La hanche était déformée au niveau du grand trochanter; au sinus de l'angle que la cuisse portée dans une légère abduction formait avec le corps, existait une dépression assez prononcée, mais on sentait le trochanter, qui était beaucoup plus bas que de coutume. La partie interne et supérieure de la cuisse ne présentait aucune saillie anormale. En arrière et en bas, au niveau de la tubérosité sciatique, existait une saillie arrondie, appréciable à travers les parties molles, subissant un déplacement pendant les mouvements artificiels imprimés au membre et évidemment formés par la tête du fémur. Le pli de la fesse était effacé en arrière, et c'est dans cette direction et un peu en dedans qu'on reconnaissait le relief de l'extrémité articulaire déplacée. Une tuméfaction générale médiocre existait autour de la hanche, et l'exploration de cette région provoquait une douleur assez intense.

L'attitude du membre était celle d'une demi flexion et d'une abduction très-légères. On pouvait artificiellement augmenter cette inclinaison sans faire beaucoup souffrir le malade, mais si on voulait ramener le membre affecté au parallélisme avec le membre sain, ce n'était que par de très-fortes tractions et au prix de vives douleurs. Le pied et le genou n'indiquaient qu'une faible tendance à la rotation en dehors.

Le membre luxé, mesuré dans l'attitude que lui donnait chaque lésion, avait 5 centimètres de plus que celui du côté opposé ramené à une attitude analogue; mais si on mettait les deux membres dans l'extension pour mieux établir le parallélisme, le membre gauche paraissait encore plus long que dans l'attitude précédente, sans que l'inclinaison du bassin contribuât à cette longueur excédante. Les muscles étaient très-fortement tendus et se dessinaient sous la peau en cordes très-saillantes, notamment le droit interne, les adducteurs et les

(1) REVUE MÉDICO-CHIRURG. DE PARIS, t. V, p. 364.

» de la ferme que j'exploite d'enlever ces pierres pour débarrasser le terrain. Les » pierres enlevées, je rencontrai environ cinquante squelettes placés côte à côte » et au-dessus les uns des autres. J'en fis part au médecin de Villers-Saint-Sé- » pulcre, décédé il y a trois ans, qui en enleva plusieurs crânes. Je recouvris » ensuite les autres ossements avec de la terre, comme dans une sépulture ordi- » naire. Avec la permission du propriétaire, vous pourrez les retrouver quand » vous voudrez, car il y a au moins une trentaine de squelettes qui sont encore » entiers. »

» Le garde champêtre, vieux militaire de 82 ans, nous confirma le récit fait par le cultivateur, en même temps qu'il ajouta que jamais, à sa connaissance, le dolmen de Villers-Saint-Sépulcre n'avait été l'objet de fouilles suivies.

» Vingt à trente squelettes de la race gauloise, renfermés dans un monument celtique, démoli y a six ans, se trouvent ainsi dans la commune de Villers-Saint-Sépulcre, à côté d'un dolmen encore debout, environné peut-être par un lieu de sépulture ancien.

» En faisant des fouilles nouvelles avec tout le soin qu'exige ce travail, la science peut donc espérer de trouver, dans cette localité, les squelettes dont elle éprouve un si grand besoin pour l'étude passée et présente de notre race.

» C'est aussi ce que je me propose de faire aussitôt que me le permettront les fonds affectés, au Muséum, à la galerie d'anthropologie.

» L'intérêt qui s'attache aux habitants primitifs de la Gaule ne concerne pas uniquement l'anthropologie. La direction donnée depuis quelques années aux études de l'histoire de France lui ajoute encore un intérêt nouveau, et, en quelque sorte, tout particulier à notre nation.

» Les vicissitudes sans nombre que la race gauloise a eu à subir ont frappé tous les historiens; et ce qui, par-dessus tout, a excité leur étonnement, c'est de voir qu'à toutes les époques cette race s'est montrée à la hauteur des événements contre lesquels elle avait à lutter.

» Diverses causes ont été imaginées pour expliquer ce résultat, et jamais, à notre connaissance, on n'a cherché la véritable cause là où elle réside, dans l'organisation physique de la race gauloise même.

» Le peu d'intérêt qu'excitait l'anthropologie jusqu'à ces derniers temps, est en partie cause de ce délaissement; les monuments celtiques qui se trouvent en France ont été decrits et figurés; les vases, les instruments qu'ils renfermaient ont puissamment excité l'attention des archéologues et des antiquaires. Tout a été dit à ce sujet, tout a été commenté.

» Quant aux Gaulois primitifs que couvraient ces pierres monumentales, c'est à peine si l'on y a pris garde. Ces restes précieux ont été jetés au vent, ou si, par hasard, un antiquaire a recueilli un crâne, ce n'est pas sur lui son attention s'est dirigée.

» L'impulsion présente des recherches historiques a fait cesser cette insouciance; on a compris que l'appréciation des événements dont une nation avait été le théâtre avait sa source principale dans la connaissance physique et morale des races humaines qui les avaient accomplis. L'appréciation des actes a fait naître le besoin de l'appréciation des hommes, et dès lors l'anthropologie a repris, dans l'ensemble des connaissances humaines, le rang élevé qui lui appartient. »

muscles biceps et demi-tendineux. Aussi la jambe était-elle légèrement fléchie sur la cuisse.

Les signes présentés par le malade ne laissant aucun doute sur l'existence d'une luxation de la tête du fémur en bas, nous nous décidâmes sur-le-champ à faire de nouvelles tentatives de réduction, et nous reprimes tout d'abord les essais faits par M. le docteur Barthès, espérant que si nous pouvions, par des tractions parallèles à l'axe du membre, dégager la tête de ses nouveaux rapports, l'action même des muscles la ferait rentrer dans la cavité cotyloïde. Un lit fut aussitôt préparé sur un plan très-rapproché du sol et propice aux manœuvres chirurgicales. Le malade fut couché et assujetti de manière à assurer une exacte contre-extension. Des aides vigoureux furent chargés de ce dernier point, et quatre aides non moins bien doués de force et d'adresse eurent pour mission d'exécuter des tractions graduées dans la direction naturelle du membre à l'aide de lacs extensifs appliqués au bas de la jambe et sur le pied. Les tractions, quoique fortes et méthodiques, n'ayant rien effectué, et la contraction du muscle de la cuisse paraissant d'autant plus puissante qu'on exerçait des tractions plus intenses, nous eûmes recours à l'anesthésie artificielle. Le malade inhala du chloroforme jusqu'au degré anesthésique convenable et les essais de traction furent repris. Mais nous ne réussîmes pas mieux à vaincre la résistance qui retenait la tête du fémur dans sa position anormale.

Nous substituâmes alors, et après vingt minutes d'essais infructueux, la méthode de la flexion à celle de l'extension. Un aide fut chargé de maintenir le bassin pendant que nous agissions avec M. Barthès pour fléchir la cuisse sur l'abdomen. La flexion simple, alternativement exercée par mon confrère et par moi, ous parut devoir agir plus favorablement que les extensions réitérées; néanmoins, et malgré la mobilité imprimée à la tête du fémur, elle n'avançait pas vers la cavité cotyloïde. Nous combinâmes alors les tractions et la flexion en agissant de la manière suivante. M. Barthès plaça son épaule sous le jarret du malade, inclina la cuisse sur le bassin et mit toute sa force à tirer dans ce sens pendant qu'un aide relevait énergiquement le bassin. Pendant ces doubles tractions en sens opposé, j'agissais moi-même vers la racine du membre pour porter la tête du fémur en haut, en avant et un peu en dehors. Ces efforts combinés furent soutenus pendant quelques instants, et nous eûmes la satisfaction d'entendre le bruit caractéristique qui annonce la rentrée de la tête osseuse dans sa cavité. Dès ce moment, nous reconnûmes que le membre avait repris sa forme et sa longueur normales et que tous les signes de la réduction étaient prononcés. Le malade, qui était encore dans un sommeil anesthésique incomplet pendant les dernières tentatives de réduction, déclara n'avoir point souffert et exprima toute sa joie d'un succès dont il avait presque désespéré.

On suivit, après la réduction, les précautions ordinaires exigées par cette opération, et le malade s'est rétabli complétement et sans accidents.

Le docteur Barthès m'écrivait ainsi à la date du 28 août :

« Le malade a été un peu agité la nuit qui a suivi la réduction; l'application de compresses froides a amené du calme. Depuis lors, il n'a plus souffert; les deux cuisses ont la même longueur et Ferrus est aujourd'hui parfaitement guéri. Il ne boite pas et a pu venir ce matin à l'atelier. »

Bien qu'il soit à désirer que l'attention des observateurs se porte encore sur des faits du genre de ceux qui précèdent, et qu'on ne puisse pas tracer une histoire complète des luxations de la tête du fémur en bas avec les matériaux que nous avons réunis, on peut cependant en induire des notions utiles sur les principaux points concernant cette espèce de luxation et esquisser sa description. Déjà M. Nélaton (1) a intercalé un essai descriptif de ce genre dans un exposé général des luxations du fémur, en l'appuyant sur une base moins large et en se servant seulement des observations de MM. Billard, Robert et Desprez; mais cet essai, peut-être un peu prématuré, tend à confondre les luxations en bas ou sous-cotyloïdiennes avec les luxations en arrière et en bas, qui sortent du cadre des déplacements que nous étudions. Dans l'observation de Billard (2), par exemple, il est dit que la tête du fémur située au devant de l'échancrure sciatique était appliquée au côté externe de l'épine sciatique, et par conséquent en arrière et en dehors de la cavité cotyloïde. Cette observation ne saurait donc rentrer dans la série des luxations qui méritent véritablement le nom de luxations en bas ou sous-cotyloïdiennes, et avant tout il importe de bien limiter la région dans laquelle ces luxations peuvent s'effectuer.

Or il existe au-dessous de la cavité cotyloïde une éminence osseuse, à direction à peu près transversale, donnant attache à des muscles nombreux, et séparés de la cavité articulaire par une rainure, c'est la tubérosité sciatique, dont le grand diamètre représente l'étendue sur laquelle peut reposer la tête du fémur lorsqu'une violence quelconque l'a portée en bas. La luxation qui se produit dans ce cas a donc pour condition le contact de la tête du fémur avec la tubérosité sciatique, et c'est ce qu'a voulu exprimer M. Gerdy lorsque, dans sa classification des luxations basées sur les rapports que contracte la tête du fémur, il a proposé de désigner la luxation de cet os en bas sous le nom d'*ischiatique*.

Cette première détermination pourra nous expliquer certaines divergences relatives à la symptomatologie, car il est évident que les signes des luxations du fémur en bas ne sauraient être les mêmes, suivant les points où repose la tête de l'os. En effet, le diamètre de la tubérosité sciatique ayant environ 4 centimètres d'étendue chez l'adulte, les caractères extérieurs des déplacements du fémur devront varier suivant que la tête de l'os correspondra à l'extrémité externe, à l'extrémité interne ou au milieu de la tubérosité sciatique. Cette variabilité de position s'explique d'ailleurs, non seulement par l'étendue de la tubérosité, mais surtout par la forme de ce relief osseux qui représente une condition ingrate pour la réception de la tête du fémur déplacée. Nous avons déjà vu que ce n'était que dans des circonstances exceptionnelles que ces luxations pouvaient se produire, qu'il fallait le concours de causes efficientes énergiques et particulières pour triompher des obstacles naturels qui rendent les déplacements du fémur en bas très-difficiles. Nous pouvons ajouter que rien ne favorise non plus la position fixe de la tête du fémur dans un point donné de la tubérosité sciatique. Dans les autres espèces de luxations fémorales, la tête aboutit naturellement à une dépression, à une échancrure ou à telle portion osseuse du bassin qui se prête à la réception de la tête du fémur. Ici, au contraire, la position de l'os luxé ne doit rien à la forme de la partie vers laquelle il est poussé, et le rapport anormal que représente la luxation est le fait exclusif des violences extérieures qui l'ont produit. Il doit en résulter une variabilité d'autant plus grande dans le siége qu'affecte la tête du fémur qui, suivant la contingence de ces causes, sera portée tantôt vers un point, tantôt vers un autre de la tubérosité sciatique.

Dans les faits qui ont servi de base à la description de M. Nélaton, la tête de l'os était portée vers l'extrémité externe du diamètre de la tubérosité sciatique, et notre collègue a le soin de faire remarquer que, dans cette luxation, on peut constater de légères variations dans la position de la tête du fémur, qui est tantôt un peu plus en avant, tantôt un peu plus en arrière, sans que le type de l'affection soit différent. Nous irons plus loin, sous ce rapport, et en prenant les faits pour guide, nous établirons que la tête du fémur peut être portée tout à fait en dedans de la tubérosité sciatique, comme dans l'observation citée par M. J. Roux, et que, dans d'autres cas, l'abaissement direct du fémur peut mettre sa tête en contact avec la face antérieure de la tubérosité sciatique, et jusqu'avec son bord inférieur, comme cela s'était produit dans le cas que nous avons rapporté. Ce dernier exemple nous paraît concerner de plus près que les autres la véritable luxation en bas, parce qu'il établit une translation directe de la tête du fémur dans ce sens, faisant suite au diamètre vertical de la cavité cotyloïde, tandis que, dans les autres cas, la direction de l'os affectait une certaine obliquité qui le rapprochait à un degré variable soit de la série des luxations postérieures, soit de la série des luxations antérieures. Les observations citées par MM. Robert et Desprès marquent la transition entre les luxations dans l'échancrure sciatique et les luxations sous-cotyloïdiennes. Le fait de M. J. Roux marque à son tour la transition entre ces dernières et la luxation sous-pubienne ou dans la fosse ovale. Quant au fait que nous avons observé, il se rapprocherait plutôt de celui de M. J. Roux que de ceux de MM. Robert et Desprès ; mais comme la tête de l'os était plus directement portée vers le milieu de la tubérosité sciatique, il présenterait, si nous ne nous abusons, un exemple plus complet de véritable luxation du fémur directement en bas.

La variabilité de la position de cet os étant admise, et les limites de cette position étant comprises entre les extrémités du diamètre transverse de la tubérosité sciatique, on doit constater des différences symptomatologiques relatives au siége de la tête du fémur. Les différences sont même assez prononcées pour que les luxations qui se font à l'extrémité externe de la tubérosité sciatique ressemblent aux luxations qui se font en arrière et en dehors de la cavité cotyloïde. M. Nélaton décrit les symptômes de cette luxation comme une simple modification des symptômes des luxations postérieures qu'il nomme iléo-ischiatiques. Il y a saillie de la fesse en dehors et en bas ; la tête du fémur est immédiatement sentie par le toucher au-dessus de l'ischion; il y a abaissement et projection en arrière du grand trochanter ; la cuisse, légèrement fléchie, est dans l'adduction et la rotation en dedans ; la jambe est un peu fléchie sur la cuisse. Le membre est allongé de 1 ou 2 centimètres dans l'extension ; il y a raccourcissement dans la flexion ; les mouvements communiqués sont possibles, excepté ceux de l'abduction et de la rotation en dehors.

Il serait impossible de reconnaître, dans ce tableau symptomatologique, les caractères extérieurs d'une luxation directement en bas ; les symptômes diffèrent du moins totalement de ceux qui sont indiqués dans l'observation de M. J. Roux, où l'on remarque l'abduction du membre, la rotation en dehors et un allongement beaucoup plus considérable.

Dans notre observation, où il s'agit d'une manière plus certaine d'une luxation directement en bas, nous remarquons surtout l'allongement du membre avec une forte tension musculaire, la saillie de la fesse avec sensation de la tête du fémur au niveau de la tubérosité sciatique, la dépression et l'abaissement du trochanter, une légère flexion de la cuisse et de la jambe, un commencement d'abduction et de rotation en dehors.

(1) Éléments de pathologie chirurgicale, t. II, p. 434 et suiv.
(2) Arch. gén. de méd., 1re année, t. III, p. 530.

Les différences symptomatologiques de ces variétés de la luxation en bas s'expliquent, ainsi que nous avons cherché à l'établir, par l'étendue de la surface sur laquelle peut reposer la tête du fémur portée vers la tubérosité sciatique. Sans doute aussi, il faut faire une part à l'état des muscles qui se rendent de cette tubérosité vers le fémur et qui peuvent contribuer à la rotation dans tel ou tel sens. Dans le cas signalé par M. Robert, le carré crural, qui est un rotateur en dehors, était déchiré, et conséquemment cessait de pouvoir exercer son action ordinaire. La contusion ou la déchirure de tels autres muscles dont on comprend très-bien la possibilité, pourraient aussi contribuer à produire des modifications symptomatiques propres à jeter de l'obscurité sur le diagnostic. Mais il restera toujours pour caractères communs de ces luxations l'allongement du membre et la saillie de la tête du fémur dans un des points du contour ou de la surface de la tubérosité sciatique.

On a discuté, à propos du fait de M. Robert, la question de savoir si la luxation de la tête du fémur sur la tubérosité sciatique était complète ou incomplète. Cette question n'eût pas été posée si M. Malgaigne, qui semble avoir pris à tâche de mettre en doute tous les points de l'ancienne doctrine chirurgicale, n'avait émis et soutenu la proposition que la plupart des luxations coxo-fémorales sont incomplètes. D'après une note particulière que M. Robert a bien voulu nous communiquer, la luxation qu'il a observée serait réellement incomplète. M. Laugier (1), raisonnant sur le même fait, pense et argumente dans un sens opposé; nous nous abstenons de juger la question sur ce cas particulier, mais il nous semblerait difficile de refuser la qualification de complète à la luxation que nous avons observée, puisqu'il y avait environ 6 centimètres d'allongement dans le membre déplacé, ce qui suppose d'ailleurs une grande puissance dans la cause qui a déterminé la luxation et une grande étendue dans la déchirure de la capsule, qui a dû se faire en arrière.

Il serait important de déterminer le point où se fait la déchirure de la capsule qui livre passage à la tête du fémur dans les luxations en bas. Je serais porté à penser que cette déchirure respecte les fibres supérieures de la bande fibreuse disposée en demi-ceinture qui renforce en arrière la partie supérieure ou cotyloïdienne du ligament capsulaire, si, comme il y a lieu de le présumer, la tête de l'os on la flexion forcée nécessaire pour que la luxation se produise, se fait jour au-dessus de cette bande fibreuse, celle-ci doit, après la luxation de la cuisse, coiffer la tête du fémur passée au-dessous et la retenir dans cette position. Cette circonstance expliquerait comment la tête osseuse se maintient dans des rapports en apparence aussi instables que ceux qui peuvent exister entre la surface sphérique qu'elle représente et la surface de la tubérosité sciatique qui, elle aussi, est convexe et impropre à servir de réceptacle ou de point d'arrêt à l'os déplacé. On s'expliquerait, par la même disposition, comment on éprouve tant de difficulté à réduire, surtout par la méthode de l'extension, des déplacements qui sembleraient nécessiter moins d'efforts que les autres, si on n'avait égard qu'à l'obstacle que présente ordinairement la contraction musculaire, car cette contraction devrait se faire au profit de la restitution de l'os dans sa place normale. De nouvelles observations et des dissections d'articulations luxées seraient nécessaires pour vérifier ou infirmer cette conjecture.

Quoi qu'il en soit, la réduction des luxations du fémur en bas a présenté, dans les cas cités, des difficultés très-grandes lorsqu'on a voulu mettre en usage la méthode extensive, recommandée surtout par nos devanciers dans le traitement des luxations coxo-fémorales. Cela résulte spécialement des détails consignés dans l'observation de M. J. Roux et dans la nôtre. Dans le premier cas, à la vérité, l'accident datait déjà de trente-sept jours, et l'on serait autorisé à attribuer à ces essais tardifs de réduction la difficulté qu'on éprouva à réduire la luxation par la méthode extensive. Mais dans le cas que nous avons rapporté, ces tentatives furent faites peu de temps après l'accident; elles furent réitérées plusieurs fois sans réussir à dégager l'os de sa position nouvelle, malgré l'application graduée et régulière des forces extensives et malgré l'emploi du chloroforme. Il fallut recourir à la flexion du membre en la combinant avec des tractions opérées sur le fémur maintenu dans cette position, pour attirer la tête de l'os vers la cavité cotyloïde et décider sa rentrée.

Cette nouvelle preuve de l'efficacité thérapeutique de la méthode de la flexion pour la réduction des luxations coxo-fémorales s'ajoute aux faits déjà nombreux qui tendent à établir la supériorité de ce moyen sur les extensions ordinaires. La méthode de la flexion, dont on doit l'idée à un chirurgien assez obscur du dernier siècle, nommé Maisonneuve, que le docteur Collin a préconisée à Montpellier, il y a plus de vingt ans, et dont M. Desprez s'est fait depuis l'heureux patron, a déjà réussi entre les mains de beaucoup d'opérateurs et tend à se généraliser de plus en plus. D'abord appliquée aux luxations sous-pubiennes, elle a été ensuite étendue aux luxations iliaques; elle ne s'est pas montrée moins utile pour les luxations sacro-sciatiques, et c'est elle seule qui a pu favoriser la rentrée de l'os dans le cas de luxation en bas que nous avons observé. On comprend que dans l'état de tension où se trouvent les muscles de la cuisse dans la luxation en bas, la flexion du membre sur le bassin puisse neutraliser leur résistance et faciliter en outre le dégagement de la tête osseuse retenue peut-être par l'écharpe fibreuse sous-cotyloïdienne. Il est du moins démontré par l'expérience qu'avec moins d'effort on obtient plus d'effet, et si l'on combine avec des tractions exercées sur le membre fléchi une direction régulière imprimée à la tête du fémur, on obtient promptement sa réduction.

Des faits et des considérations qui précèdent, nous croyons pouvoir conclure :

Que la luxation du fémur en bas ou sur la tubérosité sciatique est possible et qu'elle doit être ajoutée aux luxations connues de l'articulation coxo-fémorale ;

Que cette luxation présente des variétés qui consistent dans la projection de la tête du fémur vers les extrémités de la tubérosité sciatique ou vers sa partie moyenne ;

Que cette dernière variété dont nous avons fourni un exemple représente véritablement la luxation directe du fémur en bas, tandis que les autres tendent à la rapprocher soit des luxations sacro-sciatiques, soit des luxations sous-pubiennes ;

Que les symptômes de la luxation du fémur en bas et surtout ceux qui se caractérisent par la rotation du membre en dedans ou en dehors se modifient suivant les variétés sus-énoncées;

Que la méthode de réduction qui consiste en des tractions exécutées sur le membre fléchi est la plus efficace.

(1) Dict. de méd., art. *Hanche*, t. XV, p. 51.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite et fin.)

V. REVUE MÉDICALE.

De l'incubation des fièvres intermittentes; par le docteur de Pietra-Santa.

On a tour à tour admis et nié l'incubation des fièvres intermittentes. Des auteurs, doués d'une foi très-robuste, ont été jusqu'à penser que le miasme palustre pouvait rester un mois et au delà dans l'économie, dissous dans le sang, comme ils disent, sans altérer la constitution. M. Nepple, qui a étudié dans des localités à fièvres, dit d'une manière bien formelle que l'incubation des miasmes pendant plusieurs jours, chez un individu bien portant, est tout à fait hypothétique, et que les faits qu'on a cités de cette incubation ne prouvent autre chose, sinon qu'on admet leur cause imaginaire plus facilement qu'une cause naturelle. Après ces allégations contradictoires, et surtout d'après l'opinion si explicite de M. Nepple, il semblerait qu'il n'y ait que des faits nouveaux et mieux observés qui puissent juger cette question en dernier ressort : c'est ce qu'a pensé l'observateur judicieux dont nous analysons le travail : « Je crois, dit M. Pietra-Santa, que l'on doit rejeter ces histoires de longue incubation que chaque auteur, » pour faire preuve d'érudition, s'empresse de transcrire sous bénéfice » d'inventaire. Les nombreux exemples qu'il m'a été donné de suivre jusqu'ici me portent à penser que cette incubation a une durée moyenne de » quinze jours. » Passant ensuite à la relation des faits, il cite l'observation intéressante d'une famille qui habitait une maison de campagne dans une localité insalubre, aux environs d'Ajaccio, et dont tous les membres furent pris, successivement après la rentrée en ville, c'est-à-dire après la cessation de l'action miasmatique, de phénomènes divers se rapportant presque tous à l'infection palustre, et que l'auteur caractérise ainsi : Enfant de 7 ans, fièvre tierce peu intense; homme de 54 ans, fièvre quotidienne; femme de 38 ans, fièvre pernicieuse de type quotidien; enfant de 7 ans, fièvre pernicieuse, mort; jeune fille de 20 ans, fièvre tierce ; jeune fille de 19 ans, fièvre quotidienne ; enfant de 13 ans, fièvre tierce; enfant de 11 ans, fièvre tierce ; enfant de 2 ans, fièvre tierce; femme de 23 ans, fièvre quotidienne; femme de 22 ans, fièvre pernicieuse : en tout, onze personnes prises successivement de fièvres d'accès de différents types et de degrés plus ou moins graves pendant les neuf premiers jours qui ont suivi le changement d'habitation.

Les faits de cette nature mériteraient d'être rassemblés, comparés, commentés; on en trouve un certain nombre dans diverses publications périodiques, mais ils ne sont rien moins que fréquents. C'est un sujet important d'investigation que celui de l'incubation des fièvres intermittentes ; mais il

faut l'aborder sans idée préconçue et sonder les circonstances étiologiques dans tous leurs détails. On arriverait ainsi à se faire une idée exacte de cette incubation des fièvres d'accès, phénomène qui est loin de pouvoir être ramené aux lois ordinaires de la pathologie générale, et dont la connaissance serait peut-être de nature à changer des idées généralement admises sur le mode de production des fièvres palustres.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET DU TYPHOÏDISME ; par M. CAYOL.

Sous ce titre, M. le professeur Cayol développe longuement les idées qui lui appartiennent et qui caractérisent toute une école sur la nature des fièvres et sur leur classification ; après avoir vivement blâmé la division binaire des fièvres en typhoïdes et non typhoïdes, après s'être arrêté sur les vices des classifications actuellement adoptées, il formule les propositions suivantes :

1° Tout le monde sait par sa propre expérience qu'une multitude de causes extérieures nous affectent chaque jour et à tous les moments de la vie : le froid, le chaud et le passage brusque de l'un à l'autre, l'humidité, la sécheresse, la surcharge électrique de l'atmosphère, les exhalaisons fétides et malsaines, toutes les commotions physiques et morales, etc., etc.

2° Tout le monde sent qu'il y a en nous une force de résistance, et que cette résistance est *active*, c'est-à-dire *vitale*, et non pas *passive* et inerte comme la résistance de la pierre au marteau. Une résistance active est une réaction, il est impossible de lui donner un autre nom. Résistance active et réaction sont deux mots parfaitement synonymes.

3° Tout le monde sent que la résistance vitale a des limites très-variables ; que non seulement elle n'a pas la même force chez tous les individus, mais qu'elle est plus forte ou plus faible chez le même individu suivant une infinité de circonstances... Tant que le corps vivant n'est affecté qu'à un certain degré, il y a réaction et la santé n'est pas troublée.

Toute maladie est, suivant M. Cayol, une réaction accidentelle de l'organisme contre une cause accidentelle de trouble. L'intensité et les procédés de la réaction varient suivant une infinité de circonstances relatives à la nature de la cause morbifique, aux dispositions individuelles et aux influences extérieures. « Lorsque la réaction est active, c'est-à-dire vive, prompte, énergique, accompagnée d'une exaltation de la chaleur vitale et de la sensibilité, elle prend le nom de *fièvre*. *La fièvre est donc une réaction générale de l'organisme avec exaltation de la chaleur vitale et de la sensibilité....* Pour parler correctement, il ne faut pas demander quel est le siége de la fièvre, mais quels sont ses agents, ses instruments ou ses organes. La fièvre (réaction générale de l'organisme) a pour agents et instruments le cœur et le système nerveux. »

RECHERCHES POUVANT SERVIR A L'HISTOIRE DE LA SUEUR ; par le docteur GILLEBERT D'HARCOURT, directeur de l'établissement hydrothérapique de Lyon. (Mémoire adressé à la Société de médecine de Paris.)

Les faits suivants sont cités par le docteur Gillebert au début de son travail. Les produits de l'excrétion cutanée sont de nature très-variable et se présentent dans des états différents : les uns sont fixes, les autres volatils. La transpiration insensible ne donne pour résultat pondérable qu'environ 1 gr. par minute (Seguin, Lavoisier). Les analyses de Collard de Martigny, de Berzélius, d'Anselmino, de Thénard, ont permis de constater que la peau rejette des acides, des sels et quelques matières animales. D'un autre côté, les recherches de C. Robin ont démontré que la sueur est un liquide complexe, provenant de plusieurs sources ; enfin M. Favre annonça en 1852 avoir rencontré sur 1,000 grammes de sueur 0,428 d'urée. — A ces données, il faut ajouter que l'auteur reconnaît avec la plupart des physiologistes, dans les produits fixes de l'excrétion cutanée, une matière oléo-albumineuse et un liquide aqueux tenant en dissolution des sels. La présence d'un acide libre dans les produits de la transpiration a été constatée par tous les chimistes ; ce serait d'après Cruikshank de l'acide carbonique, d'après Berthollet de l'acide phosphorique, d'après Berzélius et Anselmino de l'acide lactique, d'après M. Thénard de l'acide acétique ; suivant M. Favre, ce serait l'acide *hydrotique*. Il faut remarquer que ces corps, enduit cutané et acides, ne se rencontrent pas toujours dans les mêmes proportions dans le produit de la transpiration. Ils deviennent de moins en moins notables à mesure que la sueur devient plus abondante. M. Andral, dans ses RECHERCHES SUR L'ÉTAT D'ACIDITÉ OU D'ALCALINITÉ DE QUELQUES LIQUIDES DU CORPS HUMAIN, avait attribué ce fait à deux causes, ou bien une sécrétion de sueur plus abondante que de coutume, ou bien une introduction accidentelle d'une grande quantité d'eau dans l'économie.

L'auteur du mémoire a observé l'affaiblissement de la réaction acide dans des circonstances opposées, chez les malades comme chez les sujets bien portants, chez des personnes qui faisaient le traitement hydrothérapique et chez d'autres qui ne le suivaient pas, les unes ayant bu de l'eau, les autres n'en ayant pas bu. Il a remarqué que les sueurs résultant d'un exercice violent ou celles qui sont provoquées par l'application extérieure d'une vive chaleur ont réussi plutôt que celles qui sont moins actives à donner des traces de réaction acide et de smegma. Dans des sueurs très-prolongées, il a trouvé que la saveur salée persistait encore à un degré assez notable. Il se laisse aller à croire à ce sujet qu'il en est de la sueur comme des urines qui, d'après une analyse de M. Becquerel, contiendraient, dans une plus grande quantité d'eau, une plus grande quantité de sels. Nous ferons observer que le résultat analytique de M. Becquerel aurait besoin d'une nouvelle confirmation en face des faits contradictoires, et que d'ailleurs les expériences citées par le docteur Gillebert relèvent d'un fait bien connu, l'augmentation des matériaux de chaque sécrétion quand les organes sécréteurs sont excités ou par la présence d'une plus grande quantité de matériaux à éliminer du sang, ou par certains agents spéciaux. Quant aux sueurs alcalines, contrairement aux faits énoncés par Nauche, Lhéritier, MM. Fabre et Donné, l'auteur a trouvé, avec MM. Andral et Rohin, par l'analyse de 547 observations sur des personnes atteintes de maladies très-diverses, que dans l'immense majorité des cas la sueur était acide, très-rarement neutre, jamais alcaline. Vient ensuite une question secondaire, celle qui se rapporte à l'acidité ou à l'alcalinité de la matière sébacée : quelques auteurs prétendent qu'elle est alcaline ; le docteur Guillebert l'a toujours trouvée acide. Il pense que cette matière, lorsqu'elle reste à la surface de la peau, est sujette aux différentes causes de décomposition qui agissent sur elles ; de là production d'ammoniaque et réaction alcaline. L'état alcalin de la matière sébacée serait donc un effet de la malpropreté et ne tiendrait pas à des différences réelles dans des conditions physiologiques.

V. ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Le numéro de juillet 1853 contient les mémoires originaux suivants : 1° *De la monomanie au point de vue psychologique et légal* ; par le docteur Delasiauve. 2° *Analyses des derniers sentiments exprimés par les suicidés* ; par le docteur Brierre de Boismont. 3° *Du quartier cellulaire dans les asiles et particulièrement de celui construit dans l'asile d'Auxerre* ; par le docteur Gérard. 4° *Nouvelles observations sur les analogies des phénomènes du rêve et de l'aliénation mentale* ; par le docteur Alfred Maury. 5° *De l'emploi de la médication bromo-iodurée dans le traitement de l'aliénation et de la paralysie générale progressive* ; par le docteur L. Lunier. 6° *Rapport médico-légal sur les faits relatifs au meurtre du docteur Leclerc (de Hal)* ; par le docteur L. Guislain. 7° *Quelques observations pour servir à l'histoire de la médecine légale psychologique* ; par le docteur Baillarger. 8° *Rapport sur un cas de mélancolie avec délire et tentative d'homicide* ; par les docteurs Paradis et Girard.

DE LA MONOMANIE AU POINT DE VUE PSYCHOLOGIQUE ET LÉGAL ; par le docteur Delasiauve, médecin à Bicêtre.

Ce travail de M. Delasiauve étant un exposé synthétique de plusieurs questions importantes relatives à la nomenclature et à la classification des maladies mentales, nous ne saurions mieux faire, pour en donner une idée exacte, que de reproduire ici les principales conclusions auxquelles est arrivé l'auteur :

1° Ni le mot *monomanie* ni celui de *lypémanie*, imaginés par Esquirol, ne satisfont aux nécessités actuelles de la science et n'ont une signification bien précise : le premier, parce qu'il semble indiquer une altération mentale unique, bien qu'il s'étende quelquefois à plusieurs délires ; le second, parce qu'il prend pour caractère fondamental une disposition triste et déprimante qui peut dépendre des causes les plus disparates, revêtir les formes les plus variées.

2° Chacune de ces formes de folie ayant sa valeur propre, ses signes à part, réclame dès lors une qualification spéciale.

3° Il peut exister un délire circonscrit consistant dans l'altération d'un sentiment ou la prédominance d'une conviction fausse et compatible sur tout autre point avec le libre exercice des facultés, en un mot le vrai délire monomaniaque.

4° En fait de responsabilité légale, il ne faut pas confondre le délire partiel et les passions. Le malade échappe à l'imputabilité quand le délire est notoire bien que limité. Quand l'incrimination repose, au contraire, sur des faits dont le mobile est étranger à l'aliénation, il appartient alors aux juges de rechercher l'influence que le sentiment malade a pu exercer sur le libre arbitre.

ANALYSE DES DERNIERS SENTIMENTS EXPRIMÉS PAR LES SUICIDÉS ; par le docteur A. BRIERRE DE BOISMONT.

Ce mémoire fait suite à un premier article publié dans les ANNALES PSYCHOLOGIQUES en 1851. L'auteur y analyse un grand nombre d'autobiogra-

phies écrites par les suicidés au moment de quitter la vie. Il fait remarquer que l'analyse des dispositions de l'esprit par rapport à l'acte du suicide montre l'impossibilité de trop généraliser les questions de morale. D'une part, des faits nombreux établissent que l'on peut se tuer avec toutes les apparences de la raison, du sang-froid et du courage; d'autre part, les idées peuvent être troublées par la folie, le délire d'un moment, la simple exaltation. Les opinions diverses des auteurs sur l'appréciation du suicide au point de vue moral se retrouvent dans les sentiments exprimés par les suicidés eux-mêmes sur leur action, qu'ils désignent tantôt d'indifférente un de courageuse, tantôt de blâmable, de lâche, de coupable. Les considérations relatives aux funérailles préoccupent un grand nombre de suicidés. Le regret de la vie est surtout exprimé par les jeunes gens; beaucoup de lettres révèlent, au contraire, l'ennui et le dégoût de la vie; les opinions fatalistes sont assez fréquentes : les uns attestent par leurs écrits de leur indifférence pour l'opinion publique, les autres désirent obtenir de la publicité et faire parler d'eux. Enfin un certain nombre de faits prouvent que les mauvais instincts de l'homme ne l'abandonnent pas au moment de la mort; ainsi on a vu le mensonge se continuer jusque dans la mort, ainsi des individus hypocrites, mauvais fils, mauvais pères, des voleurs, des débauchés expliquent quelquefois leur suicide par des motifs en apparence plausibles, honnêtes et touchants.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LES ANALOGIES DES PHÉNOMÈNES DU RÊVE ET DE L'ALIÉNATION MENTALE; par le docteur ALFRED MAURY. (Mémoire lu à la Société médico-psychologique.)

M. le docteur Maury, après avoir indiqué que divers aliénistes, et notamment MM. Lélut et Moreau, ont signalé les analogies qui existent entre certains phénomènes du rêve et des troubles de l'intelligence et qu'il a lui-même en 1848, dans une notice publiée dans les ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, étudié avec détail les hallucinations qui sont les avant-coureurs du sommeil, rappelle qu'on peut distinguer dans les opérations psychologiques de l'esprit aliéné ou fortement troublé, les deux ordres de faits suivants :

1° Une action spontanée et presque automatique de l'esprit dans laquelle, comme l'a signalé M. Baillarger, la pensée n'obéit pas à la volonté, mais se produit tout à coup on ne sait comment et s'offre à l'esprit avec une telle force que l'esprit la prend pour une image ou une sensation externe; c'est là à proprement parler l'hallucination.

2° Une association vicieuse irrégulière des idées, suivant des ressemblances tout à fait indépendantes de leur sens, de leur caractère propre.

Il établit ensuite, d'après des faits particuliers analysés sur lui-même, que dans le rêve les images dont l'esprit et même l'œil sont assaillis se produisent spontanément de même que dans les hallucinations de la folie.

Dans le rêve comme dans la manie, les visions s'offrent avec un tel degré de vivacité que l'esprit est constamment trompé; la succession des images est quelquefois tellement grande qu'elles occupent le sens intime tout entier. Dans ces deux états, l'esprit est sujet à de fausses associations d'idées; c'est tantôt la similitude de certaines consonnances, comme dans *pelletier, pelle, pèlerinage*, ou bien dans les mots *jardin, Chardin, Janin*, tantôt comme un dédoublement de la personnalité qui fait que les pensées, les paroles, sont tour à tour attribuées à des interlocuteurs différents, parfois même à toute une assemblée qui occupe la pensée. M. Maury rapporte plusieurs exemples intéressants de ce dédoublement de la pensée dans des rêves, exemples dans lesquels la mémoire d'une expression ou d'un fait oublié à l'état de veille lui était revenue en songe, et où il avait transporté sur un interlocuteur ce qui n'était qu'une opération de son esprit. Ce qui ajoute encore une nouvelle ressemblance entre les hallucinations des rêves et celles de la folie, c'est dans les deux cas l'association des fausses sensations, des fausses images à des sensations réelles; ainsi l'on a vu, dans la monomanie et dans le rêve, mêler à des sensations d'audition réelle des sensations imaginaires. On a signalé aussi à bon droit dans le rêve la réunion de sensations fantastiques et de sensations réelles incomplètes; c'est l'épingle qui vous effleure qui devient un coup d'épée, c'est l'engourdissement d'un membre qui devient paralysé. Dans la folie des faits analogues se passent fréquemment, et beaucoup de monomanes transforment, par exemple, en douleurs intolérables des sensations réelles, mais ordinaires, qui siégent dans leurs organes.

Enfin l'auteur termine cette série de considérations intéressantes en comparant l'extrême rapidité avec laquelle la pensée s'opère chez certains aliénés à ce qui se passe dans certains rêves où à la suite d'une cause occasionnelle très-fugitive, telle que la chute sur le cou d'une flèche de lit, il se déroule *instantanément* devant la pensée les images suivantes : scènes de massacres, tribunal révolutionnaire, Robespierre, Marat, Fouquier-Tinville, condamnation à mort, échafaud, chute de la guillotine, etc.

DE L'EMPLOI DE LA MÉDICATION BROMO-IODURÉE DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE; par le docteur L. LUNIER, médecin en chef de l'asile des aliénés de Niort.

La première partie de ce mémoire ayant paru dans le numéro de janvier 1853, nous n'avons pas à y revenir ici; nous nous bornerons simplement à mentionner les cinq observations citées dans cette seconde partie, les réponses de l'auteur aux objections faites à un travail inséré dans les ANNALES en 1849, sous le titre de : RECHERCHES SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE CETTE MALADIE, et ne pouvant descendre dans la discussion des faits, nous donnerons l'extrait des principales conclusions :

« Dans l'aliénation mentale, le *rétablissement* des fonctions de la vie végétative coïncide presque toujours avec la disparition des phénomènes morbides de l'intelligence et du moral; il n'y a donc pas d'indication plus rationnelle, dans le traitement de cette affection, que de favoriser le rétablissement de ces fonctions. La médication bromo-iodurée satisfait à cette indication.

» C'est surtout dans les formes chroniques de la folie, et principalement dans la lypémanie et dans l'hypocondrie, que la médication bromo-iodurée produit des résultats tout à fait satisfaisants. Ce traitement doit être presque toujours longtemps continué.

» La médication bromo-iodurée, seule ou associée aux ferrugineux, constitue le meilleur mode de traitement à employer dans la paralysie générale progressive, et peut-être aussi dans l'alcoolisme chronique. »

DU QUARTIER CELLULAIRE DANS LES ASILES, ET PARTICULIÈREMENT DE CELUI CONSTRUIT DANS L'ASILE D'AUXERRE; par le docteur H. GIRARD, médecin en chef directeur.

Le docteur Girard admet, avec M. Parchappe, que les cellules de *force*, d'*isolement*, et de *séquestration*, nécessaires à un asile destiné à recevoir les aliénés curables et incurables, ne doivent pas dépasser 7,5 0/0 pour les hommes, et 8, 6 0/0 pour les femmes. Il fait remarquer, avec juste raison, qu'au point de vue moderne la cellule n'est plus un lieu de séjour permanent, qu'elle devient au contraire un lieu de passage, un instrument de guérison. Il donne la description suivante des cellules :

« Ce quartier forme l'aile éloignée de chaque grande division des hommes et des femmes; il a la forme d'une gueule dont la partie béante regarde l'extérieur. On éloigne ainsi des quartiers paisibles de l'asile, à l'aide de cette espèce de porte-voix, le bruit des malades agités. Chaque malade agité a sa cellule et son préau qui lui sont exclusivement propres. La cellule, qui a en tout 27 mètres cubes, varie suivant l'état du malade et les conditions qu'on veut remplir en l'isolant. On peut ainsi donner au malade la libre faculté de sortir de sa chambre et d'y rentrer selon sa convenance; le surveillant du quartier cellulaire peut, à son gré, pénétrer à tour de rôle dans chaque cellule ou préau, agir sur le moral de chaque malade, et lui donner les soins qu'exige son état. Derrière les cellules règne sur toute leur longueur un corridor où se tient le surveillant, et derrière cette galerie se trouvent deux petites salles de bains isolées, destinées aux agités, pourvues de tous les appareils nécessaires pour l'irrigation, la douche, etc. »

Nous n'avons pas reproduit ici les détails circonstanciés dans lesquels entre M. le docteur Girard sur le chauffage, l'aération, l'éclairage et le mobilier de ces quartiers cellulaires, dans lesquels chaque cellule a coûté au département 3,000 fr., y compris les accessoires.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. DUPERREY.

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET ANATOMIQUES SUR L'APPAREIL NERVEUX DES VÉGÉTAUX.

M. LECLERC, professeur à l'École de médecine de Tours, lit un mémoire dans lequel il s'est proposé de démontrer l'existence d'un système nerveux dans les végétaux. Ses recherches ont porté principalement sur la sensitive (*mimosa pudica*), mais les résultats auxquels il est arrivé lui paraissent applicables à l'ensemble des végétaux. Voici en quels termes il rapporte les expériences qu'il a faites sur la sensitive à l'aide des agents anesthésiques :

« 1° J'exposai une feuille de sensitive à la vapeur de l'éther pendant quelques minutes. Le résultat fut à peu près nul.

» 2° Je compris bientôt que l'expérience avait été mal faite. Une sensitive fut placée sous une cloche; j'entourai la cloche de sable, et sous la cloche, je plaçai avec la plante plusieurs vases remplis d'éther. En dehors de la cloche,

une couche de sable fin, assez épaisse, interceptait complétement l'introduction de l'air. L'expérience avait lieu au soleil. Dix à quinze minutes après, je levai la cloche; toutes les folioles de la sensitive étaient largement étendues; elle était tout à fait immobile : le choc le plus violent, les acides, le feu, les mutilations les plus grandes ne produisaient plus chez elle le moindre mouvement.

» 3° Une des feuilles fut amputée sans produire aucun mouvement dans le reste de la plante. Je la mis dans ma main; cinq minutes après, un léger choc imprimé à cette feuille commença à en faire remuer les folioles qui parurent sortir d'une espèce d'engourdissement, et qui, dans l'espace de quelques secondes, se fermèrent toutes les unes après les autres.

» La chaleur de la main parut hâter le retour de la sensibilité de cette feuille amputée.

» 4° Une autre feuille fut amputée. On la soumit à l'action d'un courant voltaïque; elle recouvra plus vite sa motilité que la première.

» 5° J'éthérisai une sensitive par un ciel sombre. La plante devint insensible; seulement elle dut rester au moins une heure exposée à la vapeur de l'éther. Cependant, il est des précautions à prendre dans cette opération; ayant laissé pendant près de quatre heures une sensitive exposée à l'action du même agent, elle ne recouvra jamais sa motilité : la plante était morte.

» 6° La sensitive éthérisée la nuit, durant plusieurs heures, est toujours retirée morte de l'appareil. Elle conserve alors la position dans laquelle l'éther l'a surprise, c'est-à-dire que ses folioles sont fermées.

» L'inspiration n'a donc pas seulement lieu le jour, au soleil, et par les temps sombres; elle se fait encore la nuit pendant le sommeil de la plante.

» 7° Je voulus savoir ce que devenait l'éther. A mon grand étonnement, je constatai qu'il avait été en grande partie porté jusque dans la terre à l'extrémité des spongioles.

» Ce fait ne suffit-il pas à démontrer qu'il y a chez la plante une circulation et la fonction d'excrétion?

» 8° La sensitive qu'on sort morte de l'appareil, c'est-à-dire qui a été éthérisée pendant plus de quatre heures, présente le curieux phénomène de la rigidité cadavérique. Ses pétioles ont alors une roideur inaccoutumée.

» 9° Toutes les fois qu'une sensitive est éthérisée assez longtemps pour éprouver les effets anesthésiques, elle offre, à sa sortie de la cloche, une température plus basse que la plante qui n'a pas été éthérisée. Ce froid persiste jusqu'à ce qu'elle ait exhalé l'éther qui l'oppresse.

» 10° L'action du chloroforme sur la sensitive est plus rapide et plus profonde encore que celle de l'éther.

» 11° L'éthérisation fournit de nouveau la preuve que, semblable au polype, la plante est un composé de plusieurs individus. En effet, j'ai souvent éthérisé une seule feuille et même une seule foliole de sensitive, sans que le reste de la plante participât en rien aux effets anesthésiques présentées par cette feuille ou par cette foliole; et, cependant, la communication directe avec le reste de la plante n'avait pas été interrompue.

Quelques expériences tentées avec le même moyen sur un pied de *polypodium vulgare*, sur une portion de tige de *chara vulgaris*, et sur les poils de certains *begonia*, de quelques borraginées, etc., l'ont convaincu que ces plantes possèdent un appareil nerveux comme la sensitive. (Commissaires : MM. Magendie, Flourens, Brongniart et Decaisne.)

DE LA CAUTÉRISATION AVEC LE FER ROUGE DU COL UTÉRIN PENDANT LA GROSSESSE.

M. Courty, chirurgien en chef de l'hôpital général à Montpellier, adresse sous ce titre un mémoire qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° On peut cautériser avec le fer rouge le col de l'utérus chez les femmes enceintes lorsque cet organe est malade.

2° On peut pratiquer cette opération à diverses époques de la grossesse, depuis la fin du premier mois jusque vers la fin du sixième.

3° Elle n'est accompagnée d'aucune douleur et ne détermine aucun accident pendant la grossesse comme hors de l'état de gestation.

4° On n'a pas à craindre de provoquer l'avortement par la cautérisation actuelle, dont on des résultats les plus avantageux est, au contraire, d'augmenter les chances qui peuvent faire éviter cet accident.

5° Pendant la grossesse, comme hors l'état de gestation, le fer rouge, lorsqu'il est indiqué, est préférable aux autres caustiques.

6° Il vaut mieux revenir à l'application du fer rouge à plusieurs reprises, si c'est nécessaire, car il y a plus de danger d'avortement dans la persistance des ulcérations que dans la réitération de la cautérisation. (Commissaires : MM. Roux, Velpeau, Coste.)

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'INSUFFLATION PULMONAIRE DANS CERTAINS CAS OU LE JEU DE LA RESPIRATION EST SUSPENDU.

M. Plouviez (de Lille), à l'occasion d'une communication récente de M. Ripault sur ce sujet, adresse la note suivante :

« Dans une note soumise en janvier 1848 à l'Académie, j'indiquais déjà les insufflations pulmonaires comme un moyen de combattre l'asphyxie qui résulte quelquefois de l'inhalation de l'éther et du chloroforme; et plus tard, dans mon travail sur l'éthérisation, je faisais pressentir tout le parti que l'on pouvait tirer de ce moyen dans des circonstances où la suffocation reconnaît une toute autre cause, par exemple dans certains cas d'asthme, et surtout dans des cas de croup où la trachéotomie est indiquée. Ne pourrait-on pas, disais-je, au moyen des insufflations, gagner du temps et parfois éviter cette opération?

Depuis quelques années, j'ai eu l'occasion d'employer avec quelque succès les insufflations dans des cas de croup. Plusieurs fois l'asphyxie a été complète, et c'est avec ces manœuvres que j'y ai remédié. Ces observations devant être publiées dans un travail spécial, je me contenterai pour le moment de dire comment on doit les pratiquer.

En cas d'asphyxie complète, on place le tuyau d'un soufflet ordinaire entre les arcades dentaires ou dans une narine, et l'on exécute rapidement les insufflations jusqu'à la première inspiration, puis on les ralentit pour les cesser quand le danger est passé. On recommence autant de fois que cela est nécessaire. Au contraire, si la respiration n'est que très-difficile, il suffit d'augmenter le volume de l'air inspiré; et pour cela faire, on pratique les insufflations avec douceur et seulement pendant les inspirations. Le bien-être que les malades éprouvent, quelquefois passager, il est vrai, est si extraordinaire qu'il faut en avoir été témoin pour croire qu'un moyen si simple ait une influence heureuse presque toujours instantanée. » (Commissaires : MM. Andral et Rayer.)

— M. Leroy-d'Étiolles adresse une note en réponse à une réclamation de priorité portée devant l'Académie par M. Guillon, dans la séance du 12 septembre dernier.

M. Leroy-d'Étiolles envoie, comme document à l'appui de cette réponse, une des pièces imprimées que cite M. Guillon comme établissant ses droits à la priorité pour l'incision et l'excision des valvules, bourrelets et tumeurs de la vessie, le numéro du 14 février 1832 de la Gazette des hôpitaux. (Commiss. nommée.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre de l'instruction publique transmet une lettre renfermant des observations sur la vaccine et la fièvre typhoïde, qui lui a été adressée par M. le docteur Remy, de Châtillon-sur-Marne. (Comm. de vaccine.)

Le même ministre transmet une lettre de M. Girard, de Monteriender (Haute-Marne), sur l'influence de la vaccine sur la population. (Même comm.)

Le ministre du commerce transmet un rapport de M. le docteur Deger, médecin cantonnal à Rosbach (Moselle), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Nouswiller, en juin et juillet dernier. (Comm. des épidémies.)

Le même ministre adresse un rapport de M. le docteur Leblanc Bellevaux, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Nevers, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Billy-Chevannes (Nièvre), depuis le 1er mars jusqu'au 10 juin de cette année. (Même comm.)



Le même ministre transmet un rapport de M. Jaubert, inspecteur adjoint, sur l'établissement thermal de Gréoulx (Basses-Alpes) pour l'année 1852. (Comm. des eaux minerales.)

— M. Courty, chirurgien en chef de l'hôpital général à Montpellier, adresse un mémoire sur la cautérisation avec le fer rouge du col utérin pendant la grossesse. (Comm : MM. Hervez de Chégoin et Jobert.) (Voir au compte rendu de l'Académie des sciences.)

— M. Ferrand, pharmacien à Lyon, adresse un mémoire intitulé : Considérations sur les préparations pharmaceutiques d'aconit napel. L'auteur soumet en même temps à l'examen de l'Académie la formule de son sirop d'aconit. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

SÉCATEUR TRILAME DE L'URÈTRE.

M. le docteur Alexis Favrot soumet à l'appréciation de l'Académie un instrument qu'il désigne sous le nom de secateur trilame de l'urètre. Il se compose d'une tige mousse graduée terminée en olive, véritable sonde droite, assez fine. Près de l'extrémité olivaire C se voient trois ouvertures très-petites, de son manche D, un ressort B soulevé et fort doux. Dès qu'on presse sur le ressort B, apparaissent par les ouvertures de l'extrémité olivaire trois petites limes en serpette, à pointe vers l'olive et à tranchant vers le manche. Plus on presse sur le ressort, plus leur saillie est considérable; elles peuvent arriver à circonscrire dans leur plus grand développement un cercle de 0,014 millimètres de diamètre pour lui donner une précision tout à fait mathématique.

M. Favrot se propose de faire placer près du ressort B une petite tige graduée perpendiculaire à l'instrument; elle sera destinée à rendre compte au dehors de la saillie des lames dans l'urètre, de manière à pouvoir alors apprécier exactement l'étendue des incisions, non-seulement en longueur, mais aussi en profondeur.

(Commissaires : MM. Ségalas et Ricord.)

— M. MAISONNEUVE communique la relation d'une amputation de la langue dans une étendue de 8 cent. Guérison avec conservation de la parole. (Comm. : M. Roux.)

— M. BOINET écrit, au sujet de la dernière communication de M. Duroy sur les propriétés antiseptiques, antivirulentes et fluidifiantes de l'iode, pour dire que les conclusions du travail de M. Duroy ne font que confirmer les faits déjà connus dans la science et particulièrement ceux qu'il a fait connaître. (Comm. nommée.)

— M. JAMES YEARSLEY (de Londres) soumet à l'examen de l'Académie un instrument de son invention, et dont il se sert pour constater le degré d'amélioration de l'ouïe obtenue par l'application du coton hydraté dans le cas de surdité, accompagné de perte de la membrane du tympan. (Comm. de la surdi-mutité.)

— M. LARDE (de Bergerac) adresse un mémoire relatif à la variole et à la vaccine. (Comm. de vaccine.)

— M. ZWANCK (de Hambourg) adresse la description d'un nouvel instrument inventé par lui contre la chute de la matrice et des parois du vagin, qu'il désigne sous le nom d'hystérophon. (Comm. : MM. Hervez de Chégoin et Jobert.)

TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE DU COL DE LA VESSIE PAR LA SCARIFICATION OU L'INCISION DE L'ORIFICE CENTRAL INTERNE.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES adresse une lettre sur ce sujet, dans laquelle il dit que la première pensée de ce moyen de guérison lui a été suggérée par des opérations de taille pratiquées par différents chirurgiens sur des malades qui n'avaient pas de pierre, mais qui étaient affectés de névralgie du col de la vessie dont ils ont été guéris. Sur ce sujet, M. le professeur Roux émettait cette opinion que si la taille n'était pas aussi dangereuse, il inclinerait à la proposer comme moyen de traitement de la névralgie de la vessie. Cette réflexion avait éveillé l'attention de M. Leroy-d'Étiolles, et lorsque des incisions et des excisions répétées de bourrelets de valvules et de portion du col de la vessie pratiquées pour faire cesser des rétentions d'urine lui eurent donné la certitude de l'innocuité ordinaire de ces opérations, il se décida à tenter l'incision superficielle du col de la vessie dans le but de guérir des névralgies douloureuses et assez fatigantes pour en faire courir le risque ; quatre malades, pour lesquels tous les modes de traitement usités avaient échoué, ont été soumis à cette opération légère ; les symptômes ont cessé complétement pour deux d'entre eux ; il y a eu seulement amélioration pour un troisième ; le quatrième est resté dans le même état. L'instrument dont se sert M. Leroy-d'Étiolles est son inciseur du col de la vessie en forme de brise-pierre.

— M. LEPELLETIER (du Mans), correspondant de l'Académie, présente de vive voix quelques réflexions critiques sur le régime pénitentiaire actuellement en usage, et des considérations sur une nouvelle classification des conditions morbides et des agents thérapeutiques qu'il ramène à un nouveau système de biologie, à l'occasion de deux ouvrages qu'il vient de publier sur ces deux sujets, et dont il fait hommage à l'Académie.

— M. JOLLY commence la lecture d'un mémoire sur le choléra. La suite de cette lecture est remise à la séance prochaine.

SEIGLE ERGOTÉ.

M. DANYAU lit un premier rapport sur un travail de M. Chrestien (de Montpellier), intitulé : OBSERVATIONS EN FAVEUR DU SEIGLE ERGOTÉ. M. Chrestien s'est proposé, dans ce travail, de justifier par des faits sa confiance dans le seigle ergoté, médicament qui n'a pas, suivant lui, d'influence fâcheuse sur la vie des enfants, ni sur la santé des mères, quand il est administré après une dilatation suffisante du col utérin. Les observations de M. Chrestien sont au nombre de 20. L'insuffisance du médicament a obligé de recourir au forceps quatre fois. Des 16 autres cas, 14 ont eu l'issue la plus heureuse. Les enfants sont nés en bon état ; deux fois seulement l'enfant n'a pas vécu.

M. le rapporteur aurait voulu extraire de ces observations quelques résultats statistiques ; mais il n'en a pas trouvé les éléments dans les faits rapportés par M. Chrestien, faute de détails complets et suffisamment précis.

Prenant d'abord la catégorie des cas où le seigle ergoté a produit et plus ou moins accéléré l'expulsion de l'enfant, M. le rapporteur reproche à l'auteur de n'avoir pas tenu compte de la primiparité et de la multiparité, d'avoir manqué de précision dans l'énoncé de l'état de dilatation du col au moment de l'administration du seigle ergoté, de n'avoir pas donné l'indication du temps écoulé entre cette administration et la terminaison de l'accouchement, enfin de n'avoir pas fait mention du caractère des contractions produites sous l'influence de l'ergot, tout le danger de cet agent résidant dans la permanence et l'état tétanique de ces contractions.

Ce n'est pas tant, au reste, la puissance du seigle ergoté que son innocuité que M. Chrestien s'est proposé de mettre en évidence. Sur ce point, l'opinion de M. le rapporteur est moins arrêtée, sa conviction moins absolue que celle de l'auteur, et les faits contenus dans le mémoire ne font que confirmer ses doutes à cet égard. Sur les 16 premières observations rapportées par M. Chrestien, il y a 14 cas de succès ; mais il y a deux cas d'enfants nés morts. D'après l'interprétation de M. Chrestien, la mort, dans ces deux cas, serait étrangère à l'administration du seigle ; ce ne serait pas au médicament qu'il faudrait l'attribuer, mais au retard apporté dans son administration. Mais cela est affirmé sans preuves ; c'est ce qui résulte de l'examen critique de ces deux faits auquel s'est livré M. le rapporteur, et duquel il résulterait que ces deux cas seraient du nombre de ceux qui ne réclament pas, qui excluent même l'emploi de l'ergot. De sorte, ajoute M. le rapporteur, que si telle devait être toujours la proportion, si une fois sur huit la poudre d'ergot devait être fatale à l'enfant, au lieu de conclure comme M. Chrestien, il faudrait se montrer excessivement réservé. D'autres statistiques donnent des résultats plus avantageux, et en les réunissant toutes, on arriverait à une proportion beaucoup plus faible que celle qui ressort des faits qui sont analysés dans ce rapport. Aussi n'est-ce pas avec les 16 observations de M. Chrestien qu'on pourrait faire le procès au seigle. Mais ce n'est pas non plus avec 16 cas, dont 2 ont eu une issue funeste, qu'on serait autorisé à proclamer l'innocuité absolue de ce médicament.

Le travail de M. Chrestien renferme une seconde série de faits, composée de quatre cas dans lesquels la poudre d'ergot a été administrée avec succès et qui ont exigé l'application du forceps ; deux fois l'enfant a été extrait mort.

Les indications données par l'auteur sur ces deux cas ont paru trop vagues à M. le rapporteur pour démêler la part qu'a pu avoir le seigle sur l'événement. Cependant tout porte à présumer, suivant lui, que dans l'un de ces deux cas au moins, l'ergot a été la cause de la mort de l'enfant. Ce ne serait donc plus 2 enfants sur 16, mais 3 sur 20 auxquels le seigle ergoté aurait été funeste.

M. le rapporteur, après cet examen sévère, auquel il s'est cru obligé, en raison de la position de l'auteur et de l'importance du sujet, reconnaissant d'ailleurs l'utile emploi qui peut être fait, dans une statistique future, des observations contenues dans ce recueil, propose :

1° D'adresser une lettre de remercîments à M. Chrestien ;

2° De déposer son travail dans les archives. (Adopté.)

M. DANYAU lit un deuxième rapport sur un travail intitulé : NOTE SUR LE SEIGLE ERGOTÉ ET CONSIDÉRATIONS SUR LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT ENVISAGÉ D'UNE MANIÈRE PLUS CONFORME AUX CONNAISSANCES ANATOMICO-PATHOLOGIQUES, par M. Spitzer (de Marseille), ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Vienne (Autriche).

M. Spitzer regarde le seigle ergoté comme hyposthénisant. Toute son action, suivant lui, consiste dans la vertu qu'il a de réduire le calibre des vaisseaux sanguins, surtout des petits vaisseaux, particulièrement de ceux qui sont atteints de dilatation pathologique.

Cette opinion le conduit aux plus étranges assertions et à des propositions avancées sans preuves.

M. le rapporteur propose d'adresser simplement une lettre de remercîments à l'auteur. (Adopté.)

M. DANYAU lit un troisième rapport sur un mémoire de M. le docteur Mérier, médecin de l'asile des aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne), intitulé : QUELQUES OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ DANS LES ACCOUCHEMENTS.

M. le docteur Mérier croit le seigle ergoté menacé d'un abandon immérité, et lui vient en aide avec de nouvelles observations. Il établit ainsi les cas dans lesquels on peut recourir au seigle :

1° Pendant le travail, à certaines conditions maintenant bien reconnues, parmi lesquelles M. le rapporteur a été surpris de trouver, sans doute par erreur de rédaction, celle-ci : que la tête ne soit pas arrivée au détroit inférieur du bassin ;

2° Après l'accouchement, dans le cas de perte ;

3° Dans les hémorrhagies qui succèdent aux fausses couches ;

4° Pour la provocation d'un avortement reconnu nécessaire ou d'un accouchement prématuré.

D'après l'analyse de quatre faits invoqués par M. Mérier en faveur du seigle ergoté, et dont deux sont relatifs à des hémorrhagies qui constituent des indications universellement acceptées, on voit, dit M. le rapporteur, que ses moyens de défense ne sont ni bien nombreux ni bien importants. Il ne reste, en effet, que deux cas seulement dans lesquels le seigle a été employé avec succès, du moins avec ce résultat incontestablement avantageux d'une terminaison beaucoup plus prompte que celle qu'on pouvait attendre des seuls efforts de la nature.

Il faudrait, ajoute M. le rapporteur, un bien autre nombre de faits pour convaincre ceux qui conservent des doutes sur l'innocuité de l'ergot de seigle. L'Académie ne doit pas moins savoir gré à M. Mérier d'avoir apporté dans la solution d'une question aussi intéressante son contingent, quelque faible qu'il fût.

M. le rapporteur propose, en conséquence, pour conclusions :

1° De remercier M. le docteur Mérier de sa communication ;

2° De déposer son mémoire dans les archives. (Adopté.)

M. DANYAU lit un quatrième rapport sur des observations d'accouchements pratiqués de 1848 à 1853, suivies de quelques considérations sur l'emploi du seigle ergoté, l'usage du forceps et la nécessité de la version, par M. le docteur Torel (de Brie-Comte-Robert).

Les observations de M. Torel, au nombre de dix-sept, sont partagées en quatre séries.

Dans la première se rangent 5 cas relatifs, les 4 derniers à quatre applications de forceps heureuses pour les mères et les enfants ; l'autre à un accouchement de jumeaux, dont le premier, qui présentait le siège, fut extrait mort par les pieds ; et le second, qui venait par l'épaule, fut amené vivant par la version pelvienne.

Dans tous ces cas, l'inertie évidente de l'utérus exigeait l'intervention de l'art ; le seigle ergoté ne fut point mis en usage. L'emploi du forceps et de la main furent préférés.

Les faits de la seconde série sont relatifs à des femmes qui, malgré certaines circonstances défavorables, n'ont pas eu besoin du seigle, ou dont l'état eût contre-indiqué l'emploi de ce moyen dans le cas même d'inertie de l'utérus.

La troisième série ne contient que deux faits relatifs à des hémorrhagies survenues, l'une après un accouchement à terme opéré par la version et l'application du forceps ; l'autre à la suite d'un avortement à 4 mois.

La quatrième série, enfin, renferme cinq observations et est consacrée aux cas dans lesquels l'administration du seigle a été suivie d'accidents.

De ces faits, M. le docteur Torel est-il autorisé à conclure que :

1° Le seigle est un médicament trop dangereux pour l'enfant et pour la mère pour qu'il soit administré, parce que le travail ne va pas assez vite ou se ralentit, comme on le fait trop souvent?

En elle-même, cette proposition est trop absolue, suivant M. le rapporteur. Les fâcheux résultats de l'abus ne sauraient être niés; mais les bons résultats d'un usage modéré et intelligent ne peuvent être méconnus. Modifiée, la proposition pourra demeurer vraie, mais non comme conclusion des observations de M. le docteur Torel, qui ne prouvent pas du tout ce qu'il s'est proposé de démontrer.

2° Lorsque le travail se prolonge au delà de ses limites ordinaires, soit par faiblesse, soit par insuffisance des contractions utérines, une application de forceps ou la version, suivant les circonstances, est préférable à l'emploi du seigle.

Si, dans quelques circonstances, l'application du forceps peut être substituée, si même elle doit être quelquefois préférée à l'administration du seigle ergoté dans les cas de faiblesse ou d'insuffisance des contractions utérines, on ne peut pas en dire autant de la version, opération beaucoup plus compromettante pour l'enfant. La version proprement dite ne serait indiquée, les conditions étant d'ailleurs favorables, que dans le cas d'urgence absolue, quand il n'est pas encore permis de songer à l'application du forceps.

3° Dans les cas où le seigle aura été donné à doses suffisantes et n'aura pas déterminé l'expulsion du fœtus au bout d'une heure ou d'une heure et demie au plus, il faut se hâter de terminer l'accouchement par le forceps ou par la main, suivant la présentation.

Cette proposition est, comme la première, trop absolue. Il est des cas où l'on pourra attendre encore, comme il en est d'autres où il sera nécessaire d'intervenir beaucoup plus-tôt. Le seigle peut n'avoir produit qu'un faible retour des contractions; son action peut même avoir été nulle. Forte, mais insuffisante, elle n'aura pas toujours troublé la circulation utéro-placentaire et les bruits du cœur du fœtus n'auront subi aucune modification fâcheuse. On pourrait alors attendre encore sans danger. En un mot, ce n'est pas le temps écoulé, mais l'état de la circulation fœtale qui doit être un motif déterminant d'action ou de temporisation nouvelle.

4° L'utilité de l'ergot de seigle n'est clairement démontrée que dans les indications qui naissent de certaines hémorrhagies ou qu'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses couches : proposition parfaitement vraie mais trop exclusive.

Tel est le mémoire de M. Torel.

M. le rapporteur a fait voir que les cas cités par ce médecin ne sont pas tous, à beaucoup près, heureusement choisis, et que ses conclusions, trop absolues ou trop exclusives, ne sont point appuyées de preuves suffisantes.

On n'en doit pas moins louer le zèle dont il a fait preuve.

M. le rapporteur propose qu'une lettre de remerciments soit adressée à l'auteur.

M. Cazeaux, tout en approuvant sans réserves le contenu des rapports de M. Danyau, exprime le regret que M. le rapporteur n'ait pas cru devoir rappeler à cette occasion les excellents préceptes qu'il a formulés dans une autre circonstance à l'égard de l'emploi obstétrical du seigle ergoté dont les praticiens ont généralement de la tendance à abuser.

Les conclusions de ce quatrième rapport sont également adoptées.

— M. Robert Latour communique la relation d'un cas de péritonite suraiguë liée à la rupture d'un abcès ovarique dans la cavité péritonéale, traitée avec succès par l'enduit imperméable. (Comm. : MM. Dubois (d'Amiens), Poiseuille, Bérard, Grisolle.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

De la valeur diagnostique des variations d'acuité et de gravité des sons de la percussion ou de la respiration; par M. Austin Flint, docteur-médecin de Buffalo. (Transactions of the American medical association.) (1)

Le cinquième volume des mémoires de l'Association médicale américaine contient le compte rendu des séances du congrès de 1852 et une série de travaux intéressants entrepris par les différents comités sur les changements de type des fièvres, sur la cure permanente des hernies réductibles, sur l'eau et son usage externe en chirurgie, un rapport étendu sur la Flore médicale des États-Unis et un grand nombre de mémoires sur les épidémies qui ont régné de 1850 à 1851 dans les États de l'Union; nous donnerons plus tard une appréciation de ces différents travaux. Le mémoire que nous analysons aujourd'hui a remporté le prix fondé par l'Association pour l'année 1852; l'auteur y fait preuve de connaissances précises en auscultation et en percussion; il apporte dans l'investigation de questions nouvelles un excellent esprit d'observation. Aussi, bien que les résultats nouveaux auxquels il arrive ne soient pas pour la plupart susceptibles d'une application pratique importante, nous avons cru devoir les annoncer ici.

Il n'y a pas longtemps que quelques idées nouvelles relatives à la percussion et originaires d'Allemagne ont tenté de s'établir en France sous l'autorité de M. Henri Roger. Tout dernièrement encore, les Archives de médecine ont donné la traduction d'un article de Markham, le traducteur anglais de Skoda, sur certains phénomènes de sonorité du thorax qui seraient de nature à bouleverser toutes les idées reçues en plessimétrie si l'on adoptait les explications qu'on y rattache. Nous aurons occasion, en analysant la dernière édition du livre de Skoda sur l'auscultation et la percussion, de parler de ces faits anormaux et des différentes théories qui ont été émises à ce sujet; nous nous en tenons aujourd'hui tout à fait au mémoire du docteur Austin Flint, auquel nous empruntons la plupart des faits que nous allons citer.

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur la percussion et sur l'auscultation des poumons n'ont tenu aucun compte des variations d'acuité ou de gravité des sons perçus par ces moyens d'exploration. Ils ont noté peut-être les autres caractères de ces bruits, mais ils ont à peu près complétement négligé ce qui se rapporte à l'échelle si étendue des sons aigus aux sons graves. Les râles sibilants et les râles sonores de la bronchite ont seuls prêté à cette distinction. Pourtant le docteur Walshe (de Londres) énumère parmi les différents caractères des bruits respiratoires susceptibles de modifications les variations dont nous nous occupons, et MM. Barth et Roger ont entrevu en partie ce fait lorsque, cherchant les signes distinctifs de la respiration bronchique et de la respiration caverneuse, ils disent que la première est plus aiguë que la seconde. On trouverait peut-être encore à ce sujet quelques indications dans les classiques, mais elles sont généralement vagues, mal formulées et à l'état de vérité simplement pressentie.

Avant tout, il est bon de faire observer que nous entendons simplement comparer ici entre eux les différents sons fournis par la percussion et par l'auscultation, afin de déterminer s'ils sont plus ou moins bas, plus ou moins hauts et nullement de fixer d'une manière absolue leur degré d'acuité ou de gravité au point de vue de la musique et de l'acoustique. Dans la percussion, en termes généraux, la matité s'accompagne toujours d'un son plus aigu que la résonnance ; on en a des exemples en percutant comparativement sur un sujet sain la région du cœur et les régions sous-claviculaires, ou bien en étudiant le son que donnent les sommets des poumons chez les phthisiques comparativement avec le son rendu par les lobes inférieurs. Nous ne sommes pas éloigné de penser que par cette augmentation d'acuité on ne puisse, dans certains cas, mieux distinguer la matité, la submatité et les simples diminutions de résonnance. On sait combien il est difficile quelquefois d'arriver à cet égard à cette certitude d'appréciation qui suppose une grande habitude de la plessimétrie.

Dans quelques circonstances, il paraîtrait, d'après l'auteur et d'après le docteur Bowditch, auteur d'un manuel d'auscultation, qu'il existe entre certaines régions symétriques du thorax des différences d'acuité, alors qu'il n'y a pas de différence de résonnance appréciable, c'est que la résonnance pure s'estime plus difficilement qu'une différence de note.

Il est bien évident que dans la pleurésie avec épanchement, dans l'hépatisation pulmonaire, dans la phthisie au second degré, ces différences d'acuité sont peu importantes à noter; on distingue trop facilement un son mat d'un son creux pour avoir besoin de recourir à des signes supplémentaires. Mais quand il s'agit de diagnostiquer la tuberculisation au premier degré, question toujours difficile et quelquefois insoluble, il faut réunir tous les signes possibles et surtout ne pas négliger de consulter le plus ou moins d'acuité des sons fournis par la percussion. Une question importante se présentait ici : Y a-t-il à l'état normal égalité d'élévation dans les sons fournis par les deux côtés du thorax? On sait de quel secours est pour le diagnostic cette égalité de résonnance, de vibration, de respiration qui se fait remarquer à l'état normal dans les points symétriques de la poitrine. Le docteur Flint n'est pas arrivé à une solution satisfaisante de la question par rapport à l'acuité ou à la gravité de sons. Il incline à penser pourtant que, dans l'état physiologique, il ne doit pas exister à cet égard de différence appréciable. C'est surtout pour le sommet des poumons qu'il

(1) La série des mémoires de l'American medical association commence en 1847 et le dernier tome que nous avons sous les yeux a été imprimé à Philadelphie en 1852. Cette collection comprend ainsi toute l'histoire scientifique et administrative de l'Association. Le congrès annuel des médecins américains compte parmi ses membres les principales illustrations du corps médical; il s'est réuni en 1852 à Richmond dans l'État de Virginie, et il se composait d'environ trois cents membres délégués par toutes les sociétés médicales des États de l'Union. Notre savant compatriote Brown Séquard, dont les leçons et les démonstrations de physiologie expérimentale ont été hautement appréciées en Amérique, assistait à la séance d'ouverture du congrès et occupait une place d'honneur parmi les membres délégués; la Société médicale américaine de Paris y avait pris place; les médecins attachés à l'armée et à la flotte s'y étaient aussi fait représenter, ainsi que toutes les Écoles ou Facultés de médecine (*medical colleges*) des États-Unis.

serait important de bien établir d'abord le fait de l'égalité physiologique, sauf à déterminer ensuite quelles sont les différentes circonstances qui peuvent modifier le phénomène. Il est nécessaire de noter en terminant que les expériences entreprises par le docteur Flint ont en lieu d'après les règles ordinaires de la percussion médiate, et qu'il n'a pas cru devoir se servir du plessimètre.

Pour appliquer à l'auscultation les données que nous venons d'exposer, il fallait d'abord déterminer quelles sont les variations d'acuité des bruits respiratoires à l'état physiologique. Voici dans quel sens l'auteur a résolu cette question : RESPIRATION TRACHÉALE. En plaçant le stéthoscope sur la trachée, il est facile de reconnaître que le bruit respiratoire y est assez élevé ; la force de ce murmure varie considérablement suivant les individus; le bruit de l'inspiration est plus court et moins aigu que le bruit de l'expiration.

RESPIRATION BRONCHIQUE. — On l'a cherchée près de l'articulation sterno-claviculaire et entre les omoplates; il y a en, suivant les individus, des différences considérables dans son intensité ou son développement. L'élévation de la respiration bronchique est un peu inférieur à celui qui appartient à la trachée, mais il est bien supérieur à celui de la respiration pulmonaire ou vésiculaire. Sur 13 observations, l'auteur a trouvé la respiration bronchique plus développée à gauche dans 4 cas, à droite dans 5 cas, égale dans 4 cas. Quant à l'élévation du murmure bronchique, sur 20 observations, le son a été plus aigu à droite 15 fois, égal des deux côtés 5 fois. Généralement le bruit d'expiration a paru plus élevé que celui de l'inspiration.

RESPIRATION VÉSICULAIRE. — Celle-ci représente une note beaucoup moins élevée que les deux autres; quand elle laisse entendre le bruit expiratoire, celui-ci est moins élevé que l'inspiration, contrairement à ce que nous avons trouvé pour la trachée et les bronches ; le murmure vésiculaire est plus grave à la partie inférieure qu'à la partie supérieure du thorax ; la force des mouvements respiratoires n'augmente pas l'acuité des sons; la respiration vésiculaire est sensiblement plus grave au sommet gauche qu'au sommet droit chez un grand nombre de personnes.

Il nous reste à exposer maintenant la partie véritablement pratique de ces observations, par rapport à l'auscultation, nous les donnons avec réserve, plutôt pour appeler l'observation sur des faits qui, au dire de l'auteur lui-même, auraient peut-être besoin d'un contrôle, que pour enregistrer des données immédiatement applicables à la séméiotique :

» 1° Dans le second degré de la pneumonie, le bruit respiratoire est élevé, suivi par un murmure expiratoire souvent plus aigu.

» 2° Dans les petits dépôts tuberculeux, au début de la phthisie, la modification la plus frappante du bruit respiratoire est son acuité, c'est cette même acuité qui détermine la rudesse, la dureté de la respiration à cette période de la maladie. Quand le bruit expiratoire est appréciable dans des cas semblables, il peut être aussi aigu ou plus aigu que l'inspiration. Ce dernier signe peut être d'un grand secours pour le diagnostic de la phthisie initiale.

» 3° Quand l'infiltration tuberculeuse est plus abondante, l'acuité du bruit respiratoire est encore augmentée; l'expiration est au moins aussi élevée que l'inspiration.

» 4° Dans la pleurésie avec épanchement, la note du bruit respiratoire est plus élevée; les autres signes sont les mêmes que ceux de la respiration bronchique sur les points du thorax qui recouvrent les parties comprimées du poumon. Lorsque l'épanchement a été considérable, quelquefois après l'absorption complète de liquide, il reste du coté malade, pendant longtemps encore, une différence dans l'élévation du bruit respiratoire.

» 5° Au troisième degré de la tuberculisation, le siége de l'excavation est indiqué par un son soufflé, très-bas, et dont l'expiration est encore plus grave; tels sont les signes de la respiration caverneuse, l'un des indices les plus constants et les plus positifs des excavations pulmonaires.

» Quand la cavité est très-grande, ou qu'il y a plusieurs cavités, la respiration peut être modifiée au point de présenter le caractère caverneux dans tout le sommet de la poitrine. On peut rencontrer en même temps, sur les parois thoraciques correspondantes, plus ou moins de matité.

» La matité à la percussion et une respiration soufflante et grave indiquent surtout l'existence de cavernes.

» La respiration caverneuse s'entend aussi dans les cas d'excavation par gangrène circonscrite et dans le pneumothorax, avec perforation pulmonaire.

» 6° Dans les cas de tubercules en voie d'arrêt de développement et de résorption, les signes de l'affection primitive se manifestent encore par l'élévation permanente du son respiratoire liée à la présence d'une matité plus ou moins prononcée au sommet. »

Un appendice qui fait suite au mémoire contient un nombre assez considérable d'observations cliniques faites avec soin et sur lesquelles l'auteur s'est fondé pour établir les conclusions que nous venons de citer.

L'observation et la méthode de ce travail méritent en dernier lieu une mention spéciale. L'auteur est évidemment très-expert en auscultation et en percussion, il analyse les faits avec exactitude et en recherche surtout le côté pratique; ses conclusions sont sobres et ne dépassent pas la rigoureuse portée de l'observation. Il laisse seulement à désirer pour le temps qu'il a consacré à ces recherches ; il y a des sujets d'observation qui ont besoin d'être médités, remis plusieurs fois sur le métier, soumis à l'appréciation et au jugement des autres.

A part cette remarque critique, nous n'en voulons point faire d'autre sur un travail qui nous semble indiquer, en auscultation, une voie nouvelle de recherches et peut-être une source précieuse d'indications diagnostiques.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

— ÉTAT SANITAIRE DE LONDRES. — Du 8 au 15 octobre, il y a eu, à Londres, 1039 décès.

Dans les dix semaines correspondantes de 1843 à 1852, le chiffre moyen des morts était de 1044.

Le choléra n'a pas fait de progrès sensibles depuis la dernière semaine; en effet, les décès, qui étaient de 66 dans la première semaine d'octobre, ne se sont pas élevés cette semaine au delà de 45.

Il sera curieux de faire remarquer que, dans la semaine correspondante de 1848, il y eut à Londres le même chiffre (45) de décès cholériques. Les semaines suivantes, la mortalité oscilla, s'abaissa à 1 et à 2 décès au printemps, et l'épidémie ne se déclara avec intensité qu'en été.

— Le choléra se maintient toujours, en Angleterre, dans le même état stationnaire. Dans les villes où il a fait primitivement son apparition, Newcastle et Gateshead, il est réduit aujourd'hui à des proportions tout à fait insignifiantes, 2 décès par jour en moyenne. Dans les villes environnantes, on signale à peine quelques cas de choléra disséminés. Il en est de même en Écosse.

A Hambourg, l'épidémie peut être considérée comme terminée. Depuis le 26 septembre, il n'y a eu que 15 cas et pas un seul depuis le 6 octobre. Au 2 octobre le nombre des cas, depuis le début, était de 537, dont 379 suivis de mort. A Hambourg, où les marins anglais avaient perdu beaucoup de monde lors de la dernière épidémie, le conseil général de santé d'Angleterre a fait mettre en pratique son système de visites préservatrices. Un médecin distingué, M. le docteur Helbert, s'est chargé de visiter les navires anglais, et il en a visité plus de 400. Les marins anglais n'ont eu qu'un très-petit nombre de malades, 40 ou 50, et n'ont perdu que trois hommes.

A Stockholm, au contraire, l'épidémie ne paraît pas arrivée à son terme, bien que, aux dernières nouvelles, le 4 octobre, elle fût déjà à son 52e jour. Déjà on comptait, en tout, 4,263 cas de choléra et 2,552 morts. Le nombre ces diarrhées paraît avoir été fort considérable, près de 6,000.

— A la Nouvelle-Orléans, il n'y a plus eu, le 2 de ce mois, que 6 morts de la fièvre jaune, et le comité sanitaire a décidé de ne plus publier de bulletin journalier.

Malheureusement, dans l'intérieur de la Louisiane et du Mississipi, les ravages de l'épidémie continuent.

La dernière dépêche reçue du Sud à New-York fait espérer une amélioration. Le vent du nord soufflait avec violence et les cas épidémiques diminuaient.

— M. le docteur Barral vient de mourir à Marseille.

— Un médecin français homœopathe, M. le docteur Currie, établi depuis longues années à Londres, est mort la semaine dernière dans cette ville.

— Le nouveau projet d'organisation du service médical des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris a été approuvé par M. le ministre de l'intérieur. Ce projet doit être mis à exécution dès le 1er janvier. D'après une disposition de ce projet, les médecins des bureaux de bienfaisance, qui font aujourd'hui gratuitement ce service pénible, recevront désormais une indemnité pécunaire.

— M. Auguste Saint-Hilaire, dont nous avons annoncé dernièrement la mort, a légué à la bibliothèque de Montpellier tous les ouvrages scientifiques qui lui appartenaient, à l'exception de la PHYSIOLOGIE de M. de Candolle et d'une MONOGRAPHIE DE LA ROSE.

— M. de Gisors, architecte, est chargé de faire élever le tombeau d'Orfila sur le plan qu'il a tracé. Ce plan, exécuté en relief, est obligeamment montré par M. de Gisors aux personnes qui désirent le voir.

— M. David (d'Angers) s'occupe en ce moment du modèle de la statue de Bichat, que le congrès médical de 1845 a voulu ériger au grand physiologiste dans la cour de la Faculté de médecine.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CHOLÉRA-MORBUS.

LES THÉORIES DU CHOLÉRA. — L'INFLUENCE DES CAUSES D'INSALUBRITÉ SUR SON DÉVELOPPEMENT. — L'AGGLOMÉRATION DES CHOLÉRIQUES DANS LES HÔPITAUX

Les questions qui ont pour but la détermination des lois du choléra, et les mesures administratives qu'on étudie à l'heure actuelle pour prévenir ou diminuer le développement et l'intensité de ce fléau appellent en ce moment l'attention et comportent l'examen des différentes faces d'un problème qui intéresse à la fois la pathologie générale et l'hygiène publique. C'est à ce titre que nous allons passer en revue les principaux faits qui se sont produits dernièrement à ce sujet, afin de constater la direction des idées et les tendances qui se montrent pour ou contre telle catégorie de moyens prophylactiques, ou telle solution scientifique.

Il n'y a peut-être pas eu d'époque où le mot de *théories* résonnât plus mal que dans ces dernières années et où l'on voulût si difficilement les admettre. On confondait volontiers les théories avec les systèmes, et on avait une tendance à prendre d'assez mauvaise part toutes les productions qui se rapportaient à ce genre de spéculations. Si les Académies, si les Facultés ne retentissent plus de ces discussions qui jadis ont jeté tant d'éclat sur quelques hommes et sur quelques écoles, il ne faut pas croire que de notre temps on puisse se passer, plus facilement qu'à d'autres époques, de ce qu'on appelle système et théorie; les esprits les plus positifs en ont leur part; seulement ces idées peuvent être plus ou moins absolues, plus ou moins formulées; elles existent partout et elles prennent de l'empire dans l'interprétation des faits selon les tendances de l'époque. En matière de science, il est impossible de contester l'utilité et la nécessité des théories; elles font partie de toutes les méthodes d'investigation, elles les dirigent, elles les complètent, et elles sont à leur tour rectifiées par les résultats auxquels elles ont conduit. Dans ce cercle, rien n'est perdu, la théorie guide l'expérience et l'expérience corrige la théorie.

A cette première remarque, que la GAZETTE MÉDICALE a faite depuis longtemps, nous ajouterons que, bien que nous paraissions difficile dans l'admission des théories, nous n'en adoptons pas moins, dans une foule de circonstances, des explications qui ne sont rien moins que rationnelles. Nous avons donc aussi nos systèmes, nos théories de prédilection, seulement nous les formulons moins que nos devanciers, nous n'étendons pas ces explications à un très-grand nombre de faits, nous les resserrons au contraire et nous ne voudrions pas qu'il fût reconnu que nous faisons usage de ce moyen *factice* de découvrir ou de formuler les faits. Il arrive de cette négligence que les théories qui existent, qui sont généralement professées et admises sont hors d'état de servir à l'enseignement, à la science et aux observateurs, et on pourrait dire que, relativement aux progrès des connaissances médicales, il n'y a pas eu d'époque où ces conceptions aient été aussi faibles, aussi arriérées, aussi incomplètes qu'aujourd'hui. La cause d'un tel état de choses se trouve dans cette sorte de déchéance que nous venons de signaler et dans une quasi-réprobation de l'opinion publique. La plupart des esprits élevés se gardent de s'aventurer dans cette voie, et cela fait qu'il n'y a pas, à proprement parler, à notre époque, une grande élaboration théorique sur un sujet quelconque du domaine de la médecine.

C'est surtout en rattachant cette question générale à l'histoire des épidémies et à celle du choléra en particulier, qu'on peut voir à quel point la science est à l'heure actuelle en arrière des faits d'observation. L'honorable M. Jolly, en donnant à l'Académie l'exposé des théories existantes sur la cause du choléra, sur le mode de propagation et l'origine de ce fléau, a rendu un véritable service en laissant voir par cela même qu'il n'existe point de théorie rationnelle du choléra.

Nous ne sommes pas plus avancés à cet égard qu'en 1830 et 1832, nous empruntons aujourd'hui comme alors, aux faits qui ont le plus frappé l'esprit public, les idées que nous nous formons sur la nature du principe morbifique; nous raisonnons de ce miasme ou de ces animalcules comme si nous les avions vus prendre naissance aux bords du Gange pour s'étendre de là sur presque toutes les parties de la terre; nous en peuplons les rivages des mers, l'embouchure des fleuves, les terrains déclives, les endroits marécageux. Ces miasmes ou ces animalcules jouissent d'une propriété de reproduction qui les multiplie quelquefois indéfiniment; après cette période de développement, de germination ou d'effervescence vient celle de la destruction ou de l'incubation. On explique ainsi d'une manière générale la durée plus ou moins longue des diverses épidémies, leurs alternatives de développement, de disparition et de retour dans certaines localités, l'immunité constante de certains lieux, et on croit avoir une théorie du choléra. Or, nous le demandons, toutes ces hypothèses ne rappellent-elles pas certaines théories des temps passés? Y a-t-il là des observations nouvelles, ou une systématisation particulière des faits? On ne saurait penser ainsi; c'est là un reste des anciennes, des premières théories du choléra, qui s'appliquaient à des faits sur lesquels on n'était pas encore bien renseigné. Se borner à cela, ce serait négliger les observations de 1832 et de 1849, observations qui sont consignées dans les annales administratives ou scientifiques du choléra. Du reste, ce n'est point là une théorie, c'est une simple hypothèse qui, pour devenir théorie, a besoin de s'appliquer aux détails comme à la généralité des faits. A-t-on entrepris sérieusement, dans ces derniers temps, ce travail d'adaptation de l'hypothèse aux phénomènes matériels? A-t-on essayé, par exemple, d'expliquer, à l'aide de cette théorie des miasmes, ce qui se passe dans une ville où se développe le choléra, les foyers multiples, les localisations, l'invasion subite, l'arrêt brusque, les recrudescences variables? Pour cela, il faudrait avoir des données positives sur les différentes conditions dans lesquelles se sont accomplis ces phénomènes. L'épidémie de 1849, mieux étudiée sous ce rapport que celle de 1832, permettra sans doute de constater quelques-unes de ces conditions; mais en dehors de là, en dehors d'un travail d'ensemble, il n'y a pas de théorie du choléra, il n'y a que des hypothèses plus ou moins ingénieuses. Pour édifier les théories, il faut des faits d'observation pour en examiner la valeur, il faut encore de nouvelles observations.

Est-il besoin, d'ailleurs, de rappeler qu'une théorie rationnelle ne s'attaque point à déterminer la nature intime d'une cause morbide, mais bien plutôt à fixer les conditions de ses manifestations; c'est par cette étude que l'on connaîtra les lois du développement des maladies épidémiques: pour cela, il faut faire une analyse sérieuse, il faut s'y appliquer comme on s'applique à la connaissance des phénomènes intimes de l'organisme. Il ne faut rien négliger pour donner à cette étude toute la précision dont elle est susceptible.

Feuilleton.

DE L'ESPRIT DES BÊTES.

C'est le titre d'un livre extrêmement curieux, amusant, instructif, à la fois plein de sens et de fantaisie et même d'un peu d'extravagance, dans lequel on peut apprendre beaucoup sur l'esprit des bêtes et plus encore sur celui de l'auteur. Ce charmant livre de M. Toussenel n'est pas une nouveauté; il date de quelques années; et si nous le rappelons ici, c'est que, malgré ses allures un peu trop extra-scientifiques, il contient des faits et des aperçus que la psychologie animale peut mettre à profit. Cette étude attachante, qui avait fourni pendant des siècles des textes à tant de discussions philosophiques et théologiques, fut négligée et presque abandonnée, de guerre lasse, après la controverse fameuse suscitée par le système de Descartes. Jusque-là le problème avait été surtout envisagé au point de vue purement métaphysique et théologique. Les solutions qu'on en essayait étaient fortement influencées par la considération de leurs conséquences réelles ou supposées à l'égard de la foi. En effet, la question de *l'âme des bêtes*, comme on disait alors, touchait de fort près à celle de l'âme humaine, et c'était un terrain dangereux. Vers la fin du dernier siècle, ces préoccupations n'existaient plus, et Buffon put reprendre la recherche avec la plus entière indépendance. Il le fit en observateur, en philosophe, en naturaliste; il était fort compétent à tous ces titres, et son petit discours SUR LA NATURE DES ANIMAUX est encore ce qui a été écrit de plus fort sur la matière. Sa doctrine, on le sait, était un cartésianisme mitigé, une sorte de compromis entre l'automatisme absolu de Descartes et l'opinion opposée qui assimilait l'intelligence animale à l'intelligence humaine et n'y voyait que des différences de degré. Condillac embrassa ce dernier parti qui resta triomphant, du moins dans le monde officiel des savants et des philosophes de profession. Les dernières conséquences de son système d'interprétation des phénomènes psychiques de l'animalité furent développées par deux écrivains qui ont fait longtemps autorité, George Leroy (1) et Dupont de Nemours (2).

Mais cette question est une de celles (passablement nombreuses) que l'esprit humain ne peut ni résoudre ni abandonner; et tandis que des difficultés intrinsèques, probablement insurmontables, semblent en défendre l'approche, une curiosité non moins invincible en commande incessamment la recherche. Après Descartes donc, après Buffon, après Condillac et ses disciples, d'autres investi-

(1) LETTRES PHILOSOPHIQUES SUR L'INTELLIGENCE ET LA PERFECTIBILITÉ DES ANIMAUX.

(2) MÉMOIRES SUR DIFFÉRENTS SUJETS, LA PLUPART D'HISTOIRE NATURELLE, ETC. 1813.

Avant d'étudier la distribution du choléra dans les localités, on était loin de savoir d'après quelles lois cette maladie se disperse dans les populations. Sévit-elle sur les masses en raison de leur densité? Sa durée est-elle en rapport avec le chiffre de la population, avec l'intensité de ses ravages ou avec quelques autres conditions? Obéit-elle à certaines conditions météorologiques, géologiques ou purement physiques? Ces questions, qui se multiplient à l'infini, attendent leur solution d'une théorie du choléra. Déjà sans doute, depuis quelques années, les faits se groupent suffisamment pour qu'il soit possible d'entrevoir la solution à donner à quelques-unes de ces questions; mais il faut faire observer que, sur chacun de ces sujets, la science possède des données divergentes et en apparence contradictoires, et que ce sont celles-là qu'il importe surtout de faire entrer dans la loi générale. Telle est, il nous semble, la direction à suivre aujourd'hui : si elle tient compte de toutes ces conditions, si elle relie le plus grand nombre de ces faits, et si elle permet d'interpréter la plupart des anomalies, la théorie sera bonne. En dehors de cette œuvre, détaillée, positive, s'il y a des hypothèses, il faut les considérer comme des efforts méritants sans doute; mais il faut se garder de les confondre avec l'étude des causes, avec laquelle elles n'ont pas un rapport nécessaire.

On pourrait étendre aux mesures prophylactiques ce qui vient d'être dit des théories du choléra, et on ferait voir alors comment, malgré le caractère tout à fait positif de l'investigation médicale dans ces dernières années, malgré l'accumulation d'un grand nombre de faits très-significatifs, on a voulu procéder à la détermination des mesures hygiéniques les plus efficaces contre un fléau qui se révèle de mille manières, qui se montre dans les conditions les plus opposées, et qui a des modes multiples de développement, en ne tenant compte que de quelques-unes de ces circonstances. On montrerait ainsi comment, à l'aide d'un système très-exclusif, on a fait taire certains faits et on a édifié des mesures hygiéniques efficaces, sans doute, mais non pas complètes. On commence à se demander ce qu'il faut penser de la valeur absolue des mesures qui ont pour but de faire cesser l'insalubrité de certaines localités, d'assainir les logements, de disperser les populations trop agglomérées. Cette catégorie des moyens est sans doute destinée, quand elle sera largement appliquée en temps d'épidémie, à diminuer de beaucoup les effets meurtriers du choléra, et il serait facile d'en démontrer l'utilité, d'après les résultats obtenus dans l'épidémie de 1849. Toutefois, il s'en faut de beaucoup que l'administration ait à sa disposition les moyens de satisfaire complétement à ce sujet les prévisions et les *desiderata* de l'hygiène. On assainit les logements dans une certaine mesure, on fait cesser certaines causes d'insalubrité, mais les habitations des classes pauvres sont toujours là, et à moins de les changer de fond en comble, il sera impossible d'en faire des logements convenables. Cela nous rappelle qu'une commission instituée à Londres, et qui comptait parmi ses membres deux hommes très-versés dans les questions d'hygiène publique, MM. Edwin Chadwick et Southwood Smith, en faisant allusion aux mesures dont nous parlons, écrivait dans le rapport officiel de 1847 : « Que le typhus est une maladie dont il est possible, dans la plupart des cas, de se préserver, et que les mêmes moyens pouvaient s'opposer avec efficacité au développement du choléra. » Cela n'a pas empêché l'épidémie de 1849 d'enlever à Londres plus de 15,000 personnes, dont les quatre cinquièmes étaient dans les conditions d'insalubrité contre lesquelles s'élevait le rapport. Les moyens indiqués par la science étaient donc d'une exécution difficile ou impossible. Mais allons plus loin : il est à présumer que même dans le cas où toutes les causes d'insalubrité disparaîtraient, les épidémies ne disparaîtraient pas pour cela; elles seraient sans doute moins fréquentes, moins graves, nous avons des raisons de le penser; mais elles pourraient encore se montrer, car elles ont une existence qui ne dépend que dans une certaine mesure des conditions hygiéniques que nous pouvons déterminer, et sur lesquelles nous avons prise.

Cette question une fois posée conduit à celle de l'agglomération ou de la dissémination des cholériques. Il peut sembler très-simple, de premier abord, d'éviter de placer les cholériques dans des conditions d'insalubrité analogues à celles dans lesquelles ils ont contracté la maladie. La nécessité d'instituer tous les traitements dans des locaux spacieux, largement ventilés, pourvus d'un personnel suffisant et du matériel nécessaire, s'est fait sentir à tous les médecins qui ont eu à traiter des cholériques en ville, et qui ont eu occasion de voir l'énorme perte de temps qu'exige le traitement des cholériques isolés. Y a-t-il là des motifs suffisants pour créer de grandes agglomérations de cholériques? Cette question vient d'être agitée en Angleterre, où, comme on le sait, les cholériques ont été traités en grande partie à domicile dans l'épidémie de 1849, et où à cette époque, comme en 1832, les grands hôpitaux de Londres ont fermé leurs portes aux cholériques pendant toute la durée de l'épidémie, et il n'est pas sans intérêt de faire remarquer qu'elle a été résolue par le président de la Société épidémiologique, Babington, dans un sens tout à fait favorable au traitement des cholériques dans les hôpitaux ordinaires. Nous ne pensons pas que le conseil d'administration des hôpitaux de Londres entre dans une voie nouvelle et reçoive les cholériques à condition de leur affecter des salles particulières. Toujours est-il que le problème du traitement des cholériques, isolés ou réunis en certain nombre, est en ce moment de nouveau à l'étude. Qu'en sortira-t-il? Il est difficile de le prévoir, parce que les solutions administratives ne suivent pas à la lettre les données de la science. La première commission du choléra, réunie à Paris en 1831, avait décidé d'une manière formelle que les hôpitaux ordinaires, encombrés de maladies aiguës et d'affections chroniques, étaient tout à fait impropres au traitement des cholériques; elle proposait de les réunir dans des locaux isolés et disposés *ad hoc*; en 1832 d'autres mesures sont adoptées. En 1849 on proposa d'affecter dans les hôpitaux des salles spéciales au traitement des cholériques, d'avoir un personnel et un matériel particulier; ou sait ce qui est advenu de cet avis, on sait comment et pourquoi les cholériques ont été placés indifféremment dans tous les services. L'incertitude de quelques-unes des données de la science sert à entretenir à ce sujet les doutes et à perpétuer les embarras. Pourtant il est consolant pour ceux qui s'occupent de l'élucidation de ces questions si complexes, de faire remarquer que les points principaux du problème sont aujourd'hui résolus scientifiquement : le danger de la formation et de l'entretien des foyers cholériques dans lesquels la maladie se communique par transmission directe ou indirecte; la prédisposition des individus atteints de maladies chroniques ou débilités par des maladies aiguës à contracter l'affection épidémique; l'impossibilité de s'appliquer au traitement et à l'observation des cholériques dispersés au milieu d'autres malades, avec autant d'efficacité et d'économie de temps que s'ils étaient réunis en groupes peu nombreux dans des locaux différents.

Quelque décision que l'on adopte dans l'avenir, il faudra compter avec ces trois conditions, aujourd'hui bien déterminées, à moins de vouloir courir les risques d'une expérience qu'un hasard seul pourrait rendre heureuse.

---

gateurs se sont mis à l'œuvre, et ont, comme disent les Allemands, essayé à leur tour de casser cette noix.

Dans ces derniers temps, cette étude a été particulièrement encouragée par les travaux de Frédéric Cuvier, exposés et commentés d'une manière si ingénieuse et si élégante par M. Flourens, dans un petit livre (1) dont nous eûmes un des premiers la bonne fortune de pouvoir rendre compte ici même. Parmi les autres écrits, plus nombreux qu'on ne pense, publiés depuis sur ce sujet, nous aurions à noter particulièrement celui du docteur Gabillot (2), travail sérieux dans lequel l'instinct est considéré, sous un point de vue tout à fait général, comme le principe suprême de tous les mouvements et de tous les actes organiques; et l'ouvrage, plus populaire, de M. Alfred de Nore dont le titre indique suffisamment l'esprit et les tendances (3), mais qui n'offre guère à l'appui de sa conclusion, que des anecdotes, des détails biographiques, des traits de mœurs et de caractère, qu'il donne comme des preuves de sa thèse, tandis qu'ils ne sont que le texte même et le fondement de la controverse.

Mais passons sur ces livres et sur d'autres de moindre importance. En voici un tout fraîchement sorti de la presse, qui se recommande d'une manière plus pressante à notre attention par la position scientifique de l'auteur et par son mérite (1). C'est un petit volume de deux cents pages à peine. Nous aimons les petits livres, surtout sur les grands sujets, qui d'ordinaire et par malheur entraînant avec eux tant de bagage inutile d'érudition et d'histoire. Les questions de philosophie notamment réclament d'autant plus de brièveté qu'elles sont toutes très-vieilles, et qu'on ne peut, en les traitant, éviter les redites. Il serait particulièrement difficile d'être long et neuf en même temps, à propos de l'esprit des bêtes. M. Fée l'a parfaitement compris. Il a même la modestie, certainement exagérée, de n'avoir mis dans son travail d'autre nouveauté que celle de la forme (*Avant-propos*, XI). Nous n'acceptons pas cette réserve; car son livre abonde en observations fines, délicates, en aperçus ingénieux. Il instruit, il intéresse et fait penser. Il manque peut-être un peu de rigueur méthodique et systématique, et les solutions sur les points controversés ne sont pas, ce nous semble, formulées avec assez de netteté et de décision. A la vérité, l'auteur ne nous avait rien promis de ce genre. Il nous dit, dans le titre même de son ouvrage, que c'est une *étude*; il ne traite pas le sujet *ex cathedrâ*; il le parcourt en curieux, et en cause avec le lecteur.

Nous prenons volontiers M. Fée au mot, et en nous bornant à quelques remar-

(1) RÉSUMÉ ANALYTIQUE DES OBSERVATIONS DE FRÉD. CUVIER SUR L'INSTINCT ET L'INTELLIGENCE DES ANIMAUX. 1841.

(2) ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE DE L'INSTINCT CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX. 1844.

(3) LES ANIMAUX RAISONNENT, ETC. 1845.

(1) ÉTUDES PHILOSOPHIQUES SUR L'INSTINCT ET L'INTELLIGENCE DES ANIMAUX; par A.-L.-A. Fée, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre de l'Académie impériale de médecine. A Strasbourg, et à Paris, chez Reinwald, rue des Saints-Pères, 15. 1853. In-12.

reuse, et qui aurait d'avance contre elle toutes les prévisions et l'enseignement du passé.

THOLOZAN.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LES INCRUSTATIONS CALCAIRES DU CŒUR, DES ARTÈRES ET DES VEINES; par le docteur M. H. DESCHAMPS.

I. Les sels calcaires solubles, combinés aux sucs nutritifs de l'économie animale, sont destinés tantôt à solidifier le squelette fibro-cartilagineux pour former la charpente osseuse des vertébrés, suivant des phénomènes d'ostéogénie fixes et réguliers, tantôt à incruster les téguments d'un grand nombre d'invertébrés sous forme d'une sécrétion constante, souvent irrégulière et quelquefois amorphe; tantôt enfin ils servent à compléter, par extension fonctionnelle, les métamorphoses des tissus mous en tissus compactes et solides, connus sous les noms d'ostéides et d'ostéophlegmasies.

II. Les incrustations calciques, suites ordinaires des progrès de l'âge, qu'il vaudrait mieux appeler *incrustations physiologiques*, par opposition aux plaques calcaires, aux *incrustations pathologiques* qui résultent des phlegmasies du cœur, des artères et des veines, ont pour objet principal de fermer la solution de continuité des fibres élastiques rompues, et les unes et les autres d'opposer une barrière efficace aux hémorrhagies.

III. L'époque des dépôts de substances salines calcaires n'est point exclusive à la vieillesse. Bichat, un des premiers, a signalé les concrétions calciques de la valvule mitrale du cœur des adultes, et les troubles considérables qui accompagnent cette légère incrustation comparée aux plaques très-nombreuses qui parfois envahissent le système circulatoire à sang rouge des vieillards sans altération notable des fonctions. Il attribua cette différence à ce que l'ossification sénile est un phénomène naturel, tandis que les autres ossifications sont accidentelles et souvent précédées d'inflammation et d'engorgement.

Les écrits de la science renferment d'ailleurs des exemples authentiques d'incrustations calcaires dans les organes sanguins, avant et après la puberté et même dès la plus tendre enfance. M. Andral a découvert des plaques osseuses dans l'aorte d'une petite fille de 8 ans et chez des sujets de 18 à 24 ans. G. Young a vu l'artère temporale complétement ossifiée chez un enfant de 15 mois. Portal cite un fait analogue dans son COURS D'ANATOMIE MÉDICALE (t. III, p. 133). Le docteur Fiddes a pratiqué deux amputations successives chez un jeune homme de 23 ans, par suite d'ossifications multiples à l'artère fémorale. (MONTHLY JOURNAL, mars 1848.)

Dans les hospices consacrés à la vieillesse, il n'est pas rare de constater, contrairement à ces plaques d'incrustation du jeune âge, que des vieillards parvenus à la décrépitude conservent leurs organes circulatoires libres et dégagés de sels calciques. Thomas Parr, qui vécut plus d'un siècle, ne présenta, au rapport de Harvey, aucune plaque osseuse au cœur, aux artères et aux veines.

IV. Le mécanisme suivant lequel se déposent les sels calcaires dans les organes circulatoires des vieillards est inconnu.

L'ossification sénile se forme en trois temps ou périodes : le premier se caractérise par la rupture des fibres élastiques; le second prépare, sécrète un fluide osseux qui s'épanche à l'endroit de la solution de continuité du tissu, formant un cal provisoire, une digue momentanée au choc de l'ondée sanguine; le troisième est la concrétion osséiforme, solide, persistante, le cal définitif qui termine l'accident tout mécanique du tissu antitupien.

V. PREMIÈRE PÉRIODE. — RUPTURES PARTIELLES DES FIBRES ÉLASTIQUES DE LA TUNIQUE MOYENNE DU CŒUR ET DES VAISSEAUX SANGUINS.

Sous l'influence naturelle des progrès de l'âge, il s'opère des ruptures partielles aux membranes élastiques canaliculées: ruptures très-rares dans l'enfance, peu fréquentes chez les adultes, et qui semblent être le triste privilége de la vieillesse.

L'action énergique des contractions du cœur et la faiblesse relative des parois artérielles sont les causes efficientes de l'accident. Les grosses artères paraissent plutôt atteintes de cette lésion traumatique interne que les moyennes et les petites, en raison de cette particularité anatomique du système artériel, que la densité des tuniques augmente avec la diminution de calibre. La proximité du cœur, de même que la force de projection des ventricules, a également une action marquée sur les ruptures partielles des artères. L'aorte est le siége ordinaire de ces lésions mécaniques ; l'artère pulmonaire qui reçoit une impulsion moins forte est plus rarement dilatée et rompue. La direction des fibres élastiques constitue une nouvelle condition organique qui les prédispose à se rompre. Les fibres circulaires des organes de la circulation à sang rouge, contournées d'une manière défavorable aux grandes dilatations, se brisent bien plus souvent que les fibres longitudinales de la tunique moyenne des organes circulatoires à sang noir.

La direction normale des fibres élastiques des artères est un problème de structure intime qui partage les anatomistes. Elle est circulaire ou presque circulaire et jamais longitudinale suivant Bichat; elle se dessine en spirales plutôt obliques que circulaires d'après Hunter et Sœmmering : « Ces fibres ne forment pas le tour du vaisseau, » et, ajoute Béclard, elles sont toutes transversales. Dans l'aorte des fœtus, les fibres élastiques se contournent en cercles complets, et avec les progrès de l'âge, elles ne forment plus que des demi-cercles, des quarts de cercle, des espèces de cycloïdes. Il est fort difficile de suivre la direction d'une fibre principale en raison de ses fibrilles anastomotiques avec celles qui lui sont contiguës. On évite cette confusion de fine anatomie en disséquant le tissu rendu plus apparent sous l'eau par un agent d'optique amplificateur.

La tunique jaune artérielle éprouve donc dans le cours régulier de la vie de légères ruptures fibrillaires ou plutôt un écartement progressif sur un point rompu de leur circonférence; écartement très-variable pour l'étendue et pour le lieu où il s'opère dans l'épaisseur du tissu élastique. Chaque endroit qui est le siége de ruptures multiples affaiblit la paroi artérielle; de sorte que, sans avoir égard à ce phénomène organique, si l'on tiraille le vaisseau suivant sa longueur, il se rompt, et sa lumière présente un contour *spiroïde*. L'inégalité de traction longitudinale produit le même effet et conduit à la même erreur touchant la direction des fibres en spirales.

Le choc de l'ondée sanguine agrandit peu à peu le champ des ruptures des fibres élastiques. La paroi artérielle de plus en plus affaiblie se dilate, et l'anévrisme vrai commence. Hogdson refuse le nom d'anévrisme à ces

---

ques détachées, sans prétention dogmatique, nous ferons pour son livre ce qu'il a fait lui-même pour son sujet.

J'ai le regret d'avoir à chicaner dès la première page. J'y trouve que l'antiquité « n'a jeté que de faibles lumières sur cette matière difficile. » J'en conviens; mais je ne conviendrai pas aussi aisément que les modernes y aient apporté un grand surcroît de clarté, et surtout que ce progrès prétendu résulte de ce que les anciens raisonnaient avant d'observer, tandis que, plus sages aujourd'hui, nous observons avant de raisonner. Raisonner avant d'observer, apprecier avant d'avoir comparé! c'est là un procédé contre nature que l'esprit n'a jamais employé ni pu employer en aucun temps. Les anciens sont parfaitement innocents de ce délit logique, et si l'esprit scientifique de l'antiquité méritait quelque reproche, ce n'est pas ainsi qu'il faudrait le formuler. Dans la question de l'intelligence des animaux notamment, les anciens ont eu toutes les sources d'information que nous avons : ils connaissaient les espèces les plus intelligentes, les plus industrieuses, les plus éducables : le chien, l'éléphant, le singe, le cheval, tous les grands mammifères, et parmi les insectes, les abeilles et les fourmis. Ils avaient parfaitement étudié les mœurs, les habitudes des uns et des autres, et nous n'en savons rien de plus aujourd'hui que ce qu'on en savait au temps d'Aristote. Ce qu'on a pu apprendre depuis sur quelques espèces inférieures ne sert à rien pour la psychologie comparée. Les faits, sur lesquels on dispute aujourd'hui, sont donc absolument les mêmes que ceux d'autrefois; car l'animal n'ayant pas changé (sauf dans quelques circonstances de la domestication), il pose toujours devant l'observateur, avec son invariable physionomie psychique, et lui présente, comme il y a trois mille ans, la même énigme à déchiffrer. Et ce que nous disons des faits, on peut le dire à peu près aussi de la théorie. Avons-nous, en psychologie animale, autre chose que le petit nombre de notions familières que la plus simple réflexion suggéra aux anciens philosophes, que ce qui se trouve dans Aristote, dans Plutarque, dans Pline, dans Porphyre (1)? Je l'ignore. Si l'on possède quelque chose de plus, qu'on me le montre clairement, et ma satisfaction sera égale à ma surprise.

Voici une observation d'une autre portée : « L'étude comparative des instincts
» et de l'intelligence de l'homme et des animaux est d'autant plus difficile, que
» des noms semblables ont été donnés à des facultés différentes. On dit des ani-
» maux qu'ils ont l'intelligence, mais non celle de l'homme ; la réflexion, mais
» non celle de l'homme; qu'ils ont l'appréciation (le jugement ?), mais qu'ils
» apprécient autrement que l'homme. En adoptant d'autres termes, peut-être
» aurait-on aplani bien des difficultés et évité bien des méprises? »

Oui, c'est bien là le nœud de la difficulté: une intelligence non intelligente, une raison non raisonnante, une réflexion non réfléchie, une liberté nécessitée, voilà l'espèce de contradiction apparente, la monstruosité psychique que nous présente l'animal. Voilà ce qui rend son étude psychologique non-seulement difficile, mais nécessairement et à tout jamais incertaine, arbitraire et conjecturale.

(1) Le TRAITÉ DE L'ABSTINENCE DE LA CHAIR DES ANIMAUX de ce philosophe expose avec étendue et discute les opinions diverses émises dans l'antiquité sur les animaux. Cette polémique serait encore de mise; elle roule sur le même ordre de faits et de raisonnements que celle de notre temps.

dilatations contre nature, parce que, suivant lui, ce sont « des élargissements permanents et contre nature de la cavité d'une artère » privés de coagulum lamelleux. La grande fréquence de ces ampliations anormales dans l'aorte a fait dire à Monro que la plupart des vieillards portent un anévrisme à la crosse de l'aorte.

Parvenues à un très-haut degré, les ruptures fibrillaires qui permettent l'établissement de ces vastes dilatations se compliquent de fissures à la tunique interne, souvent de plaques cartilagineuses et même osseuses; il y a simplement quelquefois formation de dépôts d'une substance fibrineuse, fibro-albumineuse, en lamelles variables et stratifiées. Allan Burns, dans un cas de dilatation considérable de l'aorte, a constaté un grand nombre de fentes dans l'épaisseur des membranes du sac anévrismal et le dépôt de la fibrine.

L'anévrisme vrai ou la dilatation simple des artères est constitué par l'ampliation de la tunique interne et de la tunique externe, et surtout par la raréfaction de la membrane élastique dont les fibres sont brisées à différentes hauteurs dans l'épaisseur du tissu. Plus les ruptures se multiplient, et moins la tunique jaune présente d'élasticité. Au lieu de réagir à la manière des ressorts élastiques, les vastes dilatations conservent l'empreinte de la pression qu'on leur a donnée. Chaque point de la poche anévrismale qui est le siége des ruptures complètes des fibres jaunes sécrète le fluide osseux : première base d'une cicatrice d'un nouveau genre, de l'incrustation calcaire.

La cicatrice des faisceaux fibreux élastiques rompus ne se forme pas toutes les fois qu'il y a rupture simultanée de la tunique interne et de la tunique moyenne. Le fluide osseux ne paraît plus alors; il est remplacé dans la cavité anévrismatique par des dépôts fibrineux, des indurations cartilagineuses très-variables relativement à l'épaisseur, à l'étendue, à la cohésion et à l'adhérence.

Dans les plaies traumatiques qui intéressent à la fois toutes les membranes artérielles, le fluide osseux n'est pas sécrété : il se fait pour la cicatrice, ainsi que John l'a bien constaté, un épanchement de lymphe plastique coagulable, fibrine dissoute de Muller, qui ferme la solution de continuité. J. L. Petit a surpris la nature sur le fait dans le mécanisme ingénieux qu'elle emploie pour arrêter les hémorrhagies dans l'anévrisme faux ou par épanchement. C'est le sang lui-même qui, à l'ouverture de sortie de la paroi artérielle rompue, se coagule et devient l'agent obturateur. Le coagulum, qui est en dehors de l'artère, forme le *couvercle* du caillot sanguin maintenu dans la solution de continuité de la paroi, et qui sert là de véritable *bouchon*. (ŒV. COMPL., p. 854.)

La physiologie expérimentale n'est pas encore parvenue à produire les ruptures partielles des fibres élastiques et à provoquer la sécrétion des fluides osseux consécutive aux ruptures. L'injection graduée avec art ou poussée avec violence détermine constamment un de ces deux effets : ou elle rompt en même temps la tunique interne et la membrane jaune élastique, ou bien elle rompt les trois tuniques, et il survient un épanchement. Nicholls a fait naître des anévrismes artificiels en injectant avec force de l'eau dans l'artère pulmonaire, dont il a brisé les tuniques interne et moyenne. L'expérience a été répétée devant la Société royale de Londres. (PHYLOS. TRANS., p. 443.)

La rupture partielle des fibres jaunes, accident vital propre aux tissus élastiques, produit une solution de continuité que la nature répare, comble aussitôt par la sécrétion du fluide osseux. Il n'y a jamais de vide entre les extrémités divisées d'un faisceau fibreux jaune, comme on en remarque d'appréciable dans les ruptures du tissu fibreux albuginé : ici le rôle physiologique du tissu est détruit tout à coup; là il continue sans cesse.

La petite excavation qui résulte de la rupture est remplie d'un suc osseux qui sert de point d'appui temporaire à la tunique interne. Celle-ci étant enlevée, laissez tomber un filet d'eau sur la substance athéromateuse épanchée, et vous mettrez à nu une petite cavité proportionnelle pour la grandeur à la quantité de fibres élastiques rompues. La forme et les bords de l'excavation varient beaucoup : elle est ronde, elliptique, ovale, circulaire ou longitudinale, à parois frangées, anfractueuses et comme déchiquetées.

Il n'est pas nécessaire que toute l'épaisseur du tissu jaune soit brisée pour qu'il y ait sécrétion du fluide osseux. Les ruptures, très-souvent ultramédiaires, ont plutôt lieu à la face interne qu'à la face externe de la membrane élastique, disposition qui a fait croire qu'il y avait des incrustations séniles dans l'intervalle des parois artérielles.

Une rupture récente du tissu fibreux élastique dans l'aorte des vieillards, où je l'ai particulièrement étudiée, ne s'accompagne jamais d'altérations phlegmasiques; en d'autres termes, la rupture n'est pas consécutive à l'inflammation. Il n'y a ni vascularité, ni rougeur, ni gonflement des fibres élastiques : elles sont rompues à la manière de l'os qui vient d'être fracturé. Tout organe de l'économie animale qui remplit une fonction mécanique doit nécessairement avoir des lésions mécaniques. De même qu'il y a des ruptures spontanées et primitives des tissus osseux et albuginés, sans inflammation préalable; de même il survient des altérations primitives et instantanées au tissu fibreux élastique. Bichat dit : « *L'identité de maladie indique l'identité de nature;* » nous ajoutons : *et quelquefois l'identité de fonctions.* L'os et le tissu élastique rompus ont la même altération, et leur nature est bien différente : tous deux remplissent néanmoins une fonction purement mécanique.

La disposition longitudinale des fibres élastiques de la tunique moyenne des canaux veineux rend la dilatation simple par écartement des faisceaux fibreux plus facile et d'une fréquence extrême, les ruptures très-rares, et les incrustations calcaires aussi rares que les ruptures. Des veines affectées de varices volumineuses ont leurs tuniques fort dilatées et complètes. Il arrive ordinairement que les trois tuniques se rompent à la fois dans certaines varices et causent des hémorrhagies foudroyantes, ainsi que j'en ai observé un fait curieux chez une femme enceinte, morte à la Maternité. Dans les veines hémorrhoïdales fortement développées, j'ai plusieurs fois constaté la rupture des membranes interne et moyenne; l'effort latéral du sang était soutenu par la tunique fibreuse épaissie; c'est alors sans doute que s'établit avec violence le flux hémorrhoïdal. La dilatation des tuniques est la règle pour les veines, et la rupture l'exception. Tel est également le principe applicable à la tunique moyenne des lymphatiques et à la membrane élastique du cœur.

(La suite au prochain numéro.)

M. Fée ajoute (§ 8) : « que si l'intelligence humaine et bestiale étaient une seule et même faculté à des degrés différents, elles devraient avoir partout des points de contact, et donner des résultats du même ordre, et qu'en conséquence l'homme n'est pas seulement le plus intelligent des êtres, mais qu'il est *autrement* intelligent et *complètement* séparé d'eux (§ 10) par la nature même de son intelligence. » Cet *autrement* et ce *complètement* ne doivent pas sans doute être pris au sens absolu, car il en résulterait que l'homme ne pourrait rien savoir du tout sur les animaux. Si l'intelligence animale était essentiellement *autre* que celle de l'homme, l'animal n'existerait pas psychologiquement pour nous. Son dedans serait absolument fermé à notre intuition comme celui d'une plante ou d'un cristal. Nous ne connaissons, en effet, et ne pouvons connaître d'autre forme d'activité spirituelle que celle qui nous est immédiatement révélée dans et par la conscience de notre moi. Tout autre mode de sentir, de penser, de vouloir est pour nous, non-seulement inconnaissable, mais encore inconcevable. Si nous pénétrons de quelque manière dans l'intérieur psychique de l'animal, c'est uniquement parce que nous nous retrouvons en lui, ou que nous le retrouvons en nous. Nous ne faisons et ne pouvons faire sa psychologie qu'autant qu'elle est jusqu'à un certain point la nôtre. Aussi n'avons-nous, pour caractériser les manifestations affectives et intellectuelles des animaux, pas d'autres termes que ceux par lesquels nous désignons les manifestations correspondantes chez l'homme, puisque c'est uniquement en vertu de cette correspondance, on disons mieux, de leur identité, qu'elles sont connaissables, et par conséquent nommables, pour nous. C'est donc en vain qu'on essayerait, comme semble le conseiller M. Fée, de trouver pour la psychologie animale d'autres mots que ceux employés dans la psychologie humaine, car, en fait, ces deux psychologies n'en font qu'une. Admettre leur complète séparation et hétérogénéité, c'est éteindre à l'instant toute lumière, et supprimer la possibilité même de toute comparaison, de toute recherche, en supprimant leur objet.

Il suit de là que le seul moyen d'avancer la connaissance psychologique des animaux ne peut être cherché que dans l'étude psychologique de l'homme même, et non, comme on se le figure à tort, dans des observations sans fin sur les mœurs et les manifestations extérieures des bêtes, qui ne conduisent à rien. Mieux l'homme connaîtra sa constitution intellectuelle, plus profondément il pénétrera dans l'analyse du jeu et du mécanisme de son propre esprit, et plus il sera en mesure de connaître l'esprit des bêtes, qui est comme une fraction du sien.

La vieille philosophie définissait l'homme : un *animal raisonnable.* L'homme est donc animal, du moins en partie; son intelligence doit, sous certaines conditions et limitations, représenter celle de l'animal, et fonctionner à la manière de celle-ci, au moins par moments et dans quelques-uns de ses actes. Or la conscience peut, jusqu'à un certain point, isoler dans l'homme même l'intelligence purement animale de l'intelligence rationnelle; il peut ainsi trouver en lui-même l'expression momentanée et fugitive du type psychique, permanent et fixe, de l'animalité. Il ne peut connaître l'animal qu'en tant qu'il est lui-même animal, et qu'en se connaissant comme tel. Tout autre moyen d'investigation est et sera toujours nécessairement stérile.

Mais je m'aperçois que je discute, ce que je ne voulais pas faire, et même que je dogmatise un peu, ce qui ne convient guère dans une matière si obscure.

CHIRURGIE PRATIQUE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LE BROIEMENT DE LA PIERRE EN UNE SEULE SÉANCE ; par J.-Z. AMUSSAT.

(Suite et fin. — Voir les numéros 41 et 42.)

Pour pratiquer la lithotritie en une seule séance, il faut faire en sorte de tout prévoir et disposer pour avoir les chances les plus favorables d'atteindre ce résultat.

Et d'abord on doit prévenir le malade du jour et de l'heure où l'opération doit avoir lieu.

Débarrasser les gros intestins par un lavement donné quatre ou cinq heures avant.

Ne pas opérer pendant le travail de la digestion, c'est-à-dire attendre trois ou quatre heures après le repas, ou mieux opérer le matin à jeun.

En prévenant le malade du moment où l'opération aura lieu, on l'engagera à conserver de l'urine dans la vessie en assez grande quantité pour ne pas être obligé de pratiquer une injection d'eau tiède ou d'huile d'olive.

Je pense, en effet, que pour certains malades l'urine est le meilleur de tous les liquides qui puissent être tolérés par la vessie en assez grande quantité pour distendre suffisamment l'organe. C'est, du reste, ce qu'avaient pensé il y a longtemps quelques chirurgiens américains.

Quant aux instruments nécessaires, il faut une sonde et une seringue pour faire une injection, s'il y a lieu ; un instrument percuteur éprouvé pour attaquer la pierre; un instrument que j'appelle broyeur et un ramasse-graviers ; une sonde à double courant et un siphon.

Enfin, il est indispensable d'avoir l'assistance de trois aides, même de quatre, si l'on doit éthériser le malade.

Si le méat urinaire est trop étroit, on peut dans beaucoup de cas, se contenter de le débrider immédiatement avant de commencer la lithotritie, afin de ne pas soumettre le malade à deux opérations successives.

Pour la position du malade pendant l'opération, celle que je préfère consiste à le faire asseoir sur le bord de son lit, les épaules soutenues par des oreillers, les jambes écartées et les pieds appuyés sur le siége de deux chaises. Sous le premier matelas du lit, on place une petite planche en bois solide ou tout autre corps résistant, afin de fournir un point d'appui au bassin.

La position couchée du malade m'a toujours paru fort incommode pour lui et pour l'opérateur, et je n'ai jamais vu la nécessité d'avoir recours à un lit mécanique.

Si le malade n'a pu conserver volontairement depuis plusieurs heures de l'urine dans la vessie, on devra, au moyen d'une sonde, pratiquer dans cet organe une injection d'eau tiède ou d'huile d'olive.

On peut tirer un grand parti de l'anesthésie pour faire la lithotritie en une seule séance, chez les malades qui sont doués d'une sensibilité trop vive; alors le chloroforme employé avec la plus grande prudence vient heureusement à leur secours. C'est, comme je l'ai dit, un auxiliaire puissant que j'ai souvent employé avec avantage.

Le malade étant convenablement placé, comme je viens de l'indiquer, ou il a pu conserver quelques heures auparavant de l'urine dans la vessie, ou cet organe est vide. Dans le premier cas, on introduit immédiatement l'instrument de lithotritie. Dans le dernier cas, on place une sonde dans la vessie et on fait très-lentement une injection d'eau tiède ou d'huile d'olive, en aussi grande quantité que le malade peut en supporter. On s'arrête aussitôt qu'il manifeste le besoin d'uriner.

Dès que la vessie est suffisamment distendue, on introduit l'instrument d'attaque, préalablement huilé ; pour y parvenir facilement, on fait asseoir le malade, et on l'engage à se pencher en avant pour relâcher les ligaments pubiens. On attire la verge sur l'instrument pour franchir le bulbe; ou bascule en poussant directement comme pour introduire la sonde droite, afin d'éviter le cul-de-sac de la prostate. Dès qu'il est entré dans la vessie, ce que l'on reconnaît facilement à la liberté qu'on éprouve à le mouvoir dans tous les sens, on fait coucher le malade, puis on s'oriente pour ainsi dire dans la vessie. On mesure le diamètre de cet organe en touchant d'abord la paroi postérieure et en ramenant doucement le brise-pierre vers le col.

Alors on cherche la pierre, et l'instrument étant placé à côté et non pas dessus, on l'ouvre avec précaution et assez loin du col de la vessie pour ne pas *forcer* cette partie. Puis on insinue la branche femelle sous la pierre; en appuyant, en déprimant doucement le plancher de la vessie, le corps étranger vient tomber de lui-même dans l'instrument, et l'opérateur en a souvent la conscience par un petit bruit ou par un frémissement communiqué au brise-pierre. A ce moment on pousse doucement la branche mâle et la pierre est prise, ce que l'on reconnaît à la résistance qu'on éprouve. On peut à l'instant juger de son volume à l'échelle de l'instrument, et la pierre étant ainsi chargée, on explore la vessie dans tous les sens pour chercher s'il ne s'en trouverait pas d'autres. Un choc avec bruit serait le signe de leur présence. Jusqu'à présent je n'en connais pas de meilleur.

Si la pierre n'est pas trop grosse, c'est-à-dire si elle ne dépasse pas 12 ou 15 lignes, on doit procéder au broiement après avoir saisi l'instrument avec mon étau à main, et l'opérateur tenant l'instrument avec la main gauche, percute avec soin avec la main droite à petits coups gradués avec le marteau pour tâter la dureté du calcul. Si après huit coups successivement de plus en plus forts, la pierre résiste, il faut la lâcher pour la reprendre dans un autre sens. Lorsqu'elle est petite, c'est-à-dire ne présente que 12 ou 15 lignes et n'est pas trop dure, on procède comme dans le cas qui fait le sujet de cet article, c'est-à-dire qu'après l'avoir brisée le plus possible avec l'instrument d'attaque, on le ferme avec soin et on le retire doucement de la vessie. S'il avait de la peine à être fermé, on l'ouvrirait, et pour chasser le détritus, on percuterait légèrement sur le côté et on l'agiterait dans le liquide de la vessie pour le laver. S'il refusait de nouveau de se fermer, on recommencerait la même manœuvre pour le débarrasser entièrement des détritus qui seraient restés dans ses cuillers.

Après un instant de repos, on introduit l'instrument broyeur, on prend les fragments que l'on broie complètement jusqu'à ce qu'on n'en trouve plus que de très-petits ; on ferme l'instrument avec soin, et on le ramène au dehors de même que le premier.

Enfin on engage le malade à vider sa vessie, et s'il est dans l'impossibilité de le faire, on pratique le cathétérisme, puis on fait une injection. Cette précaution est nécessaire pour éviter la rétention d'urine qui survient quelquefois dans ces circonstances, et aussi pour favoriser l'évacuation du détritus.

Les suites de la lithotritie en une seule séance exigent beaucoup d'atten-

---

Je ne voudrais pas sitôt quitter le livre de M. Fée, dont chaque page et chaque aphorisme m'attachent. Il y a surtout un chapitre sur la *voix* et la *parole* qui mériterait un examen à part, et sur lequel j'aurais bien des éclaircissements à demander. J'aurais voulu savoir si l'auteur admet ou n'admet pas chez les bêtes la parole, un langage. Sa doctrine sur ce point me paraît indécise, est c'est cependant un point capital. On sait que la question du *langage des bêtes* a usé non moins de plumes et desséché non moins de cerveaux que celle de leur *âme*. C'est qu'en effet les deux questions n'en font qu'une. Si les bêtes, en effet, parlent, elles raisonnent, et si elles raisonnent, elles parlent. Parole (ou langage) et raison sont convertibles, et le grec marque justement l'identité des deux choses par le terme *logos*. C'est même la nécessité de cette conséquence qui, entre autres raisons, fit prendre à Descartes et aux siens la ressource désespérée de l'automatisme, tandis que plusieurs des adversaires de l'automatisme, poussés à l'autre extrémité, ont résolument accordé la parole aux animaux. Il en est même qui ont prétendu entendre leur langage. Dans l'antiquité, quelques personnages, à demi mythiques, il est vrai, ont passé pour avoir eu ce privilége : on cite Mélampe, le devin Tirésias et Apollonius de Tyane. Leibnitz (et ceci est plus sérieux) assure avoir entendu un chien articuler des mots. Le physiocrate Dupont (de Nemours) prétendait comprendre parfaitement le langage des bêtes, et pour preuve, il en fit la traduction. Voici, par exemple, ce qu'il entendit chanter à un rossignol :

Dors, dors, dors, dors, dors, dors, ma douce amie,
Amie, amie,
Si belle et si chérie;
Dors en aimant,
Dors en couvant,
Ma belle amie,
Nos jolis, jolis, jolis, jolis, jolis,
Si jolis, si jolis, si jolis
Petits enfants (un silence), etc....

Il avait noté aussi vingt-cinq mots dans le langage des corbeaux, et c'est bien dommage qu'il n'en donne pas la signification :

Cra, cre, cro, crou, crouou,
Grass, gress, gross, grouss, grououss.
Crae, crea, croe, croua, grouess,
Crao, creo, croue, groe, grouass,
Craou, croo, crouo, greo, grouoss.

Mais cette notation n'est rien pour la difficulté, et aussi pour l'agrément, au prix de celle qu'un savant allemand a écrite sous la dictée d'un autre rossignol (probablement enrhumé) et dont voici les premières mesures :

tion en général, bien que la vessie soit débarrassée et qu'il ne reste plus de fragments pour l'irriter; mais cet organe est nécessairement fatigué, ainsi que l'urètre, à cause de la longueur de l'opération et des introductions réitérées de plusieurs instruments.

Il faut donc être sur ses gardes pour empêcher les suites de l'état traumatique des organes.

On placera une sonde à demeure, si le malade peut la supporter; sinon on fera des injections.

On recommandera des bains prolongés, des injections et des irrigations douces dans la vessie.

On mettra des cataplasmes dans le rectum et sur le ventre. On conseillera aussi des boissons douces, abondantes, une diète légère et le repos le plus complet pendant quatre ou cinq jours au moins.

Lorsqu'on a broyé la pierre et que le malade n'éprouve plus aucun signe de la présence de fragments dans la vessie, soit en urinant, soit en se tournant dans son lit, soit en se baissant, en marchant, en sautant sur ses talons ou en allant dans une voiture mal suspendue et courant sur un pavé dur, il est probable qu'il ne reste en effet plus rien dans l'organe; néanmoins il ne faut pas s'en tenir là; il est indispensable de faire une vérification. Pour s'assurer et vérifier s'il ne reste plus rien dans la vessie, je ne me contente pas d'explorer avec une sonde; cette épreuve ne me suffit pas, parce que j'ai observé que des fragments peuvent échapper au contact de cet instrument, *promené* cependant dans toutes les parties de l'organe. Ce moyen est pour moi incertain et insuffisant.

Je préfère explorer avec un petit instrument ramasse-gravier dont les bords de la cuiller de la branche femelle sont très-peu élevés. Si après avoir cherché minutieusement, ouvert et fermé plusieurs fois cet instrument, je ne suis pas parvenu à saisir le moindre petit fragment; alors, mais alors seulement, je dis que l'opération est terminée, qu'il n'y a plus rien à faire, et que le malade est guéri; ce qui, du reste, est ordinairement en rapport avec l'absence de tout symptôme.

Pour avoir toutes les chances possibles de pratiquer le broiement d'une pierre en une seule séance, je crois utile de résumer ici ce qu'il faut faire et éviter. J'espère qu'en raison de l'importance que j'attache à bien préciser ces deux points pratiques, qui, au reste, dominent tout mon sujet, on me pardonnera les répétitions dans lesquelles je vais être forcément entraîné. Il faut :

1° Bien établir le diagnostic (1), explorer avec soin, apprécier le volume et la dureté du corps étranger et s'assurer de l'état des organes. C'est alors qu'on peut savoir approximativement si l'on doit pratiquer la lithotritie ou la taille, et si la lithotritie peut être faite en une seule séance.

2° Choisir pour entreprendre le broiement une saison favorable, soit le printemps, soit l'automne.

3° Préparer convenablement le malade et les organes. Pour les malades, des bains, des purgations, des boissons rafraîchissantes. Pour les organes, la dilatation avec des sondes s'il existe des rétrécissements dans certains points du canal, et l'agrandissement du méat urinaire, presque toujours trop étroit pour livrer passage à des instruments convenables et assez volumineux. Par cet agrandissement du méat, dans la plupart des cas, la valeur de la lithotritie se trouvera considérablement augmentée, puisque des instruments volumineux pourront toujours être introduits et que la pierre pourra être broyée en une seule séance.

4° Avoir les objets et instruments nécessaires perfectionnés, variés et proportionnés à la grosseur, au volume et à la dureté de la pierre; tels sont plusieurs sondes à grande et à petite courbure, une seringue, un instrument d'attaque pour casser et fragmenter la pierre, un instrument broyeur pour réduire les fragments, un instrument ramasse-gravier pour tasser le détritus et l'extraire de la vessie, un étau à main, un marteau, une sonde à double courant, un appareil à irrigation.

5° Pour le moment de l'opération, avoir vidé le rectum par un lavement. Bien situer le malade, comme je l'ai dit. S'il a pu conserver quelques heures auparavant de l'urine dans la vessie, introduire immédiatement le brise-pierre. Si, au contraire, la vessie est vide, placer une sonde et injecter soit de l'eau tiède soit de l'huile d'olive; introduire alors l'instrument d'attaque par le procédé que j'ai indiqué, faire relever les jambes du malade, ouvrir l'instrument, prendre la pierre, l'attirer au milieu de la vessie, essayer si on peut l'écraser avec la main, sinon placer l'étau à main, puis exercer la percussion avec sept ou huit coups de marteau gradués; dès que la pierre est brisée, reprendre les fragments, vider avec soin l'instrument et le retirer doucement de la vessie. Introduire ensuite un autre brise-pierre broyeur moins fort que le premier, prendre successivement tous les fragments et s'arrêter lorsqu'on n'en rencontre plus aucun assez volumineux pour ne pouvoir être expulsé par le canal.

Si la vessie ne conserve pas assez de force, ainsi que cela arrive chez certains calculeux pour chasser tous les fragments avec l'urine, introduire mon instrument ramasse-gravier, double des ramasse-graviers ordinaires, prendre les petits fragments, fermer l'instrument et le ramener au dehors rempli de détritus. Introduire plusieurs fois le même instrument si cela est nécessaire.

6° Immédiatement après la lithotritie, engager le malade à uriner; et s'il était dans l'impossibilité de le faire, introduire une sonde dans la vessie pour vider cet organe, afin d'éviter la rétention qui a lieu quelquefois.

7° Donner un bain tiède dans lequel le malade devra rester une heure au moins. Prescrire des boissons abondantes, une très-légère alimentation composée de bouillon, de potages légers. Le repos le plus absolu. Des cataplasmes sur le ventre, de petits lavements.

8° Le jour même et les jours suivants, faire des injections ou mieux des irrigations d'eau légèrement tiède dans la vessie pour prévenir les suites de l'opération.

S'il est utile de savoir ce qu'il faut faire, il ne l'est pas moins de savoir ce qu'il est important d'éviter.

1° Avant tout, éviter les erreurs de diagnostic, relativement au volume, à la dureté de la pierre, à l'état de la vessie et des organes urinaires, afin de décider le parti le plus sage à prendre, ou la lithotritie ou la taille.

2° Éviter d'opérer dans une saison trop chaude et même trop froide, à moins d'impossibilité de différer l'opération.

3° Éviter d'opérer avant d'avoir préparé le malade par tous les moyens que j'ai indiqués.

(1) Au sujet du diagnostic si important de la présence de la pierre, je dois faire une observation, c'est que dans beaucoup de cas, en se servant de sondes trop courtes ou présentant une courbure peu convenable, on n'a pas rencontré une pierre qui existait positivement; et ce qu'il y a de bien remarquable, c'est que depuis que j'ai démontré la possibilité de sonder l'urètre avec des sondes droites, on a trop décourbé et raccourci les sondes : telles sont, entre autres, les sondes de trousses.

Tiouou, tiouou, tiouou, tiouon,
Shpe tiou tokoua,
Tio, tio, tio, tio,
Kououtio, kououtiou, kououtiou, kououtiou,
Tskouo, tskouo, tskouo, tskouo,
Tsii, tsii, tsii, tsii, tsii, tsii, tsii, tsii, tsii,
Kouvror tiou, tskooua pipitskouisi,
Tso, tso, tso, tso, tso, tso, tso, tso, tso, tso, tso, tso,
. . . .
Tsatu, tsatu, tsatu, tsatu, tsatu, tsatu, tsatu, tsi,
Kouino trrrrrrrrist, etc., etc.
. . . .

Ce savant, qui s'appelait, je crois, Bechstein, assure qu'en sifflant ces mots, on reproduit parfaitement, paroles et musique, le chant du rossignol. C'est possible, mais bien invraisemblable.

Je me rappelle à point, à ce propos, une charmante historiette racontée par Philostrate. Apollonius de Tyane prétendait comprendre le langage des animaux. Un jour qu'il passait, en grande compagnie, sur une place où voltigeaient et sautillaient une volée de moineaux, il fit remarquer aux personnes qui l'accompagnaient que ces oiseaux venaient de suspendre leurs ébats et se tenaient immobiles pour écouter un nouveau-venu qui gazouillait seul avec un air affairé : « Vous voyez, leur dit-il, ce petit babillard; eh bien! il vient annoncer à ses compagnons que non loin d'ici, à tel endroit, ils trouveront du grain que des moissonneurs ont laissé tomber par terre : ils vont, vous allez le voir, partir pour s'y rendre. » La prédiction s'accomplit presque aussitôt : les moineaux prirent leur vol. Les amis d'Apollonius virent la troupe se diriger et puis s'abattre au lieu indiqué; puis, s'y étant eux-mêmes transportés, ils trouvèrent les maraudeurs en train d'expédier le grain qui y était répandu.

Philostrate tenait ce fait du disciple favori d'Apollonius, Damis, le même qui lui affirmait aussi avoir vu sur le Caucase les restes des chaînes qui avaient servi à attacher Prométhée.

L. PEISSE.

— M. le professeur Kramer est mort dans les derniers jours de septembre dans sa terre du lac de Cosme.

— M. le docteur Baudens, membre du conseil de santé des armées, vient de partir pour l'Algérie avec une mission particulière.

— M. le docteur Conneau, premier médecin de l'empereur, est arrivé à Bastia (Corse) le 10 de ce mois; il est reparti le soir même pour la Porta.

4° Éviter de se servir d'instruments trop faibles et dangereux, comme ceux à volants, à pignon, à bascule, etc.

Employer un percuteur simple qui permette la percussion avec l'étau à main et avec le marteau ou l'écrasement par la seule pression de la main.

5° Éviter, au moment de l'opération, une position gênante et fatigante pour le malade et pour l'opérateur.

6° Éviter de continuer la lithotritie si on reconnaît que la pierre est trop grosse ou trop dure, et la vessie très-malade.

7° Éviter de fragmenter la pierre si on pense que la taille offre plus de chances de succès que la lithotritie.

8° Éviter que la vessie ne soit pas assez distendue, soit par l'urine, soit par l'injection.

Éviter d'ouvrir l'instrument dans le col de la vessie avant de se livrer à la recherche du calcul.

Le calcul étant saisi, éviter de faire une percussion trop forte; si, après huit coups de marteau donnés avec une force modérée graduellement croissante, le calcul n'est pas brisé, il faut le lâcher, sinon on pourrait fausser ou même briser l'instrument, ainsi que cela est arrivé malheureusement déjà plusieurs fois.

Éviter de froisser et de pincer la vessie; manœuvrer l'instrument avec une grande légèreté de main et une minutieuse attention.

Éviter de retirer de la vessie l'instrument avant qu'il ne soit entièrement fermé comme il l'était au moment de son introduction. Il faut aussi le sortir doucement par un mouvement inverse à celui de son entrée dans les organes, c'est-à-dire qu'il ne faut pas le retirer directement et brusquement.

9° Enfin, éviter de traiter légèrement le malade après la lithotritie. Ainsi il ne faut pas lui permettre de marcher, encore moins de sortir, de manger comme à son habitude. Prendre garde aux transitions brusques de la température, etc.

Maintenant, pour bien établir les progrès et les perfectionnements de la lithotritie, tels qu'on doit les comprendre, je vais discuter brièvement chacun des temps dont se compose cette opération.

Si le malade peut garder assez d'urine dans la vessie pour tenir lieu d'une injection d'eau ou d'huile d'olive, on supprimera cette injection, qui constituait le premier temps de la lithotritie. Pour apprécier si la rétention d'urine volontaire sera possible, il faudra demander au malade la quantité d'urine qu'il peut garder et mesurer le liquide rendu, après avoir, autant que cela lui aura été possible, cherché à le conserver.

Le deuxième temps devient le premier si on a pu éviter l'injection.

Alors, avec le meilleur casse-pierre ou fragmenteur, on doit casser et fragmenter le plus possible la pierre et les gros morceaux.

Le troisième temps ou le deuxième, si on a pu se passer de l'injection, est très-important : il consiste à broyer, à écraser complètement, avec le meilleur broyeur, tous les fragments, afin de les réduire en poussière ou au moins en très-petits fragments pouvant sortir spontanément avec l'urine.

Le quatrième temps, ou le troisième, si l'injection a pu être supprimée, consiste dans l'évacuation du détritus de la pierre.

Faut-il extraire ce détritus? Je ne le crois pas, excepté lorsque la vessie est paralysée ou qu'il existe un obstacle au col ou dans l'urètre. Dans ces cas exceptionnels, on se servira, pour évacuer artificiellement les fragments, du ramasse-gravier que j'ai décrit.

Dans les cas ordinaires, il faut compter beaucoup sur l'action de la vessie, en la secondant par des injections, par des bains, et en engageant le malade à se placer pour uriner dans la position la plus favorable pour que les efforts d'expulsion soient aussi complets que possible.

Au reste, quand tous les fragments ont été complètement broyés, que la vessie n'a rien perdu de sa force et qu'il n'existe aucun obstacle au col, ils sortent en masse, en bloc, comme après la lithotritie ordinaire, quand il ne reste plus aucun gros fragment.

Quant au ramasse-gravier, qu'on peut supprimer, ainsi qu'on le comprend dans le plus grand nombre des cas, je dois dire que cet instrument me paraît inutile et dangereux, si on veut s'en servir pour broyer.

Il est inutile, parce que les fragments qu'il amène en dehors peuvent sortir avec le flot de l'urine, presque sans douleur.

Il est dangereux, parce que si les morceaux sont trop gros et qu'on veuille les broyer, l'instrument peut être trop faible et se fausser ou se briser, et on peut éprouver une grande difficulté à le vider pour le fermer et le sortir sans inconvénient.

En résumé, d'après mes idées sur la lithotritie en une seule séance, on voit qu'elle ne comprend véritablement que deux temps :

Le premier consiste à casser, à fragmenter la pierre avec l'instrument d'attaque.

Le deuxième consiste à broyer et à écraser tous les fragments que l'on rencontre, de manière à les réduire en poussière avec l'instrument broyeur.

Quant au troisième temps, c'est-à-dire l'extraction des fragments, il me paraît inutile, excepté dans les cas que j'ai indiqués. En effet, si tous les fragments ont été bien pulvérisés dans le second temps de l'opération, leur expulsion naturelle n'éprouvera aucun obstacle; et cette expulsion est bien préférable à l'extraction qui nécessite l'introduction d'un troisième instrument, et par conséquent une manœuvre plus prolongée dans la vessie.

Avant de terminer, qu'il me soit permis de dire que quelques jeunes chirurgiens donnent encore la préférence à la taille dans beaucoup de cas où ils pourraient et devraient faire la lithotritie, en s'appuyant sur cette idée fausse qu'on perd autant d'opérés par l'une que par l'autre de ces méthodes. Et cependant, s'ils avaient la pierre, ils hésiteraient à se faire tailler, je dirai plus, ils feraient comme tous les chirurgiens qui se sont trouvés dans ce cas depuis l'invention de la lithotritie, ils s'empresseraient de recourir au broiement.

CONCLUSIONS.

1° La possibilité de faire la lithotritie en une seule séance, c'est-à-dire de briser une pierre et de broyer tous ses fragments, de manière à ce qu'ils puissent être expulsés avec l'urine ou extraits avec l'instrument est un progrès incontestable et un bienfait pour les calculeux.

2° La lithotritie en une séance n'est pas possible pour tous les malades, parce que, chez quelques-uns, la pierre est trop grosse ou trop dure; mais elle est possible pour un très-grand nombre. J'oserais presque dire qu'on peut espérer d'arriver à ce résultat heureux dans la grande majorité des cas, surtout si les malades se hâtent de se soumettre à la lithotritie, au lieu de l'éloigner le plus possible, comme ils le faisaient avec raison pour la taille, avant la découverte du broiement de la pierre.

3° Le diagnostic doit être bien établi; c'est là le point important, afin de savoir :

Si la lithotritie est possible dans une seule séance,

Si la lithotritie exige plusieurs séances,

Si enfin la taille par le haut appareil offre plus de chances de succès.

4° Pour pratiquer la lithotritie en une seule séance, il faut se mettre en mesure et avoir les trois instruments indispensables que j'ai décrits :

Un casse-pierre,

Un broyeur,

Un ramasse-gravier.

Ce serait en effet, comme je l'ai dit, une grande erreur de croire qu'un seul instrument puisse suffire.

5° La saison n'est pas indifférente pour pratiquer la lithotritie avec succès. Mon expérience m'a appris qu'on doit autant que possible choisir le printemps ou l'automne pour faire cette opération.

6° Avant de pratiquer la lithotritie, il est important de disposer le malade et de préparer les organes, la vessie et l'urètre d'une manière convenable.

L'agrandissement du méat urinaire devra presque toujours être pratiqué par le procédé que j'ai décrit, afin de pouvoir introduire dans l'urètre des instruments plus volumineux que ceux qu'on emploie habituellement.

7° La manœuvre pour la lithotritie en une seule séance est nécessairement plus longue que si on voulait broyer la pierre en plusieurs petites opérations successives. Par conséquent, en dehors des pierres trop volumineuses ou trop dures, on trouvera des cas réfractaires à la lithotritie en une seule séance, soit à cause d'une trop grande irritabilité de la vessie, soit parce que des malades n'auront pas assez de courage pour maîtriser leur sensibilité pendant le temps indispensable au broiement complet de la pierre. Dans ces conditions, on pourra avec avantage recourir à l'éther ou au chloroforme; c'est ce que j'ai fait assez souvent.

8° La prudence veut qu'on surveille les suites de l'opération avec plus d'attention encore qu'après de courtes séances, parce que les organes sont plus fatigués nécessairement. Toutefois, il ne faut pas oublier que cette fatigue plus grande est largement compensée par la vacuité de l'organe, qui était dans les conditions ordinaires de la lithotritie, soumis dans l'intervalle de chaque séance, au contact irritant des fragments. Je crois donc que la fatigue momentanée des organes est bien préférable à de courtes séances, laissant après chacune d'elles cette cause incessante d'accidents.

9° Si on ne pouvait en une seule séance briser le calcul et tous ses fragments, au moins il serait possible, en prolongeant chaque séance, d'après la manœuvre que j'ai décrite, d'en diminuer beaucoup le nombre, et de faire par exemple, en deux ou trois fois, ce qu'on faisait ordinairement en six, huit, dix et douze séances et plus. Il y aurait donc encore un grand bienfait pour les calculeux, puisque même, dans ces conditions, la lithotritie leur offrirait une rapidité de guérison beaucoup plus grande qu'autrefois et exemple des accidents qu'on observait si souvent.

10° Pour acquérir la certitude qu'il ne reste plus aucun fragment dans

la vessie, et pouvoir dire au malade qu'il est guéri, il faut avoir fait une dernière vérification avec l'instrument broyeur, et ne pas se contenter d'une simple exploration avec une sonde.

11° Si, par son volume considérable et par sa dureté trop grande, la pierre devait résister à la lithotritie faite avec toutes les règles de prudence que j'ai tracées dans cet article, ou si elle devait entraîner un trop grand nombre de séances, il serait préférable de pratiquer sans retard la taille par le haut appareil, en suivant le procédé que j'ai décrit sous le nom de *cystotomie postéro-pubienne*, en y ajoutant les irrigations continues par la canule placée dans la plaie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LE TRAITEMENT DE LA CHOLÉRINE ÉPIDÉMIQUE PAR LE SULFATE DE QUININE; par M. le docteur MANDL.

Je lis dans le dernier numéro de la GAZETTE MÉDICALE, dans l'article relatif aux moyens de prévenir le développement épidémique du choléra, que ce développement est généralement annoncé par une diarrhée prodromique. Souvent j'ai pu me convaincre de l'exactitude de cette opinion que vous défendez avec tant de raison depuis vingt ans; dans divers pays où j'ai eu occasion d'observer le choléra, comme, par exemple, en Allemagne, en Hongrie, dans les principautés danubiennes, j'ai vu constamment ces prodromes épidémiques précédant, ne fût-ce même que de quelques heures, l'attaque du choléra. Les quelques cas exceptionnels que l'on cite, fussent-ils même bien constatés, ne prouveraient rien contre la généralité du fait.

Vous dites plus loin, monsieur, qu'il s'agit de combattre ce prodrome pour empêcher le développement épidémique du choléra. Je vous demanderai la permission de vous dire à ce sujet, que parmi ces moyens, le plus puissant a été, d'après mon expérience, *le sulfate de quinine, à la dose de 10 centigr., donné de deux heures en deux heures*. J'ai vu des cholérines, dans lesquelles l'opium et les lavements sont restés inefficaces, qui ont été guéries par la quinine dans les vingt-quatre heures.

L'observation ici est trop facile pour que je croie nécessaire d'apporter les histoires des malades; du reste, le caractère de la maladie peut changer, non-seulement suivant les pays et les climats, mais aussi selon le caractère de l'invasion, et ce sera à l'occasion d'une nouvelle épidémie que l'on pourra faire les recherches nécessaires sur l'efficacité de ce moyen.

Agréez, etc.

ÉTABLISSEMENT D'UN ANUS ARTIFICIEL LOMBAIRE GAUCHE POUR UN RÉTRÉCISSEMENT SQUIRREUX DU RECTUM; par M. le professeur BORGGRAEVE (de Gand).

L'opération de l'anus artificiel dans la région lombaire qui avait déjà été indiquée par Callisen, mais qui fut soumise par M. Amussat à des règles anatomiques certaines, cette opération, disons-nous, est encore en ce moment assez peu usitée pour qu'il soit superflu d'enregistrer les cas où elle a été faite, afin qu'ils servent d'encouragement pour des cas analogues. Or ces cas sont plus nombreux qu'on ne le pense, ou plutôt, reculant devant les dangers ou les difficultés de l'opération, beaucoup de chirurgiens ne voudraient la tenter qu'à toute extrémité et lorsque tous les autres moyens auront été épuisés. C'est là, pensons-nous, une profonde erreur, car l'expérience démontre que tous les moyens autres que l'opération sont inutiles pour prolonger les jours du malade.

OBS. — M. ..., âgé de 43 ans, souffrant depuis plus de trois ans d'une gêne de la défécation qui fut attribuée successivement à des hemorrhoïdes internes ou à une fistule borgne, d'autant plus que les selles étaient mêlées de matières purulentes et sanguines. De jour en jour la sortie des matières fécales était devenue plus difficile, au point que dans ces derniers temps elle n'avait lieu qu'au moyen de l'huile de ricin, et après dix ou douze heures d'un laborieux travail. Le malade, craignant de prendre des aliments solides et ne se nourrissant plus que de bouillon, était devenu d'une maigreur effrayante. Le toucher rectal avait fait reconnaître, à 3 pouces environ au-dessus de l'anus, une tumeur inégale d'une nature squirreuse ou fibro-plastique. Il n'existait pas de signes de cachexie. Le ventre et les aines étaient libres de tout engorgement. La digestion se faisait librement. Le malade éprouvait, dans les lombes et les cuisses, des douleurs qui ne lui permettaient plus de marcher ni de se tenir debout. Aussi était-il alité depuis environ six mois.

Ayant été consulté, nous constatâmes l'état que nous venons de décrire. Le malade était convaincu de l'impossibilité où il se trouverait prochainement de se débarrasser par le rectum, aussi vint-il en quelque sorte au devant de la proposition que je lui fis d'établir un anus artificiel.

L'opération fut pratiquée en présence de plusieurs confrères, après avoir été répétée à diverses reprises sur le cadavre.

Le malade, qui n'avait plus eu de selles depuis trois jours, fut couché sur une table à hauteur d'appui, un traversin roulé sous le ventre afin de faire saillir les lombes. Je pratiquai une incision cruciale dont la branche verticale fut prolongée depuis la crête iliaque, à l'union de son tiers postérieur avec les deux tiers inférieurs, jusqu'au-dessous de la dernière côte, et dont la branche transversale allait du bord externe de la masse commune sacro-vertébrale jusqu'au bord postérieur ou libre du muscle grand oblique abdominal. Je mis ainsi à nu l'espace compris entre ce dernier muscle et le large du dos et limité par l'aponévrose du petit oblique et du transverse. Cette aponévrose fut incisée crucialement sur la sonde cannelée. Aussitôt l'intestin fit saillie, comme dans une éventration. Il fut facile de le reconnaître à l'absence de la séreuse et aux colonnes charnues. L'intestin fut incisé crucialement et ses lambeaux fixés au moyen de points de suture séparés aux lambeaux cutanés. Des matières fécales durcies se présentèrent d'elles-mêmes et furent expulsées par la contraction de l'intestin. J'injectai quelques seringues d'eau de son. Un linge fenêtré enduit de cérat, un gâteau de charpie, des épaisseurs de compresses et un bandage de corps complétèrent le pansement.

Le malade, qui pendant tout le cours de l'opération, n'avait donné aucun signe de douleur, fut placé au lit, et on lui administra une potion opiacée. De toute la journée, il n'y eut pas de resection. La nuit fut relativement bonne.

Le lendemain, le pouls s'était relevé, mais sans accélération. On maintint un régime sévère.

Le troisième jour, le pansement fut levé; quelques excréments durcis se présentèrent encore, mais, à proprement parler, il n'y eut point de selle. Celle-ci n'arriva que le quatrième jour, à la suite de l'administration d'une once d'huile de ricin.

Le malade fut averti, par des gargouillements et par le besoin, d'une garderobe ordinaire. Le sphincter anal se contracta et donna lieu à l'expulsion de matières glaireuses, sans odeur. Le patient se sentit alors plus dispos et put prendre de la nourriture solide, ce qu'il fit avec grand plaisir, en ayant été privé depuis longtemps.

La plaie marcha rapidement vers sa guérison. Il n'y eut aucune irritation ni du côté de l'intestin ni du côté du péritoine.

Aujourd'hui, trois semaines après l'opération, l'anus se présente comme un gros cul de poule, avec les deux ouvertures séparées par un éperon qu'on réduit assez facilement. Les selles sont devenues spontanées et régulières; seulement le besoin de la défécation laisse peu de temps au malade pour y obéir. Il faut qu'il se hâte d'enlever l'appareil et de recueillir les matières dans un vase. Ces matières sont peu odorantes, quoique présentant les caractères de fèces.

Les forces reviennent sensiblement, puisque le malade reste levé une grande partie de la journée. Les douleurs lombaires et crurales ont disparu et les digestions sont régulières. Quant à la tumeur, n'étant plus tourmentée, elle ne donne presque plus de signes de son existence, hors un suintement glaireux, sans odeur, par l'anus.

L'exploration du rectum permet de reconnaître que, depuis l'opération, la tumeur est descendue plus bas. Les injections passent avec plus de facilité, ce qui permet de croire qu'elle a diminué de volume. D'ailleurs, l'absence d'ichor putride et des symptômes de la cachexie indiquent qu'elle n'a pas subi de dégénérescence. Tout fait donc espérer qu'elle restera stationnaire et qu'elle n'empêchera pas l'opéré de vaquer à ses occupations.

Nous ferons suivre l'exposé du fait qu'on vient de lire de quelques réflexions.

D'abord, quant au procédé opératoire, on sait que Callisen, qui a indiqué le premier le lieu d'élection de l'anus lombaire, pratiquait une incision entre l'épine iliaque et le rebord des dernières côtes, parallèlement au bord externe du muscle carré des lombes. M. Amussat a modifié ce procédé en incisant transversalement, au milieu de l'espace compris entre la dernière fausse côte et la crête de l'os des îles, à partir du bord externe de la masse commune sacro-vertébrale jusqu'au milieu du bord supérieur de l'os iliaque, donnant à l'incision une étendue de quatre à cinq travers de doigt. Pour plus de facilité, nous avons combiné les deux procédés, et nous conseillons d'en faire de même dorénavant, n'ayant eu affaire ainsi à aucune difficulté que les auteurs signalent ni pour arriver à l'intestin, ni pour éviter le péritoine, ni pour tenir l'anus ouvert. Ce procédé est, d'ailleurs, indiqué par M. Amussat lui-même: « Après avoir coupé la peau et tous les tissus superficiels, on peut couper en creux les couches profondes, afin de mieux découvrir l'intestin. On devrait faire de même pour la peau, si le sujet avait beaucoup d'embonpoint. (MÉM. SUR LA POSIT. DE L'ANUS ARTIFICIEL, etc.)

Quant à la tendance de l'anus à se resserrer dans le mode transversal, on en trouve un exemple dans l'obs. II, relatée par M. Amussat dans son mémoire.

OBS. II. — Le 6 août, le malade se trouvait fort bien; il avait le visage plus animé et moins amaigri. L'anus artificiel était très-resserré; le petit doigt avait beaucoup de peine à y pénétrer. Nous convînmes, avec MM. Foville et Puyvo, de le dilater au moyen d'éponges préparées, et de les introduire assez profondément pour barrer le passage aux matières fécales. Les petits lavements froids

donnés par l'anus inférieur, firent sortir un ichor sanguinolent. Une selle eut lieu tous les jours par cette voie.

Le 7 août, on injecta deux lavements par l'anus artificiel. J'introduisis dans l'ouverture une petite éponge préparée à l'eau, de la grosseur du petit doigt; elle y demeura pendant plusieurs heures sans produire de douleur. En la retirant, on la trouva imprégnée de matières fécales.

Le 8, je plaçai une plus forte éponge, qui resta toute la nuit. Les jours suivants, des canules élastiques furent substituées aux éponges préparées; j'en mis successivement de droites, de courbes et en olive. Voyant que les canules élastiques recourbées étaient trop courtes, et que souvent elles se retournaient en sortant du bout supérieur pour entrer dans l'inférieur, je plaçai dans le bout supérieur une bougie de cire recourbée, un peu plus grosse que le petit doigt et garnie d'un ruban à son extrémité supérieure.

Le 12 août, je débridai une petite fistule qui se trouvait dans l'angle antérieur de la plaie, et l'anus artificiel se trouva agrandi en avant. Une mèche de charpie fut placée dans l'anus et dans la petite plaie.

On voit quelle peine il a fallu pour maintenir la voie artificielle. Chez notre opéré, aucune de ces difficultés ne s'est présentée, ce qui tient à la forme cruciale de l'incision, laquelle, en se cicatrisant, a pris une forme ovalaire.

Faut-il ouvrir l'intestin de prime abord, ou attendre qu'il ait contracté des adhérences? Cela dépend des sujets sur lesquels on opère. Chez les nouveau-nés, dans les cas d'atrésie du rectum, cette dernière précaution est nécessaire. En effet, le colon est encore flottant dans l'abdomen et a un véritable mésocolon, de manière qu'il est presque impossible d'éviter la lésion du péritoine. Voilà pourquoi Callisen semble douter de son résultat. « L'incision du colon, qui a été proposée dans cet état de choses (imperforation du rectum chez les enfants), au moyen d'une section pratiquée dans la région lombaire, sur le bord externe du muscle carré des lombes, pour établir un anus artificiel, présente une chance tout à fait incertaine, et la vie du petit malade pourra à peine être sauvée; toutefois l'intestin pourra être atteint plus facilement dans ce lieu qu'au-dessous de la région inguinale » (Syst. chirurg.).

Voilà encore pourquoi Sabatier, tout en louant le but que Callisen s'était proposé, croit que la méthode qui consiste à aller chercher l'S du colon dans le ventre même, ainsi que Littré l'avait proposé, et que Duret, chirurgien de Brest, l'avait pratiqué avec succès en 1793, est préférable.

« Au lieu de faire une ouverture au ventre, au-dessus de l'aine, M. Callisen, chirurgien qui jouit d'une réputation distinguée à Copenhague, a proposé d'aller chercher la partie gauche du colon dans son trajet le long de la région lombaire, où il suppose qu'il est en quelque sorte au dehors de la cavité du péritoine. M. Callisen a essayé cette opération sur un enfant mort, qui avait le rectum imperforé, sans apparence d'anus. Il n'avait pas assez bien pris ses dimensions, de sorte qu'il ouvrit le péritoine et pénétra dans le ventre. Ayant fait une seconde ouverture plus en arrière, il parvint au colon comme il se l'était proposé. Cependant il ne se dissimule pas que les doigts qu'il avait introduits dans la première incision, et dont il se servit pour assujettir l'intestin, lui furent très-utiles. La plus forte, dans le lieu qu'il désigne, ne lui paraît pas devoir être de grande importance, vu le petit nombre de vaisseaux sanguins qui s'y rencontrent. Ce procédé est louable, puisqu'il a pour but, ainsi que celui de Littré, de conserver des enfants qui semblent voués à une mort certaine. Mais les difficultés que son exécution présente ne sont pas compensées par le faible avantage qui pourrait en résulter. D'ailleurs rien n'est moins sûr que la position que Callisen attribue au colon dans les enfants du premier âge. Il semble au contraire que cet intestin est retenu par un lien membraneux et lâche; qui est de la même nature que le mésocolon, et qui le rend, en quelque manière, flottant dans le ventre. Il vaudrait donc mieux s'en tenir à l'opération de Littré, qui paraît plus facile à pratiquer, et qui a eu entre les mains de M. Durel un succès dont il n'est pas possible de douter. »

Ce furent ces incertitudes qui pesèrent pendant longtemps sur l'anus lombaire artificiel, et qui empêchèrent de la pratiquer, même chez les adultes. Dupuytren, du génie chirurgical duquel il ne faut pas cependant douter, dit: Callisen proposa de pénétrer jusqu'au colon descendant à travers une incision pratiquée en arrière entre l'épine iliaque et le rebord des dernières côtes, parallèlement au bord externe du muscle carré des lombes. Il espérait attaquer ainsi le gros intestin entre les deux lames de son mésentère, sans toucher au péritoine, et éviter ainsi les épanchements des matières stercorales dans le ventre. Mais la position paraît trop incertaine, et son repli péritonéal a trop peu d'épaisseur pour que l'on puisse aisément pénétrer entre les deux feuillets qui le composent sans ouvrir la cavité de l'abdomen (Dict. de méd. et de chir. pratique). Et quand le plus grand tragédien des temps modernes, Talma, fut atteint d'une oblitération du rectum, l'art ne fit rien pour le sauver, quoique sa forte constitution promît encore de longues années d'existence. Plus tard, Broussais périssait également d'une manière misérable, faute d'avoir eu confiance dans l'opération qu'Amussat, son chirurgien et son ami, lui proposait. Il était également convaincu de l'impossibilité de la pratiquer sans provoquer des accidents mortels. Nous le répétons, chez les nouveau-nés, il faut attendre, pour ouvrir l'intestin, qu'il ait pris des adhérences avec la place extérieure; pour cela on le fixera au moins de quelques points de suture. Cette précaution n'est pas nécessaire chez l'adulte où le colon s'est retiré d'au-dessus de son mésentère, et se trouve complétement en arrière du péritoine.

Vient maintenant la question de l'époque où il convient de pratiquer l'opération. Quand il existe un squirre du rectum, faut-il attendre que l'oblitération de l'intestin soit complète? Ce serait à la fois exposer le malade à un grand danger et se priver des bénéfices de l'opération, quand on la fait dès la constatation de la maladie. Les squirres du rectum ont, en général, une marche lente; ce qui le prouve, c'est que les malades le portent pendant de longues années, quand ils ne sont pas assez volumineux pour empêcher la défécation. Une fois réuni à ce point, le contact continuel des matières fécales, les efforts et les ténesmes les irritent, les engorgent et hâtent leur décomposition. La tumeur devient le siége de douleurs intolérables, chaque fois que les selles doivent être exprimées. Bientôt cette sortie devient impossible, et l'on est obligé de recourir aux dilatations et aux cautérisations; de là la source de nouvelles douleurs bien autrement atroces. L'obstacle ne pouvant être vaincu, l'intestin se rompt au-dessus de lui, et une péritonite par épanchement amène la mort que le malheureux patient demandait à grands cris.

Il faut avoir été témoin d'une de ces scènes, où l'art jusqu'ici s'était déclaré impuissant, pour juger de l'étendue du service que M. Amussat a rendu à l'humanité en détruisant le préjugé qui pesait sur l'opération de Callisen. La gloire qui lui en revient est aussi grande que celle qu'il a méritée en établissant les bases de la lithotritie par le cathétérisme droit.

Ainsi donc, en opérant, tout change d'aspect. Les douleurs cessent presque instantanément; le malade, n'ayant plus à redouter la difficulté des selles, se sustente au moyen d'aliments solides, et la tumeur redevient stationnaire. En vain objecterait-on les dangers de l'opération. Nous dirons qu'il est peu de procédés opératoires qui reposent sur des données aussi certaines. La herniotomie est certes plus difficile et plus dangereuse. Mais, dira-t-on, l'opération ne peut rien contre la tumeur; à quoi bon alors la tenter? Nous dirons que la dilatation forcée, la cautérisation, l'écrasement de la tumeur, ne peuvent également rien contre elle; qu'au contraire, ces moyens ne font qu'ajouter aux souffrances du malade, et cependant on les emploie dans le but unique de permettre les selles. Pourquoi alors ne pas recourir de prime abord à l'anus lombaire, qui n'a aucun de ces inconvénients et dont les dangers peuvent être facilement évités? A ce propos, M. Amussat fait une réflexion pénible: « Il me vient une pensée triste, dit-il, je crains que quelques praticiens, surtout ceux des campagnes, ne fassent malheureusement, pour cette opération, ce qu'ils font quelquefois pour la hernie étranglée. Ils aimeront mieux laisser mourir le malade que de tenter une pareille opération. Les uns n'opéreront pas par ignorance, les autres craindront de se compromettre. Mais lorsqu'on n'est pas en mesure et qu'on n'ose pas faire les grandes opérations, c'est un devoir sacré d'appeler un chirurgien de la ville la plus voisine et qui se trouve dans les conditions de pouvoir le faire. J'ai souvent regretté qu'on ait aboli le serment d'Hippocrate. On devrait le rétablir et y ajouter que, dans les occasions difficiles et périlleuses, on appellera le plus promptement possible un ou plusieurs confrères. »

Si nous citons ces paroles, c'est pour relever ce qu'elles ont d'injuste pour le corps médical. Nous sommes persuadé que M. Amussat ne les a laissées échapper que dans un de ces moments de découragement où se trouve parfois tout homme placé dans sa position. Pour obéir aux devoirs sacrés de l'humanité, il n'est pas besoin de serment. Les serments politiques sont là pour prouver le cas qu'il faut faire de ces vaines formules qui sortent de la bouche sans passer par le cœur. Les médecins, surtout ceux de campagne, dont la vie n'est qu'un long dévouement, sont incapables d'une lâcheté. Ils ne feront pas pour l'anus artificiel ce qu'ils ne feraient pas pour la hernie étranglée. Dire qu'ils aimeront mieux laisser mourir le malade que d'appeler un confrère à leur aide, c'est leur supposer une méconnaissance de tous leurs devoirs que rien ne démontre chez eux. Heureusement que M. Amussat a fait mieux que récriminer contre les intentions des médecins: il leur a appris à éviter l'écueil dont l'anus artificiel lombaire était entouré et la certitude de réussir sera sans doute plus puissante qu'un serment, fût-ce celui d'Hippocrate.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

I. JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les numéros d'avril, mai, juin, juillet, août et septembre 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Anasarque et ascite, suite de fièvres intermittentes ; guérison par le sulfate de manganèse ;* par le docteur Henri Gintrac, professeur suppléant à l'École de médecine. 2° *Constitution médicale du 1er juillet 1851 au 30 juin 1852 ;* par le docteur Burguet, secrétaire général. 3° *Nouvelles observations d'ascites traitées par les injections iodées ;* par M. Costes. 4° *Observation de tétanos* (*trismus, opisthotonos*), *suite d'une violente contraction musculaire ;* par le même. (Le chloroforme échoue ; guérison par l'opium à haute dose.) 5° *Rapport sur la morve chez l'homme ;* par le docteur Sarramea. 6° *Cinq observations de danse de Saint-Guy ; guérison par le valérianate de zinc ;* par le docteur Serapio Escolar (de Madrid). 7° *Mémoire consultatif à l'occasion d'un fait d'infanticide ;* par les docteurs Dégranges et Lafargue. 8° *Deux cas de tumeurs épithéliales de la verge ;* par le docteur Soulé. 9° *Observation de phlébite rhumatismale ;* par le docteur Boissenil. (Phlébite spontanée du membre inférieur coïncidant avec un rhumatisme chronique, sans altération des orifices du cœur.) 10° *Observations d'accidents tertiaires ;* par le docteur Venot. 11° *Du traitement des varices des membres inférieurs par la cautérisation d'après la méthode du docteur Bonnet (de Lyon) ;* par le docteur Philipeaux. 12° *De la cautérisation par le nitrate d'argent dans la laryngite œdémateuse ;* par le docteur Cigot. 13° *Note sur les luxations scapulo-humérales ; réduction par la méthode de Mothe ;* par le docteur Costes. 14° *L'art d'employer le chloroforme pour déterminer l'insensibilité ;* par le docteur Plouviez (de Lille).

ANASARQUE ET ASCITE SUITE DE FIÈVRES INTERMITTENTES ; GUÉRISON PAR LE SULFATE DE MANGANÈSE ; par le docteur HENRI GINTRAC.

Cette observation, qui mérite d'être résumée ici, porte sur un homme de 39 ans, sujet aux fièvres d'Afrique depuis deux ans, et présentant, à son admission dans les salles de clinique de l'hôpital de Bordeaux, les phénomènes suivants : constitution altérée, peau pâle et terreuse, visage bouffi, pouls régulier, petit, à 80, œdème des membres inférieurs, toux en général peu fréquente, ne s'accompagnant que d'une expectoration muqueuse et jaunâtre, respiration courte, accélérée ; la marche, le moindre mouvement réveillent les palpitations. Thorax sonore à la partie antérieure, mais mat postérieurement aux deux bases, où le bruit respiratoire est obscur et masqué par des râles sibilants et muqueux. Les battements du cœur sont forts, bien frappés, tumultueux, parfois irréguliers ; aucun souffle anormal dans la région précordiale ; pas de souffle carotidien. Il y a de l'inappétence, des nausées. Le ventre est indolent et volumineux ; il présente à l'hypocondre gauche une matité due au volume exagéré de la rate. Urines non albumineuses.

On essaye en vain contre cet état l'acétate de potasse et la digitale à haute dose, la scille, la scammonée et plus tard la gomme-gutte, ainsi que l'infusion de caïnça, le tartre stibié, le sulfate de soude, le nitrate de potasse : ces médicaments restent inefficaces, et l'état du malade s'aggrave beaucoup. Le sulfate de manganèse, porté successivement d'un décigramme à 1 gramme pendant vingt jours, amène une disparition graduelle de l'œdème, et de l'épanchement ascitique ; les forces reviennent. La convalescence est franche.

On possède aujourd'hui un certain nombre de faits relatifs à l'efficacité des préparations de manganèse dans les états anémiques et chloroanémiques ; elles ont été données par MM. Hannon, Burin du Buisson, Pétrequin, Martin-Lauzer, et elles sont venues confirmer en quelque sorte les vues théoriques de M. Millon sur l'importance du rôle de certains métaux contenus en proportions minimes dans le sang. Quel que soit, du reste, le nombre de faits déjà acquis à ce sujet, il nous semble de nature à mériter une observation plus étendue et plus multipliée ; quant à la cachexie paludéenne, il serait bon d'observer quels sont les effets de la médication proposée dans les localités où les fièvres sont endémiques.

DE LA CONSTITUTION MÉDICALE DU 1er JUILLET 1851 AU 30 JUIN 1852 ; par le docteur BURGUET.

L'auteur a observé à Bordeaux les affections suivantes dans le troisième trimestre de 1851 : 1° péritonites puerpérales ataxiques, adynamiques, avec production abondante et rapide de pus ; 2° méningites cérébro-spinales, nommées à juste titre méningites purulentes, par M. Michel Lévy ; 3° conjonctivites purulentes chez les enfants ; 4° érysipèles du cou, de la face, du cuir chevelu, précédant ou compliquant toutes ces maladies ; 5° *purpura hæmorrhagica*. Dans le troisième trimestre, il s'est montré des bronchites et des pneumonies catarrhales, des flux intestinaux, des crampes, des coqueluches. Dans le premier trimestre de 1852, on a vu des rougeoles graves, accompagnées de pneumonie lobulaire. Dans le second trimestre, il y a eu des miliaires et des dysenteries assez graves. Les fièvres typhoïdes et les varioles ont régné aux différentes époques que nous venons de parcourir.

NOUVELLES OBSERVATIONS D'ASCITES TRAITÉES PAR LES INJECTIONS IODÉES ; par le docteur COSTES.

Nous rappellerons que M. Costes a déjà publié, en mai 1851, dans le JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX, des observations relatives à l'emploi des injections iodées dans les épanchements ascitiques. Les deux cas qu'il publie aujourd'hui se résument ainsi :

1° Femme de 45 ans, sujette aux fièvres intermittentes, teinte terreuse, amaigrissement, pouls petit, régulier, toux rare ; l'abdomen est développé, il présente une forme globuleuse, ovalaire, avec saillie des flancs, aplatissement de la région ombilicale et tension considérable des parois ; l'œdème des membres inférieurs est assez considérable. La ponction donne 16 litres d'un liquide citrin, limpide, et permet de constater une hypertrophie considérable de la rate. Reproduction très-rapide de l'épanchement ; une nouvelle ponction procure l'évacuation de 11 litres d'un liquide semblable au premier ; on injecte alors : teinture d'iode, 40 g. ; eau, 80 g. ; iodure de potassium, 2 g. Immédiatement après l'injection, anxiété, refroidissement des extrémités, puis douleurs abdominales vives, pouls petit à 90, membres refroidis, agitation, sueurs, nausées, face grippée, état syncopal. Ces accidents, assez graves en apparence, après avoir duré pendant douze heures, disparaissent progressivement ; point de récidive trois mois après l'injection.

2° Femme de 68 ans, sujette aux fièvres intermittentes ; une première ponction, faite le 17 juillet, amène 9 litres d'une sérosité citrine ; une seconde ponction, le 2 août, fournit la même quantité d'épanchement ; le 11 août, après avoir extrait, par une troisième ponction, 10 litres de liquide, on injecte : eau, 120 g. ; teinture d'iode, 30 g. ; iodure de potassium, 2 g. Immédiatement après, pouls très-petit, lent, presque imperceptible pendant une minute, coliques avec sensation de chaleur abdominale excessive pendant quinze minutes ; pommettes injectées, face pâle, un peu grippée. Une demi-heure après l'injection, nausées fréquentes suivies de vomissements de matières aqueuses et verdâtres ; fréquence du pouls, soif, persistance des douleurs abdominales pendant quarante-huit heures. Reproduction de l'épanchement et quatrième ponction le 25 août, extraction de 8 litres de liquide citrin ; nouvelle injection iodée suivie des mêmes symptômes qu'à la première fois, mais moins prononcés. L'épanchement se reproduit de nouveau, la malade s'affaiblit, sa constitution s'altère de plus en plus, elle a des vomissements et elle meurt le 30 septembre. A l'autopsie, on trouva une tuberculisation péritonéale, et dans le petit bassin un liquide blanc légèrement opaque, comme purulent.

Nous citons ces faits rappelés par un partisan des injections iodées à titre d'indication ; les praticiens y trouveront peut-être, contrairement aux opinions de M. le docteur Costes, quelques particularités qui les rendront circonspects à l'endroit des injections iodées dans la cavité péritonéale.

RAPPORT SUR LA MORVE CHEZ L'HOMME ; par le docteur SARRAMÉA.

Ce médecin rappelle l'opinion de Huzard père et celle de Hertwig, publiée en 1834 dans la GAZETTE MÉDICALE DE BERLIN, sur la transmissibilité de certains virus contagieux des animaux à l'homme ; puis il mentionne les cas incontestables de transmission de la morve et du farcin du cheval à l'homme et de celui-ci à ses semblables par inoculation et par infection, c'est-à-dire par contagion immédiate et médiate. Passant ensuite à la question du traitement, il fait remarquer que le docteur Pedrazzoli (de Milan) avait, en 1842, cité un fait propre à démontrer l'utilité des préparations de quinquina, que le docteur Chatelain (de Chaumont) a publié en 1841, dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, un cas de morve traité aussi avec succès par la quinine ; que le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BESANÇON, publiait en 1847 deux cas de morve guéris au moyen d'un traitement où figuraient comme agents principaux la saignée et les évacuants ; qu'en 1840, le docteur Crescent (de Rouen) publiait un cas de farcin chronique terminé par la guérison ; qu'enfin, en 1852, les ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE contenaient deux observations de farcin chronique traité et guéri par l'extrait d'aconit.

OBSERVATIONS D'ACCIDENTS TERTIAIRES; par le docteur VENOT.

De trois observations relatives à des ulcères syphilitiques, le docteur Venot tire les conclusions suivantes :

1° Parmi les accidents tertiaires de la syphilis, il n'en est pas qui échappent moins que les ulcères à la loi de transition et de période;

2° La marche et la résistance de ces accidents est en raison directe de leur incubation ;

3° L'iodure de potassium seul ou associé aux mercuriaux est le véritable moyen curatif, comme l'ont démontré Lisfranc, Wallace et surtout Ricord ; l'iode, le proto-iodure de fer, le cyanhydrargirate d'iodure de potassium ne sont que des adjuvants, des succédanés.

TRAITEMENT DES VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS PAR LA CAUTÉRISATION ; par le docteur PHILIPEAUX.

Le traitement des varices par la cautérisation est une méthode ancienne ; mais les perfectionnements qu'elle a subis entre les mains de nos contemporains, et en particulier de la part de MM. Bérard et Bonnet (de Lyon), en font presque une méthode moderne. Les anciens employaient le feu ; les modernes emploient les caustiques : cette seule différence constitue un très-grand progrès. A-t-on jamais guéri avec le feu? Cela est plus que douteux; du moins il n'existe dans la science aucun fait authentique de guérison.

Mais les modernes ont fait plus que substituer les caustiques au feu; ils ont étudié le mécanisme physiologique de la guérison, et partant de notions plus précises sur les conditions physiques, organiques et pathologiques de la guérison, ils ont pu mieux préciser la valeur relative de chaque méthode, de chaque procédé. C'est ainsi qu'ont été étudiées successivement la cautérisation avec la potasse caustique, par MM. Bonnet et Gensoul; la cautérisation avec la pâte de Vienne, par MM. Bérard et Langier; la cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc, par M. Bonnet, qui l'a instituée, et par MM. Gensoul, Pétrequin, Barrier, Bouchacourt et toute l'école de Lyon. Les recherches et les expériences de ces savants praticiens ont successivement montré :

Que l'efficacité thérapeutique de la cautérisation repose sur les conditions suivantes : cautérisation et mortification complète des vaisseaux; formation d'un caillot consistant, occupant en longueur une certaine portion du calibre du vaisseau; cautérisations multiples sur le trajet de la même veine variqueuse; enfin absence de phlébite, de résorption purulente. Au moyen de ces diverses conditions, on aura une guérison complète, durable et exempte de tout accident consécutif.

Or quels sont, dans la succession des tentatives faites, les progrès réalisés ?

La potasse a atteint et mortifié plus sûrement que le feu la totalité de la veine;

Le caustique de Vienne a atteint plus sûrement encore que la potasse caustique ce premier résultat; de plus, il a pu le produire en une seule application.

Le chlorure de zinc, aux avantages obtenus par la potasse caustique et la pâte de Vienne, a ajouté ceux beaucoup plus grands de produire une escarre solide, parfaitement limitée et ne donnant jamais lieu à des hémorrhagies consécutives ni à des résorptions purulentes.

Tels sont les points abordés par M. Philipeaux et tel est le résumé de son travail. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas assez nettement circonscrit les questions qu'il avait à examiner; qu'il n'en ait pas suffisamment scindé et distingué les éléments. Son travail est plutôt encore une comparaison empirique que physiologique des méthodes et des procédés. Quand on l'aura lu, on saura peut-être ce qu'il faut faire et comment il faut faire pour réussir; mais on ne saura pas encore pourquoi il faut faire de telle ou de telle manière plutôt que de telle autre. Sans cette connaissance approfondie du mécanisme physiologique des résultats, non-seulement on ne sera jamais sûr de les obtenir, mais on courra risque de ne jamais éviter leurs inconvénients. Nous ne voulons citer qu'un exemple. Pourquoi et comment la cautérisation avec la potasse caustique expose-t-elle plus aux résorptions purulentes que la cautérisation avec la pâte de Vienne? Pourquoi le chlorure de zinc paraît-il prévenir encore plus sûrement ce fâcheux résultat? C'est ce que M. Philipeaux ni son maître, M. Bonnet, sous l'inspiration duquel il a écrit, n'ont pas encore recherché. Nous les engageons à combler cette lacune.

Quoi qu'il en soit, la pratique paraît être désormais fixée sur la préférence à accorder au chlorure de zinc. Voici le procédé suivant lequel M. Bonnet l'emploie :

Comme le chlorure de zinc n'a pas d'action sur la peau dépourvue d'épiderme, il applique sur les points où les varices sont les plus saillantes de la poudre de Vienne, suivant le procédé de M. Bérard. Une fois qu'il a acquis la certitude que la partie superficielle de la peau est détruite, ce qui a lieu dix minutes après son application, on enlève la poudre de Vienne, et au centre de chaque escarre produite, on place un morceau de chlorure de zinc (pâte de Cancoin, faite avec parties égales de farine et de chlorure de zinc), dont le diamètre longitudinal de 1 centimètre l'emporte sur le transverse, qui doit avoir 5 millimètres. Le tout est assujetti par une bandelette agglutinative et une bande roulée. Le caustique, laissé en place vingt-quatre heures, produit alors une mortification profonde.

II. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Les livraisons de 1853 comprises dans les numéros 145, 146, 147 contiennent les travaux originaux suivants : 1° *Notice sur Récamier ;* par le docteur Padioleau. 2° *Des préparations arsenicales en thérapeutique;* par le docteur Malherbe. 3° *Études rétrospectives sur le traitement des plaies intestinales ;* par le docteur Gély. 4° *Sur une forme d'hémorrhagie utérine qui simule l'avortement ;* par le docteur Rousseau. (Le diagnostic différentiel de l'avortement et de l'aménorrhée, avec expulsion de caillots fibrineux, peut, dans quelques cas, présenter des difficultés insurmontables, et le médecin ne pourra souvent se prononcer qu'après l'examen du corps étranger chassé de l'utérus.) 5° *Observation d'abcès enkysté du cerveau;* par le docteur Malherbe. 6° *Cancer du bras ayant eu pour point de départ un vésicatoire existant depuis plusieurs années ;* par le docteur Letenneur. 7° *Recherches microscopiques ;* par le docteur Moriceau. (Examen comparatif de tumeurs cancéreuses et fibroplastiques). 8° *Observation de fracture comminutive de la jambe traitée au moyen de la suture des fragments ;* par le docteur Lafond. (Perforation des extrémités de l'os, et leur réunion à l'aide d'un fil d'argent.)

DES PRÉPARATIONS ARSENICALES EN THÉRAPEUTIQUE; par le docteur MALHERBE.

Nous ne prendrons de ce travail, entrepris au sujet d'un mémoire du docteur Massart (de Napoléon-Veodée), que la partie qui a trait aux propriétés fébrifuges de l'arsenic. Le docteur Massart avait ainsi formulé les conclusions de son mémoire sur la valeur des préparations arsenicales dans les fièvres intermittentes : 1° L'arsenic guérit certaines fièvres intermittentes qui n'ont pas été traitées par d'autres moyens; 2° l'arsenic guérit certaines fièvres intermittentes anciennes et rebelles au quinquina; 3° l'arsenic échoue dans certaines fièvres intermittentes que le quinquina ou d'autres médicaments guérissent sans peine.

Le docteur Malherbe accepte complétement ces conclusions; il pense qu'on ne doit administrer l'arsenic que dans les fièvres pures de complications organiques, que, malgré son avantage incontestable dans les fièvres anciennes et rebelles au quinquina, il reste en général inférieur à ce moyen; il ajoute, d'après les résultats de sa propre expérience, que, dans certains cas, l'association des deux remèdes peut seule triompher de ces maladies invétérées; que la suppression de la fièvre n'est point aussi rapide en général par l'arsenic que sous l'influence du quinquina et de ses préparations.

OBSERVATION D'ABCÈS ENKYSTÉ DU CERVEAU ; par le même.

Les faits suivants nous ont paru de nature à être extraits de cette observation :

OBS. — Dix mois environ avant les accidents graves qui avaient amené le malade à l'hôpital, douleurs indéterminées, puis céphalalgie vive et continuelle, suivie elle-même de faiblesse dans l'un des côtés du corps. A l'hôpital de Nantes, on observe les symptômes que nous allons énumérer : décubitus dorsal, immobilité complète, contracture des muscles de la partie postérieure du cou, faiblesse musculaire générale, mais plus marquée à gauche qu'à droite; la sensibilité est égale au bras gauche comme au bras droit, le bras droit seul se meut; le pouls, faible et lent, donne 58 pulsations par minute. Quelques jours après, somnolence profonde; le malade cesse de répondre aux questions et remue à peine les membres quand on le pince fortement. Les jours suivants la connaissance et la parole reviennent. A cette époque, l'œil droit se trouve dévié en dehors; la pupille du même œil est dilatée et la paupière supérieure abaissée; le malade accuse encore une vive céphalalgie. Vingt jours après le début de ces accidents graves, le malade meurt avec de l'agitation et du délire.

A l'autopsie, on trouva que les circonvolutions cérébrales étaient partout aplaties et appliquées les unes contre les autres; le lobe moyen de l'hémisphère droit formait une tumeur considérable qui repoussait en avant et en dedans le lobe antérieur du même côté, de manière que la face interne de ce lobe présentait une saillie convexe qui avait déprimé le lobe antérieur gauche.

Le lobe moyen de l'hémisphère droit était occupé par un abcès enkysté du volume d'un œuf d'oie; le pus était homogène, consistant, filant et s'écoulant assez difficilement de la cavité; il avait une couleur légèrement verdâtre et une faible odeur acescente et alliacée. Une couche mince ou peu plus consistante et comme pseudo-membraneuse tapissait partout les parois du kyste; celui ci était formé par une membrane dense, très-vasculaire, d'une épaisseur double de celle de la dure-mère, tomenteux à la face interne, faiblement adhérente extérieurement à la substance cérébrale dont on peut l'isoler partout. En haut ce kyste était recouvert par le corps calleux, en bas il n'était séparé de la surface du cerveau que par une épaisseur d'environ 2 centim.; en dedans de la tumeur on trouvait la couche optique et le corps strié dans un état parfait d'intégrité; le ventricule latéral lui-même était intact.

(La suite au numéro prochain.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. DUPERREY.

M. Duvernoy lit, au nom d'une commission, un rapport très-étendu et très-détaillé sur plusieurs mémoires d'erpétologie et d'ichthyologie, communiqués dans le court espace de six mois, par M. le docteur Auguste Duméril, et qui ont pour objet le classement méthodique de la riche collection de poissons et de reptiles que renferme le Muséum, d'après leurs caractères zoologiques, anatomiques et physiologiques.

Sur la proposition de M. le rapporteur, l'Académie donne son approbation aux travaux de M. Auguste Duméril et l'invite à les continuer.

AMPUTATION DE LA LANGUE.

M. Maisonneuve communique la relation d'un cas d'amputation de la langue avec conservation de la parole.

M. le docteur J..., membre correspondant de l'Académie de médecine et président de la société de vaccine, était, depuis un an environ, affecté d'un cancroïde ulcéré, qui avait envahi toute la partie antérieure de la langue jusqu'au niveau des papilles caliciformes. La parole était presque entièrement abolie; la mastication et la déglutition étaient devenues extrêmement difficiles, et le malade, réduit à se nourrir d'aliments liquides, était tombé dans un état d'amaigrissement extrême. De nombreuses médications employées par les praticiens les plus éminents n'avaient produit aucune amélioration, et les progrès rapides du mal menaçaient gravement la vie. Il ne restait plus d'espoir que dans l'ablation presque complète de l'organe; elle fut pratiquée, le 24 août, par M. Maisonneuve, en présence de MM. les docteurs Larrey, Ricord, Richard, Alexis Favrot.

M. Maisonneuve divisa d'abord sur la ligne médiane l'os maxillaire inférieur, dont les deux branches écartées laissèrent un libre espace pour manœuvrer dans l'intérieur de la bouche. La langue fut ensuite excisée presque transversalement au milieu des papilles caliciformes, la glande sub-linguale fut en outre extirpée complétement. Puis, après la ligature des vaisseaux, les parties molles de la lèvre et du menton furent rapprochées au moyen de la suture entortillée.

Cette grave opération a été couronnée du plus heureux succès : malgré la mutilation qu'il a subie, le malade a conservé presque intact l'usage de la parole. (Commissaires : MM. Roux et Velpeau.)

SECRÉTION DU LAIT PAR LES MAMELLES DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

M. Natalis Guillot adresse sur ce sujet un mémoire, dont l'extrait suivant résume les points essentiels :

1° Les mamelles des enfants sains des deux sexes sécrètent du lait peu de temps après la naissance.

2° Cette fonction succède ordinairement à la chute du cordon ombilical; c'est du septième au douzième jour qu'on la voit commencer, pour se terminer après une durée de plusieurs jours. Elle est normale et n'appartient qu'à l'enfant sain.

3° Pendant la sécrétion, les glandes mammaires sont tuméfiées d'une manière très-sensible.

4° Ce liquide peut être exprimé des mamelles par la pression; il peut alors sortir par gouttes, quelquefois par jet.

Il est blanc; neutre ou alcalin, il s'acidifie par le contact de l'air.

Il se sépare, comme le lait de femme, en deux portions : l'une séreuse, l'autre crémeuse. Il possède la même composition.

Sous le microscope, on distingue qu'en outre du sérum il est constitué par des globules sphéroïdaux, de diamètre inégal, transparents, insolubles dans l'éther, en tout semblables aux globules du lait de la femme.

On peut obtenir une quantité suffisante de ce liquide, soit en une seule fois, soit en plusieurs traites, pour y découvrir le caséum, la graisse et le sucre.

C'est donc un lait parfait que sécrètent les enfants mâles et les filles, peu de temps après la naissance; et, bien que cette sécrétion ne représente que de très-loin ce que l'on observera plus tard chez la femme adulte, on ne saurait la négliger.

L'auteur joint à ce résumé le tableau des jours d'âge auxquels il a observé le phénomène de la sécrétion lactée chez trente-neuf enfants mâles et chez trente-quatre filles.

HYDROPHOBIE SURVENUE CHEZ UN CRÉTIN A LA SUITE DE LA MORSURE D'UN CHIEN ENRAGÉ; DÉVELOPPEMENT DE L'INTELLIGENCE DURANT LES ACCÈS.

M. Niepce, médecin inspecteur des eaux d'Allevard, communique, sous ce titre, la relation suivante:

Le 2 août dernier, est mort d'hydrophobie le nommé Chanvet (Antoine), âgé de 17 ans et demi, atteint de crétinisme congénial. Ce crétin habitait Pontebara, village situé dans la vallée du Graisivaudan, au point où le torrent de Bréda, après avoir roulé dans une gorge profondément encaissée, débouche dans la vallée de l'Isère.

L'habitation de ce crétin est située sur les bords du torrent, dont un bras, servant à faire mouvoir plusieurs artifices, passe derrière la maison, qui se trouve ainsi entourée d'eau de tous côtés et dont l'exposition est au nord. Toutes les habitations voisines se trouvent dans les mêmes conditions d'insalubrité, et renferment bon nombre de goitreux et de crétins.

Chauvet (Antoine) était d'une taille d'un mètre 32 centim.; son père, mort des suites d'une blessure à la jambe, était goitreux et scrofuleux; sa mère, qui vit encore, est de petite taille et porte un petit goitre; son frère, âgé de 15 ans, est crétin et goitreux.

Chauvet (Antoine) était crétin de naissance; son allaitement fut difficile, et ce ne fut qu'à l'âge de 11 mois qu'il commença à soutenir sa tête. Il n'a pu marcher qu'à l'âge de 4 ans, et sa démarche a toujours été lente et difficile. Il traînait ses pieds en marchant; sa tête volumineuse présentait tous les caractères du crétinisme; la face était large, les pommettes saillantes, le front court; les cheveux, rudes, descendaient très-bas près des sourcils; le nez était large, écrasé; les lèvres épaisses; les dents, irrégulières, n'étaient qu'au nombre de neuf au maxillaire supérieur, et de sept seulement à l'inférieur. A la seconde dentition, il ne lui était venu que quatre dents. Son goître était bilobé, assez volumineux. Il n'articulait que quelques mots, et encore ne le faisait-il qu'imparfaitement.

Son intelligence, peu développée, ne lui avait permis d'apprendre ni à lire ni à écrire. Il avait toujours été dans l'impossibilité de comprendre le catéchisme; aussi n'avait-il pas pu faire sa première communion. Ses qualités affectives étaient peu développées; cependant il témoignait quelquefois un peu d'amitié à sa mère, mais il n'aimait pas son frère. Il n'avait jamais eu les maladies de l'enfance, telles que la rougeole, la scarlatine, etc. Il était lent, paresseux et mangeait avec avidité toute espèce d'aliments.

Telle a été l'existence de ce crétin jusqu'au 10 mai dernier, jour où il fut mordu par un chien enragé. Une heure après cet accident, sa mère avait été avertie par une voisine que son enfant avait été mordu par un chien atteint de la rage et qui avait également mordu plusieurs chiens, le conduisit chez un pharmacien, qui se contenta de cautériser légèrement les morsures avec quelques gouttes d'ammoniaque.

Depuis ce moment jusqu'au 27 juillet suivant, on n'observa rien de particulier dans l'état d'Antoine Chauvet; mais ce jour-là, à onze heures du matin, il refusa de manger et de boire. Il alla se coucher au soleil, et au bout de deux heures, tous les symptômes de la rage se déclarèrent.

Dès les premiers symptômes de l'hydrophobie, Chauvet, au grand étonnement de sa mère et des personnes qui l'entouraient, au nombre desquelles étaient le médecin et le pharmacien, parla avec une bien plus grande facilité qu'il ne l'avait jamais fait. Ce crétin, qui ne répondait ordinairement qu'avec difficulté, en n'articulant difficilement que quelques mots, adressait alors fréquemment la parole à tous ceux qui l'entouraient et racontait les souffrances qu'il éprouvait. Dans les intervalles des crises, il appelait sa mère et son frère, leur témoignait par de vives caresses combien il les aimait et les priait de ne pas le laisser seul.

Le 28, à six heures du matin, après avoir passé une nuit très-agitée, pendant laquelle il fut de toute impossibilité de lui faire avaler la moindre quantité de liquide, Chanvet demanda à diverses reprises qu'on allât chercher le curé de la paroisse. Le prêtre arriva vers les huit heures du matin. Aussitôt qu'il ent été introduit près du malade, celui-ci se plaignit amèrement et en pleurant de ce qu'il n'avait pu apprendre le catéchisme.

Vers les trois heures du soir, la violence des crises parut se calmer; pendant tout le temps que durèrent ce calme, ou mieux cette dépression des forces, l'intelligence ne fut plus aussi développée. Le 29, vers midi, les crises revinrent, et avec elles l'intelligence redevint plus lucide. Il adressait de fréquentes questions aux hommes chargés de le veiller, les priant d'éteindre la lumière, qui lui faisait éprouver de violentes douleurs dans la tête, leur déclarant qu'ils ne devaient rien craindre, qu'il ne les mordrait pas. En effet, depuis les premiers symptômes de sa maladie jusqu'à sa mort, il ne manifesta jamais l'intention de mordre. Les journées des 30 et 31 juillet se passèrent de même, ses crises revenant par intervalles, accompagnées de vives douleurs, telles que les éprouvent les hydrophobes, et son intelligence toujours lucide.

Le 1er août, vers les sept heures du matin, il survint un délire aigu pendant lequel le malade parla fréquemment et avec volubilité, citant parfois, mais sans suite, des faits passés depuis plusieurs années et auxquels il n'avait jamais paru prendre la moindre part. Ce délire dura jusqu'au soir et fit place à un coma profond qui dura jusqu'à cinq heures du matin du 2 août, jour où il mourut.

— M. A. Favrot soumet au jugement de l'Académie un instrument qu'il a

imaginé pour le traitement des rétrécissements de l'urètre, et qu'il désigne sous le nom de sécateur trilame de l'urètre. (Voir le dernier numéro.) (Comm. (MM. Velpeau et Civiale.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. MACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Bolut, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Dôle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Aubin, depuis le 2 octobre 1852 jusqu'au 15 janvier 1853;

2° Un rapport des médecins de l'hôpital des cholériques à Amsterdam, con-

3° Une demande d'analyse des eaux de Saint-Vallier (Vosges);

tenant un mode de traitement suivi en 1848 et 1849 dans cet établissement.

— M. Pitancier (de Monsigni) envoie quelques propositions faisant suite à la note qu'il a envoyée précédemment sur la fièvre typhoïde et sur son traitement par le charbon. (Comm. nommée.)

— M. Szokalski, actuellement de retour à Varsovie, communique à l'Académie un nouveau moyen thérapeutique des ophthalmies externes en général. Ce moyen est l'application d'une solution saturée de nitrate d'argent sur les paupières fermées. Voici comment s'emploie ce moyen :

Tous les individus affectés de blépharites, de conjonctivites, de kératites superficielles, n'importe de quel genre et à quel degré, sont soumis au même genre de traitement. On les couche sur le dos, et sans autres formalités on leur applique sur les paupières de petites compresses ployées en deux et imbibées d'une solution de 5 grammes de nitrate d'argent sur 30 grammes d'eau distillée. On recouvre ensuite ces compresses d'une couche de coton, et on attache le tout avec des bandes. Au bout d'une heure, on le débarrasse de l'appareil, on lave ses yeux avec de l'eau froide, et la plupart du temps le traitement est terminé.

— M. Mercier, à l'occasion de la dernière communication de M. Leroy-d'Étiolles, sur le traitement des névralgies du col de la vessie, adresse une lettre dont nous extrayons les passages suivants qui en résument l'objet :

« Dès 1841, j'ai écrit que les valvules vésico-urétrales rendent compte de la plupart des affections connues sous le nom de *névralgies du col de la vessie.* (Examin. méd.)

En 1844, dans mes Recherches sur les valvules, j'ai cherché à démontrer que ces *névralgies* sont des valvules commençantes avec grande irritabilité de l'urètre, et j'ai rapporté tout au long les mêmes faits que M. Leroy-d'Étiolles a cités dans sa dernière lettre, d'hommes et d'enfants qu'on avait crus atteints de la pierre, qu'on avait taillés sans rien trouver dans la vessie, et qui, néanmoins, avaient été ainsi débarrassés de leurs souffrances.

De ces idées et de ces faits découlait évidemment l'indication de diviser le col de la vessie dans ces sortes de cas; mais je n'en suis pas resté là.

Je rapporte, p. 239, l'observation d'un malade qui éprouvait des douleurs très-variables, tantôt fort vives, tantôt légères au col de la vessie avec un peu de gêne à l'émission des urines, lesquelles néanmoins sortaient *à peu près complètement*. Je divisai alors le col de la vessie, pensant que peut être en donnant plus de liberté aux urines, la *douleur* éprouverait une modification salutaire. Le succès, sous ce rapport, ne répondit pas tout à fait à mon attente; mais l'indication est là bien clairement établie.

M. Caudmont, à l'occasion de la même communication, fait une réclamation analogue.

Conduit, dit-il, par des réflexions analogues à celles de M. Leroy-d'Étiolles, et par d'autres déductions encore, comme le bénéfice qu'on obtient par l'incision de l'orifice dans les névralgies de l'anus et du col de l'utérus, M. Caudmont a pratiqué dès l'année 1847 l'opération que M. Leroy a fait connaître dans la dernière séance de l'Académie, comme moyen d'obtenir la guérison de la névralgie du col de la vessie. Depuis cette époque, il a répété deux autres fois la même opération. Ces divers faits ne lui ayant pas paru suffisants pour éclairer les chirurgiens sur le mérite de l'incision des lèvres de l'orifice urétro-vésical, comme moyen de guérir la névralgie du col de la vessie; c'est pour cette raison que jusqu'ici il avait négligé d'en faire part à l'Académie.

— M. Cattenat adresse une note sur la division complète du tendon d'Achille gauche par une hêche. (Comm. : M. Begin.)

— M. Desparquets adresse un mémoire sur les prodromes, le mode de transmission et le traitement du choléra asiatique, d'après quarante observations recueillies pendant l'épidémie de 1849, dans le canton de Villaines-la-Bochel (Mayenne).

— M. Malgaigne écrit pour prier l'Académie de lui accorder un tour de faveur pour lire un travail sur l'emploi du perchlorure de fer dans les anévrismes, pratique qui lui paraît mauvaise, et sur laquelle il désirerait que l'Académie portât un jugement.

La parole sera réservée à M. Malgaigne pour la prochaine séance.

Un incident s'élève après la communication de la correspondance au sujet d'un mémoire adressé pour le concours du prix Nadand. L'Académie, par une décision récente, a fixé au 15 octobre la clôture du concours. L'auteur du mémoire qu'elle vient de recevoir n'avait pu connaître cette décision à l'époque où il a adressé son mémoire. Dans cet état de choses, le conseil a pensé qu'il y avait lieu de renvoyer l'examen de cette question à la commission qui ferait une proposition à cet égard à l'Académie.

M. Londe, membre de la commission, et quelques autres membres s'élèvent contre cette proposition, et expriment l'opinion que l'Académie seule a le droit de prendre une décision à cet égard.

MM. Gaultier de Claubry et Malgaigne s'opposent vivement à la prorogation du concours et réclament le maintien de la décision de l'Académie.

L'Académie, consultée sur la question de savoir si elle veut maintenir la première décision, se prononce en majorité contre; en conséquence le concours reste ouvert.

La parole est à M. Piorry pour un rapport.

QUELQUES OBSERVATIONS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

M. Piorry lit un rapport sur des observations communiquées à l'Académie par M. le docteur Bouyques, médecin en chef de l'hôpital d'Aurillac.

La première observation est relative à une jeune demoiselle qui, voyant un homme tomber d'une fenêtre, fut profondément émue, éprouva un tremblement nerveux qui dura plusieurs jours, cessa et reparut lors de l'éruption des règles; des accès de fièvre intermittente se renouvelèrent ainsi pendant onze mois successivement à chaque retour des règles, malgré l'emploi du quinquina et de l'arsenic et l'application d'un cautère rougi à blanc. Ces accidents ne cessèrent complètement qu'à l'occasion d'une nouvelle impression morale douce. M. Piorry regrette que l'auteur n'ait pas fait savoir si cette malade avait habité un pays marécageux et si elle n'avait pas eu une névralgie intercostale.

La deuxième observation se rapporte à une opération de cancer volumineux développé dans la lèvre supérieure et qui, depuis dix ans, ne s'est pas reproduit.

La troisième observation a trait à une pustule maligne qui siégeait à la face chez une fille de 7 ans. Pendant deux jours le mal fut négligé, fit des progrès très-rapides, perfora en vingt-quatre heures l'épaisseur de la joue, envahit l'os molaire du même côté, fut promptement saisie d'un état général dont le caractère principal consista dans l'apparition de phlyctènes qui se dissipèrent promptement en ne laissant aucune autre lésion à leur suite. Toutes les parties nécrosées furent enlevées avec le histouri; on fit des lotions avec le chlorure de soude; on toucha les parties malades avec l'huile animale de Dippel, et on eut recours au cautère largement et profondément appliqué. L'os frappé de nécrose fut enlevé avec la scie et le mal fut arrêté. L'eau de Luce, le sirop antiscorbutique, des toxiques furent les moyens internes administrés. La guérison fut complète.

La quatrième et dernière observation se rapporte à des accidents épileptiques développés dès l'âge de 15 ans chez un officier, et que l'on considéra d'abord comme des crises hystériques. Ce militaire ayant été obligé de quitter le service, ce qui lui causa un profond chagrin, ses attaques devinrent plus fréquentes. Au moment où il faisait usage d'un remède secret, il fit une chute sur un brasier; le visage fut profondément brûlé, et il en résulta une affreuse déformation de la face à laquelle il ne fut possible de remédier par aucun moyen autoplastique; depuis lors il n'y eut plus d'attaque d'épilepsie.

L'auteur attribue, dans la première et la quatrième observation, à l'émotion morale, la guérison chez l'une de la fièvre, chez l'autre de l'épilepsie. M. le rapporteur ne partage pas cette opinion; il croit qu'on a considérablement exagéré l'influence morale dans la production et la guérison des maladies; et cette influence lui paraît contestable dans ces deux faits en particulier.

M. le rapporteur termine en exprimant le vœu que le nom de M. Bouyques soit porté sur la liste des candidats au titre de correspondant, et propose en outre : 1° d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur; 2° de renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

— M. Boucнut lit un mémoire sur les fistules pulmonaires cutanées. (Nous publierons ce travail textuellement.)

— M. de Pietra-Santa lit un mémoire sur le régime cellulaire. (Nous publierons ce travail dans notre prochain numéro.)

CALCUL ENKYSTÉ DE L'URÈTÈRE; TUMEUR ADÉNOÏDE ÉNORME DU SEIN.

M. Velpeau présente deux pièces d'anatomie pathologique.

La première est relative à un calcul vésical enkysté dans l'urètère et proéminent dans la vessie. Il s'agit d'un sujet qui est entré mourant à l'hôpital, où il a succombé le lendemain à des accidents du côté des voies urinaires. Il avait subi en ville des tentatives de cathétérisme qui avaient donné la sensation d'un corps étranger. A l'autopsie on a trouvé engagé dans l'urètère un calcul du volume d'une noisette ayant l'aspect des calculs d'oxalate de chaux.

La seconde pièce est relative à une tumeur énorme du sein que portait une femme d'une cinquantaine d'années. Cette tumeur, qui s'est considérablement réduite de volume dans les derniers jours, par suite d'un véritable travail de putréfaction qui en a détruit une partie, pesait environ 30 à 40 livres; elle avait le volume de cinq fois une tête d'adulte. Cette femme était dans un état d'amaigrissement et de marasme tel, lorsqu'elle est entrée à l'hôpital, que l'on n'a pas dû songer à pratiquer une opération à laquelle elle répugnait d'ailleurs. Plusieurs chirurgiens avaient regardé cette tumeur comme étant de nature encéphaloïde. M. Velpeau a toujours pensé que c'était une de ces tumeurs adénoïdes sur lesquelles il a appelé plusieurs fois l'attention des chirurgiens,

Bref, cette femme a succombé, et l'examen microscopique de la tumeur a justifié le diagnostic de M. Velpeau.

M. Velpeau rappelle à cette occasion que sur trente-six ablations de tumeurs de ce genre qu'il a pratiquées, il n'a perdu qu'une seule malade ; la récidive n'a eu lieu dans aucun des autres cas.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ SUR LES EAUX MINÉRALES DU DUCHÉ DE NASSAU, PRÉCÉDÉ D'UNE ESQUISSE ET D'UNE CARTE GÉOLOGIQUE DU TAUNUS, par une réunion de médecins de ces eaux ; traduit de l'allemand par M. KAULA. — Un vol. in-8°. — Wiesbade, 1852. — A Paris, chez Labé.

Un travail d'hydrologie médicale du genre de ceux que, depuis nombre d'années, nous ne cessons d'appeler de tous nos vœux dans ces colonnes, c'est-à-dire un travail scientifique, vient d'être accompli de l'autre côté du Rhin. Ce travail a pour objet les eaux minérales du duché de Nassau. Le duché de Nassau, si heureusement partagé sous le rapport des richesses hydro-minérales, où se trouvent réunies dans un petit rayon, et presque côte à côte, les sources les plus riches et les plus variées dans leur composition : eaux acidulées, gazeuzes, eaux alcalines, eaux salines froides et thermales, eaux hydro-sulfureuses, eaux ferrugineuses, etc., semble offrir sur un même point un spécimen des principales variétés de la médication hydro-thermale. Plusieurs de ces sources jouissent, depuis un temps immémorial, d'une célébrité et d'une vogue européennes ; il suffit de citer Wiesbaden, Schwalbach, Ems, Soden, pour rappeler les stations de prédilection des baigneurs des deux rives du Rhin. La connaissance scientifique de ces diverses sources a-t-elle été toujours à la hauteur de leur réputation ? Nous ne voudrions pas le nier pour toutes assurément. Il suffirait de jeter un coup d'œil sur la bibliographie spéciale placée en tête de chacune des notices dont se compose cet ouvrage, pour s'assurer que les études chimiques, topographiques et thérapeutiques n'ont pas manqué pour la plupart d'entre elles. Mais ce qui ressort moins manifestement de cette longue nomenclature de livres, de brochures et de notices, c'est qu'ils aient tous et toujours été dictés dans un pur sentiment d'intérêt scientifique, c'est qu'ils aient toujours été rédigés dans un esprit médical, c'est-à-dire d'après les résultats d'une observation clinique sérieuse. Plus d'une fois l'esprit de l'industrialisme, inspiré par de hauts patronages, a soufflé sur les pages sorties de la plume des écrivains les plus autorisés et les plus recommandables d'ailleurs ; et si à côté de cette influence à laquelle les auteurs ont dû pouvoir rarement se soustraire, on place les petites rivalités de voisinage, on concevra combien il devient souvent difficile au médecin, qui cherche avant tout des indications précises et une appréciation sincère des effets thérapeutiques de telle ou telle source, de s'orienter au milieu des assertions le plus souvent dénuées de preuves, dont se composent ces sortes de notices, et des contradictions qui résultent souvent de leur comparaison.

Pour obvier à cet état de choses, autant que pour remplir un vœu qu'avait déjà formulé, quelques années auparavant, le docteur Stiebel de Francfort, les médecins des divers établissements thermaux du duché de Nassau se sont réunis pour décrire en commun, dans une même publication, les sources dont ils ont été à même d'étudier depuis plus ou moins longtemps les propriétés et les effets thérapeutiques, et faire connaître les ressources et les secours qu'elles peuvent se prêter réciproquement.

Tel est l'objet du livre dont nous devons une bonne traduction à M. le docteur Kaula, et dont il nous reste à faire connaître la contexture.

Une étude géographique et géologique du Taunus, groupe de montagnes qui commence au Johannisberg et s'étend du nord-est au sud-ouest, jusqu'à Assmanushausen, où la vallée du Rhin sépare le Taunus du Hundsrück, et d'où sourdent les sources, qui, depuis tant d'années, font la fortune du duché de Nassau, forme une sorte de préambule tout naturel à cet intéressant recueil. Cette notice est due à un savant géologue, M. le docteur Fridolin Sandberger, qui s'est surtout proposé, dans ce travail, de jeter un jour nouveau sur l'origine des sources minérales de ces contrées, en étudiant comparativement et en rapprochant les analyses chimiques de ces sources et la composition géologique des diverses espèces de roches du Taunus qui leur donne naissance.

Sept notices ou monographies spéciales composent ensuite l'ensemble de ce recueil. La première, sur la source acidule saline-ferrugineuse de Soden, est de M. le docteur O. Thilenius. La source gazeuse ferrugineuse de Cronthal, la plus récente de toutes les sources du Taunus, située à une petite distance de Soden, près de la petite ville de Cronberg, fait l'objet de la seconde notice due à M. le docteur Küster, qui en a fait la découverte. La troisième notice est consacrée à la description de la source sulfureuse de Weilbach ; cette notice, qui est extraite de l'ouvrage de M. le docteur Roth sur ces eaux, bien que renfermant les indications les plus précises sur la composition chimique et sur les indications de l'emploi des eaux de Weilbach, laisse beaucoup à désirer par son extrême concision. Nous n'en dirons pas autant des quatre suivantes, dont l'étendue est proportionnée à l'importance des sources qui en sont l'objet ; telles sont la notice de M. le docteur Gugens sur Wiesbaden, ces thermes séculaires dont Pline et Tacite ont été les premiers historiens ; celle de M. le docteur Bertrand sur les bains de Schangenbad ou de Carlsbad, nom sous lequel ils sont encore plus connus chez nous, et les deux notices de MM. Genth et d'Ibell sur les sources de Schwalbach et d'Ems.

Il serait beaucoup trop long et superflu d'ailleurs d'entrer ici dans des détails analytiques sur ces diverses notices. Il nous suffira de dire qu'elles renferment en général, outre les documents topographiques et chimiques les plus complets, une appréciation sérieuse et une discussion scientifique de bon aloi sur les effets physiologiques et thérapeutiques des diverses sources qui en sont l'objet. Le nom déjà honorablement connu de la plupart de leurs auteurs serait, au besoin, un garant suffisant de ce que nous avançons.

Une introduction écrite par M. le docteur Aroussohn et renfermant, sur l'action des eaux minérales, des considérations générales pleines d'à-propos et de justesse, et une carte géologique du Taunus, dressée par M. Sandberger, encadrent et complètent ou ne peut mieux cet ouvrage, dont le succès en Allemagne est déjà chose accomplie, et auquel la traduction de M. Kaula assurera un égal succès en France.

H. BROCHIN.

VARIÉTÉS.

— L'administration de la police vient de faire dresser un tableau statistique de la mortalité à Paris, par âge, par sexe, par profession et par nature de maladie.

Voici quelques-uns des chiffres relevés dans cette statistique pour 1851 :

En 1851, dans la ville de Paris, il est mort à domicile 19,150 personnes, 9,287 hommes, 9,863 femmes. Dans les hôpitaux civils et militaires, 10,567 personnes, 5,839 hommes, 4,728 femmes : en tout, 29,717. (En 1852, 29,664 décès, 15,220 d'hommes et 14,444 de femmes.)

Sont morts à domicile : des fièvres, 494 hommes, 544 femmes ; d'inflammations, 4,475 hommes, 4,909 femmes ; d'hémorrhagies, 387 hommes, 332 femmes ; de névroses, 537 hommes, 533 femmes ; de lésions organiques, 1,296 hommes, 3,023 femmes ; de blessures, 243 hommes, 92 femmes ; de *déplacements* d'organes, 26 hommes, 26 femmes ; de maladies virulentes, 22 hommes, 17 femmes ; d'asphyxie, 302 hommes, 83 femmes ; d'enfants morts-nés, monstruosités, morts subites, 1,505 garçons, 1,304 filles.

Pendant la même année 1851, les 19,567 personnes mortes dans les hospices se subdivisent ainsi par maladies : de fièvres, 573 hommes, 326 femmes ; d'inflammations, 2,261 hommes, 2,015 femmes ; d'hémorrhagies, 243 hommes, 158 femmes ; de névroses, 262 hommes, 155 femmes ; de lésions organiques, 1,648 hommes, 1,507 femmes ; de blessures, 284 hommes, 79 femmes ; de maladies virulentes, 31 hommes, 12 femmes ; d'asphyxie, 4 hommes, 8 femmes ; d'enfants morts-nés, morts subites, 425 garçons, 360 filles.

En 1852, les chiffres des décès selon la nature des maladies sont dans les mêmes proportions.

Le tableau statistique fait ensuite connaître la nature des maladies par profession. Nous nous bornerons à extraire de cette longue nomenclature de professions de toutes sortes les deux indications suivantes :

Sur 17 décès parmi les magistrats, on compte : pneumonie, 3 ; phthisie, 2 ; apoplexie, 2.

Sur 46 décès parmi les avocats : entérite, 7 ; phthisie pulmonaire, 3 ; fièvre typhoïde, 3.

— Le choléra diminue sensiblement à Saint-Pétersbourg ; on ne compte à présent qu'environ 60 malades et 8 morts par jour.

— Le choléra et la fièvre jaune continuent de régner à la Havane et dans l'intérieur avec une grande intensité. Une seule plantation a perdu plus de 200 esclaves. Les navires dans le port ont eu également à souffrir des atteintes du fléau.

— Le choléra vient d'éclater à Jassy. Il s'est déclaré également à Sultanieh (Perse).

— Le ministre du commerce, de l'agriculture et des travaux publics, vient d'adresser une circulaire à tous les préfets pour les inviter à interdire l'usage des tuyaux de plomb, de cuivre ou de zinc dans les brasseries et dans les maisons de détail, la bière pouvant acquérir des propriétés toxiques par suite de son contact avec le plomb.

— La prochaine séance de l'Académie de médecine aura lieu mercredi prochain au lieu de mardi, à cause de la fête de la Toussaint.

— Les personnes qui désirent faire un cours à l'École pratique pendant le semestre d'hiver sont prévenues que la réunion pour le choix des heures et des amphithéâtres aura lieu demain samedi, 29 octobre, à midi, à l'École de médecine.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

REVUE HEBDOMADAIRE.

RÉUNION CONSÉCUTIVE DES TENDONS.

Nous proposons de désigner ainsi l'opération qui consiste à rétablir la continuité de tendons anciennement divisés et non réunis. Telle est l'opération dont M. le professeur Sédillot a entretenu l'Académie des sciences dans sa dernière séance.

Il convient de distinguer dans la pratique de l'habile professeur deux choses : le but et le moyen. L'idée de rechercher les bouts non réunis d'un tendon anciennement divisé dans la vue de rétablir le mouvement aboli est certainement une idée heureuse; c'est M.-A. Petit qui en fit la première application au tendon du doigt indicateur, et il n'a été fait que celle-là; car on ne saurait considérer comme telle l'opération grossière et malencontreuse pratiquée par Duterte, et justement oubliée. En reprenant ce sujet, et surtout en prouvant par un nouveau succès la fécondité de la tentative de Petit, M. Sédillot ne mériterait que des éloges s'il avait bien voulu s'enquérir avec un peu plus de soin de ce que d'autres avaient fait avant lui dans la même voie, et s'il avait su donner à son sujet le caractère de généralité dont il est susceptible.

Relativement au premier point, M. Sédillot sait, à l'heure qu'il est, et il l'a reconnu avec une franchise qui l'honore, que nous l'avons dès longtemps précédé dans la voie où il vient de s'engager. Il y a dix ans déjà, nous avons communiqué à l'Académie des sciences un premier cas de rétablissement des mouvements de l'œil par la réunion des bouts, cicatrisés isolément, des muscles droits interne et externe des yeux. Encouragé par ce premier succès, obtenu sur une jeune personne qu'avait bien voulu nous adresser M. le docteur Sichel, nous répétâmes et régularisâmes cette opération, sous le titre de *méthode de traitement du strabisme consécutif*; de façon qu'aujourd'hui nous en sommes à quarante et quelques applications, sans compter celles qu'ont répétées après nous MM. les docteurs Desmarres, Paul Beroard, Sichel et quelques autres. Les ANNALES D'OCULISTIQUE et le RAPPORT de la commission des hôpitaux en renferment des exemples très-détaillés, et nous osons ajouter très-remarquables. Il n'est d'ailleurs pas de Traité des opérations sur les yeux, depuis la médecine opératoire de Bourgery jusqu'aux monographies de MM. Desmarres, Magne et Cunier, qui n'aient mentionné cette méthode avec l'attention et la faveur qu'elle mérite. C'est donc une méthode constituée, dont l'expérience depuis dix années a sanctionné la valeur. Or qu'est-ce que cette méthode, sinon celle dont M. Sédillot vient de faire une heureuse application aux tendons de la main à l'avant-bras? Les principes qu'il trace à cette occasion sont ceux que nous avons exposés et mis bon nombre de fois en pratique. Il n'est pas jusqu'aux difficultés qu'il a rencontrées pour dégager les bouts tendineux de la gangue cicatricielle où ils étaient perdus, que nous n'ayons rencontrées, mais surmontées aussi. La différence qui existe donc entre notre pratique et celle que M. Sédillot a essayée dans un seul cas, c'est que la nôtre a fait ses preuves depuis dix années, et qu'elle a procédé dans des conditions et circonstances autrement difficiles. La restauration des mouvements de l'œil par l'aboutement des tendons des muscles droits isolément cicatrisés est un fait quelque peu plus difficile, plus délicat et d'une précision à atteindre autrement rigoureuse que la restauration du mouvement des doigts.

Mais ce n'est pas seulement au double titre de l'antériorité et de la plus grande difficulté vaincue que nous avons rappelé les faits qui précèdent : c'est encore et surtout pour montrer le côté vicieux du procédé mis en usage par M. Sédillot.

A l'exemple de ceux qui l'ont précédé dans cette voie, M. le professeur de Strasbourg a eu recours à la ténoraphie. Pourquoi cela? Pour assurer la réunion des bouts tendineux divisés. Cette pratique est, suivant nous, inutile et dangereuse. Inutile en ce que, pour assurer la réunion des portions tendineuses ravivées, il suffisait de les mettre en présence, de les dégager des parties environnantes, de les placer en un mot dans la condition où se trouvent tous les tendons divisés qui se réunissent très-bien sans suture, à la faveur de la substance intermédiaire de nouvelle formation. La ténoraphie, dans ce cas, est une inspiration de l'ancienne chirurgie, de celle qui enseignait la nécessité de la suture des tendons divisés, dans l'ignorance où elle était du fait physiologique si curieux et si fécond de la génération du tissu tendineux intermédiaire de nouvelle formation. Or, à l'aide d'une position convenable et fixe du membre, ce travail de nouvelle formation réussit très-bien sans le secours de la suture, et il réussit dans les cas d'avivement de bouts tendineux anciennement cicatrisés, comme dans les sections tendineuses récentes. La ténoraphie, dans les cas analogues à celui qui a été opéré par M. Sédillot, est donc inutile.

Nous disons qu'elle est nuisible; la chose est des plus simples : le but à se proposer, c'est d'obtenir la réunion des bouts tendineux sans inflammation suppurative, sans exfoliation et sans adhérences; la suture n'est-elle pas, par la présence des fils, un obstacle à la réunion par première intention? n'est-elle pas une cause d'irritation locale et d'adhérences avec les parties environnantes? Cela n'a pas besoin d'être discuté plus longuement. Donc, s'il est possible d'obtenir la réunion sans suture, la suture est un auxiliaire de l'opération inutile et nuisible. C'est d'ailleurs ce que l'expérience nous a parfaitement démontré dans les divers cas (nous en comptons aujourd'hui 42) où nous avons tenté la réunion des bouts tendineux des muscles de l'œil à l'aide de la seule position sans suture; nous avons constamment réussi à rétablir, à des degrés variables il est vrai, les mouvements abolis.

Le reproche que nous avons adressé à M. Sédillot de n'avoir pas aperçu le côté général du fait particulier qu'il a rapporté explique l'omission ou l'oubli qu'il a fait en ce qui concerne la réunion des tendons ou muscles de l'œil. Des tendons des doigts, il pouvait s'élever à tous les tendons et à tous les muscles, et dans cette généralisation il n'eût pas manqué d'apercevoir la restauration des mouvements de l'œil dans le strabisme consécutif, qui n'est elle-même qu'un cas particulier de la méthode générale de la réunion consécutive des tendons. La RÉUNION CONSÉCUTIVE DES TENDONS est donc une méthode désormais constituée, qui bénéficiera de l'application heureuse qu'en a faite M. Sédillot, qui profitera des excellentes remarques dont il a accompagné cette application, mais qui devra comprendre en fait et en principes les applications plus nombreuses, et nous croyons plus approfondies que nous avions faites précédemment de cette méthode.

J. GUÉRIN.

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Les médecins et la CHRONIQUE en vacance. — Le docteur Curie. — Un docteur humoriste. — Rossini et l'eau de Jouvence. — Mort de MM. Abraham et Cornac. — Création ou transformation de chaire à la Faculté. — Démission de M. Louis. — Éloge et monument d'Orfila. — Nouveau procédé d'abonnements à prix facultatif.

La CHRONIQUE a cette fois retardé un peu son apparition. Si quelque lecteur a noté cette anomalie, elle lui en fait humblement ses excuses. La ponctualité est, en effet, le plus saint de ses devoirs; et ce n'est pas sans motif qu'elle s'aviserait de négliger son service de messagère. Cette fois donc le motif de son escapade est tout simplement qu'elle a eu fantaisie, comme tout le monde médical et non médical, de prendre ses vacances. Pourquoi n'aurait-elle pas aussi la permission d'aller humer un peu d'air frais sur quelque verdoyant coteau de Bourgogne, aspirer la senteur des pommes nouvellement cueillies autour des baies de la Normandie, courir un lièvre dans les guérets de Bretagne, ou ramasser des coquillages et tirer des goëlands sur la plage de Tréport ou de Trouville? Lui interdira-t-on même de franchir, une fois en sa vie, les Alpes, les Pyrénées, le Rhin ou la Manche, et de faire un voyage à l'étranger, ce qui a été toujours considéré comme le complément d'une éducation libérale? Elle a d'ailleurs cherché à utiliser ces courts moments de villégiature; elle s'est enquise sur son chemin de tout ce qui pouvait vous intéresser, flairant à droite et à gauche pour tâcher d'attraper quelque curiosité, dont elle pût vous régaler à son retour. Ce n'est pas sa faute si son journal de voyage est resté à peu près vide. Le dépouillement en sera court.

C'est pendant le séjour de la CHRONIQUE à Londres qu'a eu lieu la mort du docteur Curie, médecin français qui passe pour le principal introducteur de l'homœopathie en Angleterre. Il avait pratiqué quelque temps à Paris, et s'y était distingué dans la presse médicale homœopathique par de nombreux articles, que ses confrères en hahnemannisme estimaient excellents. S'étant transporté à Londres, il y acquit rapidement de la réputation, et y rivalisa bientôt avec le docteur Quin, autrefois médecin du roi des Belges, qui l'y avait précédé et y avait fondé un *institut homœopathique* pour l'instruction de la jeunesse médicale. Le docteur Curie y ouvrit, en 1839, un dispensaire qui fut, dit-on, et a toujours été très-fréquenté, et plus tard un hôpital homœopathique. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages, publiés en anglais (1), qui font autorité dans l'école à laquelle il appartenait. On peut se taire sur les mérites du savant et du praticien; mais on doit s'associer sans réserve aux témoignages universels

(1) PRINCIPLES OF HOMOEOPATHY; PRACTICE OF HOMŒOPATHY; DOMESTIC HOMŒOPATHY, etc.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE; par le docteur JOBERT (de Lamballe).

(Suite. — Voir les numéros 36, 37, 41 et 42.)

COMMENT ARRIVE L'INSENSIBILITÉ PAR L'ÉTHÉRISATION ET LA CHLOROFORMISATION?

Cette question consiste à savoir si les anesthésiques produisent l'insensibilité par une vertu qui leur est propre, ou s'ils déterminent ce phénomène en donnant au sang des propriétés particulières. Trois médecins distingués de Rouen, MM. Preisser, Pillore et Melays, prétendent que l'anesthésie survient parce que le sang se modifie pendant l'éthérisation :

« Nous croyons, disent nos confrères, ayant répété plusieurs fois l'expérience de M. Amussat et obtenu constamment les mêmes résultats : » 1° que pendant l'inhalation éthérée, le sang dans l'artère devient noir; » 2° que cette transformation précède l'apparition de l'insensibilité; 3° que » dès qu'on cesse l'inhalation éthérée et que l'animal respire de l'air atmosphérique, constamment le sang contenu dans l'artère reprend sa couleur » rouge avant le retour de la sensibilité.

» Après avoir bien constaté ce premier ordre de phénomènes, nous dûmes » essayer si l'insensibilité résulterait de l'inspiration de gaz non toxiques, » mais seulement impropres à l'hématose pulmonaire, et si, dans ce cas » comme dans l'inspiration éthérée, la coloration noire du sang artériel » précéderait l'insensibilité. Nous remplîmes de gaz azote une vessie terminée par un tube flexible fermé par un robinet; à ce tube nous adaptâmes un entonnoir. L'artère et la veine étant mises à nu préalablement, » nous étendîmes le chien sur une table, et nous lui introduisîmes le museau dans l'entonnoir pour le forcer à aspirer le gaz contenu dans la » vessie. Comme dans les expériences avec l'éther, le sang artériel prit la » teinte du sang veineux, et l'insensibilité survint avant la cessation des » mouvements respiratoires.

» Aussitôt que l'insensibilité fut bien constatée, en mettant une patte » dans un brasier, on retira le museau de l'entonnoir; on rendit l'air atmosphérique à l'animal qui respirait encore, et bientôt le sang artériel reprit sa coloration et la sensibilité reparut.

» Nous répétâmes la même expérience avec l'acide carbonique, l'azote, » le gaz hydrogène, le protoxyde d'azote, et toujours les résultats furent » les mêmes, sauf quelques différences dans le temps écoulé avant la production de l'insensibilité.

» Il faut noter qu'à l'instant même ils ont pu marcher sans vacillation; » ils différaient, sous ce rapport, des animaux qu'on avait soumis à l'inhalation éthérée. Ces derniers, à leur réveil, vacillaient, paraissaient avoir » de la difficulté à mouvoir les membres postérieurs, et semblaient dans un » état d'ivresse qui exigeait un temps assez long pour se dissiper. De ces » expériences, nous concluons :

» 1° Que l'insensibilité est le résultat de l'influence qu'a exercée sur les » centres nerveux le sang qui n'avait pas subi l'hématose pulmonaire; en » un mot, qu'elle doit être attribuée à un commencement d'asphyxie qui, » à un degré plus avancé, eût amené la cessation des mouvements respiratoires et la mort (chez un chien de haute taille, après avoir obtenu en » quinze minutes l'insensibilité, nous avons continué l'inhalation éthérée : » vingt-cinq minutes après, le chien cessa de respirer; il était mort);

» 2° Que l'insensibilité a pu être provoquée par des gaz qui ne déterminent pas l'ivresse.

» S'il était donc démontré que l'ivresse et l'irritation pulmonaire que » provoquent les inspirations éthérées ont une influence fâcheuse sur les » suites des opérations, il serait peut-être permis, dans certaines circonstances rares, de provoquer l'insensibilité en faisant inspirer un gaz capable de produire l'insensibilité sans déterminer l'ivresse et sans irriter les » muqueuses.

» Nous croyons qu'il y aurait avantage à préférer un gaz à une vapeur, » parce qu'avec un gaz il sera beaucoup plus facile de déterminer très-rigoureusement la quantité absolue ou proportionnelle que le patient aura » inspirée. »

Je ne saurais guère partager l'opinion de mes honorables confrères, et malgré les expériences que je viens de rapporter, il me paraît incontestable que les changements de couleur du sang ne peuvent suffire pour expliquer l'insensibilité des organes.

Pour que cette proposition eût une apparence de vérité, il faudrait que l'administration du chloroforme fût suivie d'un changement de couleur dans la coloration habituelle du sang; or c'est ce qui n'a pas lieu, à moins que l'expérience ne soit mal faite et que le sujet qui y est soumis éprouve tous les phénomènes de l'asphyxie.

Le chloroforme et l'éther exercent évidemment sur le système nerveux une action particulière sur laquelle nos moyens imparfaits d'investigation ne nous ont jusqu'à ce jour rien appris. Le chloroforme et l'éther ont leurs propriétés comme l'opium, la belladone, la vératrine, la strychnine, ces médicaments qui tous agissent sur nos organes en produisant des effets différents. La combinaison organique nous échappe entièrement, et nous ne rencontrons qu'obscurité profonde lorsque nous voulons nous rendre compte des différences d'action de ces médicaments sur le système nerveux.

Il me reste maintenant à établir les différences d'action entre le chloroforme et l'éther, afin que d'un seul coup d'œil on puisse se rendre compte des effets produits par ces anesthésiques sur l'économie animale. Quelques observations seront seulement rapportées ici en peu de mots; je les ai choisies de manière à rendre palpables les propriétés différentielles du chloroforme et de l'éther. Un plus grand nombre d'observations ne servirait qu'à étendre ce travail, sans aucun profit pour la science.

OBSERVATIONS ANALYTIQUES SUR L'ACTION DE L'ÉTHER.

OBS. I. — Le nommé Blonde (Antoine), âgé de 69 ans, cartonnier, entré le 4 février 1847 à l'hôpital, fut amputé du bras, après avoir été soumis aux inhalations de vapeurs d'éther sulfurique.

Cet homme, d'une bonne constitution, a eu le membre supérieur droit fracassé par les lames d'un moulin à vapeur. Les os de l'avant-bras sont broyés en plusieurs endroits; les parties molles de cette région sont réduites en pulpe; l'articulation du coude est ouverte. L'amputation du bras étant reconnue indispensable, le malade est soumis pendant vingt minutes aux inspirations de vapeurs d'éther. Au bout de huit à dix minutes, le pouls a pris un peu de fréquence et de petitesse; les pupilles se sont dilatées. Cinq minutes plus tard, le malade pro-

---

d'estime qu'il a reçus pendant sa vie, et qui ont éclaté, plus vifs, à sa mort. Quoique à peu près naturalisé Anglais, il était resté Français par le cœur et les souvenirs. Combien de nos compatriotes auraient à payer leur tribut de reconnaissance pour le zèle ardent et la bienveillante sympathie qu'il avait toujours à leur service! C'était un caractère noble et généreux, un homme de bien, qui a honoré la profession, sinon la science médicale française, dans un pays où elle a à vaincre bien des préventions, trop souvent, avouons-le, justifiées par l'indignité des représentants que le hasard y envoie.

Le docteur Abernethy, mort il y a un peu plus de temps, à Londres, avait une immense clientèle qu'il devait à des formes et à un tour de caractère tout opposés aux aimables qualités de Curie; c'était une espèce de Bouvard anglais, un humoriste bourru, qui se faisait rechercher des malades en les rudoyant, tant les voies du succès sont diverses! Ces excentricités humoristiques l'avaient mis particulièrement en vogue auprès des grandes dames et des petites maîtresses qui trouvaient piquant d'aller se faire dire leurs vérités par ce très-peu galant docteur. Parmi les boutades qu'on en raconte, en voici une dont il n'eut pas trop à se vanter. Il venait d'écrire une ordonnance pour une dame de haut parage qui, en la prenant, lui dit : « Docteur, que ferai-je de ce papier? » — « Ce que vous voudrez, répliqua-t-il brusquement, jetez-le au feu si cela vous plaît. » Il fut pris au mot; l'ordonnance vola immédiatement dans la cheminée, et la dame sortit en jetant aristocratiquement sa guinée sur la table.

En passant à Florence, la CHRONIQUE a eu occasion de voir, entre autres notabilités médicales, l'excellent et spirituel docteur Ranzi, qui est en ce moment chargé d'une cure dont le succès est d'un intérêt européen. Voici le cas. Il s'agit de faire composer un opéra à Rossini dont le long et interminable silence fait le désespoir de tous les *dilettanti* de l'univers. L'illustre maëstro, à toutes les sollicitations qu'on lui adresse à ce sujet, répond imperturbablement : Cela regarde Ranzi. Or il faut savoir que l'illustre maëstro, qui passe un peu la soixantaine, prétend ne pouvoir faire un opéra digne de lui qu'autant qu'on lui aura restitué la tête et le cœur qu'il avait à vingt-cinq ans. C'est là son *ultimatum* :

Si l'on veut que *je chante* encore
Rendez-moi l'âge des amours.

Son ami Ranzi s'est engagé à opérer cette restitution. Seulement il demande du temps; car il faut, dit-il, qu'il aille en chercher la recette en Orient. Il prétend que l'eau de Jouvence, inconnue de notre chimie, se conserve encore dans quelques officines secrètes du Caire et d'Ispahan, et qu'il pourra s'en procurer une fiole. C'est dans cette fiole, placée probablement auprès de celle qui contint le bon sens de Roland et qu'Astolphe déboucha sous le nez du bon paladin, qu'est renfermée la verve musicale du grand maëstro. Dieu fasse que le docteur Ranzi soit aussi chanceux qu'Astolphe. Jamais l'art et la science n'auront eu de plus beau triomphe. Ce qui nous étonne seulement, c'est que notre savant confrère florentin aille demander aux Turcs ce qu'ils demandent invariablement eux-mêmes à tous les Francs, médecins ou non médecins, qui vont les visiter; peut-être va-t-il chercher inutilement fort loin un secret qu'il trouverait tout près, pour moins de cinq francs, sous la bande discrète et soigneusement cachetée qui enveloppe un petit livre d'un sieur Lamert, très-connu dans la dernière page des grands journaux.

nonce quelques paroles vagues, exprimant un certain contentement qu'on voit sur sa figure. L'ivresse commence; les paupières supérieures, frappées d'inertie, sont tombées sur la partie antérieure des yeux. La sensibilité, quoique rendue obtuse, existe encore.

Vers la dix-huitième minute, le malade ne dit plus rien; le sommeil et l'insensibilité sont complets. On note la grande fréquence et l'extrême petitesse du pouls. L'amputation est pratiquée pendant que le malade respire encore les vapeurs éthérées. Après la ligature de l'artère principale, on enlève le flacon de la bouche. Le pansement et les sutures n'ont réveillé chez cet homme aucune sensibilité. L'opération terminée, il est revenu à lui, gai, content, plaisantant les personnes qui l'entourent. Interrogé, il dit n'avoir éprouvé aucune douleur pendant l'opération. Transporté dans son lit, il se trouve dans l'état le plus satisfaisant. Le pouls est plein et à 80 pulsations. Il s'est endormi profondément pendant une heure, et à son réveil il éprouve une violente douleur dans le moignon. Le soir, le malade va très-bien; la chaleur de la peau est normale; le pouls est à 80 pulsations, comme le matin.

Le 6 février, le malade a très-bien passé la nuit; il a dormi, et le moignon est moins douloureux. La chaleur de la peau est modérée; le pouls est à 85.

TUMEUR BLANCHE DU GENOU; AMPUTATION; INHALATION DE VAPEURS D'ÉTHER.

Obs. II. — La nommée Friant (Maria), rue Saint-Honoré, 8, née à Sarretrion (Bas-Rhin), entrée à l'hôpital le 14 janvier 1847, est amputée de la cuisse le 26. La malade est préalablement soumise aux inspirations des vapeurs d'éther. Au bout de 6 minutes, l'insensibilité devient absolue.

L'amputation à lambeaux ne provoque aucune douleur, et la réunion des lèvres de la plaie par huit points de suture ne réveille aucune sensibilité pendant dix-huit minutes. La sensibilité n'a reparu qu'une heure après l'opération; pendant tout ce temps, la malade est restée comme étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle. Sa physionomie exprimait l'hébétude. Aux questions qui lui étaient adressées, elle ne répondait que des mots sans suite, des phrases incohérentes. Ce n'est que peu à peu que ses sens ont repris leur équilibre. Avec la sensibilité l'agitation est survenue, et des douleurs se sont fait sentir dans le moignon. Pendant les inspirations, le pouls a pris une grande fréquence, et pendant un instant, on ne l'a plus senti. A la fin de l'expérience, il avait repris les pulsations normales (66).

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est la persistance des effets des vapeurs d'éther et l'ivresse, qui a duré pendant une heure.

Obs. III. — Le nommé Lavoye (Louis), âgé de 20 ans, pianiste, rue Buffand, 11, né à Dunkerque, malade depuis six mois, est atteint d'une fistule à l'anus.

Ce jeune homme, d'une constitution assez bonne, d'un tempérament lymphatique, n'a jamais fait de maladie grave. Opéré le 2 mars, il a été préalablement éthérisé. Vers la quatrième minute, il a prononcé quelques paroles incompréhensibles, accompagnées d'agitation. Au bout de cinq minutes, l'insensibilité était établie, et n'a pas été détruite par deux incisions destinées à réunir les trajets fistuleux. A son réveil, ce jeune homme dit n'avoir eu aucune idée de l'opération, et bien plus, il avoue que son sommeil a été plein de charmes : il se croyait dans les bras d'une jolie femme. Transporté dans son lit, il accuse de la douleur de tête et une envie de dormir très-prononcée. Le pouls est devenu normal, quoique, pendant l'expérience, il eût été fréquent et petit. Le malade a dormi jusqu'au lendemain matin; il accuse encore de la douleur de tête, de l'assoupissement.

Le soir, on apprend qu'il a dormi toute la journée. La lourdeur de tête a passé, ainsi que l'envie de dormir. Le malade a perdu l'appétit. Le 3 janvier qui suit l'opération, son état est très-satisfaisant.

Obs. IV. — Cette opération est relative à une femme nerveuse, âgée de 35 ans, nommée Daniel, éprouvant depuis plusieurs années des douleurs ostéocopes dans le membre inférieur gauche. Ces douleurs, qui ont résisté à toute espèce de traitement, ont été attaquées, le 16 janvier, par la cautérisation transcurrente. Des inspirations d'éther succédèrent à cette opération. Six minutes suffirent pour rendre la malade entièrement insensible. C'est alors qu'un cautère rougi à blanc a été promené de haut en bas et de bas en haut, suivant le trajet des douleurs et de manière à charbonner l'épiderme. Durant cette opération, la malade est demeurée impassible et comme isolée du monde extérieur. Elle n'a pas éprouvé la moindre douleur. Le pouls s'est un peu ralenti, et la chaleur animale s'est abaissée sensiblement. En quelques minutes elle a repris complétement l'usage de ses sens, et ce n'est qu'alors que la douleur et la cuisson de la brûlure ont commencé à se faire sentir. Du reste, l'expérience n'a été suivie que de céphalalgie, qui ne s'est pas prolongée au delà de vingt-quatre heures.

Obs. V. — Le nommé Froger, cocher, âgé de 26 ans, d'un tempérament sanguin, porte quelques varices au membre inférieur gauche et une tumeur du volume d'un œuf de poule à la partie interne du creux du jarret. Cette tumeur est dure, indolente, sans changement de couleur à la peau; elle est mobile, et présente à ses deux extrémités deux espèces de cordons qui lui font suite. Le repos, les cataplasmes émollients, appliqués journellement, ne l'ont pas modifiée sensiblement; elle offre, en un mot, quelque obscurité dans son diagnostic, et c'est pour s'éclairer sur sa nature qu'on y fait une ponction exploratrice, le 18 janvier. Soumis préalablement aux effets de la vapeur éthérée, le malade ne perd connaissance et ne devient insensible qu'au bout de treize minutes. Le trois-quarts, plongé dans la tumeur à deux reprises différentes, ne lui fait éprouver aucune douleur. Bientôt il revient à lui avec du trouble, de la confusion et de l'incohérence dans les idées; mais il est très-gai, et raconte avec joie qu'il a fait un rêve très-agréable.

Pendant l'expérience, il n'y a pas eu de changement appréciable dans l'état du pouls.

Obs. VI. — Le nommé Gondellier (J.-F.), âgé de 41 ans, cordonnier, rue des Lavandières, malade depuis un an, entra à l'hôpital, le 21 décembre 1846, pour s'y faire traiter d'une fistule à l'anus, et fut opéré le 29 du même mois. Le malade inspira des vapeurs d'éther pendant une douzaine de minutes, en éprouvant de la chaleur dans la poitrine et un dégoût profond pour ce médicament. Après l'expiration de ce temps, on lui mit le tuyau du flacon à éther dans la bouche pour qu'il aspirât toujours les vapeurs; mais au lieu de continuer ainsi l'expérimentation, il introduisit l'éther dans son estomac. Ce nouveau mode d'opération continua ainsi pendant six minutes, jusqu'à ce que le malade en fût littéralement gonflé, selon son expression. Il ne perdit pas connaissance; l'ivresse fut nulle, la sensibilité générale conservée. Le pouls fut néanmoins accéléré à 100. Voici ce qu'on a pu remarquer après cette tentative infructueuse : perte d'appétit, envie de vomir, rapports de gaz ayant l'odeur des vapeurs éthérées, impossibilité de dormir pendant le jour; la nuit, engourdissement des membres, insomnie, agitation, en un mot tous les phénomènes contraires à ceux qu'on s'attendait à produire. Le lendemain, il avait encore des nausées qui sentaient l'odeur de l'éther.

Obs. VII. — La nommée Jallet, lingère, est atteinte d'un rétrécissement du rectum et de deux fistules recto-vaginales. Le 23 janvier, la malade devant subir la cautérisation au fer rouge est soumise à l'action des vapeurs d'éther. En moins de trois minutes, les effets se produisent et se manifestent par de l'agitation, des convulsions spasmodiques des membres supérieurs. Le pouls s'élève à 92. Jusqu'alors la malade avait conscience de ce qui se passait autour d'elle, mais bientôt elle perd connaissance et se sent comme emportée sur un nuage. Lorsqu'elle reprend l'usage de ses sens, elle ne peut rendre compte de ce qu'on lui a fait, et dit n'avoir ressenti qu'une simple piqûre. Cependant deux mandrins, du volume d'une sonde et rougis à blanc, avaient été successivement plongés dans les trajets fistuleux, de manière à les embrocher pour ainsi dire de part en part. Pendant l'opération, il n'y eut ni plaintes, ni mouvements de la part de la ma-

---

Voilà tout ce que la Chronique a pu recueillir de *nouvelles étrangères*. Dans son tour de France, elle a eu le plaisir de rencontrer çà et là des confrères de Paris, fuyant la ville et se dédommageant des soucis de la pratique, des fatigues de l'enseignement, par d'innocents plaisirs champêtres. Parmi ces distractions, la chasse tient le premier rang; sur quatre médecins en vacance, on peut être assuré qu'il y en a trois au moins qui font la guerre aux lièvres, aux lapins et aux perdreaux. D'où vient cela? C'est une particularité de la *physiologie* du médecin dont il serait curieux de chercher la cause. La pêche a moins de sectateurs, quoique assurément une ligne semble mieux convenir qu'un fusil à la gravité professionnelle. Il y en a dont les goûts sont moins primitifs. En passant à Hombourg et à Bade, la Chronique en a vu quelques-uns

. . . . . . Sur la passe et la manque
Jeter négligemment quelques billets de banque.

Mais elle a fait semblant de ne pas les apercevoir; car la vie privée doit être murée. Elle s'empresse, en revanche, de publier qu'elle en a trouvé un plus grand nombre aux congrès scientifiques où les conduisaient l'ardeur de la science et le besoin pressant d'y lire quelque beau mémoire qui aurait attendu trop longtemps son tour de lecture aux académies impériales de Paris.

Rentrée dans ses foyers, la Chronique a demandé ce qu'il y avait de nouveau. Les premières nouvelles ont été, comme d'ordinaire, tristes et douloureuses : des annonces de morts; celle de M. Abraham, un des membres fondateurs de l'Académie de médecine, un des doyens de la profession, un des derniers représentants, de jour en jour plus rares, de l'ancienne science et des vieilles mœurs médicales; et celle de M. Cornac, si regrettable à tant de titres, qui apportait dans l'exercice de l'art une dignité de manières et de tenue, propre à servir de modèle aux jeunes praticiens qui ont la noble ambition de faire honorer l'art dans leur personne. M. Cornac laisse un vide à l'Académie de médecine dont il était un des membres les plus assidus, et une des lumières dans les questions qui intéressaient le bien et la gloire de la profession. Dans les derniers temps de sa vie, il a été atteint d'une lésion cérébrale, assez rarement observée; il avait perdu complétement ce qu'on pourrait appeler la faculté philologique; sans dérangement d'esprit aucun, il lui était impossible de trouver le nom propre des personnes ou des objets dont il voulait parler; pour designer, par exemple, une table il disait chapeau, et réciproquement, et quand il rencontrait juste, c'était par hasard. Les phrénologistes expliqueront très-aisément ce phénomène.

Autre sujet de douleur. M. Louis vient de donner sa démission de médecin de l'Hôtel-Dieu. Il va accompagner dans le Midi son fils unique, dont la santé inspire à la tendresse et à la science paternelles de graves inquiétudes. Et cette retraite, qu'on eût en toute occasion regrettée, sera bien plus péniblement ressentie à cause de la douloureuse circonstance qui y a donné lieu.

Nous allons avoir deux séances solennelles, dans lesquelles on entendra des discours auxquels nous applaudissons d'avance. La Faculté fera, par l'organe de M. Bouchardat, l'éloge de deux éminents professeurs, morts tous deux à un âge où ils pouvaient rendre le plus de services à la science et à l'enseignement, Hipp. Royer-Collard et Richard. On parle toujours, à propos de la Faculté, de la suppression de la chaire de chimie, illustrée par Orfila, et dont la nécessité

lade. Elle dit aussi avec une sorte de joie qu'elle s'était trouvée dans un état particulier qu'elle ne peut définir, mais qui pour elle était très-agréable. Après l'opération, la malade ressentit tous les effets de la brûlure, de la douleur et une vive cuisson dans la partie, mais il ne s'ensuivit ni céphalalgie, ni fièvre, ni réaction.

Obs. VIII. — Le nommé Vidal (J. Ant.) entre à l'hôpital le 21 mai 1846 pour s'y faire traiter d'un écrasement du pied compliqué de gangrène et de l'issue de l'un des fragments qui a perforé les téguments. L'opération étant devenue nécessaire, elle est pratiquée le 11 février 1847, le malade ayant inspiré des vapeurs d'éther au moyen de l'appareil de M. Charrière.

Au bout de cinq minutes, le malade apostrophe vivement un des élèves qui cherchait à éprouver sa sensibilité. Au bout de dix minutes, il commence à se débattre, parle avec vivacité et supplie en pleurant qu'on le laisse tranquille. Après douze minutes d'inspirations, l'amputation de la jambe est pratiquée; la section de la peau ne réveille pas la sensibilité, et la division des gros nerfs fait seule pousser quelques cris au malade. Après l'opération, il dit n'avoir rien senti.

Pendant la journée, il éprouve un peu de céphalalgie et des douleurs assez fortes dans le moignon; l'odeur de l'éther s'est conservée dans la bouche jusqu'au soir. Les jours suivants il ne survient rien de particulier, si ce n'est que la plaie ne présente pour ainsi dire aucune réaction inflammatoire; aussi a-t-elle l'aspect d'une blessure qui a peu de tendance à se réunir par première intention. Le malade continue les jours suivants à se plaindre de très-fortes douleurs dans le moignon.

AMPUTATION PARTIELLE DU PIED.

Obs. IX. — Papavoine (Hyacinthe), âgé de 11 ans et demi, demeurant rue du Faubourg-du-Temple, entra à l'hôpital le 14 mai pour y subir l'amputation partielle du pied gauche qui fut pratiquée le 18 mai. Le malade avait été soumis préalablement aux vapeurs d'éther. Il a poussé des cris inarticulés pendant l'opération. Il a été sous l'impression d'un mauvais rêve, et croyait être dévoré par un loup. L'insensibilité avait été complète au bout de trois minutes et demie d'inhalation et le malade a été agité pendant toute la journée du 19. Il souffre beaucoup du pied et le remue à chaque instant. La chaleur de la peau est très-élevée; le pouls est à 116, 120, peu développé, à peine tendu. Le linge du pansement est taché par un peu de sang.

Le 20 mai, la plaie du moignon, réunie par première intention à l'aide de la suture entortillée, présente des lèvres rouges d'où suinte un liquide séro-sanguinolent. Les bords sont très-tendres, légèrement tuméfiés et enflammés. Le malade crie et s'agite pendant le pansement. Il n'a pas dormi et accuse un peu de céphalalgie frontale. La chaleur de la peau est très-élevée et le pouls à 128, 132 pulsations.

21 mai. Le malade est toujours irritable et s'agite dans son lit; il a eu une hémorrhagie d'une palette de sang environ qui a cédé facilement à l'emploi de l'agaric appliqué sur le lieu d'où s'écoulait le sang. Il se plaint beaucoup de douleur au moignon; celui-ci est fortement enflammé et commence à donner du pus. Point de sommeil ni d'appétit; fièvre intense; le pouls est à 130 pulsations, comme mou.

A la sortie du malade, on voyait une cicatrice très-régulière, blanche, solide et linéaire dans presque toute son étendue; elle présentait une dépression dans l'endroit où existait auparavant la pourriture d'hôpital.

TUMEUR SQUIRREUSE DU SEIN; EXTIRPATION; ACCIDENTS CONSÉCUTIFS; MORT; AUTOPSIE.

Obs. X. — La nommée Godchaux, d'un tempérament sanguin et nerveux, est entrée à l'hôpital le 9 décembre 1846. Réglée à 15 ans, elle a eu une menstruation régulière; mais depuis cette époque elle est demeurée sujette à des accès d'hystérie dont l'un a été suivi, il y a quelques années, d'une attaque d'aliénation mentale qui a nécessité son admission et un séjour de deux mois à la Salpêtrière. Cette femme n'a point eu d'enfants, et la tumeur qu'elle porte dans l'épaisseur du sein droit a commencé à se développer il y a près de trois ans à la suite d'un coup de poing qu'elle reçut sur cet organe. Après avoir atteint le volume d'une noix, cette tumeur cessa de faire des progrès. Elle devint ensuite le siége de quelques élancements douloureux; enfin, dans ces derniers temps, elle a acquis dans l'espace de quelques mois le volume d'un œuf de poule, et présente les caractères suivants : elle est dure, inégale, bosselée, sans changement de couleur à la peau, mobile et parfaitement circonscrite à la moitié supérieure du sein; la pression est médiocrement douloureuse; elle est le siége de quelques élancements qui, du reste, ne produisent aucun trouble fonctionnel. On soumet la malade à l'usage des amers et des frictions iodurées. Plus tard, on fait sur la tumeur quelques onctions avec la pommade au nitrate d'argent; mais l'usage de ces divers moyens n'amenant aucun changement appréciable, on est obligé d'en venir à l'extirpation.

Le 19 janvier, on soumet la malade aux effets de la vapeur d'éther. Pendant treize minutes, elle fait de longues inspirations, et l'appareil fonctionne parfaitement. La malade se trouve alors épuisée de fatigues et couverte de sueur; on n'ose pousser plus loin l'expérience, et l'on procède immédiatement à l'opération, qui est accompagnée de douleurs aussi aiguës que si la malade n'avait pas été éthérisée.

Le jour même de l'opération, la malade éprouve une vive céphalalgie, de la toux, une fièvre assez intense, et vers le soir de l'insomnie. Le lendemain les phénomènes de la veille persistent, la toux devient plus fréquente et plus fatigante; on lève le premier appareil.

Le 21, il existe une fièvre très-prononcée; la toux et la céphalalgie ne diminuant pas d'intensité, on applique vingt sangsues derrière les apophyses mastoïdes. Pansement à plat.

Les jours suivants, les phénomènes de la bronchite sont plus prononcés: des râles muqueux et sibilants existent, la fièvre est intense, la soif vive, insomnie.

Le 27, la malade continue de tousser, mais elle a moins de céphalalgie. La fièvre, la toux, les râles, la prostration, l'insomnie persistent à un haut degré.

Enfin, dans la nuit du 30 au 31, il survient du délire et un embarras notable de la respiration, la face devient bientôt violacée, le pouls imperceptible et les extrémités froides; dans cet état, qui s'est aggravé d'un érysipèle ambulant, la malade succombe à dix heures du matin.

A l'autopsie, on trouve une rougeur très-vive de la muqueuse des voies aériennes, depuis le larynx jusqu'aux dernières ramifications bronchiques; cette membrane est en outre notablement épaissie et les bronches contiennent une grande quantité de mucosités spumeuses. Le parenchyme pulmonaire présente à gauche un peu d'engorgement. Le tissu du cœur est flasque, et par conséquent moins dur qu'à l'état normal.

TUMEUR ENCÉPHALOÏDE DU COUDE; INHALATIONS D'ÉTHER; AMPUTATION DU BRAS; RÉUNION PAR PREMIÈRE INTENTION; ABCÈS CONSÉCUTIF; MORT; AUTOPSIE.

Obs. XI. — Le 25 janvier 1847 est entré à l'hôpital une fille âgée de 23 ans, nommée Victorine Saulnier, couturière, d'une constitution lymphatique. Elle a toujours été d'une santé chancelante. L'affection dont elle est atteinte ne semble pas remonter au delà de huit mois.

Elle a débuté par des douleurs dans le coude qui ont duré près de six mois, sans lésion appréciable à l'extérieur.

La malade n'a fait aucune chute, n'a reçu aucun coup sur le coude. Néanmoins, après six mois de douleurs vives et presques continues apparaît au-dessus de l'épitrochlée une petite tumeur qui acquiert promptement un volume considérable, et qui bientôt devient le siége d'élancements douloureux et gêne les mouvements de l'articulation cubito-humérale.

Lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, cette tumeur présente les caractères suivants : son volume est au moins égal à celui d'une tête d'adulte; la peau qui la recouvre est violacée, luisante, tendue, détruite en plusieurs points, et donne passage à des végétations fongueuses volumineuses, à bords renver-

---

et même l'utilité paraissent maintenant contestables. Mais, on le sait, l'esprit souffle où il veut. La Gazette n'a pour le moment rien à dire là-dessus. Il est question en même temps de créations de chaires nouvelles, pour des spécialités : ce sont des bruits, plus d'une fois renouvelés, dont il n'y a guère à tenir compte. Il n'y a probablement de sérieux que la transformation de la chaire de chimie organique, restée vacante par la démission de M. Dumas, en chaire de pharmacologie : une commission de la Faculté s'en est occupée, et a conclu, dit-on, à l'opportunité de ce changement. Ce qui nous le ferait mieux croire encore, c'est que le futur titulaire, désigné *in petto* (candidat tout à fait capable d'ailleurs), vient, dit-on, de se pourvoir du grade indispensable de docteur qui lui manquait. Une chaire de pharmacologie ne saurait paraître déplacée dans une école de médecine. La séparation de la science qui prescrit les médicaments de celle qui les compose et les prépare est justement consacrée par la loi, d'après des considérations d'ordre public; mais elle est, au point de vue purement médical, moins justifiable. N'est-il pas étrange que le médecin ignore ce qui semble le propre de son art, la préparation des remèdes qu'il emploie? Un cours de pharmacologie ferait cesser cette division, qui peut et doit subsister dans l'exercice des professions, mais non dans la science. Une chaire de plus ne saurait, du reste, être jamais de trop : abondance de biens ne nuit pas.

La séance annuelle de l'Académie de médecine aura pour principal élément de curiosité et d'intérêt l'éloge d'Orfila, confié à la plume officielle de M. Frédéric Dubois, qui saura, nous n'en doutons pas, mettre en œuvre la riche matière qu'offre à l'étude cette forte et brillante individualité. Il convient de rappeler, à ce propos, la souscription ouverte pour le monument funéraire d'Orfila. Un artiste distingué, M. de Gisors, a fait les plans et même un modèle en relief de ce monument, qui sera digne du mort illustre dont il doit glorifier la mémoire.

La Gazette voudrait bien pouvoir, au moment de la rentrée de écoles et de la reprise générale des travaux médicaux, annoncer à ses abonnés une *baisse de prix*. Mais les temps sont toujours durs. Elle n'a pas encore eu la fortune de rencontrer un de ces magnifiques Mécènes qui se chargent de faire les frais d'un journal par pur amour de l'art; elle ne peut pas adopter, par conséquent, cette combinaison financière qui règle le prix d'un journal, non sur les frais de publication, mais sur les facultés pécuniaires des souscripteurs, et se soumet généreusement aux rabais qu'il plaît à ceux-ci de proposer. Cependant ce phénomène s'étant produit dernièrement dans la presse médicale, la Gazette ne doit pas désespérer de voir arriver un jour ou l'autre quelqu'un de ces capitalistes fantaisistes. Elle attend avec impatience ce sauveur, et la Chronique s'empressera de le présenter à votre admiration et à votre reconnaissance, fût-il d'ailleurs invisible et sans nom, comme le sont d'ordinaire ces êtres extraordinaires.

L. Peisse.

sés, et saignantes. Cette tumeur, qui occupe plus de la moitié de la circonférence du membre, s'est développée principalement à la partie externe et antérieure de l'articulation. Elle est arrondie, ramassée sur elle-même et ne s'étend pas au delà de trois travers de doigt au-dessus et au-dessous de l'articulation. On y perçoit çà et là quelques bosselures moins sensibles à la vue qu'au toucher. Elle offre ailleurs une mollesse et une élasticité qui indiquent que la matière qui la constitue est en voie de ramollissement. Du reste, elle est indolente; les douleurs et les élancements dont elle était le siége ont entièrement disparu depuis un mois environ. Il y a de l'amaigrissement, de l'inappétence et de l'insomnie.

Dans cet état, le diagnostic de la tumeur une fois établi, l'amputation du membre jugée nécessaire, on fit suivre à la malade un traitement préparatoire, et le 30 janvier, elle fut opérée comme il suit.

Après avoir respiré les vapeurs d'éther pendant huit minutes, elle éprouva d'abord un peu d'agitation et quelques secousses convulsives dans les membres. Elle fait entendre ensuite une espèce de marmottement inintelligible qui bientôt est suivi de silence, d'immobilité et d'insensibilité absolue. On procède alors à l'amputation du bras par la méthode à lambeaux. Pendant l'opération, la malade n'a donné aucun signe de douleur. On cesse de lui faire respirer de l'éther et on procède à la ligature de tous les vaisseaux qui fournissent du sang. Bientôt la malade reprend connaissance et répond à toutes les questions qui lui sont adressées, et demande ce qu'on lui a fait.

Elle affirme n'avoir rien senti après la ligature des vaisseaux. On réunit les lambeaux à l'aide de cinq points de suture entortillée.

Le lendemain de l'opération, la malade éprouve un peu de fièvre et d'agitation, avec douleur dans le moignon. Insomnie; on lève le premier appareil.

Je ne détaillerai pas jour par jour ce qui s'est passé chez notre malade, mais je dirai seulement que la plaie s'est couverte de plaques pultacées, qu'un abcès s'est développé à la partie supérieure du bras amputé, que des symptômes de congestion dans différents viscères et de bronchite ont persisté, qu'une angine survenue a jeté un trouble encore plus grave dans les fonctions, et qu'enfin la malade a succombé le 2 mars à ces lésions variées qui ont paru dériver de la même source.

L'autopsie, faite trente-six heures après la mort, permit de constater les altérations suivantes :

Du côté des centres nerveux, on trouve une injection des méninges rachidiennes, et très-prononcée à la surface de la moelle épinière. Les ventricules cérébraux renferment de la sérosité sanguinolente, sans autre altération appréciable dans les enveloppes et dans le tissu de l'encéphale.

L'arrière-bouche, les parois du pharynx et de l'œsophage, ainsi que l'orifice supérieur du larynx, présentent partout une couche mince de fausses membranes grisâtres et de matière purulente; la muqueuse est rouge, enflammée, et l'inflammation se continue sur la muqueuse laryngienne, trachéale et bronchique, mais sans présenter de matière purulente.

Les tuyaux aériens sont remplis de spumosités et de crachats visqueux.

Le tissu pulmonaire est crépitant, mais il est rouge, gorgé de sang, de sérosité, et est le siége d'un engorgement bien manifeste à la partie postérieure du poumon droit, avec adhérence de la plèvre.

Le cœur renferme quelques caillots fibrineux; les valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont très-injectées.

Le péricarde contient environ trois cuillerées de sérosité citrine.

La plupart des viscères abdominaux sont sains, le foie seul présente une exagération de volume sans altération de tissu.

Les deux lambeaux destinés à recouvrir le moignon et à le former sont réunis, mais au-dessus de la cicatrice; le foyer purulent qui s'est établi a fait des ravages. Le pus du foyer, qui semble avoir pris naissance dans la région susclaviculaire, a fusé jusqu'à la partie inférieure de l'humérus, le long de la face interne de cet os, dont il a détruit le périoste, et déterminé la mortification des lames superficielles de l'humérus.

Les parties molles ont également plus ou moins souffert de la présence de la matière purulente. Quelques-uns des nerfs de cette région ont été altérés au contact du pus.

L'artère humérale est oblitérée à sa partie inférieure et ne renferme pas de caillots fibrineux.

La lecture des observations qui précèdent fait voir que l'éther peut être respiré sans produire le sommeil et l'anesthésie.

La femme et l'homme qui font le sujet des observations VI et X ont été rebelles à l'action des vapeurs éthérées; on a dû cesser les inhalations à cause de la fatigue et de l'agitation que produisait l'opération; mais les neuf autres malades sont devenus insensibles en trois, cinq, six, huit, treize et dix-huit minutes; sur deux, l'insensibilité s'est produite après dix-huit minutes d'expérience; sur un, les effets ont été complets après treize minutes; sur un autre après huit; six minutes ont suffi pour un sujet, cinq pour un autre; deux ont vu la sensibilité disparaître par une éthérisation de trois minutes.

L'éthérisation a été d'autant plus prompte que les sujets étaient moins avancés en âge.

Les observations rapportées ci-dessus indiquent que les résultats se prononcent d'autant plus vite que les vapeurs éthérées pénètrent dans les voies aériennes avec plus de facilité.

Ce résumé de nos observations est mis hors de doute par l'expérience journalière, qui permet de constater que l'éther mal respiré et introduit par la bouche se mêle aux mucosités, à la salive, et est porté ensuite, par un mouvement de déglutition, dans l'estomac, qu'il ne tarde pas à se distendre, et à se ballonner en faisant éprouver aux malades une sensation incommode dans la région épigastrique, des nausées, des envies de vomir, etc.

Les vapeurs d'éther introduites par la bouche éprouvent évidemment une grande déperdition dans cette cavité en se mêlant aux liquides qui y sont contenus. Il y a donc tout avantage à faire respirer les anesthésiques par la partie supérieure des voies aériennes.

Les faits précités constatent aussi que l'éther laisse sur son passage des traces non équivoques de son action irritante. On peut voir, par la lecture des deux dernières observations, avec quelle facilité ce médicament congestionne, enflamme et fait suppurer les surfaces avec lesquelles il a été mis en contact, surtout lorsqu'il a dû être respiré pendant longtemps avant de produire les effets anesthésiques.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'EMPLOI DE LA BELLADONE DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE; par M. le docteur MICHÉA.

(Suite. — Voir les numéros 4, 8, 10, 12, 31, 32 et 33.)

Cette plante a été essayée jadis contre les vésanies par Evers, Ludwig et les deux Munch.

Evers prétend avoir guéri de la mélancolie une nouvelle accouchée, en lui donnant matin et soir de 2 à 5 grains de poudre de feuilles de belladone (1). Ludwig a, sinon guéri, du moins amélioré beaucoup l'état d'un Suédois atteint de manie, auquel il donnait la poudre de feuilles de cette plante à la dose de 2 grains matin et soir (2). Munch père et fils assurent avoir guéri des mélancolies et des manies par le même remède, employé depuis 3 jusqu'à 13 grains par jour (3); mais ils ne donnent ni la description, ni même le nombre de ces faits.

En Angleterre, l'usage de la belladone dans l'aliénation mentale a moins de partisans que celui des autres narcotiques.

En France, cette plante n'a jamais été jusqu'ici, que je sache, employée contre la folie.

Nous l'avons expérimentée chez neuf aliénés. La seule préparation que nous ayons mise en usage a été l'extrait.

CATÉGORIE DES MALADES CHEZ LESQUELS LA BELLADONE A PRODUIT LA GUÉRISON.

OBS. XXXIX. — Madame V..., rentière, âgée de 42 ans, d'un tempérament nerveux, a été en proie dans sa jeunesse à une affection convulsive. Au mois de juin 1849, elle perd son mari du choléra. Le chagrin qu'elle éprouve ramène l'affection convulsive, à la suite de laquelle se manifeste pour la première fois du désordre dans l'intelligence. M. Milcent, médecin de la malade, administre le chlorhydrate de morphine à haute dose, et peu de temps après l'affection cérébrale disparaît entièrement. Le délire ne tarde pas à se manifester de nouveau, et madame V... est placée en maison de santé, le 2 août, sur la recommandation de M. Milcent.

La malade, au moment de son entrée, offre une excitation maniaque très-notable, mais sans incohérence bien marquée dans les discours. Un défaut de pudeur, qui se traduit par l'indifférence avec laquelle madame V... montre à la première personne venue les parties les plus secrètes de son corps, caractérise toute la folie, conjointement avec l'abondance des idées et leur enchaînement trop rapide.

Le 3, j'administre 2 centigr. et demi d'extrait de belladone. J'élève chaque jour la dose du médicament de la même quantité jusqu'au 13 du même mois.

14. La malade, qui a pris hier 2 décigr. et demi d'extrait de belladone, éprouve une amélioration notable; elle a des idées moins nombreuses et qui s'enchaînent avec moins de promptitude; elle les exprime avec plus de calme et de convenance; enfin elle commence à recouvrer le sentiment de sa dignité personnelle.

L'amélioration continue les jours suivants, quoique la malade ait cessé de prendre l'extrait de belladone.

(1) IN BERLINISCHE SAMMLUNGEN, ETC., t. V, p. 175.
(2) DISSERT. DE BELLADONA, janv. 1789.
(3) MAGASIN DE HANOVRE, année 1779.

Le 1er septembre, madame V... sort de l'établissement parfaitement guérie.

Aujourd'hui (15 août 1851) le désordre intellectuel n'a pas reparu, quoique madame V... ait été, depuis sa guérison, en proie à beaucoup de chagrins, et notamment à la douleur d'avoir perdu une fille unique.

Dans ce cas léger d'excitation maniaque, 1 gramme 75 centigr. de belladone suffisent à amener une guérison complète. Un premier accès avait déjà disparu sous l'influence de la morphine. Il nous a été impossible de savoir si cette dernière substance avait agi plus promptement que la belladone.

Obs. XL. — Madame B... est âgée de 46 ans, toujours réglée, d'une forte constitution et d'un tempérament lymphatico-nerveux. Ayant eu beaucoup de contrariétés domestiques, ayant été surtout profondément affligée de la conduite désordonnée d'un de ses fils, son humeur changea vers le milieu du mois de mai 1849. De gaie et d'expansive, elle devint mélancolique, taciturne, disposée au suicide; elle chercha même plusieurs fois à attenter à ses jours.

Confiée à nos soins par le docteur Vigny, elle entra en maison de santé le 31 mai 1849.

Cette dame n'a aucune incohérence dans les discours; mais elle s'imagine être privée de toutes ses facultés morales et physiques, et partant à charge à elle-même et à sa famille. Les soins de son ménage, qui naguère la préoccupaient beaucoup, lui sont devenus tout à fait indifférents; elle ne se croit capable ni de travailler à l'aiguille, ni de lire, ni de soutenir une conversation, ni même de donner un ordre quelconque dans sa maison. Elle se lève et se couche machinalement et parce qu'on l'y contraint. Elle a essayé de se noyer, et elle ne dissimule pas qu'elle a l'intention de se pendre. Elle fuit la société, et c'est avec beaucoup de peine qu'on lui arrache quelques paroles.

Le 4 juin, le malade prend 2 centigr. et demi d'extrait de belladone. La dose est augmentée chaque jour de la même quantité jusqu'au 14, époque à laquelle cette dose s'élève à 27 centigr.

Le 15, amélioration notable: madame B... ne cherche plus à attenter à sa vie, elle n'en manifeste même plus le désir. Elle commence à travailler à l'aiguille, elle ne refuse plus de venir au salon commun prendre part à la conversation, écouter de la musique, etc. Elle mange davantage, dort mieux et va plus régulièrement à la garde-robe. Quelques douleurs de tête étant survenues accompagnées de vertige, l'emploi de la belladone fut suspendu.

Le 1er juillet, l'amélioration se soutient. L'usage de l'extrait de belladone est repris, en commençant par 5 centigr. et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

Le 8, alors que la dose du médicament s'élève à 4 décigr., madame B... est à peu de chose près revenue à la raison. Elle paraît honteuse d'avoir cherché à attenter à ses jours; elle écarte autant que possible cette pensée qui semble lui être très-pénible. Elle demande avec instance à rentrer dans son ménage et à se livrer aux soins domestiques. Suspension de la belladone.

Le 25, le retour de la raison est de plus en plus manifeste, et le 1er août la malade sort de l'établissement complétement guérie.

Aujourd'hui (18 août 1852) cette dame a toujours l'intelligence entièrement saine.

Dans ce cas, la quantité totale de l'extrait de belladone ingéré fut de 3 grammes 45 centigr. L'amélioration commença à se manifester dès qu'on atteignit la dose de 27 centigr. par jour. Elle se soutint, fit des progrès, et enfin la convalescence survint quand la malade en était à 4 décigr. par jour.

Obs. XLI. — Mademoiselle Amélie G... est âgée de 18 ans. Elle est d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin et parfaitement réglée. Elle eut un oncle qui fut aliéné. Antérieurement, elle n'a jamais été malade.

Au mois de juillet de l'année 1849, elle vint de la province avec son père pour visiter Paris. Un jour de ce mois, par un soleil brûlant, elle monta dans la coupole du Panthéon, où elle resta assez longtemps la tête découverte. Le soir, en rentrant à l'hôtel, elle se plaint de céphalalgie, et le lendemain un délire violent éclate. Le docteur Guillemot pratique une saignée et fait mettre la malade dans un grand bain. Pendant plusieurs jours, il continue d'administrer une médication antiphlogistique, mais sans aucune espèce de succès. C'est alors qu'il la confie à nos soins.

Le 3 août, mademoiselle Amélie G... est placée en maison de santé. Elle est en proie à une monomanie triste: elle s'imagine avoir été déshonorée; elle croit qu'on en veut à ses jours; elle pousse des cris en disant qu'elle ne veut point aller en prison et qu'elle ne veut pas mourir. Quoiqu'on parvienne difficilement à fixer l'attention de la malade et quoi qu'il y ait une grande agitation, les idées n'ont presque point d'incohérence.

Le 4, j'administre 2 centigr. et demi d'extrait de belladone. La dose du médicament est augmentée chaque jour de la même quantité jusqu'au 18 du même mois.

19. La malade fait des difficultés pour prendre la belladone; elle s'imagine qu'on la lui administre avec l'intention de l'empoisonner. Grand abattement moral. Mademoiselle Amélie G... devient taciturne et ne veut plus répondre aux questions qu'on lui adresse. A cela se joint une surdité complète. Cessation de l'usage de la belladone. Application d'un vésicatoire à la nuque.

20 et les jours suivants. Même état.

25. La surdité commence à diminuer.

1er septembre. Elle a entièrement disparu.

4. J'administre de nouveau l'extrait de belladone, en commençant par 5 centigrammes; j'en continue l'emploi les jours suivants en augmentant chaque jour la dose de 5 centigr.

11. Une grande amélioration se manifeste. Mademoiselle Amélie G... commence à parler. Elle reconnaît son père et son frère qui viennent la voir, et qu'elle s'obstinait encore quelques jours auparavant à croire morts. Au lieu de rechercher l'isolement, comme elle le faisait, elle se mêle à la société des autres malades. Au lieu de négliger sa toilette et de rester dans le désœuvrement, elle commence à se piquer de coquetterie et à travailler à l'aiguille. L'usage de la belladone à doses croissantes est continué.

14. L'amélioration continue à faire des progrès. Suspension du médicament.

Le 1er octobre, la malade est retirée de l'établissement dans un état voisin de celui de la convalescence. Elle est reconduite dans sa famille.

18 novembre. Un nouvel accès survient, qui force à ramener mademoiselle G. à Paris.

La belladone est de nouveau mise en usage. Elle est ingérée à la dose de 7 gr. pendant environ trois mois à plusieurs reprises; mais cette fois elle n'exerce aucune influence sur l'état de la malade qui depuis le début de son second accès n'a jamais eu un seul instant de lucidité complète.

Nous voyons ici la belladone produire d'abord une sorte d'état stupide, puis de l'amélioration se manifester à la seconde reprise de la médication, et enfin la guérison survenir d'une façon graduelle. Malheureusement un second accès se déclare dix-huit jours après la fin du premier, et cette fois la belladone n'exerce aucune influence favorable sur l'état des facultés intellectuelles.

Obs. XLII. — Mademoiselle Célestine R..., âgée de 25 ans, a déjà été atteinte d'un accès de manie il y a deux ans. Elle était parfaitement revenue à la raison et continuait depuis dix-huit mois à la posséder tout entière, lorsque le 20 juillet 1849, à la suite d'une discussion avec une de ses sœurs, la folie éclate de nouveau.

Placée en maison de santé le 23 du même mois, la malade offre les symptômes suivants: Elle parle beaucoup et avec une grande volubilité. Ses idées sont si rapides qu'elles ne se lient point avec ordre. Elle chante, crie, vocifère et injurie toutes les personnes qui se présentent à sa vue. Elle refuse de manger en donnant pour raison qu'on empoisonne ses aliments. Elle brise les meubles de sa chambre et déchire tous ses objets de toilette. Son désir de destruction est tel qu'on est obligé de lui mettre la camisole de force.

25. Extrait de belladone, 2 centigr. et demi par jour.

Du 26 juillet au 5 août, la dose est élevée chaque jour de la même quantité.

6. La malade, qui en a pris hier 3 décigr., éprouve de l'amélioration; il y a moins d'agitation et de tendance à la fureur, les idées ont moins d'incohérence, sommeil plus profond et plus prolongé. Dilatation des pupilles, sécheresse de la gorge. Interruption de la belladone.

15. L'amélioration ne se soutient plus. L'excitation maniaque est revenue avec toute son intensité primitive.

Du 16 au 23, reprise de la belladone, en commençant par 5 centigr. et en augmentant chaque jour de la même quantité.

24. L'accès touche à sa fin. Cessation de la belladone.

30. Convalescence complète. Trois ans se sont écoulés depuis lors, et la malade n'a point eu de nouvel accès.

Nous avons affaire ici à un second accès de manie survenant dix-huit mois après la fin du premier. Quelle a été la durée de ce premier accès? Sa guérison a-t-elle été spontanée ou obtenue à l'aide des ressources de l'art? Ce sont des renseignements qu'il a été impossible d'obtenir. Quoi qu'il en soit, le second accès s'améliore assez rapidement sous l'influence de l'extrait de belladone porté graduellement jusqu'à 3 décigr. par jour. La médication ayant été suspendue, le délire recouvre toute son énergie première, et enfin après une seconde reprise de la belladone, élevée graduellement jusqu'à 4 décigr. par jour, on obtient une guérison pleine et entière.

Obs. XLIII. — Madame L..., née d'un père robuste qui s'est suicidé à l'âge de 63 ans, et d'une mère maniaque qui a succombé au même genre de mort, est âgée de 44 ans. Elle a tous les attributs d'une excellente constitution; ses cheveux sont encore noirs et épais, ses chairs fermes, son embonpoint assez marqué. La menstruation s'est établie à 11 ans, sans trouble ni secousse. Son humeur était gaie et son caractère enjoué. Comme sa mère, cette dame a toujours été douce, docile, obligeante.

Avant d'être mariée, elle eut des attaques de nerfs, dont la première lui survint à la suite d'une chute de voiture, qui avait arrêté subitement ses règles. Elle avait, pendant ses attaques, le sentiment de la boule hystérique, et parfois elle perdait entièrement connaissance. Ces phénomènes nerveux disparurent sept semaines après son mariage.

Durant sa première grossesse, elle fut assez bien portante; mais il n'en fut pas de même pendant la seconde. Enfin, sept mois après son second accouchement, elle commença à éprouver les symptômes précurseurs de la maladie dont elle est atteinte aujourd'hui. Durant quatre mois, madame L... fut toujours extrêmement sombre, apathique, irrésolue et disposée à pleurer pour le plus léger motif. A cela se joignaient le dégoût de la vie et la suppression de la menstruation. Quelques sangsues furent appliquées à l'épigastre; les règles reparurent, et l'accès cessa bientôt.

Deux ans et demi après la fin de ce premier accès, il en survint un beaucoup

plus long et plus intense. Ce ne fut qu'au bout de neuf mois et à la suite de plusieurs applications de sangsues à l'anus et à l'épigastre que le calme se rétablit. Cette fois encore le retour à la santé coïncida avec le retour des règles et se montra comme l'effet du rétablissement de l'évacuation menstruelle.

Troisième accès six ans après le second. Continuellement apathique et irrésolue, madame L... ne sait à quelle pensée ni à quelle détermination s'arrêter. Elle est à charge à elle-même et pour les autres l'objet d'une surveillance continuelle, car le dégoût et l'ennui de la vie ont été portés chez elle jusqu'à l'idée de suicide avec commencement d'exécution. Ce troisième accès diffère des premiers par une indifférence et une insensibilité très-grandes pour tout ce qui entoure la malade, même pour ses enfants dont elle parle souvent, mais dont elle ne s'occupe jamais.

Un médecin consulté alors fut d'avis d'appliquer des sangsues à l'épigastre, dans le but de rappeler les règles. On en appliqua plusieurs fois. La malade éprouvait à l'instant même un soulagement très-sensible; mais les jours suivants, elle se trouvait beaucoup plus mal. Un autre médecin conseilla, pour l'époque qui coïncidait avec le retour des règles, et pendant quatre à cinq jours de suite, l'application de sangsues à la vulve. Plusieurs jours après chacune de ces applications, la malade se trouvait extrêmement agacée. Plus tard, on conseille des pilules d'aloès et de calomel, et l'on revient encore aux émissions sanguines, dans le but de remplacer, par une évacuation artificielle, celle que la nature refuse d'établir. A la suite de ce traitement, quelques symptômes hystériques se manifestèrent; la malade eut des mouvements désordonnés et des envies de mordre.

M. Marjolin fut alors consulté. Il prescrivit, d'une part, l'application de quatre sangsues au pudendum à l'époque correspondant à chaque évacuation menstruelle; de l'autre, des laxatifs, et il insista surtout sur l'usage des bains tièdes. Cette prescription fut fidèlement exécutée. Chaque fois que des sangsues étaient appliquées, le sang se montrait pâle et décoloré; il survenait de l'excitation générale, suivie d'un grand état de faiblesse et d'apathie; enfin, le visage devenait pâle, le pouls petit et lent. Ce troisième accès dura environ quinze mois.

Aujourd'hui (2 septembre 1849) madame L... éprouve un quatrième accès, quatre ans après le troisième.

État actuel. — La malade est dans un état de morosité et d'apathie qui la met hors d'état de s'occuper des soins domestiques les plus ordinaires, et la rend insensible à la présence des plus chers objets de son affection. Le mouvement lui répugne, le repos la fatigue. Rien ne peut réveiller en elle des sensations agréables. Tout lui déplaît. Irrésolue dans ses moindres actions, elle sent vivement sa position et se l'exagère. Elle désire en sortir et ne peut trouver en elle la force de faire ce qui est convenable pour arriver à cet heureux résultat. Elle a des projets très-prononcés de suicide, et elle a même essayé deux fois de les mettre à exécution. Il lui semble parfois que sa cervelle est en ébullition, pour me servir de ses propres paroles.

Les menstrues sont supprimées. L'appétit est irrégulier, capricieux. La malade a parfois le sentiment d'une barre qui, partant de l'épigastre, se prolonge vers les hypochondres, principalement vers le gauche, où des picotements assez vifs se font sentir par intervalle. Il y a des pulsations fortes au centre épigastrique. Toute cette région est douloureuse au toucher. Ces symptômes s'accroissent après le repas ou après une vive émotion. Il y a en même temps des sensations très-douloureuses à la tête, qui tantôt paraît serrée comme par un bandeau, d'autres fois comme comprimée par une force puissante appliquée sur deux points opposés.

Néanmoins madame L... conserve toute la fraîcheur de la santé; la coloration est naturelle, le pouls un peu fréquent, la langue lisse et légèrement jaunâtre vers la base, le ventre libre. Le sommeil est souvent agité, et il y a des inquiétudes dans les jambes.

5. Prescription : 5 centigrammes d'extrait de belladone.

Du 6 au 15, on augmente chaque jour de la même quantité.

16. Hier, la malade, qui a pris 55 centigrammes de belladone, a les pupilles dilatées et un peu de céphalalgie. Le sommeil est meilleur. Aucun changement dans l'état des facultés intellectuelles. Suspension du médicament.

Du 25 septembre au 12 octobre, reprise de la belladone, aux mêmes doses croissantes, en commençant par 5 centigr. par jour.

13. Hier, madame L..., qui en a ingéré 90 centigrammes, se plaint encore d'un affaiblissement de la vue; elle accuse de la soif et de la sécheresse au gosier. La tristesse est plus considérable; la malade soupire, pleure, se désole, et ne voit que la mort comme terme à ses souffrances.

Il y a deux jours elle a essayé de se pendre avec un mouchoir de cou attaché à un des pieds de son lit. Cependant elle n'accuse pas des souffrances physiques positives. Les pulsations qu'elle éprouve à l'épigastre et les sensations de bouillonnement qu'elle ressent à l'intérieur de la tête la préoccupent moins. Suspension du médicament.

19. Le paroxysme lypémanique a presque entièrement cessé. Les tentatives de suicide ne se sont pas renouvelées. Il y a beaucoup plus de calme. La morosité et l'apathie sont moins intenses. Madame L..., qui ne voulait voir personne, commence à faire quelques frais de conversation. Elle commence aussi à travailler à l'aiguille, genre d'occupation qu'elle avait abandonné depuis très-longtemps. Le sommeil est bon et l'appétit passable.

Du 20 au 27, 1 gramme 4 décigrammes d'extrait de belladone, en commençant par 5 centigrammes, et en augmentant chaque jour de la même quantité.

28. Hier, la malade en a pris 35 centigrammes. Elle éprouve une amélioration de plus en plus notable. Elle demande à voir ses enfants, elle pleure à l'idée de pouvoir les embrasser bientôt, tous sentiments qui se trouvaient éteints chez elle depuis le commencement de la maladie. Suspension de la belladone.

Du 5 au 11 novembre, 1 gramme 4 décigrammes de belladone.

12. La malade, qui en a ingéré hier 35 centigrammes, se plaint d'un peu d'obscurcissement de la vue. Du reste, l'amélioration se soutient toujours. La tendance au suicide a complétement disparu, ainsi que l'apathie et l'indifférence. Le besoin des occupations domestiques et des sentiments de famille augmente de jour en jour.

20. Sauf un peu de tristesse répandue sur la physionomie, on peut regarder madame L... comme complétement convalescente.

Dans ce cas, deux conditions très-défavorables se trouvaient réunies. Le sujet était en proie à un genre d'aliénation mentale qui avait atteint le père et la mère, et de plus, c'était un quatrième accès, le début du mal remontant à une époque déjà assez éloignée. Les deux premiers accès, séparés par un intervalle de deux ans et demi, disparurent, l'un au bout de quatre mois, et l'autre au bout de neuf, avec le rétablissement de la menstruation qui se suspendait complétement à chaque paroxysme, rétablissement provoqué par l'emploi des émissions sanguines locales. Dans le troisième accès, survenu six ans après le second, et qui dura quinze mois, les émissions sanguines, loin d'avoir, comme précédemment, un effet favorable, augmentèrent l'excitation nerveuse. L'emploi des purgatifs et des bains tièdes ne fut pas plus avantageux. Au quatrième accès, l'extrait de belladone est administré à plusieurs reprises. 3 grammes 3 décigrammes donnés en premier lieu n'ont pas une influence bien marquée; il n'en est pas de même la seconde fois. 8 grammes 55 centigrammes administrés à doses croissantes pendant dix-huit jours, augmentent l'intensité du délire lypémanique. Le paroxysme cesse quelques jours après la suspension du médicament; et à dater de cette époque, il survient une amélioration qui va croissant de jour en jour, pour aboutir bientôt à une convalescence complète. Cette guérison est-elle définitive? Un cinquième accès ne surviendra-t-il pas dans un avenir plus ou moins éloigné? Peu importe. Toujours est-il que la belladone a guéri en deux mois et demi de traitement un quatrième accès de lypémanie, tandis que, sous l'influence des émissions sanguines locales, des purgatifs et des bains tièdes, les trois accès antérieurs n'avaient cessé qu'au bout d'un temps beaucoup plus long (quatre mois, neuf mois, quinze mois).

CATÉGORIE DES MALADES CHEZ LESQUELS LA BELLADONE N'A PRODUIT QUE DE L'AMÉLIORATION OU UNE GUÉRISON PASSAGÈRE.

Obs. XLIV. — Madame Cr... a 52 ans, une constitution faible et un tempérament nerveux. Il y a dix ans, elle a supporté avec courage, et sans accuser de grandes douleurs, l'ablation d'une tumeur squirreuse du sein. Elle est sujette depuis sa jeunesse à une expectoration muqueuse, chaque matin. Depuis plusieurs années, elle se plaignait de douleurs vagues, quelquefois très-vives, dans différentes parties du corps; mais le plus ordinairement elle les rapportait aux hypocondres et surtout au sein opéré, ce qui lui faisait craindre de voir le squirre reparaître. La suppression totale des règles a coïncidé avec l'opération qu'elle a subie il y a dix ans.

En 1848, madame Cr... fut vivement impressionnée par les événements politiques : elle craignait d'abord pour les jours de son fils et ensuite pour l'emploi de son mari. Ces frayeurs commencèrent à retentir sur le système circulatoire ; il y eut des défaillances, la malade ne pouvait faire un pas sans être menacée de tomber en syncope. Puis les battements de cœur devenaient intermittents et très-énergiques. Ces palpitations se reproduisaient pendant plusieurs jours pour cesser pendant un temps plus ou moins long. Dans leur intervalle, les douleurs des hypocondres devenaient plus violentes. Dans un de ces moments, madame Cr... accusa des douleurs atroces dans la région des reins, qui pouvaient simuler la colique néphrétique. Alors les fonctions digestives se dérangeaient de temps en temps; il survenait des indigestions, de la diarrhée, des selles muqueuses et sanguinolentes, tout cela sans que l'appétit éprouvât la moindre diminution. Enfin la malade, qui avait fait pendant vingt-cinq ans un usage abusif d'eau-de-vie, y renonça d'une manière complète.

Trois mois après la suppression absolue des spiritueux, en avril 1849, les fonctions intellectuelles commencèrent à éprouver du dérangement. La persistance à accuser les douleurs les plus violentes dans les côtes et dans la cicatrice où elle affirmait sans raison qu'il existait du gonflement servirent de début au délire. Madame Cr..., jusqu'alors très-polie et pleine de confiance dans les lumières de son médecin, le congédia en l'accusant d'être la cause de tout son mal. D'abord elle lui adressa des reproches, et plus tard elle en vint aux injures. Alors aussi cette femme, qui s'était trouvée heureuse dans son intérieur, et qui puisait dans l'amour de sa famille toutes les raisons qui attachent à la vie, ne voyait plus la mort qu'avec indifférence. Bientôt elle éprouva le désir de se détruire, et quoiqu'elle fût d'une grande dévotion, il lui fut impossible de résister à ce désir et de ne le pas manifester à sa famille. D'abord elle hésitait à attenter à ses jours dans la crainte d'offenser Dieu. Plus tard, elle avoue que ce n'est plus cette crainte qui l'arrête, mais bien celle de la douleur : elle confesse qu'elle n'a pas le courage de se tuer.

Néanmoins, elle opère des tentatives de suicide; elle cherche plusieurs fois à se précipiter par une fenêtre, à se noyer, à se pendre, à s'asphyxier à l'aide du charbon, et enfin à s'empoisonner.

De l'idée de suicide qu'elle n'a point abandonnée, elle arriva à celle de nuire à autrui; cette femme, autrefois si bonne et si douce, trouve du plaisir à torturer son mari et une vieille domestique qui lui était toute dévouée. Elle n'excepte de

ses mauvais traitements que sa fille gravement malade. Elle se contient difficilement en face des étrangers, et elle prétend que c'est l'excès de son mal qui la pousse à maltraiter les autres.

Il y a encore d'autres perversions instinctives et affectives. Ainsi, par exemple, elle brise ses meubles et cherche à mettre le feu à son domicile. Pour ces raisons, la malade est placée en maison de santé.

Il y a quelques mois, les accès n'avaient lieu que la nuit. Le jour, la malade était calme. Il y avait une apparence de périodicité et de la fièvre vers le soir.

Actuellement (2 octobre 1849), les accès ont lieu la nuit et le jour, sans affecter d'heure réglée. Ils commencent constamment par cette conception délirante, savoir qu'on a eu tort de lui appliquer des vésicatoires, que sa maladie est un rhumatisme généralisé contre lequel il n'y a rien à faire. La contradiction sur ce point l'irrite fort et hâte le paroxysme. Elle se fâche, et sans consentir à passer pour folle, elle convient pourtant qu'elle est exaltée.

Une médication très-variée fut mise en usage dès le début de la maladie. Madame C... eut des émissions sanguines locales, des vésicatoires volants; elle prit des bains salins, du sirop de quinquina, des préparations de fer et de digitale, des purgatifs, des antispasmodiques, des opiacés, etc., etc.

Employée d'abord pour calmer les douleurs, la médication opiacée produisit du soulagement. Dirigée plus tard contre l'insomnie et le délire, assez souvent elle procurait le sommeil, d'autres fois elle ramenait le calme durant la nuit, mais sans endormir. Toutefois l'indocilité de la malade était telle, qu'on ne pouvait donner plus de quatre jours de suite cette médication.

10 octobre. 5 centigrammes d'extrait de belladone administré dans du vin, à l'insu de la malade.

Du 11 au 18, la dose du médicament est chaque jour augmentée de 5 centigrammes.

19. La malade, qui a pris hier 4 décigrammes et demi de belladone, se plaint de sécheresse au gosier, de soif et d'un obscurcissement dans la vue. Elle est toujours dominée par la pensée qu'elle ne doit point guérir de son rhumatisme, et s'obstine à refuser tous les secours de la thérapeutique. Cependant le désir du suicide et celui de nuire à autrui ont beaucoup perdu de leur énergie. Elle s'est aperçue qu'on a médicamenté son vin. Suspension de la belladone.

Du 28 octobre au 7 novembre, reprise de la belladone (1 gramme 5 centigrammes en tout), en commençant par 5 centigrammes et en augmentant chaque jour de la même quantité. Le médicament est mêlé à du chocolat à l'eau.

8. Dilatation des pupilles, diplopie, soif, sécheresse de la gorge. L'amélioration se soutient. Suspension de la belladone.

Du 20 au 24, le médicament est repris de nouveau aux mêmes doses croissantes.

25. La malade, qui a pris hier 25 centigrammes d'extrait de belladone, n'a plus de propension ni au suicide ni au mal d'aucun genre; mais elle conserve son idée fixe de nosomanie. En raison de cette amélioration considérable, elle rentre au sein de sa famille.

Ici, la belladone a été ingérée à trois reprises. La première fois, la dose totale a été de 2 grammes 25 centigrammes; la seconde, de 3 grammes 3 décigrammes; la troisième, de 75 centigrammes. Au bout de dix jours de traitement, il survient de l'amélioration; l'impulsion au suicide et au mal s'affaiblit graduellement. Enfin, un mois environ à dater du jour où cette amélioration commence à se prononcer, tous les symptômes n'existaient plus. Cependant la nosomanie persiste encore. Tout porte à croire que le succès eût été plus grand sans le départ de la malade qui empêcha de prolonger le traitement.

CATÉGORIE DES MALADES CHEZ LESQUELS LA BELLADONE A ÉCHOUÉ.

OBS. XLV. — B..., cuisinier, a 37 ans, une constitution moyenne, les cheveux châtains, de l'embonpoint, le teint frais et coloré.

Fils d'un sous-officier de l'empire, il a été élevé au milieu des récits de la gloire napoléonienne. Il a connu et vu souvent le duc et la duchesse d'Abrantès, dont le château était voisin de la chaumière où il naquit, et qui avaient des bontés pour sa famille. Il porte au-dessous du sein gauche un *nævus maternus* qui a la configuration d'une étoile.

En 1840, il se croit enfant naturel de Napoléon. Cette croyance lui est suggérée par la figure de son *nævus maternus*. Il est fils de l'empereur, puisqu'il porte sous le sein gauche une étoile, ce symbole du destin de Napoléon. Il a pour mère une princesse de la cour impériale, et c'est la duchesse d'Abrantès qui a été chargée de cacher au village ce fruit d'un mariage morganatique.

Cette conception délirante grandit peu à peu. Au mois de mai de la même année, il entre par hasard à l'église Saint-Roch, où se célébrait en ce moment la cérémonie d'un mariage. Quelque chose le pousse intérieurement à monter dans la chaire et à proclamer hautement qu'il est fils de Napoléon; mais il résiste à cette impulsion, et pour ne pas y succomber, il sort de l'église. Une demi-heure après, l'impulsion se manifeste de nouveau, mais plus forte que la première fois. Il essaye de lutter avec elle. Vain effort. Il revient à Saint-Roch, monte dans la chaire et prononce ces paroles d'une voix tonnante et les yeux levés au ciel: *Je suis le fils de l'empereur et ne veux que le bonheur du peuple!*

Il est conduit à la préfecture de police. Sur sa route, il entend des *voix* qui prononcent ces paroles: Non cet homme n'est pas fou; qu'on le mène au temple de la gloire! De la préfecture, il est transféré dans le service de M. Leuret, à Bicêtre. Mais laissons-le s'exprimer lui-même:

« Cette croyance d'être le fils de l'empereur a du reste pris naissance dans mon esprit par un travail secret. Personne n'ignore l'état où était la France à l'époque où Napoléon devint père d'un fils sur lequel toutes les espérances et toutes les gloires de la France semblaient se reposer. L'empereur, à ce moment, était aux prises, non-seulement avec les puissances étrangères, mais encore avec des ennemis plus dangereux, puisqu'ils étaient restés dans leur patrie afin de la mieux livrer.

» Or si Napoléon n'eût pas prévu qu'il fallait soustraire son fils aux persécutions de ses ennemis, il n'eût point fait preuve de tout le génie politique qu'on lui reconnaît. Mais si ce grand homme était entouré de courtisans dangereux, il l'était aussi d'amis fidèles et dévoués.

» La duchesse d'Abrantès avait tout préparé et m'avait conduit à M..., où je fus confié aux soins d'un brave soldat et à la tendresse de sa femme, une honnête et naïve Allemande.

» Oh! si j'en crois mon inspiration, si j'en crois mon cœur et mes larmes, je suis bien le fils de l'empereur et celui de la France.

» S'il en était autrement, si j'étais égaré par de fausses idées, la nature aurait fait de moi un monstre qui renie son père et sa mère!

» Oh! grâce, pitié pour moi, ô mon Dieu! éclairez mon faible esprit, ne me rendez point odieux à moi-même.

» Mais non, plus de luttes entre vous, vérité et mensonge. Il faut croire ou ne pas croire. Eh bien! je crois que je suis le fils de l'empereur.

» O France, laisse-moi croire à tout ce que j'éprouve, laisse-moi te voir comme la reine du monde et je pourrai mourir heureux.... Je voulais me taire, je voulais ne plus songer, et voilà qu'il faut que je marche, parce que mon armée me dit: Montez, montez, notre empereur; écrivez, écrivez toujours. Vos lignes sont des échelons qui vous conduisent à la gloire. »

Le 3 mai 1845, ce malade, qui n'est resté qu'un mois à Bicêtre, entre dans une maison particulière d'aliénés. Au premier abord, il semble parfaitement raisonnable. A part sa monomanie orgueilleuse, qui persiste toujours et qui s'accompagne d'exaltation lorsqu'on cherche à le dissuader, l'intelligence et la mémoire sont intactes. Il n'offre aucun embarras dans la prononciation, aucun trouble dans les mouvements. Il parle avec un grand sens, une facilité et une netteté remarquables sur tous les sujets qui sont étrangers au domaine de son idée fixe. Il n'a ni hallucinations ni illusions des sens. Il a un appétit normal. Il tousse depuis deux ans. Sa toux n'est presque point accompagnée d'expectoration. La percussion du thorax donne partout un son clair. On entend un peu de râle muqueux à la partie inférieure du poumon droit, principalement en arrière. Il se plaint depuis quelques jours de céphalalgie, sans vertige et sans insomnie. Le pouls donne 96 battements par minute. La peau est plus fraîche que brûlante.

10. Prescription: 5 centigrammes d'extrait de belladone.

Du 11 au 19, cette dose est chaque jour doublée.

20. Le malade, qui en a pris hier 5 décigrammes, a les pupilles dilatées, la vue obscurcie, le gosier desséché. Aucune modification dans l'état des facultés intellectuelles. Suspension de la belladone.

Du 1er juin au 14, reprise du médicament, en commençant par 5 centigrammes, et en doublant chaque jour cette dose.

15. Même état mental. Suspension de la belladone.

Du 25 juin au 12 juillet, le médicament est administré aux mêmes doses croissantes, en commençant toujours par 5 centigrammes par jour.

13. Le malade, qui a ingéré hier 9 décigrammes de belladone, offre de l'agitation. Il brise les meubles de la chambre. Il aperçoit des animaux fantastiques autour de son lit, et il s'imagine que toutes les personnes qui lui parlent ont la tête double. Loquacité extrême. Sécheresse du gosier; céphalalgie, soif, inappétence. Suspension du médicament.

20. Tous les symptômes du paroxysme maniaque ont cessé, mais l'idée fixe est toujours la même. La belladone est définitivement abandonnée.

Ici, 16 grammes 5 décigrammes et demi d'extrait de belladone ont été ingérés à plusieurs reprises. Une première quantité de 2 grammes 75 centigrammes n'a produit aucune influence sur l'état des facultés intellectuelles. Il en a été de même de 5 grammes 25 centigrammes administrés en second lieu. Enfin, quand le malade arrive graduellement à en ingérer 9 décigr. par jour, un paroxysme maniaque accompagné de fureur, d'hallucinations et d'illusions des sens, se manifeste. Ce paroxysme a complétement disparu sept jours après qu'on a cessé l'emploi du médicament. Toutefois, le délire partiel résiste opiniâtrément à l'effet de la médication. Notons aussi que le début de la monomanie remontait à cinq ans.

OBS. XLVI. — Jol..., commis marchand, a 27 ans, une constitution moyenne, les yeux bleus, un embonpoint médiocre et les veines superficielles de la peau assez développées. La vanité et le désir de s'élever ont toujours été ses plus fortes passions.

En 1846, il écrit une brochure de quelques feuilles sur l'économie politique. Le maire de Rouen en ayant eu connaissance le complimenta.

Depuis ce moment, Jol... se livre à mille projets et à mille espérances.

Il conçoit d'abord la pensée de faire rendre à la canne des colonies une plus forte quantité de sucre qu'elle n'en fournit actuellement. Il veut proposer à l'État de fonder au Havre un établissement où l'on évaporerait l'eau de mer, afin d'en obtenir du sel. Il cherche à constituer une société en commandite ayant pour but de dessécher les marais de la Sologne, etc.

Au commencement de 1847, il écrit au roi en lui demandant à être nommé

commissaire royal près d'un chemin de fer. Il lui écrit un peu plus tard diverses autres lettres où, en récompense de la brochure qu'il a composée sur l'économie politique, il demande à être créé ambassadeur, lieutenant général, en ajoutant à ce dernier titre sous le nom de Lapointe d'Avrigny.

Au mois de mai, il quitte la maison de commerce où il était à Rouen pour venir à Paris solliciter en personne le roi, les ministres, et pour trouver des actionnaires. Il lit avec avidité tous les journaux, espérant d'un jour à l'autre voir sa nomination officielle à un commissariat royal près d'un chemin de fer, à une ambassade, ou son élévation au poste de lieutenant général. Plusieurs fois même il se croit désigné d'une manière indirecte dans le MONITEUR comme devant être élevé très-prochainement à ces emplois.

Le 7 juillet, ayant épuisé ses ressources pécuniaires, chassé de l'hôtel garni où il demeurait, il errait la nuit cherchant un gîte lorsqu'une patrouille le trouve à une heure du matin assis sur un trottoir de la rue du Coq-Saint-Honoré.

Il entre en maison de santé le 10.

Il répond avec netteté à toutes les questions qu'on lui adresse. Il se souvient parfaitement de toutes les circonstances qui ont motivé son arrestation. Il en indique tous les faits et tous les détails avec la plus grande fidélité. Il a du calme dans ses paroles et de la dignité dans son attitude. Sa prononciation n'est point embarrassée. Point de tremblement appréciable dans les lèvres. Sauf son délire ambitieux, rien ne trahit chez lui l'aliénation mentale.

12. Prescription : 5 centigr. d'extrait de belladone.

Du 13 au 24, cette dose est chaque jour doublée.

25. Le malade a pris hier 6 décigr. de belladone. Aucune amélioration. Dilatation des pupilles, obscurcissement de la vue, un peu de céphalalgie. Suspension du médicament.

Du 1er août au 14, 4 grammes 75 centigr. d'extrait de belladone, en commençant par 5 centigr. et en doublant chaque jour cette dose.

15. Même état intellectuel. Suspension du médicament.

Du 25 août au 3 septembre, 2 grammes 75 centigr. d'extrait de belladone aux mêmes doses croissantes.

4. Nul changement dans l'état mental. La médication est définitivement abandonné.

12 grammes d'extrait de belladone administrés à trois reprises n'amènent aucun changement dans l'état psychique du sujet, bien que la monomanie fût de date assez récente.

OBS. XLVII. — M. O..., séminariste irlandais, est âgé de 24 ans. Il a une constitution assez forte et un tempérament sanguin.

Il entre en maison de santé le 15 juin 1847, au début d'une monomanie dont on ne connaît pas la cause.

Il est calme, il a la mémoire intacte, il répond d'une manière nette et juste aux questions qu'on lui adresse sur son âge, son pays, ses habitudes, etc., etc. Il ne parle que quand on l'interroge.

Il a la ferme conviction qu'un jour il deviendra pape, qu'il convertira les infidèles et qu'il sera le sauveur de l'Irlande, sa malheureuse patrie. Il deviendra pape, non par ses talents, sa naissance ou ses vertus, mais par une grâce toute particulière de Dieu, qui choisit souvent les plus humbles et les plus ignorants pour leur confier les postes les plus élevés et les missions les plus importantes.

Il est sans cesse occupé à réciter des prières. Parfois il lui arrive de se dépouiller de ses habits, même de sa chemise et de s'agenouiller. Quand on lui demande le motif d'un acte qui blesse ainsi la pudeur et la chasteté chrétiennes, il répond que les mortifications et les pénitences qui répugnent le plus aux habitudes et aux préjugés des hommes sont précisément celles qui ont le plus de faveur auprès de Dieu.

19. Prescription : 5 centigr. d'extrait de belladone.

Du 20 au 30, cette dose est chaque jour doublée.

1er juillet. Dilatation des pupilles et diplopie. Même état intellectuel.

Du 10 au 25, 6 grammes 8 décigr. d'extrait de belladone, en commençant par 5 centigr. par jour.

26. Le malade, qui en a ingéré hier 8 décigr., offre une grande agitation. Il pousse des cris et se roule à terre. Il voit des anges qui lui apportent des palmes et qui lui ordonnent de manger de l'herbe fraîche et de la paille. Suspension du médicament.

1er août. Les hallucinations et les symptômes d'excitation maniaque n'existent plus. La monomanie religieuse ne varie pas.

Du 7 au 16, 2 grammes 75 centigr. d'extrait de belladone à doses croissantes.

17. Même état intellectuel. La médication est suspendue.

Du 25 août au 5 septembre, 3 grammes 95 centigr. d'extrait de belladone.

6. Aucun changement dans les fonctions intellectuelles. La belladone est définitivement abandonnée.

Ici, comme dans l'observation précédente, nous voyons un paroxysme maniaque et des hallucinations se manifester sous l'influence de la belladone quand on arrive à donner ce médicament à la dose de 8 décigr. par jour. Toutefois ces phénomènes d'intoxication ne modifient non plus en rien l'état ultérieur du délire partiel.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

TERMINAISON. — Sur 9 aliénés, la belladone a produit la guérison radicale chez 4, une guérison passagère ou de l'amélioration chez 2, et chez 3 elle a échoué complétement. Chez 2 des sujets guéris, la convalescence se manifeste au bout de deux mois de traitement, et chez les 2 autres au bout de deux mois et demi. Enfin, chez un cinquième sujet où la guérison, fut passagère, la convalescence survint au bout de deux mois de traitement. Dix et onze jours de traitement ont suffi généralement pour qu'on s'aperçût d'un changement favorable.

SEXES. — Sur les 9 aliénés, il y avait 6 femmes et 3 hommes. Tous les malades guéris ou ayant éprouvé de l'amélioration appartenaient au sexe féminin.

GENRES DE DÉLIRE. — Les cas de délire général ou de manie étaient au nombre de 2; tous les autres étaient des cas de délire partiel ou de monomanie plus ou moins circonscrite. Or parmi les malades guéris radicalement ou d'une façon passagère, se trouvaient les deux sujets atteints de délire général, et 4 cas de folie circonscrite (1 cas de lypémanie simple, 1 cas de lypémanie suicide et 2 cas de lypémanie hypocondriaque et suicide). Parmi les genres de délire partiel où le médicament a échoué, il y avait 1 cas de monomanie religieuse et 2 cas de monomanie ambitieuse.

DOSES. — Les quantités d'extrait de belladone administrées à doses croissantes n'ont jamais été portées au delà de 9 décigr. par jour. En moyenne, elles variaient entre 55 centigr. et 6 décigr. Pour toute la durée du traitement, les doses les plus élevées n'ont pas dépassé 16 grammes et demi; les plus faibles n'ont jamais été inférieures à 1 gramme 65 centigr. En moyenne, elles ont été de 6 grammes 3 décigr.

PHÉNOMÈNES PSYCHIQUES D'INTOXICATION. — Chez 4 sujets, l'extrait de belladone a augmenté ou transformé le désordre intellectuel quand on atteignait les doses de 7, 8 et 9 décigr. par jour. Sur 3 cas de délire partiel, deux fois il est survenu de l'excitation maniaque accompagnée de fureur et d'hallucinations, et une fois de la stupeur. Chez le quatrième sujet atteint de délire général, ce délire a seulement éprouvé du redoublement.

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES DIVERS. — Chez presque tous les sujets, la dilatation des pupilles, le trouble de la vue, la sécheresse de la gorge, la céphalalgie, etc., se sont manifestés quelques jours après l'administration du médicament.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UNE VARIÉTÉ DE LA SCARLATINE, communiquée par le docteur LIMOUSIN, de Bergerac (Dordogne).

Dans le pays où j'exerce la médecine, on observe chaque année, dans les mois d'avril, mai, juin et juillet, une fièvre éruptive exanthémateuse atteignant surtout les enfants de 2 à 14 ans; on la désigne ici sous le nom de fièvre miliaire.

La description de cette maladie ne se trouve dans aucun auteur; elle ne constitue pas, du reste, une espèce spéciale; elle est tout simplement, comme j'espère le démontrer, une variété de la scarlatine.

Deux observations abrégées donneront l'idée de l'exanthème. Voici le premier cas que je rencontrai :

OBS. I. — Dans les premiers jours d'avril 1851, je vois un enfant de 10 ans, sanguin, très-robuste, il est malade depuis deux jours; sa peau est chaude, sèche, légèrement rosée, son pouls à 140; vive douleur à la gorge, rougeur et gonflement des amygdales et de l'isthme du gosier, langue écarlate, sèche. J'annonçai une scarlatine.

Quel ne fut pas mon étonnement lorsque, le lendemain, je vis le corps couvert d'une multitude de petites taches un peu saillantes, d'un rouge vif et séparées par des intervalles dans lesquels la peau conservait la blancheur normale. Ces taches pâlirent rapidement, et trois jours après leur apparition le malade était levé.

OBS. II. — Un enfant de 13 ans, lymphatico-sanguin, robuste; il s'alite le 19 juin 1851; la veille sa santé était parfaite. Céphalalgie intense; injection de la face et des conjonctives; enchifrènement; vive douleur de gorge; voile et piliers du palais rouge vif, langue écarlate à la pointe et sur les bords, blanche au centre; peau chaude et sèche, pouls à 130, un peu de toux.

20. Dans toute l'étendue de la peau se voient de petites taches saillantes, rouge vif, uniformément disséminées sur tout le corps; entre elles l'enveloppe cutanée est à peu près blanche; elles ne disparaissent pas par la pression, elles ne sont pas groupées. Même état général, un peu de délire.

21 et 22. Les taches ne se sont pas étendues; elles ont pâli. Élevures blanchâtres miliaires sur le dos des mains; elles sont constituées par une petite vésicule remplie de sérosité trouble. La langue est écarlate, luisante; elle a perdu son enduit.

Les 23, 24 et 25, les taches s'effacent, la fièvre cesse, l'épiderme se détache sous forme d'écailles d'une extrême ténuité.

Ainsi, dans les prodromes et le début de l'exanthème, tout se passe identiquement comme dans la scarlatine franche : langue écarlate, luisante, même couleur de la gorge et du voile du palais, un peu de toux, fièvre et délire. Bientôt apparaissent des taches rosées; mais au lieu de s'étendre en répandant sur la peau une couleur rouge uniforme, elles restent stationnaires et constituent toute l'éruption. Ces taches ne se groupent jamais, elles se distribuent sur tout le tégument interne, laissant entre elles des espèces variables. D'ordinaire la face est la première envahie, le cou, le tronc et les membres les présentent ensuite; cependant il est plus juste de dire qu'elles paraissent simultanément dans toutes les parties qu'elles doivent atteindre; en quelques heures le corps en est couvert.

Quelquefois l'éruption est partielle, tantôt le tronc seul la présente, tantôt les seuls membres abdominaux; mais, dans ces cas assez nombreux, je n'ai jamais vu la couleur de la langue faire défaut, non plus que la douleur de gorge.

Comme dans la scarlatine, on observe souvent des signes de l'irritation des centres nerveux; les enfants délirent et s'agitent; les muqueuses gastro-intestinales accusent leurs souffrances par des vomissements et de la diarrhée, celles des voies respiratoires par une toux assez pénible.

La durée des prodromes, quelquefois presque insaisissables, peut se prolonger pendant dix jours dans un cas; il se pourrait bien que l'état maladif préexistant fût l'occasion de la pénétration du virus scarlatineux dans l'économie.

La période d'éruption dure de trois à cinq jours. Quant à celle de desquammation, elle est pour ainsi dire indéfinie. J'ai actuellement sous les yeux une petite fille chez laquelle elle n'est point achevée, un mois et deux jours s'étant écoulés depuis la disparition des taches. Cette période présente ceci de remarquable que toujours l'épiderme se détache sous forme d'une poussière extrêmement ténue; pas une seule fois je n'ai observé ces larges plaques épidermiques, si certainement caractéristiques de l'existence passée de la scarlatine.

Quelques-uns de mes malades ont été atteints d'angine pseudo-membraneuse, de méningite et d'entéro-mésentérite typhoïde; ces complications se montrent dans les cas les plus simples en apparence; il est impossible de leur assigner pour cause la disparition brusque de l'éruption, car bien des fois j'ai vu cette disparition survenir tout à coup comme par délitescence, sans qu'il en résultât rien de fâcheux, et souvent les taches gardaient leur aspect ordinaire, alors que la phlegmasie viscérale concomitante révélait sa présence par des symptômes nullement douteux.

Presque tous mes petits sujets, quelle qu'ait été l'intensité de l'éruption, ont présenté l'anasarque du tissu cellulaire de la face, des malléoles et souvent des mains; je ne sais si l'on doit expliquer sa fréquence par l'indocilité des enfants qui quittaient le lit aussitôt la fièvre tombée, et se refusaient même à garder la chambre; mais on ne peut guère invoquer l'influence de l'air froid, à cause de l'élévation très-grande de la température à l'époque où la fièvre éruptive régnait avec le plus d'intensité.

Quoi qu'il en soit, voici dans quelles circonstances l'œdème se manifestait: la période de desquammation n'étant pas terminée et les enfants offrant un état physiologique parfait, trois, cinq, dix, quinze jours après l'éruption, les paupières, les supérieures surtout, ainsi que la face, gonflaient sans changer de couleur; bientôt les malléoles et les jambes présentaient aussi une augmentation de volume; parfois il en était de même des mains; ces parties, complétement indolores, gardaient l'empreinte du doigt. En aucun cas, elles n'acquirent un grand volume; par les seuls efforts de la nature, sans trouble fonctionnel notable, l'œdème disparaissait. Deux enfants cependant ont été pris, l'un d'hydrothorax à droite, l'autre d'hydrocéphalie, et ce dernier succomba très-rapidement. Deux fois j'examinai les urines dans le cours de cet œdème; elles étaient fortement albumineuses.

La maladie que je viens de décrire est extrêmement fréquente; c'est à peine si, pendant qu'elle sévit, on observe quelques cas de scarlatine franche.

Je n'ai encore rien dit de la faculté contagieuse de la miliaire; est-il utile de déclarer qu'elle la possède à un haut degré? Tous les enfants d'une même famille en sont successivement atteints; les parents eux-mêmes la contractent fréquemment.

De ce qui précède, je crois pouvoir conclure :

La fièvre éruptive, ci-dessus décrite, est une variété de la scarlatine; l'état des muqueuses bucco-pharyngiennes, la nature des complications, la fréquence de l'anasarque, le démontrent irrécusablement.

LETTRE SUR LE BROIEMENT DE LA PIERRE EN UNE SEULE SÉANCE; par M. le baron HEURTELOUP.

Monsieur le rédacteur,

Dans le mémoire publié par mon honorable confrère, M. le docteur Amussat, dans les n^{os} du 8 et du 15 octobre de la GAZETTE MÉDICALE, il me fait l'honneur de me citer plusieurs fois comme ayant posé un principe *lithotriptique*, celui *de terminer l'opération de broiement en une seule séance*, et à l'appui de ce *principe*, il présente le cas isolé d'un malade qui vient d'être débarrassé par lui, sans y revenir.

Permettez-moi de faire remarquer à mon honoré confrère que je n'ai pas posé la terminaison de l'opération en une seule séance comme *principe*, mais comme *conséquence* de la perfection et de la puissance du système d'opération que je proposai en 1846.

J'ai dit alors à l'Académie des sciences, en lui présentant mon mémoire sur le procédé de l'*extraction immédiate*: « Je viens, dans ce mémoire, vous dire » et vous prouver que des pierres, même d'un volume considérable, peu- » vent être *extraites* par les voies naturelles *immédiatement*, et souvent » dans un temps moins long que ne le nécessite l'extraction de la même » pierre en pénétrant jusqu'à elle par cette large et profonde incision qu'on » appelle *la taille*. (DE LA LITHOTRIPSIE SANS FRAGMENTS, p. 80.)

Pour faire connaître jusqu'à quel point mon système d'opération permettait d'opérer avec promptitude, j'ai présenté à l'Académie un total de 124 malades, sur lesquels

69	n'avaient	été	opérés qu'une fois	pour	être guéris.	69 fois.
28	—	—	deux fois	—	—	56 fois.
17	—	—	trois fois	—	—	51 fois.
5	—	—	quatre fois	—	—	20 fois.
4	—	—	cinq fois	—	—	20 fois.
1	—	—	six fois	—	—	6 fois.
124	malades opérés.					222 fois.

Ainsi, pour guérir 124 malades, j'ai opéré 222 fois, ce qui équivaut, comme moyenne, à un peu moins de 2 fois pour chaque malade.

J'ajoute dans mon mémoire, avec une note à l'appui : « Si l'on considère » que la moyenne des séances pratiquées par la chirurgie en général est de » 9 à 10, on appréciera de suite l'importance du procédé de l'*extraction* » *immédiate*. » (Ouvrage cité, p. 128.)

Depuis 1846, j'ai continué et je continue à opérer quelquefois par ce procédé, et quoique je ne tienne plus un compte bien exact des cas qui me passent par les mains et que j'opère par l'*extraction immédiate*, je crois que les proportions restent à peu près les mêmes.

Dans ces derniers temps, j'ai opéré et guéri en une fois plusieurs malades, dont voici les plus saillants : le comte de M..., devant M. le docteur Horteloup; M. G..., membre de l'Institut, devant MM. les docteurs Delanglard et Arnaud; M. le major G..., devant M. Gueury-Duvivier; M. Picard, typographe, chez M. Rignoux, imprimeur de l'École de médecine, devant vingt-cinq personnes; M. C..., devant le docteur Sellier; M. L..., devant M. le docteur Baumgarten, etc., etc.

M. Amussat n'est donc pas autorisé à dire que depuis 1846, époque à laquelle j'ai posé mon prétendu *principe* du broiement de la pierre en une seule séance, *la pratique de la lithotritie est restée la même, et qu'on a continué à faire, comme par le passé, un plus ou moins grand nombre de séances, lorsqu'on aurait pu en faire une seule dans beaucoup de cas*.

Que mon distingué confrère veuille bien remarquer que ces malades sont sortis de chez moi sans avoir dans la vessie le moindre vestige de pierre, puis que j'ai tout enlevé *immédiatement* avec le *percuteur à cuillers*, au lieu que le sien a dû rendre plus tard ses fragments ou sa poudre. Comme, en finissant d'opérer, M. Amussat ne savait pas si son malade rendrait effectivement ces fragments ou cette poudre, il ne savait pas non plus s'il avait guéri son malade en une séance. Or il n'est pas régulier, à ce qu'il me semble, de vouloir appliquer un *principe* et de ne pas avoir, après coup, la certitude qu'on l'a appliqué.

Si M. Amussat veut bien ouvrir mon livre de 1846 (DE LA LITHOTRIPSIE SANS FRAGMENTS), il verra que j'ai élucidé la question du broiement de la pierre en une seule séance, et que j'ai tracé et bien souvent exécuté la marche à suivre pour obtenir ce résultat. Il n'est donc pas autorisé à écrire, pour préparer sa mission d'*élucidateur* : « *Personne, que je sache, ne s'est encore attaché à élucider cette question, et à tracer la marche à suivre pour obtenir un résultat aussi important.* »

J'aurais bien d'autres observations, qui intéressent la science, à faire sur le mémoire de M. le docteur Amussat, qui me paraît intéressant, en cela qu'il remet au jour un nombre considérable de questions qui se trouvent traitées et consignées dans mes écrits; mais ne voulant pas, quoique peut-être partie intéressée, introduire, sans votre permission, ces observations dans votre scientifique GAZETTE, je me tais sur l'importance, sur la nouveauté et sur la légitimité des propositions avancées par mon honorable et ingénieux confrère.

Agréez, etc.

— Pour abréger la discussion, nous avons communiqué à M. Amussat la lettre qu'on vient de lire en le priant de la faire suivre des remarques qu'il jugerait convenables. Voici la réponse de M. Amussat :

« Comme mon honoré confrère le rappelle lui-même dans sa lettre, j'ai rendu à ses derniers travaux une justice complète en disant que c'était bien lui qui le premier avait posé le principe de la lithotritie en une seule séance.

» Dans mon mémoire, j'ai développé ce principe, j'ai indiqué longuement les conditions de son application, et j'ai décrit un procédé nouveau qui ne ressemble pas à celui de M. Heurteloup, ainsi qu'il est facile de le voir. Je l'ai employé, non pas dans un cas isolé, mais dans plusieurs, avec le même succès.

» C'est donc aux chirurgiens à se prononcer maintenant sur la valeur relative des différents procédés que nous proposons, pour faire la lithotritie en une seule séance, dans le plus grand nombre des cas.

» Du reste, je reviendrai sur ce sujet dans un prochain travail.

» Agréez, etc. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(Suite.)

III. REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI.

Les numéros du 15 avril au 15 septembre contiennent les articles originaux suivants : 1° *De l'influence de la foi religieuse dans le traitement des maladies*; par le docteur Dumont (de Monteux). 2° *Quelques cas de névroses convulsives*; par le docteur Liégey. 3° *De l'usage des préparations* de galium palustre *contre l'épilepsie*; par le docteur Miergues fils. 4° *Observation sur un cas de courbure traumatique des os de l'avant-bras*; par le docteur Céléphe Demartis (de Bordeaux). 5° *Observations de fièvre adynamique*; par le docteur Artaud. 6° *Gangrène du siége très-étendue; toniques à l'intérieur, guérison*; par le docteur Farral. 7° *Fracture de l'os maxillaire supérieur*; par le docteur Cabaret. (Fracture de la voûte palatine d'avant en arrière dans toute sa longueur ; séparation du bord alvéolaire gauche ; fracture transversale s'étendant entre la région palatine, l'apophyse montante et l'éminence malaire.) 8° *Coup d'œil sur les maladies observées à la consultation de la Miséricorde de Montpellier en avril* 1853; par le docteur Sauvel. 9° *Observation sur un cas de cataracte liquide, opérée par aspiration; description d'un nouvel appareil cataractal*; par le docteur Céléphe Demartis (de Bordeaux). (Instrument qui diffère de l'aiguille-pompe de M. Laugier, et dans lequel l'aspiration se fait par la bouche.) 10° *Melléolés purgatifs*; par le docteur A. Lazowski. 11° *Tumeur épithéliale de la lèvre inférieure; excision du bord libre de la lèvre; guérison rapide.* (Observation recueillie à la clinique de M. le professeur Bouisson.) 12° *Remèdes et formules contre les fièvres intermittentes*; par M. le docteur Miergues fils. 13° *Observations et réflexions sur le bec-de-lièvre compliqué*; par le docteur P.-J. Cabaret. 14° *Considérations sur l'orchite rhumatismale*; par le docteur Raymond Falot. 15° *Préparations pharmaceutiques et mode d'administration des fruits de ciguë*; par MM. Devay et Guilliermond. 16° *Des bains et des lotions de guano dans les maladies cutanées*; par le docteur Demartis (de Bordeaux). 17° *Des bains de vapeurs térébenthinées*; par le docteur Aillaud (de Beaucaire). (Cite un travail du docteur Benoît sur le traitement des affections catarrhales et rhumatismales par les vapeurs résineuses, imprimé à Valence en 1853.) 18° *Observations de fièvre ataxique*; par le docteur Artaud. 19° *Quelques mots sur l'étiologie de la pellagre dans les départements des Hautes et Basses-Pyrénées*; par le docteur Oscar de Bataille. 20° *Observation de chorée du côté gauche due à la présence de vers* (sic); par le docteur Miergues. 21° *Mémoire sur les prophylaxies et les antagonismes*; par le docteur Demartis. 22° *Du traitement de la pustule maligne*; par le docteur Bruguier. 23° *Réflexions sur le traitement des hernies*; par M. E. Cellarier, interne. 24° *Phlegmon diffus; hémorrhagie grave, provenant d'une artérite concomitante* (?); par le docteur Cabaret. 25° *Emploi de l'iodure d'hyposulfite de soude contre les diathèses humorales, scrofules, carie des vertèbres*; par le docteur Miergues. 26° *Note relative aux heureux effets des préparations de conicine sur l'état général des malades atteints de cancer*; par A. Beauclair, interne. 27° *Réflexions sur les luxations du fémur directement en bas, à propos d'une nouvelle observation de ce genre*; par M. le professeur Bouisson. (La GAZETTE MÉDICALE a inséré ce travail d'après le mémoire original.

DE L'USAGE DES PRÉPARATIONS DE GALIUM PALUSTRE CONTRE L'ÉPILEPSIE; par le docteur MIERGUES.

Le docteur Miergues a déjà signalé en 1850 l'emploi du *galium rigidum* et du *galium mollugo* contre l'épilepsie. Il affirme aujourd'hui que cette plante, à laquelle les praticiens accordent à peine quelques propriétés antispasmodiques, peut être considérée comme l'*antiépileptique* le plus fidèle. Il emploie à cet effet l'extrait de galium à la dose de 8 grammes pour les enfants et de 16 pour les adultes, ou le sirop préparé avec le suc de la plante fraîche. Il dit avoir remarqué que lorsque ce médicament produit des évacuations, l'effet en est plus certain. Il ne cite aucune observation à l'appui de ses assertions, il mentionne seulement l'opinion de Gonan, qui écrivait au commencement de ce siècle, dans sa BOTANIQUE APPLIQUÉE : « C'est à Jourdan, recteur de l'hôpital de Tein, qu'on a la grande obligation d'avoir enfin donné la formule d'un remède antiépileptique que sa famille possédait depuis longtemps, et probablement c'est cette espèce, *galium mollugo*, qui fut tant vantée par les anciens et désignée sous le nom de *galium palustre album latiore folio.* »

REMÈDES ET FORMULES CONTRE LES FIÈVRES INTERMITTENTES; par le docteur MIERGUES.

Le numéro de février de la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI a aussi inséré un article du docteur Miergues relatif à l'emploi de la piloselle comme fébrifuge. Ce médecin, revenant sur la question des succédanés du quinquina, rappelle que la poudre d'euphorbe à feuilles linéaires, *euphorbia cyparissas*, a été employée à la dose d'un gramme une heure avant les accès. Ce médicament, qui évacue fortement, aurait toujours réussi entre les mains de l'auteur.

Dans les cas les plus réfractaires, il emploie la formule suivante :

Sulfure d'arsenic porphyrisé.	10 centigr.
Sulfate de quinine	1 gramme.
Extrait d'aunée	S. Q.

Pour 8 pilules, à prendre une le soir, une autre le matin.

Mais que faut-il penser des lignes suivantes par lesquelles le docteur Miergues termine cet article ? « Comment agit la toile d'araignée en pilules, qui m'a souvent réussi à la caserne ? Comment agissaient les épicarpiques des anciens qui n'étaient que des exutoires situés à la région carpienne ? L'épicarpique, qu'employait mon grand-père avec un succès assez constant, n'était autre que de l'écorce de noyer (*juglans regia*) appliquée sur le carpe du côté de l'aubier, et maintenue en place douze heures. » Tout cela se réduit évidemment à une simple question d'interprétation et d'observation. Or nous ne mettons pas en doute que l'interprétation ne soit inexacte dans la plupart des cas que l'auteur dit avoir observés, et que l'observation ne laisse beaucoup à désirer du côté de l'exactitude.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR LE BEC-DE-LIÈVRE COMPLIQUÉ; par le docteur P. J. CABARET.

Les considérations que l'auteur présente à ce sujet ont trait à l'adoption du procédé de Louis (MÉM. DE L'ACAD. ROY. DE CHIRURGIE, t. XII, p. 90) et conduisent aux conclusions suivantes :

« 1° Chez les sujets dont la portion moyenne du bec-de-lièvre est très-large, il est avantageux de pratiquer l'opération en plusieurs temps, parce qu'on a vu fréquemment les points de suture déchirer le lambeau moyen, qui se trouvait tiraillé en même temps dans deux directions opposées.

» 2° Faute de s'assujettir à cette règle, la déchirure s'effectue d'autant plus facilement que les enfants sont opérés à une époque plus rapprochée de la naissance et que le tissu des lèvres est plus friable.

» 3° Le tubercule médian n'étant pas traversé à la fois par quatre ou cinq aiguilles, son irritation est moins violente, et les tiraillements que supporte sa partie centrale sont aussi moins considérables. »

CONSIDÉRATIONS SUR L'ORCHITE RHUMATISMALE; par le docteur RAYMOND FALOT.

L'auteur résume dans les termes suivants, d'après M. le professeur Bouisson, la différence entre l'inflammation testiculaire et l'orchite rhumatismale :

« L'inflammation testiculaire par suite de blennorrhagie se développe dans le cours d'écoulements peu marqués et déjà anciens; il est rare qu'il y ait coïncidence d'orchite rhumatismale dans le cas d'urétrite. L'épididyme est la partie qui est atteinte la première consécutivement à l'urétrite,

et n'estpas souvent engorgé dans le rhumatisme. En général, un seul côté est tuméfié dans l'inflammation du testicule; les deux organes peuvent être à la fois le siége de la métastase rhumatismale. L'orchite survenue à la suite de l'urétrite passe rarement d'un côté à l'autre d'une manière brusque; le contraire a été observé dans l'orchite rhumatismale. La fièvre et les douleurs vives sont exaspérées par la moindre pression dans la première; dans l'autre il n'y a pas d'appareil fébrile, et les douleurs n'augmentent pas par le toucher, ce qui fait voir qu'elle n'est pas réellement inflammatoire. Dans l'orchite vénérienne tous les tissus sont envahis; dans la rhumatismale, le tissu fibreux testiculaire est seul atteint: ce qui le prouve c'est que la tuméfaction, les douleurs et les tiraillements sont moindres. Dans l'orchite blenorrhagique, le traitement doit être surtout antiphlogistique; dans la rhumatismale, les antiphlogistiques locaux ne sont pas indiqués impérieusement. »

DES BAINS ET DES LOTIONS DE GUANO DANS LES MALADIES CUTANÉES; par le docteur DESMARTIS.

Les affections cutanées contre lesquelles le guano a été employé avec succès sont: le pemphygus, la teigne, le psoriasis et l'eczéma chronique. On a aussi employé les lotions de guano contre les leucomes et les albugos, les ulcères scrofuleux, les cancers ulcérés.

On peut prescrire le guano dans les affections cutanées à la dose de 500 grammes dans un bain; pour les lotions, il faut avoir égard à l'état inflammatoire de la partie malade. On emploie la liqueur filtrée après ébullition; on peut aussi faire usage de la pommade de guano. Celte substance, que Récamier a le premier préconisée, paraît douée de quelque efficacité.

On se demande quel est le principe qui agit dans ces préparations? La question est des plus complexes, car le guano contient de la potasse et de la chaux, de l'ammoniaque et de l'oxyde de fer, une matière grasse et des acides urique, oxalique et phosphorique en proportions variables.

QUELQUES MOTS SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA PELLAGRE DANS LES DÉPARTEMENTS DES HAUTES ET BASSES-PYRÉNÉES; par le docteur OSCAR DE BATAILLE.

Toutes les questions qui tiennent à l'étiologie des affections endémiques prennent aujourd'hui une importance très-grande en raison de l'attention qui se porte sur ce genre de recherches et des observations multipliées auxquelles elles ont donné lieu dans ces derniers temps.

Ces faits ne constituent pourtant qu'une étude préparatoire du grand problème du mode de développement des affections propres à certaines localités.

Le travail de M. Oscar de Bataille a le tort de ne point se baser sur des faits entièrement nouveaux, mais il présente une interprétation raisonnée des observations principales de Gaspard Casal, de Marchand, de Strombio, de Caldérini; après avoir passé en revue les diverses opinions de ces auteurs, il s'arrête à celle de Thawerel, de Fanganzo, de Gnéreschi, reproduite dans ces derniers temps et soutenue avec tant de talent par M. le docteur Roussel en France, et par Balardini en Italie (ANNALI, 1845).

Le travail entier se résume dans les conclusions suivantes:

« Tout porte à penser que l'usage immodéré du maïs est la principale cause de la pellagre.

» Il est probable que celte plante doit ses propriétés délétères aux altérations qu'elle éprouve par suite des rigueurs d'un climat moins doux que celui dont elle est originaire. »

IV. GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER.

Les six premiers numéros de ce journal, du 15 avril au 15 septembre 1853, contiennent les articles originaux suivants: 1° *Des différences que présente l'organisation du corps de l'homme aux diverses époques de son développement et aux divers âges*; par le docteur A. Courty. 2° *Quelques réflexions et observations sur les maladies des amygdales*; par le docteur Bonrely. 3° *Des relations qui existent entre l'anatomie et la physiologie*; par le docteur Bourdel. 4° *Note sur le traitement des fièvres intermittentes d'Afrique*; par le docteur E. Vidal. 5° *Du traitement de la surdi-mutité*; par le docteur A. Girbal. 6° *Remarques et faits cliniques relatifs à l'histoire des fractures et luxations de la colonne vertébrale*; par le docteur F. Mouset. 7° *Relation de quelques cas de choléra-morbus asiatique observés à Montpellier en* 1849; par le docteur Chrestien. 8° *Études cliniques sur l'hydrocèle*; par le docteur Cabaret. (Sous ce titre, il est fait mention d'une observation d'hydrocèle avec engorgement testiculaire, guérie par l'injection vineuse, et d'un cas d'hydrocèle congénitale guérie par l'incision du sac.)

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES D'AFRIQUE; par le docteur E. VIDAL, chef de clinique médicale.

L'auteur de cette note a eu occasion d'observer, à Montpellier et à Avignon, des militaires de l'armée d'Afrique atteints de cachexie palostre, et particulièrement des sujets exposés, pendant l'automne et l'hiver de 1852, à l'endémo-épidémie de Bone, et présentant à leur arrivée dans le midi de la France, la bouffissure de la face et des extrémités, la coloration pâle et jaunâtre de la peau, la pâleur des muqueuses, une faiblesse générale, des digestions difficiles, un empâtement des viscères abdominaux, un engorgement du foie et de la rate. Il divise ces malades en trois catégories: 1° ceux qui depuis quelque temps n'ont plus d'accès; 2° ceux qui en ont d'irréguliers dans leur type et de mal dessinés dans leur manifestation; 3° ceux qui conservent encore la fièvre intermittente avec le type et les symptômes primitifs.

Le traitement général tonique et réparateur convient dans tous ces cas, et il suffit à lui seul dans la première catégorie.

Le traitement de la seconde catégorie de cas mérite une plus grande attention; les accès sont irréguliers, souvent peu intenses, ne consistant chez les uns qu'en quelques frissons, suivis de céphalalgie et de chaleur; chez les autres présentant seulement de la sueur, les malades n'ayant pas conscience des périodes qui précèdent. « Il faut, dans ces cas, faire attention à la forme que prend l'affection; si les périodes sont longues, irrégulières, si le malade souffre beaucoup, si quelque organe tend à se prendre, il ne faut pas hésiter à agir. Quelquefois dès le lendemain les accès se développent, deviennent pernicieux et emportent le malade. Un signe qui ne doit pas être négligé, c'est l'état de délabrement dans lequel se trouvent ces malades. »

Dans la troisième classe de faits, les accès contractés en Afrique continuent en France avec le même type qu'ils avaient d'abord. Si ces accès sont peu violents, s'ils diminuent graduellement d'intensité, le changement de climat suffit à la guérison; mais si les accès deviennent plus intenses, s'ils s'accompagnent de quelque mouvement fluxionnaire, il faut administrer de préférence à tous les antipériodiques, le quinquina. A ce sujet, M. Vidal rappelle à la suite de ces observations, faites à la clinique du professeur Fuster, les excellents effets qu'on retire dans ces cas de l'extrait alcoolique de quina seul, à la dose de 6 à 8 grammes, ou associé à la quinine.

RELATION DES QUELQUES CAS DE CHOLÉRA-MORBUS ASIATIQUE, OBSERVÉS A MONTPELLIER EN 1849; par le docteur CHRESTIEN.

Le chiffre des décès cholériques a été de 86 dans l'épidémie qui s'est montrée à Montpellier, du 19 août au 13 novembre 1849; il se répartit ainsi: pratique civile, 51; hôpital général, 21; hôpital Saint-Éloi, 14.

Il serait difficile, d'après cela, de soutenir aujourd'hui qu'il n'y a pas eu épidémie cholérique à Montpellier, d'autant plus que, comme le fait remarquer le docteur Chrestien, on observait chez les malades l'algidité, la cyanose, l'aspect rizacé des déjections. Un tableau récapitulatif indique l'âge et le domicile des 51 décès à domicile. En étudiant la répartition de ces cas dans les différentes rues, on peut reconnaître que le choléra, quoique disséminé sur les points de la ville les plus éloignés, a principalement sévi sur la rue du Berger et ses alentours. Cette partie de la ville laisse à désirer sous le rapport de l'agglomération et de la pauvreté des habitants.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

RÉUNION DES TENDONS ANCIENNEMENT DIVISÉS.

M. SÉDILLOT lit un mémoire sur la réunion des tendons anciennement divisés et isolément cicatrisés, comme moyen de rétablissement des mouvements. Si l'on jette un coup d'œil, dit M. Sédillot, sur les ressources de la chirurgie, relativement aux plaies des tendons, on remarque une différence tranchée dans la conduite des hommes de l'art, selon que la blessure est récente ou date d'une époque déjà éloignée.

Dans le premier cas, personne n'hésite à réunir les extrémités des tendons divisés, et l'on obtient, par la position des bandages et des sutures, de très-beaux succès.

La chirurgie a montré moins de confiance et de hardiesse lorsque les plaies étaient anciennes, et que la perte des mouvements dépendait de la cicatrisation isolée et de l'interruption de continuité des deux bouts des tendons. On con-

sidère habituellement ces sortes de lésions comme étant au-dessus des ressources de l'art, et l'on semble en méconnaître ou en négliger les moyens de guérison. On pourrait cependant, dans beaucoup de cas, rétablir les mouvements. Voici une observation de ténoraphie tardive ou secondaire, qui nous a servi à poser quelques règles générales propres à assurer le succès de ces curieuses opérations et à en propager les applications.

Le nommé M... entra dans mon service le 11 janvier 1853. Ce militaire avait reçu, le 13 décembre 1852, un coup de sabre au tiers inférieur de la face dorsale de l'avant-bras droit, pendant que la main était placée en demi-pronation. Au moment de sa blessure, M... n'éprouva du côté des doigts aucune sensation particulière, et il put même serrer la main d'un de ses camarades; mais on constata bientôt que le pouce, l'indicateur et en partie le médius avaient seuls conservé leur mobilité, tandis que les deux autres doigts restaient fléchis et ne pouvaient être spontanément redressés.

La plaie, traitée à l'infirmerie régimentaire par la réunion immédiate, l'immobilité et les réfrigérants, fut cicatrisée le septième jour sans avoir offert de complications; mais la paralysie des doigts devint un obstacle à toute reprise de service, et le malade fut dirigé, quelques semaines plus tard, sur l'hôpital militaire de Strasbourg.

A la visite du 12 janvier 1853, on constate la perte complète des mouvements d'extension des doigts auriculaire et annulaire, et incomplète du médius. Les deux derniers doigts soulevés retombent dans la flexion, et le malade est incapable de s'en servir. On aperçoit au tiers postérieur et inférieur de l'avant-bras droit, une cicatrice de 13 millimètres de longueur sur 4 millimètres de largeur, de forme allongée, légèrement déprimée, adhérente aux parties subjacentes et située à 23 millimètres de l'apophyse styloïde du cubitus.

Il était évident que les tendons extenseurs avaient été divisés et qu'ils s'étaient cicatrisés isolément.

Le 19 janvier, en présence de plusieurs officiers de santé, le malade étant chloroformisé, je pratiquai à 8 millimètres en dedans de la cicatrice une incision longitudinale de six centimètres d'étendue. La peau coupée et repoussée en dehors, je mis à nu un tissu cicatriciel adhérent et continu à l'aponévrose, et par la dissection, j'arrivai à découvrir les extrémités d'un tendon volumineux séparées par un intervalle de 3 centimètres.

Je devais m'attendre à trouver intéressés les tendons de l'extenseur commun et de l'extenseur propre du petit doigt; mais, par une anomalie dont les exemples ne sont pas très-rares, l'extenseur propre n'existait pas, et nous n'aperçûmes qu'un seul tendon, dont la section avait suffi à paralyser les doigts.

Nous isolâmes alors le bout supérieur du tendon, enveloppé à cette hauteur de quelques fibres musculaires, et j'enlevai le tissu fibreux intermédiaire qui eût fait obstacle à l'affrontement du tendon, dont chaque bout fut rafraîchi avec des ciseaux.

Le renversement de la main en arrière suffisant à ramener au contact les deux extrémités tendineuses, nous les assujettîmes par un seul point de suture traversant le milieu du tendon.

Un double nœud, fortement serré, fixa le fil, dont un des bouts fut coupé près du nœud, tandis que l'autre fut maintenu au dehors de la plaie pour être retiré en temps opportun.

Les téguments furent réunis immédiatement par trois points de suture entrecoupée. Les doigts, la main et le poignet furent étendus sur des coussins élevés, et l'extension obtenue par la position et quelques simples jets de bande.

Le malade revient promptement à lui après la chloroformisation, et se montre aussi étonné que satisfait d'avoir été opéré pendant son sommeil.

Le 20, un peu d'agitation nocturne; soif, pouls à 80, état local favorable, faible gonflement.

Le 21, soif moins vive, pouls à 68. L'intervalle qui donne passage au fil de la suture tendineuse laisse échapper un peu de suppuration sanguinolente.

Le 22, tuméfaction de tout l'avant-bras, rougeur érythémateuse, endolorissement. On enlève deux points de suture. (Eau de Sedlitz, bouillon maigre.)

Le 23, le troisième point de suture s'est détaché pendant la nuit. Diminution notable de la tension et du gonflement; état général satisfaisant.

Le 26, suppuration. Le fil de la suture profonde est enlevé sans résistance, et les bords de la plaie tégumentaire sont légèrement rapprochés.

Les jours suivants, malgré nos recommandations, le malade commence à étendre et à fléchir les doigts précédemment paralysés. On distingue sous la peau les mouvements du tendon; la cicatrice se fronce, et la contraction musculaire se suit des yeux jusqu'à l'extrémité supérieure de l'extenseur commun des doigts.

Rien ne vint dès lors entraver la guérison. La main reprit sa force et ses usages, et le malade quitta l'hôpital et fut rendu à sa profession.

Si l'on réfléchit, ajoute M. Sédillot, aux particularités de cette opération, et qu'on en recherche les principales conditions de succès, on peut les signaler dans l'ordre suivant :

1° Les extrémités tendineuses doivent être dégagées de toute adhérence fibreuse de nature à compromettre le rétablissement des mouvements.

2° Le tissu cellulaire qui sert d'enveloppe et de gaîne au tendon sera ménagé avec soin pour circonscrire le siége et les dangers de l'inflammation, et assurer la vitalité et l'intégrité du tendon.

3° Les extrémités tendineuses précédemment divisées et isolément cicatrisées seront rafraîchies et maintenues dans un contact immédiat et permanent au moyen d'un ou de plusieurs points de suture, formés de fils très-fins et assez serrés pour déterminer une prompte section des tissus intermédiaires.

4° La position et les bandages sont d'un très-grand secours, mais rarement suffisants pour maintenir les tendons parfaitement affrontés. L'application permanente en est génante, douloureuse, quelquefois insupportable, tandis que la suture n'a aucun de ces inconvénients et donne des résultats beaucoup plus certains.

5° L'incision pratiquée pour découvrir et isoler les extrémités tendineuses sera placée à quelque distance de la direction normale du tendon, afin que ce dernier soit ensuite complétement recouvert par la peau et échappe plus sûrement à l'inflammation, aux adhérences et à l'exfoliation.

6° Le retour de la mobilité est parfois très-prompt, comme le prouve notre observation; mais, dans le cas où des adhérences auraient eu lieu et feraient obstacle aux mouvements, on pourrait encore espérer la guérison, pourvu que la continuité tendineuse fût rétablie. Les exercices répétés, les douches, les massages et surtout des incisions sous-cutanées propres à dégager et à isoler le tendon seraient des moyens auxiliaires d'une grande utilité.

7° La plaie tégumentaire sera réunie immédiatement et l'on en préviendra la suppuration par les moyens les plus efficaces: position élevée du membre, absence de toute compression, fomentations légèrement aromatiques, diète et purgatifs répétés, etc.

Après cette communication, M. Roux fait observer que la chirurgie, si prodigue autrefois de la suture des tendons dans les plaies récentes, n'est pas restée, dans les temps modernes, autant inactive que le pense M. Sédillot à l'endroit des difformités provenant de la section ancienne d'un tendon dont les bouts ne se sont pas réunis.

Déjà M. A. Petit (de Lyon) raconte, dans un de ses ouvrages, un cas dans lequel il a pratiqué avec succès la suture d'un des tendons extenseurs des doigts anciennement divisé. Voici ce fait :

M. de Prianҫon avait perdu l'usage du doigt indicateur de la main droite, par suite d'une ancienne blessure de la face postérieure de cette partie. Il apprit la manière heureuse dont Banpré avait guéri (plaie récente, suture tendineuse), et vint me demander la même opération. Je m'y refusai, les circonstances n'étant pas les mêmes; il insista, fortifia mes doutes, me donna son courage : je me rendis. Le dos de la main fut fendu; j'y cherchai les deux bouts du tendon, séparés par un intervalle de près de deux pouces. Ils étaient arrondis et tuberculeux; je les coupai pour en faire une plaie sanglante. Je traversai chaque bout du tendon avec une aiguille, les maintins rapprochés par un fil, un bandage et une situation convenables. La guérison radicale, le vingt-cinquième jour, fut une occasion de triomphe pour M. de Prianҫon, pour l'art et pour son disciple. (M. A. Petit, MALADIE DU COEUR, p. 320, Lyon, 1806.)

Moi-même, ajoute M. Roux, j'ai fait une opération analogue dans le cas suivant :

C'est il y a vingt-cinq ans au moins. Un Italien, du nom de Ruffo, très-fort pianiste et en même temps compositeur, qui a donné plusieurs ouvrages à l'Opéra-Comique, me fut présenté ayant le doigt médius de la main droite continuellement fléchi et comme renversé sur la paume de la main. Ce doigt était complétement insensible. Cet état de choses était le résultat d'une section du tendon extenseur de ce doigt, qui avait été faite par un morceau de verre. Au moment de la blessure, on avait appliqué inutilement un appareil unissant et maintenu le doigt dans l'extension : la plaie de la peau s'était réunie; mais il n'y avait point eu consolidation du tendon, et depuis près de deux années, M. Ruffo avait dû renoncer presque entièrement à ses occupations chéries: du moins son jeu sur le piano était des plus imparfaits.

Je me souvins de ce que j'avais lu dans un ouvrage de M. A. Petit (de Lyon), qui contient un petit résumé de sa pratique à l'Hôtel-Dieu de Lyon pendant le temps de son service comme chirurgien-major.

M. Ruffo accepta la proposition que je lui fis de lui pratiquer la suture de son tendon, dont les bouts, qu'on sentait distinctement à travers une ancienne cicatrice, correspondaient un peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne. J'incisai verticalement cette cicatrice; je resequai les deux extrémités du tendon qui tenaient faiblement l'une à l'autre par un tissu membraneux, et qui étaient séparées par un intervalle d'un travers de doigt environ. Je les traversai par un fil au moyen d'une petite aiguille courbe; elles furent mises facilement en contact, et je les y maintins en unissant les deux bouts de ce fil par deux nœuds simples. Je réunis la plaie, et je pus retirer le fil le dix-septième jour. Bien entendu que, pendant tout le temps que la nature fut mise à même de consolider le tendon, le doigt fut maintenu dans une extension forcée ou du moins aussi grande que possible.

La consolidation fut parfaite, et M. Ruffo put recouvrer le libre usage de tous les mouvements de la main et reprendre ses exercices sur le piano.

Enfin, voici un troisième fait dans lequel la même opération a été faite avec succès :

M. le docteur Duterire conҫut le projet de remédier à cette infirmité par l'opération suivante : deux incisions elliptiques circonscrivent la cicatrice tégumentaire qui était adhérente et avait 6 centimètres de longueur transversale, 16 millimètres de largeur, 8 millimètres d'épaisseur, et renfermait une petite esquille du volume d'un grain de chènevis provenant du cubital.

On put dès lors constater que l'extenseur commun était partiellement divisé, tandis que la section de l'extenseur propre du petit doigt et du cubital postérieur était complète; un intervalle de 3 centimètres existait entre les fibres musculaires.

M. le docteur Duterire rapprocha la peau et les muscles au moyen de points de suture enchevillé (petits morceaux de cuir carrés placés aux extrémités de chaque fil), mais n'affronta pas entièrement les parties, et laissa entre les

lèvres de la plaie 2 centim. environ d'écartement. Un appareil de renversement des doigts et du poignet, de l'invention de l'auteur, fut appliqué, et le malade recouvra, au bout d'un mois, la faculté d'allonger les doigts et d'étendre la main. (Dutertre, MÉD. OPÉRAT.; Paris, 1816.)

M. SÉDILLOT : Cette dernière observation diffère de la nôtre sous plusieurs rapports :

1° Ce n'est pas une opération de ténoraphie qui fut pratiquée, car les sutures portèrent sur les fibres musculaires, dont les tendons se dégagent et s'isolent fort au-dessous de la partie moyenne du membre.

2° Les sutures comprirent la peau et les muscles, qui furent plutôt soutenus qu'affrontés, dans le but probablement d'en éviter la trop prompte section et de prévenir l'étranglement provenant du gonflement inflammatoire, tandis que nous avions mis dans un contact immédiat les bouts du tendon.

3° La cicatrice fut enlevée et les muscles réunis au fond de la plaie, ce que nous évitâmes en ménageant la cicatrice de notre malade et en détachant latéralement la peau, qui nous servit à recouvrir et à protéger le point de rapprochement des extrémités tendineuses.

L'opération de M. Dutertre n'a pas obtenu toute l'approbation de Boyer, qui, sans nier la valeur de la suture, a cependant attribué au bandage la plus grande part du succès : telle est également notre opinion. Les fibres musculaires ne sauraient être ramenées au contact par de simples points de sutures; elles n'offrent pas une résistance suffisante et seraient sur-le-champ coupées. Mais si on les suppose doublées d'aponévroses ou de lames tendineuses d'insertion, on comprend très-bien qu'elles obéissent à l'action des sutures, et, dans tous les cas, on pourrait en maintenir l'affrontement par la position et les bandages, ce qui nous paraît une indication capitale pour prévenir l'inflammation et obtenir une cicatrice de continuité indispensable au rétablissement des fonctions du muscle.

Aux faits cités par M. ROUX, on peut joindre le suivant :

Un jeune homme eut le tendon d'Achille divisé par un coup de faux, et la marche devint impossible par suite de la cicatrisation isolée des deux extrémités tendineuses. Cinq mois plus tard, M. le professeur Syme tenta la guérison. Une incision pratiquée le long de la cicatrice permit d'enlever la substance fibreuse qui unissait les deux bouts du tendon et les faisait adhérer aux parties voisines. Deux points de suture ne comprenant pas la peau maintinrent les surfaces tendineuses dans un contact parfait. L'appareil de J.-L. Petit pour la rupture du tendon d'Achille fut appliqué, et le malade recouvra complétement l'usage de son membre vers la sixième semaine. (ARCHIVES DE MÉDECINE, année 1837.)

MIAO-TSE, PEUPLES DES PARTIES MONTAGNEUSES DE LA CHINE.

M. DE PARAVEY adresse une note sur les *Miao-tse*, peuples qui habitent les parties montagneuses de la Chine, et paraissent appartenir à une race différente de celle du reste des habitants.

L'auteur joint à sa note une figure qu'il a prise dans l'atlas colorié d'un ouvrage chinois que possède la bibliothèque de la Haye. Il reproduit, dit-il, cette figure moins pour les caractères anthropologiques, qu'il suppose avoir mal été rendus par le dessinateur, que pour les détails ethnographiques (les armes, la forme des vêtements), qui lui semblent différents de ceux qu'on connaît aux hommes de la race jaune, et venir ainsi à l'appui des conjectures qui leur attribuent une origine distincte.

M. Serres est invité à prendre connaissance de cette note.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet un rapport de M. le docteur Vannaque, médecin inspecteur des eaux minérales de Pierrefonds (Oise), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852. (Comm. des eaux minérales.)

Le même ministre transmet un rapport de M. le docteur Ruelle, médecin inspecteur des eaux minérales de Vals (Ardèche), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

— M. GROS (de Moscou) adresse une lettre sur le choléra qui a régné récemment à Moscou. Il ressort des détails contenus dans cette lettre :

1° Que la mortalité reste la même, malgré la diversité des traitements;

2° Que le choléra n'est pas contagieux;

3° Que les connexions du choléra avec les agents météorologiques et hygiéniques sont plus obscures que jamais;

4° Que le choléra d'emblée est très-rare, s'il est possible;

5° Que les perturbations organiques s'annonçant toujours quelque temps avant l'invasion mortelle, la cure prophylactique est la seule rationnelle et possible.

— M. le docteur BOCAMY, de Font-Froide (Pyrénées-Orientales), adresse un mémoire sur les causes du choléra asiatique. (Comm. du choléra.)

— M. DELFRAYSSE adresse des observations et réflexions sur les propriétés prophylactiques et anticontagieuses du quinquina dans les épidémies paludéennes, et principalement dans la fièvre. (Comm. : M. Gaultier de Claubry.)

— M. CAZENAVE (de Bordeaux) adresse une boîte contenant des bougies dilatantes et médicamenteuses, accompagnée d'un paquet cacheté.

— M. MISSOUX, de Fournols (Puy-de-Dôme), adresse une observation de *spina ventosa* guéri radicalement et sans aucune trace de difformité. (Comm. : M. Gimelle.)

NOUVELLE SONDE.

M. SÉCRÉTAN soumet au jugement de l'Académie une nouvelle sonde pouvant en une seule introduction servir au triple usage d'évacuer l'urine, d'explorer et de cautériser un point donné de l'urètre ou de la vessie.

Dans l'emploi des différentes sondes à cautériser en usage, l'auteur avait remarqué que (quelques précautions que l'on eût prises auparavant pour vider la vessie aussi complétement que possible) il arrive fréquemment, surtout quand on cautérise près du col, que l'impression produite par le caustique, à l'instant où on le met à découvert, provoque l'expulsion d'une certaine quantité d'urine, qui dissout le nitrate d'argent, l'étend inutilement sur les parties qu'il serait mieux de ménager, et, ce qui est plus fâcheux, empêche l'effet d'être complet sur les points qu'il eût été nécessaire de modifier par l'action plus énergique du caustique non delayé.

Le désir d'obvier à ces inconvénients, qui peuvent faire manquer la réussite d'une cautérisation, a fait imaginer à M. Secretan un instrument qui, bien qu'étant, en principe, la sonde très-commode de M. le professeur Lallemand, a néanmoins sur toutes les sondes connues l'avantage de pouvoir donner issue à l'urine, soit avant, soit après la cautérisation.

Le nouvel instrument proposé, quand il est monté (abstraction faite du renflement qui le termine), ressemble aux autres sondes à cautériser; mais le bout du mandrin qui porte la cuvette (fig. 1) est *creux*; son olive A est percée en grille, ainsi que l'autre extrémité C du cylindre *creux* AC, laquelle s'articule avec la chaînette.

Il résulte de cette disposition que l'urine, qui entre par la grille A, passe sous la cuvette D, dans laquelle le nitrate d'argent est renfermé, et va ressortir par l'autre grille C. Supposons maintenant l'instrument monté (fig. 2); le liquide continue à cheminer dans la canule, et arrive au dehors par la tubulure E.

Il faut pour cela que le mandrin, y compris la chaînette, laisse assez d'espace vide dans la canule pour que l'urine puisse y circuler librement. Il est essentiel, au contraire, que la portion du cylindre située entre la cuvette et le point C, où commencent les trous, soit à frottement exact et enduite d'un corps gras non liquide, que l'on introduit au point correspondant de la canule avant de fermer l'instrument, afin que l'urine, une fois arrivée dans la canule, trouve en cet endroit un bouchon hermétique qui l'empêche de refluer sur le caustique, qui sera ainsi conservé parfaitement à sec jusqu'au moment où on le mettra à nu.

Le bout du manche de l'instrument doit s'enfoncer d'environ 2 lignes dans la canule, et doit être entouré d'une lanière de caoutchouc pour la boucher exactement. De même, la tubulure E pourra être bouchée avec un petit fausset ou simplement avec le doigt, afin d'être préservée de l'écoulement de l'urine pendant que l'on explore. On peut aussi y appliquer une seringue, afin d'aspirer jusqu'à la dernière goutte d'urine qui pourrait se trouver dans la vessie.

L'extrémité vésicale de la canule est percée d'une fenêtre B sur sa convexité. Avant d'introduire l'instrument, on aura soin de lutter avec du suif le pourtour de cette fenêtre, ainsi que le pourtour de l'olive.

Les avantages que l'on doit attendre de cette sonde sont les suivants :

A. Donnant libre passage à l'urine,

1° Elle permet de prendre exactement la mesure de la distance qui sépare le méat urinaire du col de la vessie, en remarquant sur l'échelle graduée de la canule la profondeur précise à laquelle l'urine cesse et recommence à couler, quand on retire et qu'on enfonce alternativement la sonde. Prise ainsi, cette mesure ne sera pas sujette à varier comme si l'on employait deux sondes qui pourraient être de courbure différente.

2° Elle permet ensuite de vider la vessie et de procéder *immédiatement* à la cautérisation, *sans être obligé de retirer l'instrument et d'en introduire un autre pour cautériser*, ce qui ne laisse pas à l'urine le temps de se reproduire, épargne des souffrances au malade, que l'on peut même cautériser sans qu'il s'en doute, et fait que l'on n'est pas forcé, comme quelquefois, de remettre la cautérisation à un autre jour, parce qu'une seconde introduction de sonde ne pourrait être supportée, dans la même séance, par des organes irrités.

L'extrémité de l'instrument remplissant assez exactement le canal de l'urètre, la petite quantité d'urine qui pourrait encore s'échapper de la vessie trouvera une issue trop facile par la grille pour se forcer un passage entre l'urètre et la sonde.

3° Donc, enfin, cet instrument préserve les parties que l'on cautérise du contact de l'urine, et celles que l'on veut épargner du contact du caustique dissous, et rend à la fois son action plus circonscrite et plus intense.

B. En outre, par sa partie renflée, l'instrument *sert d'explorateur*. Ce renflement rendant son passage plus sensible sur les points ulcérés ou phlogosés, il permet d'agir sur eux avec beaucoup de précision, n'ayant besoin que de faire exécuter un demi-tour au mandrin pour amener le nitrate d'argent dans la fenêtre de la canule.

Mais quand on voudra cautériser dans un espace moins limité et circulairement, alors on poussera la cuvette hors de la canule, et on lui imprimera un mouvement de rotation, tout en faisant cheminer l'instrument d'arrière en avant jusqu'au point où on voudra borner la cautérisation.

Quand on cautérisera plus haut que le col de la vessie, dans cette seconde manière d'employer l'instrument, la fenêtre de la canule se trouvant plus bas que le caustique, donnera issue à l'urine qui pourrait se trouver dans la partie déclive. La saillie que forme en bas le renflement de la canule lui permet aussi de s'appliquer plus exactement dans le bas-fond de la vessie.

Il resterait à expliquer pourquoi l'instrument est si volumineux. (AB. Le renflement de la canule correspond au n° 25 de la nouvelle filière.)

M. Secretan répond que chacun sera libre d'en faire exécuter d'un moindre calibre; mais quant à lui, pourvu cependant qu'ils pénètrent sans trop d'efforts, il préfère les plus gros. M. Lallemand avait déjà remarqué depuis longtemps que les cautérisations faites avec de grosses sondes réussissaient en général mieux que les cautérisations faites avec de plus petites.

Indépendamment de la surface plus large que présente le caustique dans un gros instrument, cette différence, en faveur des résultats obtenus par de gros porte-caustiques, lui paraît tenir à ce que, en dilatant le canal, la muqueuse se trouve étirée et déplissée, et présente d'une façon plus immédiate tous ses points à l'application du caustique. Les cryptes muqueux eux-mêmes étant élargis par l'extension de la membrane qui les porte, l'action qu'ils recevront du caustique sera plus pénétrante et atteindra le système sécrétoire de la muqueuse jusque dans la profondeur de ses follicules.

EAUX MINÉRALES.

M. O. Henry lit un rapport avec analyse chimique sur l'eau minérale sulfureuse de l'Echeillon, commune de Veurey (Isère).

Cette eau est analogue à celle d'Allevard, mais moins forte. M. Henry propose de répondre au ministre que rien ne s'oppose à ce que l'autorisation d'exploiter cette eau soit accordée à son propriétaire. (Adopté.)

M. Henry lit un second rapport sur l'eau minérale sulfureuse de Gasost (Hautes-Pyrénées) : c'est une eau sulfureuse froide d'une composition analogue à celle de Labassère et des eaux sulfureuses de la chaîne des Pyrénées. M. le rapporteur propose également de répondre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source. (Adopté.)

Le même rapporteur lit un troisième rapport au sujet de trois sources d'eau minérale naturelle découvertes à Alet (Aude). Vu l'impossibilité où il s'est trouvé de faire l'analyse de cette eau, il propose que la demande soit ajournée jusqu'à ce qu'un envoi suffisant d'échantillons ait été fait. (Adopté.)

CHOLÉRA.

M. Jolly continue la lecture de son mémoire sur le choléra, dont la fin est ajournée à l'une des prochaines séances.

CAS DE MORT SUITE D'UNE COMBUSTION VOLONTAIRE DANS UN ACCÈS DE DÉLIRE.

M. Bricheteau lit un rapport sur une observation intitulée : Cas de mort suite d'une combustion volontaire chez un aliéné, dans un accès de délire, adressée à l'Académie par M. le docteur Madin (de Verdun).

Voici ce fait :

M. P., âgé de 35 ans, ayant perdu, peu de temps après son mariage, une femme qu'il aimait tendrement, fut si vivement affecté de cette perte, qu'il tomba dans une profonde mélancolie. Il lui semblait voir dans les nuages cette épouse chérie qui lui tendait les bras et l'appelait à elle. Ces hallucinations n'étaient que momentanées et n'empêchaient pas M. P., qui était magistrat, de remplir exactement et convenablement ses fonctions publiques. Habitué d'ailleurs aux travaux nocturnes, il soutenait son activité par de petites doses de vin pur et l'usage du tabac à fumer, dont il usait outre mesure.

Dans un long intervalle de calme, il songea à se remarier; mais les difficultés qu'il rencontra pour contracter de nouveaux liens lui rendirent la mémoire de sa première femme plus chère.

Les visions recommencèrent; de plus il se livra à des pratiques de dévotion exagérées, se mit à lire des ouvrages ascétiques qui ne faisaient qu'accroître les aberrations périodiques de son intelligence.

Ce fut alors que M. Madin fut appelé auprès de M. P. Il l'accueillit poliment, mais prétendit qu'il n'avait pas besoin de son ministère, qu'il était l'élu du Seigneur, qui lui réservait une haute destinée; il parla en termes respectueux mais incohérents des femmes, qu'il adorait toutes, jeunes ou vieilles; il avait reçu, ajoutait-il, la mission de brûler les mauvais livres et autres objets contraires aux bonnes mœurs, et il les livrait aux flammes. Cette manie de brûler faisant des progrès, M. P. faillit plusieurs fois incendier sa maison, sous le prétexte de la purifier, avec des torches enflammées. Ces accès d'une véritable folie passés, il était le premier à rire de ses extravagances, et semblait alors avoir pleinement recouvré sa raison, ce qui donnait une fausse sécurité aux personnes qui l'entouraient. Toutefois M. Madin, qui observait M. P., avait saisi quelques propos incohérents dans les moments qui semblaient les plus lucides; aussi était-il loin d'être rassuré sur le compte du malade et avait-il prescrit une surveillance active et défendu formellement de le laisser seul. Ses appréhensions n'étaient que trop fondées, comme on va le voir.

Le 18 janvier 1836, à deux heures du matin, on fit appeler M. Madin pour donner des soins à M. P., qui s'était volontairement livré aux flammes, en expiation des fautes qu'il se reprochait. A cet effet, il avait dressé une espèce de bûcher dans sa cuisine; la fumée résultant de la combustion de la graisse du pauvre aliéné avait fait connaître aux domestiques ce tragique événement.

Arrivé près du malade, M. Madin fut surpris de le trouver calme et presque souriant. « Cher docteur, dit-il, je vais bientôt aller rejoindre ma femme; je suis digne d'elle, maintenant que j'ai expié dans les flammes mes horribles forfaits. Je suis resté pendant deux heures sur le bûcher que Dieu m'a ordonné de construire; j'ai eu soin d'entretenir le feu en rapprochant les tisons. »

Le visage du patient pendant cette singulière allocution ne trahissait ni douleur ni même aucune émotion.

En examinant le malade, M. Madin constata qu'il avait les jambes, les cuisses et les fesses entièrement brûlées, les os blanchis et calcinés; les organes génitaux étaient aussi carbonisés et les mains réduites à l'état de moignons. Dix minutes s'étaient à peine écoulées depuis que le malade avait été enveloppé d'un immense linge enduit de cérat, lorsque sa voix s'affaiblit tout à coup, le pouls devient insaisissable, la mort était imminente. M. Madin ayant enlevé brusquement l'appareil qu'il avait appliqué sur les brûlures, reconnut que l'une des artères poplitées, corrodée par le feu, avait donné lieu à une hémorrhagie mortelle. L'instrument du supplice consistait en une quinzaine de bûches de petites dimensions, que le patient avait artistement disposées dans la cheminée de sa cuisine, et auxquelles il avait mis le feu. Une énorme quantité de graisse mêlée de sang s'était écoulée jusqu'à 2 mètres du foyer.

M. le rapporteur rapproche ce fait de quelques faits analogues connus dans l'histoire ou dans les annales de l'aliénation mentale, et après avoir fait ressortir l'intérêt de ce fait, il conclut en proposant d'adresser une lettre de remerciments à l'auteur, d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant et de renvoyer son travail au comité de publication.

Ces conclusions sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1853; par M. le docteur Charcot, secrétaire.

(Suite et fin.)

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

IV. — Pathologie et anatomie pathologique des animaux.

SUR LES ACCIDENTS OBSERVÉS CHEZ LES ANIMAUX DOMESTIQUES ALIMENTÉS AVEC CERTAINS REGAINS DE LUZERNE, DE TRÈFLE ET DE SAINFOIN; par M. Matthieu, secrétaire du comice agricole d'Ancy-le-Franc.

EXAMEN MICROSCOPIQUE DE CES REGAINS; par M. C. Montagne.

M. Montagne donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée par M. Matthieu, vétérinaire, secrétaire du comice agricole d'Ancy-le-Franc (Yonne), et qui contient des détails fort intéressants sur les accidents occasionnés chez les animaux domestiques, au commencement de l'automne dernier, par l'usage de petites quantités de regains verts de trèfle, de luzerne et de sainfoin. Les mêmes accidents se sont reproduits, dans le courant de cet hiver, sous l'influence d'une ration de ce même regain qui a toujours dû être d'autant plus forte que ce fourrage était plus sec.

Immédiatement après l'ingestion de moins d'un kilogramme de regain vert, les chevaux étaient pris d'une énorme salivation; ils rendaient de 15 à 18 litres de salive d'abord filante, puis mousseuse, dans l'espace de cinq ou six heures. En même temps la température de la bouche était abaissée, la membrane muqueuse buccale très-pâle; cependant les glandes salivaires n'étaient le siége ni de chaleur, ni de tuméfaction, ni de douleur. Quelques troubles légers de l'estomac s'observaient à peine chez les animaux malades. Le pharynx était insensible à la pression, le pouls petit, lent, presque insensible. Cinq à six heures après le début du ptyalisme, l'émaciation du corps de l'animal était devenue excessive; en même temps la soif se montrait inextinguible. Des symptômes identiques se sont montrés chez les bœufs et chez les moutons alimentés avec les mêmes regains.

Après la lecture de la lettre de M. Matthieu, M. Montagne continue sa communication dans les termes suivants :

« A la lettre que je viens de lire étaient joints des échantillons de luzerne, de

sainfoin et de trèfle, provenant des regains dont l'usage avait déterminé les accidents fort graves dont M. Matthieu a tracé l'historique avec tant de clarté. Je les mets sous les yeux de la Société.

» J'avais donc à rechercher si ces accidents étaient dus à la présence de quelque champignon parasite. Après avoir ramolli les feuilles de ces trois plantes en les exposant à la vapeur de l'eau bouillante, je parvins à les étaler pour en enlever des branches très-minces au moyen d'un bon rasoir. Ces branches, mises à plat entre les deux lames du compresseur de Schieke, me montrèrent sous le microscope une altération remarquable de la chlorophylle. Non-seulement elle était devenue brune, mais elle était boursouflée au point que l'épiderme finissait par se rompre pour lui donner issue. C'est à cette maladie des cellules et de la chlorophylle qu'il faut donc attribuer ces taches nombreuses et brunes dont les feuilles sont maculées ou seulement comme pointillées. Toutes mes recherches pour trouver une mucédinée quelconque, ou même une coniomycète, ont été complétement infructueuses.

» Il paraît donc que c'est à la saison chaude et humide pendant laquelle on a fait le regain qu'il faut rapporter l'altération des feuilles, et à celle-ci la salivation excessive observée sur tous les ruminants auxquels ce regain a été donné comme unique aliment.

» Peut-être l'analyse chimique arriverait-elle à expliquer la cause prochaine des accidents en question, mais c'est un soin que je laisse à mes honorables confrères pour lesquels la chimie n'a plus de secrets. Si le nom de rouille n'était déjà consacré pour désigner les céréales attaquées par les *uredo*, on pourrait dire aussi que ces fourrages sont rouillés. Je ne sache pas qu'on leur donne un nom particulier. »

V. — Pathologie végétale.

Réapparition de l'oidium Tuckeri sur la vigne des environs de Paris ; par M. Montagne.

M. Montagne annonce à la Société que l'*oidium Tuckeri* recommence à paraître sur la vigne des environs de Paris. Un rameau de vigne, sur le point de fleurir, lui ayant été adressé par la Société impériale d'horticulture, qui désirait avoir son avis, il a constaté la présence d'un champignon parasite sur les feuilles, les rameaux, les pédoncules et les fleurs encore en bouton.

M. Montagne fait remarquer que même il l'a observé, dans son développement le plus luxuriant, sur deux parties de la plante où il naît plus rarement et où il ne l'avait jamais rencontré, c'est-à-dire la page inférieure des feuilles et les fleurs non encore épanouies. Cette dernière observation lui paraît même nouvelle et d'un assez sinistre augure. Il n'en est fait mention dans aucune des nombreuses descriptions qui ont été données de la maladie. Le seul compte rendu de la Société linnéenne de Bordeaux en parle comme d'un cas fort rare, et encore il paraît que c'est sur les fleurs épanouies et non encore en bouton que le champignon a été observé.

On a beaucoup parlé de taches brunes précédant l'invasion de l'*oidium*; elles existent le plus souvent, mais elles peuvent aussi faire défaut, sans que pour cela le parasite vienne à manquer. Ainsi M. Montagne a bien remarqué quelques points bruns le long des rameaux et des pédoncules recouverts du champignon ; mais il affirme que le dessous des feuilles, pas plus du reste que les calices, n'en offraient, dans le cas présent, la moindre trace. Il n'a pas été non plus assez heureux pour constater la présence d'un seul acarus; mais il l'a été davantage sur un autre point, en s'assurant que, comme l'ont avancé et soutenu avec raison MM. Decaisne et Léveillé, le mycelium ou les filaments rampants de l'*oidium* sont tout à fait superficiels et ne rampent pas primitivement entre les cellules du parenchyme des feuilles pour sortir ensuite par les stomates, ainsi qu'il l'a observé dans l'*oidium erysiphoides*. M. Montagne avait d'autant plus à cœur de vérifier le fait que, dans sa première communication à la Société de biologie, en mai 1850, il avait, sur la foi du Gardner's Chronicle, avancé une opinion contraire. (4 juin 1853.)

VI. — Botanique.

Note sur l'aloès soccotrin ; par M. Léon Soubeiran.

Quand on coupe une feuille d'aloès soccotrin, il en sort un suc jaune verdâtre qui, au contact de l'air, prend une couleur rouge carminée très belle. Le suc qui s'écoule de la section des feuilles des autres aloes ne présente pas les mêmes changements de coloration. En mettant au contact de divers corps des feuilles d'aloès soccotrin, j'ai obtenu des colorations variées, que jamais je n'ai vues lorsque j'ai opéré sur d'autres aloes, et en particulier sur l'aloès *spicatilis*.

Mises au contact de l'eau, les feuilles d'aloès soccotrin donnent sur-le-champ une coloration vert jaunâtre à ce liquide, et ce n'est qu'après plusieurs heures que l'on voit apparaître une teinte rouge carminée, d'abord faible, mais qui va en augmentant d'intensité jusque vers le septième ou huitième jour. A ce moment la teinte rouge disparaît et est remplacée par une couleur vert sale. Presque toujours les couches supérieures du liquide conservent une teinte rougeâtre sale. En même temps que l'eau présente ces variations de coloration, les fragments de feuilles passent par des phases analogues, et commencent d'abord à se colorer vers la périphérie autour des fibres. En examinant au microscope une coupe de la feuille ainsi traitée par l'eau, on voit que la paroi des cellules est uniformément colorée en rose, et il semble que le principe, modifié dans ces circonstances, soit uniformément répandu dans toute la substance du végétal.

Si l'on emploie de l'alcool les mêmes phénomènes se manifestent, mais avec une bien plus grande rapidité. La coloration rouge est déjà bien évidente après quelques minutes ; elle est plus franche et beaucoup plus foncée que quand on a fait usage de l'eau.

En ajoutant à l'eau ou à l'alcool une faible proportion d'iode, on obtient presque immédiatement une magnifique teinte pourpre, qui va se fonçant de plus en plus, et qui ne disparaît pas au bout de quelque temps, comme le cas se présente quand on n'a pas employé l'iode.

Les feuilles d'aloès soccotrin, mises dans l'éther, ne déterminent qu'une coloration jaune ambrée, se rapprochant de celle de l'eau-de-vie. Dans le chloroforme, il se développe une coloration d'un beau violet qui ne teint pas le liquide, mais qui vient surnager à sa surface en formant comme des gouttelettes.

L'acide azotique ne détermine qu'une coloration jaune paille, lorsqu'on en a versé quelques gouttes dans l'eau qui renferme des feuilles d'aloès. Si l'on a employé de l'acide sulfurique étendu d'eau, le liquide prend une teinte verte très-faible qui rappelle celle que donne la dissolution des grains de chlorophylle dans l'alcool. Avec l'acide acétique étendu d'eau, il se développe une coloration rougeâtre sale et très-peu prononcée. Les alcalis, l'ammoniaque et le carbonate de soude donnent une teinte jaune brun qui est absolument identique à celle de la gomme laque en morceaux.

L'hypochlorite de soude détruit immédiatement les colorations obtenues par l'eau et par l'alcool, ce qui semblerait indiquer que ces phénomènes ne sont pas des phénomènes d'oxygénation.

Quand on vient à mettre la résine de l'aloès soccotrin dans les mêmes conditions que les feuilles fraîches, on n'obtient aucun fait analogue.

Compte rendu des séances pendant le mois de juillet.

I. — Anatomie normale.

1° Sur l'origine profonde des nerfs de la sixième et de la septième paire ; par MM. Vulpian et Philipeaux.

Les nerfs moteurs oculaires externes, ou nerfs de la sixième paire, naissent au-dessous du bord inférieur de la protubérance annulaire, au niveau du bord externe du collet des pyramides antérieures, par plusieurs petits filets fasciculés. Quelques-uns de ces filets sortent de la face antérieure de la protubérance, près de son bord inférieur; parfois on voit des petits filaments émerger des pyramides antérieures.

Tous les auteurs sont à peu près d'accord sur l'origine apparente de ces nerfs; mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de leur origine profonde. Lieutaud et Sœmmering font tenir les nerfs oculo-moteurs externes des pyramides antérieures ; Vieussens, de la protubérance ; Morgagni, Santorini et Zinn, à la fois de la protubérance et des pyramides antérieures.

Nos dissections nous ont fait voir que les nerfs de la sixième paire naissent de la manière suivante : tous les filets radiculaires de ces nerfs, quel que soit le point d'où ils se détachent, se dirigent à travers les faisceaux intermédiaires du bulbe de dedans en dehors, des pyramides antérieures vers les corps restiformes. Pendant ce trajet, ils sont situés plus ou moins profondément au-dessus des fosses sus-olivaires.

Arrivés à la face interne des faisceaux restiformes, les filets suivent une nouvelle marche d'avant en arrière, traversent ainsi le bulbe et atteignent le plancher du quatrième ventricule à 1 centimètre environ du sillon médian. C'est là que nous les avons toujours perdus de vue. Est-ce là qu'ils s'arrêtent? Si nous nous laissions entièrement guider par l'analogie, nous n'hésiterions pas à affirmer qu'ils parcourent la paroi antérieure du quatrième ventricule, qu'ils gagnent le sillon médian de cette paroi et qu'en cet endroit ils s'entre-croisent. Les racines nerveuses qui rampent sous la paroi antérieure du quatrième ventricule se conduisent en effet de cette manière, comme nous le montrerons dans un travail étendu sur ce sujet. Une expérience très-concluante, et que nous rapporterons tout à l'heure, nous autorise au moins à dire que les filets radiculaires de la sixième paire vont très-probablement jusqu'à la ligne médiane, et sont situés très-superficiellement sous la lamelle grise du plancher ventriculaire. Herbert-Mayo est le seul anatomiste qui jusqu'à nous avait pu suivre les racines de la sixième paire depuis leur origine apparente jusqu'au quatrième ventricule.

Les nerfs de la septième paire, ou nerfs faciaux, apparaissent au niveau du bord inférieur de la protubérance, à peu près au point où elle forme les pédoncules cérébelleux moyens. Ils semblent émerger des fossettes latérales du bulbe, à la partie la plus externe de ces fossettes, en dedans des corps restiformes. Deux ou trois filaments radiculaires s'enfoncent entre les arceaux inférieurs de la protubérance.

L'origine réelle des nerfs de la septième paire n'a été entrevue que par Malacarne et par M. Cruveilhier.

Tous les filets radiculaires des nerfs faciaux plongent directement d'avant en arrière dans le bulbe, et pénètrent par conséquent dans les faisceaux bulbaires, qui forment le fond des fosses des éminences olivaires. Ils traversent toute l'épaisseur du bulbe, en suivant la même direction. Les racines des nerfs faciaux atteignent le plancher du quatrième ventricule, au niveau de ses bords externes; elles deviennent alors superficielles et changent de direction. Elles marchent de dehors en dedans et un peu de bas en haut. A mesure qu'elles s'approchent du sillon médian, elles sont de plus en plus superficielles; elles le sont tout à fait

à 2 lignes du sillon. Là elles ne sont pour ainsi dire recouvertes que par la membrane qui tapisse le plancher du quatrième ventricule, et elles s'élargissent en éventail.

Lorsqu'on enlève avec soin la membrane qui tapisse la paroi antérieure du quatrième ventricule, on peut suivre facilement les radicules des nerfs faciaux jusqu'à la ligne médiane. A ce niveau, les radicules des nerfs faciaux s'entre-croisent, en grande partie, d'un côté à l'autre. Cet entre-croisement est des plus évidents; nous l'avons toujours trouvé. Quelques radicules, moins superficielles, s'enfoncent entre les deux faisceaux intermédiaires et s'entre-croisent plus profondément. Immédiatement après avoir franchi la ligne médiane, les filaments originels des nerfs faciaux disparaissent. Il est probable qu'ils s'enfoncent et se recourbent en partie vers le cerveau.

Il résulte de la disposition des racines de la sixième paire et de celles de la septième qu'une lésion, même légère et superficielle du plancher du quatrième ventricule, peut produire des désordres dans les fonctions de ces deux paires nerveuses, si elle porte sur le lieu où les racines rampent au-dessus de cette paroi.

L'entre-croisement du nerf facial du côté droit avec le nerf facial du côté gauche sur la ligne médiane explique comment, dans les cas où il y a en même temps hémiplégie de la face et hémiplégie du corps, la paralysie de la face affecte, ainsi que celle du corps, le côté opposé à celui où existe la lésion dans l'encéphale.

Nous avons voulu contrôler par l'expérience les résultats que l'anatomie nous avait donnés au sujet de l'origine profonde de la sixième et de la septième paire.

Sur un jeune chien, nous avons mis à nu la face supérieure du bulbe rachidien, dans l'espace losangique qui sépare l'occipital de l'arc postérieur de l'atlas. Nous avions coudé une longue épingle à angle droit, et à 1 millimètre de sa pointe. Nous avons introduit cet instrument par l'ouverture que nous venions de faire entre le cervelet et le plancher du quatrième ventricule, à plat, de façon à ne blesser ni le cervelet ni le plancher ventriculaire.

Notre instrument étant enfoncé à une certaine profondeur, calculée d'avance sur un cerveau de chien, nous lui avons fait subir un mouvement de rotation qui fit pénétrer sa pointe dans la paroi antérieure du quatrième ventricule, un peu à droite du sillon médian de cette paroi. Nous avons tiré l'épingle, ainsi dirigée, d'avant en arrière, dans l'espace d'un demi-centimètre à peu près; puis, par une nouvelle rotation, nous avons dégagé sa pointe et nous l'avons retirée à plat, comme nous l'avions enfoncée. Pendant cette opération, l'animal jeta des cris qui accusaient une assez vive souffrance; il n'en résulta aucune paralysie, soit du sentiment, soit du mouvement, dans le tronc et les membres; *mais aussitôt l'animal fut frappé d'une hémiplégie faciale du côté droit et d'une paralysie de la sixième paire du même côté*. Il ne pouvait plus fermer ses paupières, et la moitié droite de sa face était complètement immobile. L'œil droit avait tourné sur son axe vertical de dehors en dedans; il regardait le nez, et était fixé convulsivement dans l'angle interne de l'ouverture des paupières. La langue ne nous a pas paru déviée. La sensibilité était légèrement diminuée dans le côté droit de la face; cependant elle était loin d'être abolie, car, lorsqu'on serrait la peau entre les mors d'une pince, l'animal s'agitait et criait. Quand on passait une barbe de plume sur les paupières ou sur la conjonctive de l'œil droit, ces paupières ne pouvaient se fermer; mais il se produisait un clignement synergique des paupières de l'œil gauche.

A l'autopsie, on trouva une section antéro-postérieure de la paroi antérieure du quatrième ventricule. Cette section avait d'un demi millimètre à un millimètre de profondeur et 6 millimètres de longueur. Elle intéressait le plancher ventriculaire à droite de la ligne médiane et à 1 millimètre de cette ligne. Elle commençait à 3 millimètres en arrière de la bandelette blanche qui unit les nerfs pathétiques, et se terminait à 4 millimètres du bec du calamus.

2° SUR LES POILS DE LA TALPA EUROPÆA; par M. L. SOUBEIRAN.

L'étude des poils des mammifères m'ayant déjà conduit à trouver dans quelques espèces des formes différentes, suivant les diverses parties des corps où je les observais, j'ai examiné la *talpa europæa*.

Les poils qui se trouvent autour de la bouche sont courts, et examinés au microscope, ils présentent une forme allongée, renflée au milieu, et on voit à leur intérieur une suite de bandes transversales noires dont la longueur est en rapport avec l'élargissement du poil. La couleur générale est d'un fauve clair.

Les poils recueillis sur le dessus des pattes antérieures sont fusiformes, d'un fauve clair, et présentent à l'intérieur des granulations foncées s'étendant de la base jusqu'au sommet. Le bulbe en est généralement plus gros que dans les autres parties du corps. Ceux des pattes postérieures ont à peu près la même configuration, sauf que les granulations, qui n'existent qu'au sommet, sont remplacées vers la base par des bandes noires longitudinales.

Les poils les plus curieux de la *talpa europæa* sont ceux du ventre. En effet, ils sont fort longs et offrent dans leur parcours de quatre à six renflements, au centre desquels on aperçoit des bandes noires qui diffèrent de celles des poils de la bouche en ce qu'elles sont réunies par leurs extrémités, de manière à présenter des anneaux aplatis. Dans les rétrécissements du poil, la matière noire intérieure se continue sous forme d'une ligne non interrompue. Cette matière s'arrête à quelque distance de la base du poil, dont le bulbe est ovoïde. Enfin il reste à signaler, comme dernière particularité, que les poils sont, dans presque toute leur longueur, dentés en scie. Les dents, tournées vers la pointe de l'appendice, sont alternes de chaque côté. Leur couleur est d'un fauve très-clair.

Les poils de la base de la queue sont gros, d'un diamètre presque égal dans toute leur longueur, et se terminent assez brusquement en pointe. Leur intérieur présente les mêmes bandes transversales noires et séparées dont nous avons parlé; leurs bords sont également denticulés. Leur couleur est le brun foncé.

Les poils du bout de la queue sont très-volumineux, courts et pleins, surtout vers leur base, de granulations foncées qui ne se rencontrent plus que par petits amas épars vers le haut du poil. De plus, on observe sur la surface, au moyen d'un fort grossissement, des lignes transversales très-ténues, qui donnent au poil une apparence squammeuse.

Les poils du dos sont identiques à ceux du ventre, sauf leur diamètre, qui est beaucoup moindre. Cette particularité pourrait servir à différencier les talpides des desmans, avec lesquels les taupes offrent tant d'analogies.

Avant de terminer cette note, je dois faire savoir à la Société que j'ai pu observer les poils du *migale moscovicus*, et que je les ai trouvés absolument identiques à ceux du *migalina pyrenaica*. (Juillet.)

3° NOTE SUR UN CINQUIÈME OS DE LA CHAÎNE TYMPANIQUE CHEZ QUELQUES ANIMAUX; par M. PAUL DE SAINT-MARTIN, surveillant bibliothécaire à l'École vétérinaire de Toulouse.

Tous les anatomistes reconnaissent que la chaîne tympanique de l'oreille est composée de quatre osselets: *le marteau, l'enclume, le lenticulaire et l'étrier*, et si cela ne peut plus aujourd'hui soulever aucun doute, il semble n'avoir été dit par personne que, chez certains animaux, il faut à ces quatre os ajouter un cinquième osselet, placé au milieu du muscle de l'étrier, et que l'on ne peut voir que par une dissection très-minutieuse de ce muscle. C'est probablement cette particularité qui fait que cet os n'a encore été vu ni décrit par aucun des savants distingués qui ont écrit sur l'anatomie des animaux, et je n'ai moi-même été appelé à en constater l'existence que par hasard, et par suite de quelques recherches que je faisais sur l'oreille moyenne des animaux.

Je n'ai encore trouvé cet os avec certitude que chez le bœuf, le cheval et le mouton; mais je me propose de rechercher s'il n'existe pas également chez la plupart des mammifères et même chez l'homme. Je ne parle pas du chien, chez lequel je crois avoir aperçu ce cinquième os; car il me reste encore quelque doute que je veux lever avant de rien affirmer à cet égard.

Dans le bœuf, cet osselet est presque sphéroïde et de la grosseur d'une tête d'épingle ordinaire. Dans le cheval, il est elliptique et a une longueur de 2 à 3 millimètres; enfin, dans le mouton, c'est un petit point à peine visible à l'œil nu, mais qui ne permet cependant pas de doute.

Il est placé, comme je l'ai dit plus haut, dans le muscle de l'étrier et en arrière de celui-ci. Le muscle de l'étrier, qui est en contact avec le nerf facial, passe au-dessous de ce dernier et va se loger dans une fossette qui se trouve au-dessus et en arrière du promontoire. On pourrait donc, d'après sa position, lui donner le nom de *post stapédien*, ainsi que me l'a fait observer M. A. Lavocat, professeur d'anatomie à l'École vétérinaire de Toulouse, à qui je l'ai montré.

Il pourrait se faire néanmoins que cet os ne fût qu'une dépendance de l'étrier lui-même, une espèce d'apophyse placée là pour donner plus de force au muscle de l'étrier dans ses fonctions. En tout cas, os ou apophyse, il n'en a encore été parlé, que je sache, par aucun anatomiste.

Je laisse à de plus capables et plus savants que moi le soin de déterminer le rôle que ce petit os doit jouer dans le mécanisme de l'audition, reconnaissant en toute humilité mon incapacité en pareille matière, et me bornant à ajouter un fait, qui m'a paru assez curieux, à tous ceux que la science récolte chaque jour et met en réserve, jusqu'à ce que de plus habiles, coordonnant tous ces matériaux, en tirent des conséquences et quelquefois des lois que la science se plaît à enregistrer.

Pour lever tous les doutes qui pourraient se produire, je dois dire que les pièces anatomiques que j'ai préparées comme preuves à l'appui sont déposées dans le cabinet d'anatomie de l'école vétérinaire de Toulouse. (Juillet.)

II. — PHYSIOLOGIE.

SUR LES PHÉNOMÈNES D'ABSORPTION QUI S'EFFECTUENT A LA SURFACE DES CONDUITS DES GLANDES SALIVAIRES; par M. BERNARD.

M. Bernard est arrivé à reconnaître que l'absorption s'effectue avec une rapidité extrême à la surface muqueuse des conduits salivaires; les bronches seules l'emportent sur ces derniers par la rapidité avec laquelle elles effectuent l'absorption. 5 centigrammes de strychnine, injectés par le conduit de la glande parotide d'un chien, ont été immédiatement absorbés, et l'animal a aussitôt éprouvé des convulsions.

La surface muqueuse des conduits des glandes salivaires jouit de propriétés absorbantes bien plus énergiques que la membrane muqueuse buccale; les animaux sont, en effet, empoisonnés bien moins rapidement par la simple introduction de la strychnine dans la cavité buccale qu'ils ne le sont après l'injection de la même substance dans les conduits parotidiens.

On sait que les glandes salivaires jouissent d'une propriété d'élection pour l'excrétion des substances qui circulent avec le sang: c'est ainsi que ces glandes laissent passer avec la salive l'iodure de potassium, tandis qu'elles retiennent complétement le prussiate de potasse. Il était intéressant de rechercher si quelque chose de semblable existe relativement à l'absorption qui s'opère à la surface de ces mêmes glandes; M. Bernard a reconnu que toutes les substances y sont indistinctement absorbées, et avec une rapidité très-grande.

M. Bernard a enfin recherché si l'absorption et la sécrétion peuvent s'effectuer en même temps à la surface des glandes salivaires. Il a remarqué que, tant que dure la sécrétion, l'absorption ne s'opère pas; aussitôt que la sécrétion cesse de se faire, l'absorption s'opère comme d'habitude.

III. — Anatomie pathologique et pathologie.

1° Note sur un cas d'anévrisme de la cloison interventriculaire du cœur; par le docteur E. Leudet.

Il y a trente ans à peine que les ouvrages qui ont trait aux maladies du cœur font mention des anévrismes partiels de cet organe; depuis cette époque, cette affection, que l'on indiquait comme rare et dont on citait des exemples empruntés à quelques auteurs, a été trouvée plus fréquente, et les cas de cette espèce se sont multipliés. Ainsi dans l'ouvrage de M. Bouillaud (Traité des maladies du cœur, 2e éd., vol. I, p. 598 et 620), on trouve cités les faits de Corvisart, ceux que contenait le mémoire Breschet, et enfin ceux de de MM. Reynaud, Petigny, MM. Delaberge et Monneret (Compend. de méd. prat., v. II, p. 367) ont ajouté quelques faits nouveaux. Enfin, depuis quelques années, les faits sont devenus plus nombreux encore; tous les ouvrages de médecine et surtout ceux d'anatomie pathologique, renferment de nombreux cas d'anévrisme partiel du cœur; nous citerons au premier rang la riche collection des bulletins de la Société anatomique de Paris. J'ai moi-même publié, dans le quatrième volume des Bulletins de la Société de biologie, un fait de ce genre. Le travail le plus complet sans aucun doute, sur ces anévrismes partiels du cœur, est le mémoire de Turnam (London med.-chir. Transact., v. XXI, analysé dans Hope, Treatise of the diseases of the heart, 4e éd., p. 298, et dans les Archiv. gén. de méd., sér. 3, vol. IV, p. 494); nous mentionnerons en outre un mémoire postérieur du docteur Craigie (Edinb. med. and surg. Journal, avril 1843), et la thèse du docteur Loebl (Comment. anat.-path. de aneurismate cordis sic dicto partiali); enfin, les ouvrages de M. Cruveilhier (Traité d'anat. path., v. II, p. 671, 1852), et celui de M. Forget (Précis des maladies du cœur), contiennent un article sur cette variété des affections du cœur.

Nous n'avons pas l'intention, à propos du fait que nous insérons ici, de donner un exposé de l'histoire de l'anévrisme partiel du cœur; nous n'aurions pour cela qu'à reproduire l'excellent travail de Thurnam; nous nous bornerons à rapprocher du nôtre plusieurs autres faits d'anévrismes de la cloison.

On voit, dans la plupart des travaux que nous venons de citer, et nous pourrions ajouter à leur autorité celle de nombreuses observations qui leur sont postérieures, que l'anévrisme partiel du cœur siége surtout auprès de la pointe du ventricule gauche; ainsi Loebl donne l'analyse suivante de 72 cas étudiés quant au siége. L'anévrisme occupait 39 fois la pointe du cœur, 22 fois la base, et 16 fois un endroit quelconque des parois latérales.

Parmi les faits où l'anévrisme occupait exclusivement la cloison interventriculaire du cœur, nous citerons d'abord une observation du docteur Craigie (*loc. cit.*). On trouva dans ce cas, chez un homme de 38 ans, sujet depuis trois ans et demi à des palpitations, atteint plusieurs fois de rhumatismes antérieurs et présentant à la région du cœur un bruit de souffle systolique rude, un anévrisme occupant la base de la cloison et saillant dans le ventricule droit. Thurnam (*loc. cit.*) dit que, sur 67 anévrismes partiels du cœur, 3 fois on trouva la maladie limitée à la cloison. L'un de ces faits appartient à J. Hope, et est donné en détail dans l'ouvrage de ce pathologiste (*loc. cit.*, p. 578, 4e éd., 1849). Nous ajouterons un fait observé par le docteur Burci (Gazz. de Milan). Chez un homme de 56 ans, se plaignant depuis quelque temps de dyspnée et offrant un caractère rude du premier temps du cœur à l'auscultation, on trouva un anévrisme situé dans la partie supérieure de la cloison. M. Forget (Précis des mal. du cœur, p. 232, 1851) dit avoir rencontré dans un cas une dépression profonde occupant l'épaisseur de la cloison interventriculaire, et qui lui parut être un anévrisme partiel en voie de développement. M. Cruveilhier en a indiqué un autre fait (Traité d'anat. path., v. II, p. 871, 1852) dans lequel la dilatation partielle était limitée à la cloison, au voisinage du sommet. Enfin, nous citerons un fait analogue de Finger (Vierteljahrschrift. Prague, 1850).

Des recherches plus multipliées nous auraient peut-être permis d'augmenter le nombre de ces faits, dont nous connaissons deux exemples non publiés et que leurs auteurs voudront bien sans doute faire connaître. Ceux que nous avons réunis permettent au moins de montrer que l'anévrisme partiel peut se rencontrer limité à la cloison; nous avons donné la description complète de la pièce que nous avons eue sous les yeux; malheureusement les autres observations sont trop brièvement rapportées pour nous permettre d'esquisser même rapidement l'histoire anatomique et clinique de cette forme d'anévrisme.

Quant aux signes propres à établir le diagnostic, il est presque inutile de dire que la lésion n'a jamais été reconnue ou soupçonnée. Chez notre malade, nous avions diagnostiqué pendant la vie une insuffisance de l'orifice aortique avec dilatation de la base de l'aorte, et même aujourd'hui nous croyons nous être rapproché autant que possible du diagnostic réel.

En communiquant le fait isolé que nous transcrivons ici, nous n'avons donc pour but que d'enrichir la science d'un nouveau fait et d'accroître les matériaux qu'un médecin pourra peut-être utiliser plus tard pour des recherches complètes.

2° Anévrisme de la partie supérieure de la cloison interventriculaire du cœur faisant saillie dans l'oreillette droite; mort; autopsie; par le docteur Leudet.

Huvé (François-Auguste), âgé de 16 ans, entre le 23 juin 1853 à l'hôpital de la Charité; il est couché au n° 11 de la salle Saint-Michel, dans le service de M. Rayer.

D'une taille moyenne, d'un embonpoint médiocre, Huvé assure avoir joui constamment d'une bonne santé, jusqu'au début de la maladie actuelle, qu'il fait remonter à deux mois. Il avoue cependant que depuis plusieurs années il éprouvait des palpitations quand il montait un escalier et se livrait à un exercice violent; jamais ces accidents ne furent portés au point de le forcer à interrompre ses occupations ou à invoquer les secours de l'art. Jamais, antérieurement, il n'a été atteint de rhumatismes articulaires ou musculaires.

Deux mois avant son admission à l'hôpital de la Charité, Huvé commença à éprouver des battements de cœur incommodes, de la dyspnée, principalement dans la station et lorsque sa tête reposait basse dans le décubitus dorsal, puis presque simultanément de l'œdème se manifesta aux membres inférieurs.

Le peu d'intelligence du malade, son peu de mémoire et sans doute aussi son état de souffrance marqué ne nous permirent pas de recueillir de détails plus précis sur les antécédents du malade.

Nous trouvâmes Huvé, le soir de son admission à l'hôpital, dans l'état suivant: sa face est bouffie, ses lèvres un peu violacées; œdème considérable, pâle, mou, dépressible, des deux membres inférieurs, un peu d'épanchement ascitique dans l'abdomen dépassant de deux travers de doigt la partie supérieure du pubis et donnant d'une manière nette une sensation de fluctuation. Le malade n'accuse aucune douleur dans les deux régions rénales, jamais il n'a uriné de sang. A l'examen de la poitrine, on ne remarque aucune voussure de la région précordiale; la pointe du cœur bat au-dessous de la sixième côte, un peu en dedans du mamelon; l'impulsion est plus marquée que dans l'état normal et se sent à la base comme à la pointe, se propageant lentement du premier point au deuxième. Pas de frémissement intense. Le long du bord gauche du sternum, et principalement au niveau des articulations synchondrosternales de la troisième et quatrième côte, frémissement marqué suivant le trajet d'une ligne verticale et suivant la direction de l'aorte non synchrone avec le pouls. Par la percussion, matité prononcée représentant exactement la forme du cœur et s'étendant depuis la troisième côte jusqu'à la sixième, atteignant à gauche et en dehors le mamelon de ce côté. A l'auscultation, au niveau de l'articulation synchondrosternale, bruit de souffle rude un peu musical; au deuxième temps, se prolongeant un peu dans le grand silence, un peu musical et à timbre aigu; ce bruit anormal s'entend moins fort sur tout le trajet de l'aorte, même dans la carotide gauche et un peu moins dans l'aorte. Aucun mouvement d'impulsion ou d'extension sous le sternum. Premier bruit du cœur bien frappé, non sourd, sans aucun bruit anormal. Au niveau du bord gauche du cœur et près de la pointe, on n'entend aucun bruit anormal.

Rien d'anormal perçu à l'auscultation ou à la percussion du poumon; partout la respiration est douce, égale et vésiculaire.

Pouls à 104, peu développé, peu fort, régulier et égal aux artères radiales des deux côtés.

Pas de céphalalgie, sens intact.

L'urine examinée est claire, sans donner lieu, par l'emploi de la chaleur ou l'addition de l'acide nitrique, à aucun précipité quelconque.

24. Bourrache; deux granules de digitaline de 0gr.,001 chaque; une portion.

Pendant les derniers jours du mois de juin, Huvé demeure dans le même état; il se lève chaque jour, mais peut difficilement marcher, accusant toujours, à la suite d'un exercice musculaire quelconque, une fatigue marquée et de l'essoufflement. Les bruits anormaux perçus dans la région du cœur sont toujours les mêmes.

Au commencement de juillet, les accidents d'hydropisie s'accroissent rapidement; l'œdème augmente aux membres inférieurs, de même que l'épanchement ascitique dans l'abdomen, atteignant l'ombilic à sa partie moyenne. Les battements du cœur deviennent plus rapides; le deuxième temps est toujours accompagné d'un bruit de souffle intense à timbre musical; le premier bruit est lui-même un peu sourd. Diminution marquée des forces. Appétit moindre.

Le 14 juillet, la face du malade est plus anxieuse, le pouls à 120, peu développé, peu fort, les lèvres plus cyanosées. Dans la journée, Huvé rejette par la toux quelques filaments de sang pur.

Le 15, à sept heures du matin, nous trouvons Huvé plus souffrant que la veille; l'examen du thorax nous fait constater un affaiblissement marqué de l'intensité du timbre musical qui accompagne le deuxième bruit; les battements du cœur sont toujours très-accélérés. Le malade accuse un besoin de la défécation, se rend seul à la chaise percée et revient dans son lit. En revenant auprès de lui dix minutes plus tard, nous le trouvâmes mort; il avait succombé sans agonie.

Ouverture du cadavre le 16 juillet 1853, vingt-six heures après la mort: temps chaud et humide.

Coloration violacée de la face; vergetures rougeâtres nombreuses sur les parties déclives et au dos; pas de coloration verdâtre des téguments de l'abdomen; aucune roideur cadavérique.

Tête. — Pas d'altération des téguments du crâne; peu d'épanchement sous-arachnoïdien; une cuillerée à bouche de sérosité dans chaque ventricule latéral.

Aucune adhérence morbide des enveloppes du cerveau à la pulpe; celle-ci est d'une bonne consistance, saine, non congestionnée.

Larynx sain; pas de mucus accumulé dans son intérieur; muqueuse rosée, saine, dans la trachée, d'un rouge plus foncé dans les ramifications bronchiques intrapulmonaires.

Thorax. — Les deux poumons, libres d'adhérences, contenus dans la plèvre

qui ne contient aucun épanchement, sont d'un bleu grisâtre en avant, partout crépitants, sans traces de tubercules, sans aucune altération.

Le péricarde contenait un demi-verre environ d'un liquide citrin clair, transparent, sans pseudo-membranes; aucune production de ce genre ne se trouve sur les feuillets pariétal ou viscéral du péricarde.

Le cœur était volumineux, en forme d'utricule; sa pointe, plus mousse que dans l'état normal, descendait jusqu'à la septième côte et s'étendait à gauche du mamelon; aucune tumeur ne se remarquait à la surface de l'organe central de la circulation.

La hauteur externe des ventricules était de 0m,14; l'oreillette droite, offrant dans son diamètre vertical 0m,11, formait une large tumeur plus bicoâtre, sur laquelle le cœur paraissait reposer.

Le ventricule droit était considérablement dilaté; sa hauteur interne, mesurée de la racine des valvules pulmonaires à la pointe des ventricules, était de 0m,09. Ses parois, très-épaissies, offraient une résistance manifeste, ne s'affaissaient pas quand on les divisait.

L'orifice et les valvules de l'artère pulmonaire étaient saines.

L'orifice tricuspide permettait d'introduire facilement quatre doigts; sa circonférence était de 0m,12; sa valvule, saine, sans aucun épaississement, était insuffisante.

L'oreillette droite était, comme nous l'avons dit plus haut, très-dilatée, ainsi que les orifices veineux s'ouvrant dans son intérieur, le tronc principal de la veine coronaire permettant facilement l'introduction du doigt indicateur dans son intérieur; la veine cave supérieure et inférieure était également plus volumineuse que dans l'état normal.

Épaississement des parois de l'oreillette droite offrant une épaisseur de 0m,004; membrane interne plus épaisse, un peu blanchâtre, opaline.

Ventricule gauche du cœur dilaté comme le droit; il mesure en hauteur à son intérieur, de la base de l'orifice aortique à la pointe, 0m,07.

L'orifice aortique est large, ayant une circonférence de 0m,055.

Les valvules aortiques saines, souples.

Valvule mitrale n'offrant aucune altération, permettant assez facilement l'introduction de trois doigts et mesurant en circonférence 0m,09.

Augmentation considérable de l'épaisseur des parois du ventricule gauche; mesurée en avant, cette épaisseur était, à la base, de 0m,012; au milieu, de 0m,01; et à la pointe, de 0m,005.

Dilatation de l'oreillette gauche; épaississement marqué de ses parois; la membrane interne qui les tapisse est blanchâtre, offrant des stries remarquablement développées dans sa tunique moyenne.

Le ventricule gauche présentait une dilatation partielle située dans l'épaisseur de la cloison; cette cavité offrait, dans le ventricule gauche, un orifice arrondi, mesurant dans son plus grand diamètre 0m,02; ses bords sont mousses, lisses, sans aucun dépôt de matière crétacée; l'endocarde à peine opalin, sans fausses membranes susjacentes, se continue avec l'endocarde environnant; la cavité est profonde et peut admettre presque en entier la deuxième phalange du pouce; son fond est simplement membraneux et répond à l'extrémité gauche de la valvule tricuspide; dans ce point, la paroi qui constitue le fond de la cavité est transparente; plus haut, elle répond à la partie inférieure de l'oreillette droite.

Le reste de la cloison interventriculaire ne présente aucune altération.

Pas d'épanchement dans l'abdomen.

Aucune altération du tube digestif.

Le foie, d'un volume ordinaire, est un peu congestionné, sa couleur assez foncée; légèrement congestionné, il laisse écouler à la coupe une assez grande quantité de sang.

Les reins sont dans leur état normal, de même que la vessie.

IV. — Pathologie des animaux.

Rupture du tendon des deux muscles fléchisseurs superficiels des phalanges des membres antérieurs chez un cheval; par M. Goubaux.

Un vieux cheval de trait, qui fut l'un des sujets du cours pratique des opérations chirurgicales le 30 juin 1853, présentait une déviation très-remarquable de l'extrémité de chacun des membres antérieurs. Chacun des sabots de ces membres portait bien sur le sol, mais la première et la deuxième phalange avaient une direction presque horizontale, et la face postérieure de chacun des boulets portait presque sur le sol.

Au niveau de chacune des articulations du genou, il existait un engorgement assez considérable qui, par sa situation et par son étendue, caractérisait d'une manière évidente une inflammation de chacune des gaînes tendineuses carpiennes. Cet engorgement était un peu plus considérable du côté gauche que du côté droit et s'étendait le long des tendons fléchisseurs des phalanges.

Quelle était la cause de la déviation de la région phalangienne de chacun de ces membres? Déjà, plusieurs fois, j'ai disséqué des membres postérieurs qui présentaient dans la direction des phalanges une déviation semblable à celle que j'avais sous les yeux; et dans ces différentes circonstances, j'ai toujours remarqué une déchirure du tendon du muscle fléchisseur profond vers le milieu de la face postérieure de la première ou de la deuxième phalange. Comme j'observais cette déviation dans les membres antérieurs pour la première fois, je m'arrêtai à l'idée que je rencontrerais les mêmes lésions que dans les membres postérieurs que j'ai disséqués antérieurement.

Le lendemain, je disséquai les membres du cheval qui fait le sujet de cette observation, et voici les lésions que j'eus à noter:

1° Membre antérieur gauche. Au-dessous de la peau et dans toute l'étendue du pied, c'est-à-dire depuis le carpe jusqu'à l'extrémité inférieure du membre, il existe une induration du tissu cellulaire qui, continue avec le tendon du muscle fléchisseur superficiel des phalanges, s'étend jusqu'au niveau de l'insertion de ce muscle. Cette induration augmente beaucoup l'épaisseur du tendon, et s'étend sur les parties latérales de la région du métacarpe en conservant les mêmes caractères. Une incision faite sur le milieu du tendon, et dans le sens de sa longueur, permet de reconnaître qu'il a été le siége d'une rupture au niveau de l'extrémité supérieure du métacarpe. Les deux extrémités du tendon rompu sont reunies par un tissu de cicatrice dont les propriétés physiques sont absolument les mêmes que celles du tissu induré qui enveloppe le tendon dans toute sa longueur.

La gaîne carpienne est le siége d'une inflammation qui paraît avoir été la conséquence de la rupture du tendon. Je néglige de signaler les caractères anatomo-pathologiques des lésions que présente cette gaîne qui ne me paraissent pas importants.

La bride qui se détache du ligament commun postérieur du carpe, le ligament sésamoïdien supérieur et le tendon du muscle fléchisseur profond des phalanges sont parfaitement sains.

2° Membre antérieur droit. Sur ce membre, je trouve absolument les mêmes lésions que sur le membre du côté gauche. La rupture du tendon du muscle fléchisseur superficiel des phalanges a eu lieu au même endroit.

La forme des extrémités rompues de chacun de ces tendons, la situation de ces ruptures, l'examen de la surface extérieure de la peau qui ne présentait aucune lésion; tout, en un mot, exclut l'idée d'une opération chirurgicale que l'on ne pratique jamais à cet endroit, et j'ignore complétement quelle peut être la cause de ce double accident.

Je ferai ultérieurement, à la Société de biologie, d'autres communications sur les déviations des rayons des membres; je lui présenterai plusieurs pièces que j'ai recueillies, et je ferai connaître le résultat d'expériences que j'ai commencées et que je me propose de continuer relativement à cette question.

V. — Pathologie des végétaux.

Note sur un nouveau parasite qui attaque les feuilles des mûriers; par M. le docteur Montagne.

M. Montagne met sous les yeux des membres de la Société des feuilles de mûrier malades provenant des provinces du Midi où cette grave affection a détruit près du tiers de la récolte, et conséquemment occasionné à l'industrie de la soie des pertes qui s'élèvent à plusieurs millions.

Ces feuilles présentent des taches de rouille arrondies, confluentes, commençant d'abord sur le bord de la feuille qui en est comme crispée et recoquillée. Plus tard, les taches grandissant toujours, celle-ci se dessèche et tombe.

La rouille des mûriers n'est certainement pas une maladie nouvelle; tous les ouvrages sur la séniculture en font mention; mais ce qui a échappé jusqu'à présent à l'observation de nos devanciers, c'est qu'au centre de ces taches couleur de rouille ou brunes se développa un champignon parasite que M. Montagne regarde comme nouveau pour la science, bien que peut-être aussi ancien que l'affection des mûriers, il ait passé jusqu'à ce jour inaperçu. Ce parasite est un gymnomycète du genre *fusisporium*, qu'en raison de sa configuration notre confrère nomme *fusisporium cingulatum*. Après en avoir donné une description et soumis à la Société ses dessins analytiques, M. Montagne s'étend sur les causes probables de sa production, qu'il rapporte à l'humidité excessive de la saison et à l'abaissement de température qui en a été la suite, même dans le midi de la France et en Italie. Il se demande ensuite si le champignon est cause ou effet, c'est-à-dire s'il précède la tache ou n'est que consécutif à la production de celle-ci. Une scrupuleuse et attentive observation lui a montré que la tache naissait et croissait en même temps que le parasite et qu'elle pourrait bien le reconnaître pour cause. Notre confrère n'ose pourtant rien affirmer, l'altération du parenchyme de la feuille pouvant être concomitante de l'évolution du *fusisporium*, sans qu'on soit autorisé à prononcer avec certitude que l'une a engendré l'autre.

Enfin M. Montagne termine sa communication en faisant observer que M. Léveillé a trouvé sur les feuilles des mûriers, près de Vincennes, une autre espèce de champignon qui a quelque ressemblance avec celui dont il vient d'être question, mais que cette ressemblance se borne aux taches de la feuille, puisque le parasite trouvé aux environs de Paris est un *septoria*, c'est-à-dire un hypoxylée, et non un gymnomycète. Il s'est assuré près de M. Léveillé que la maladie qu'il vient de faire connaître, et qui a répandu la consternation parmi les éducateurs de vers à soie du Gard, du Cantal et de Vaucluse, est tout autre que celle qui a été décrite par lui, dans les Annales des sciences naturelles, sous le nom de *septoria mori*. Il faut donc bien se garder de les confondre, ce qui sera facile si l'on fait attention que les *septoria* ont un périthèce, tandis que les *fusisporium* n'ont point d'enveloppe cellulaire et sont à nu sur la feuille, après en avoir percé la cuticule.

Le *fusisporium cingulatum* a été observé aussi par notre confrère sur les folioles du calice des fleurs femelles, dans les échantillons provenant du Cantal.

VI. — Thérapeutique.

Sur la dissolution, à l'aide de l'électricité, des calculs urinaires préalablement plongés dans une solution de nitrate de potasse; par M. le docteur R. Philipeaux (de Lyon).

M. le président donne lecture d'une note qui lui a été adressée par M. le doc-

teur Philipeaux (de Lyon), et qui a pour titre : SUR LA DISSOLUTION, A L'AIDE DE L'ÉLECTRICITÉ, DES CALCULS URINAIRES PRÉALABLEMENT PLONGÉS DANS UNE SOLUTION DE NITRATE DE POTASSE.

Dans cette note, M. le docteur Philipeaux rappelle que, bien antérieurement aux travaux de M. Bence-Jones sur le même sujet (travaux résumés dans une note rédigée par M. Bence-Jones lui-même et textuellement traduite par M. Charcot, secrétaire, pour être insérée dans les COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ, janv. 1853), M. le professeur Bonnet (de Lyon) avait eu l'idée de dissoudre au moyen d'un courant galvanique des calculs urinaires plongés dans une solution de nitre. M. Bonnet avait tenté ses expériences non-seulement sur des calculs extraits de la vessie, mais aussi sur des calculs introduits dans la vessie de grands animaux. M. Philipeaux fait remarquer que les premiers essais de M. Bence-Jones ne datent que de 1848, tandis que ceux de M. Bonnet ont été le sujet de deux communications adressées à l'Institut, la première dans la séance du 17 juin 1835 et la seconde dans celle du 11 avril 1836; il cite à l'appui de sa réclamation en faveur de M. Bonnet plusieurs passages de ces communications faites à l'Institut, et un passage extrait de l'ouvrage de M. Ségalas, intitulé : ESSAI SUR LA GRAVELLE ET LA PIERRE (1839, p. 169), où les travaux du chirurgien de Lyon sont relatés avec détails. (Séance du 14 mai 1853.)

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE LA SCIENCE MÉDICALE (HISTOIRE ET DOGMES), comprenant un PRÉCIS DE MÉTHODOLOGIE OU DE MÉDECINE PRÉPARATOIRE; un RÉSUMÉ DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE, ETC.; et un EXPOSÉ DES PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA SCIENCE MÉDICALE; par M. le docteur ÉDOUARD AUBER. — 1 vol. in-8° de 644 pages, — Paris, chez Germer Baillière. — 1853.

Un membre éminent de notre premier corps savant, à qui l'on demandait pourquoi, depuis un demi-siècle, on voyait tant d'inventions physiques si belles et si utiles, tant de progrès industriels si merveilleux, répondit : « C'est que depuis un demi-siècle la science n'a cherché que ce qu'il était possible de trouver. » Cette réponse, si simple et si profonde à la fois, est pleine d'enseignements; elle montre en même temps et le secret de la fécondité des méthodes expérimentales de la science moderne et la cause de la stérilité des spéculations de l'ancienne physique. La science n'a rien trouvé ou a peu trouvé tant qu'elle s'est attachée à la recherche de l'absolu, tant qu'elle a élevé ses prétentions jusqu'à la connaissance des causes premières et de l'essence des phénomènes et d'autres problèmes semblables au-dessus de notre intelligence. Mais dès que, de la hauteur de ces questions insolubles où elle se perdait en vaines hypothèses, la science, s'inspirant du précepte de Bacon qui donne pour but à la philosophie naturelle la recherche des *lois* à la place de la recherche des *causes*, s'est mise à s'enquérir des lois suivant lesquelles se comportent les phénomènes, dès qu'elle s'est bornée à étudier les propriétés secondaires des corps et à en constater les rapports, au lieu d'épuiser ses forces sur les notions inaccessibles de leur nature, elle a réalisé dans un temps très-court d'immenses progrès, elle a accompli ces merveilleuses découvertes et ces fécondes applications pratiques qui font l'honneur et l'admiration de notre époque.

« Ne chercher que ce qu'il est possible de trouver. » Tel est aussi, à l'exemple des physiciens, le mot d'ordre que semblent avoir adopté les médecins depuis un quart de siècle environ, c'est-à-dire depuis que, désabusés par les luttes stériles des systèmes, ils ont renoncé aussi à la recherche des causes premières et des lois générales de la vie, pour se livrer exclusivement à l'étude des phénomènes sensibles. De là cette ardeur nouvelle pour l'observation qui a élargi le champ de la symptomatologie, et qui a enrichi la nosologie d'une foule de faits nouveaux et de maladies méconnues, cette impulsion donnée à l'anatomie pathologique qui a apporté dans le diagnostic des lésions organiques une précision inconnue jusqu'alors, ces procédés d'exploration empruntés à la chimie et aux sciences physiques qui ont agrandi le domaine de la séméiologie, ces applications de la physiologie expérimentale qui ont éclairé d'une vive lumière certains phénomènes morbides jusqu'alors obscurs, dont ils ont donné une théorie partielle plus satisfaisante; de là enfin ce caractère propre aux travaux de notre époque que la GAZETTE MÉDICALE a qualifiés dans une autre circonstance, en disant que le caractère général de ces travaux était « une tendance à la preuve. » Mais de là aussi cédé dain pour toute généralisation, et pour toute considération des faits abstraits du dynamisme, cet oubli, nous dirions presque ce mépris affecté pour les principes généraux traditionnels et pour l'étude des auteurs anciens qui en avaient fait la base fondamentale de la science médicale. Ce qui a fait dire de l'état actuel de la médecine, avec une grande justesse, par l'un des professeurs les plus distingués de l'école de Strasbourg : « Quand on jette un coup d'œil sur le mouvement qu'une philosophie scientifique plus sévère a imprimé à la médecine moderne, l'esprit est saisi d'admiration en face de ces travaux d'observation immenses, en face de ces moyens d'investigation de plus en plus nombreux, de plus en plus délicats. A ne considérer que cette tendance, on est fier du dix-neuvième siècle et de ses conquêtes dans le vaste domaine des faits. Mais si l'on cherche à apprécier les principes qui doivent relier les faits entre eux, les idées générales qui doivent les féconder et ouvrir à l'observation médicale des routes nouvelles, l'admiration cesse; car l'on ne trouve plus qu'une déplorable confusion. »

Pourquoi cette confusion dans les principes et les idées générales, à côté de ces progrès dans la voie de l'observation et de l'expérimentation dont notre époque est justement fière? Pourquoi ces progrès eux-mêmes, que nous nous plaisons à reconnaître, sont-ils, en général, restés circonscrits dans la limite des faits symptomatologiques et organo-pathologiques? Pourquoi enfin, malgré tant d'efforts louables inspirés et dirigés en vue de pousser la médecine dans la voie des sciences exactes, malgré tant d'agitation qui s'est faite autour d'elle, n'a-t-elle eu, en dernière analyse, qu'une faible part relative au mouvement qui a poussé si rapidement et élevé si haut les progrès des sciences physiques? C'est que la médecine diffère, à beaucoup d'égards, et par son objet et par son but, des sciences auxquelles on voudrait faussement l'assimiler; c'est qu'en raison de cet objet et de ce but, en raison surtout des problèmes d'ordres différents et essentiellement complexes qu'elle a à envisager, et dont la solution réclame le concours de méthodes diverses, on ne saurait s'astreindre dans son étude à un seul usage des méthodes expérimentales et des procédés logiques qui s'appliquent à l'étude des faits matériels; c'est que si la médecine a de nombreux rapports avec les sciences physiques, elle tient par des liens non moins étroits aux sciences morales et psychologiques dont les procédés diffèrent de ceux qui sont en usage dans les sciences exactes; c'est que, en un mot, ce qu'il est possible, ce qu'il est utile et nécessaire de chercher en médecine, s'étend au delà des rapports, au delà des propriétés secondaires, au delà des lois, et embrasse jusqu'à la considération des causes jusqu'à l'étude des forces et de la nature de l'être, devant laquelle s'arrête le physicien. C'est ainsi que l'avaient compris les anciens; c'est ce qu'on semble trop oublier de nos jours.

Disons toutefois que si ces observations s'appliquent aux tendances les plus générales d'aujourd'hui et plus particulièrement à ce que l'on est convenu d'appeler l'école de Paris, il n'en faudrait pas rendre responsable l'universalité des médecins. A côté de cette école, il en existe une non moins célèbre à d'autres titres, qui élève depuis longtemps des prétentions bien différentes. Pour celle-ci, loin qu'il y ait confusion dans les principes qui doivent relier les faits entre eux et dans les idées générales qui doivent les féconder, la médecine, en tant que science, serait constituée depuis longtemps et ses dogmes assis sur des fondements inébranlables. C'est ce que se proposait de démontrer, il y a quelques années, le vénérable et illustre professeur de physiologie de Montpellier, dans un livre aussi piquant et aussi original par la forme que profond et élevé par les idées, et dans lequel, avec une sorte d'abnégation pour l'école à laquelle il appartient, il faisait remonter à Hippocrate toutes les vérités fondamentales et essentielles de la médecine et la constitution définitive de cette science.

C'est une œuvre du même genre que vient d'entreprendre M. le docteur Édouard Auber, connu déjà de nos lecteurs par la publication d'un TRAITÉ DE PHILOSOPHIE MÉDICALE dont nous avons, dans le temps, fait l'analyse. Dans le nouvel ouvrage qu'il vient de publier, sous le titre de TRAITÉ DE LA SCIENCE MÉDICALE, M. Auber s'est proposé, en effet, de démontrer que la *science médicale* existe, qu'elle est tout entière dans les livres hippocratiques, non à l'état synthétique ou de coordination, mais à l'état de propositions éparses dans les œuvres du père de la médecine. C'est à ce travail de coordination synthétique des propositions fondamentales de la médecine, contenues dans les œuvres d'Hippocrate, qu'il a consacré le volume que nous allons essayer de résumer.

Ce livre, dit l'auteur, a pour objet de faire connaître la science médicale. Il est divisé en deux parties : la première est consacrée aux questions d'initiation et d'histoire; elle répond plus particulièrement aux premières aspirations des élèves et comprend : la méthodologie, qui montre la marche à suivre pour arriver à l'intelligence des phénomènes de la vie et à la connaissance de la nature de l'homme; l'histoire, qui enseigne la voie qu'a suivie la science pour arriver à se constituer ce qu'elle est. La seconde est réservée à l'exposition des principes et des dogmes fondamentaux de la médecine.

Dans la première partie, l'auteur définit et délimite l'objet de la médecine, son origine, ses domaines et ses rapports avec les autres sciences, et il expose le fait principal et fondamental sur lequel elle repose. Envisageant

la médecine d'un point de vue philosophique et dans l'acception la plus large du mot, il la définit « la science de l'homme sain et malade, la science de l'homme souffrant et réagissant, la science de l'homme et des rapports qu'il entretient avec le reste de la nature; en d'autres termes, la science de tous les faits et de tous les moyens qu'il faut connaître pour diriger les ressources à l'aide desquelles on parvient, de concert avec la nature, soit à conserver la santé, soit à guérir les maladies ou du moins à les adoucir, à les rendre plus supportables. En un mot, la médecine est tout ensemble la science de la santé et l'art de la conserver, la science des maladies et l'art de les traiter, de les diriger et de les guérir. L'objet de la médecine est la connaissance du corps vivant sain ou malade; mais comme la vie ne se soutient qu'à la faveur des agents extérieurs, il en résulte que la médecine a également pour objet la connaissance de ces agents et de leurs rapports, c'est-à-dire la connaissance de la nature organique et inorganique... Elle tend à favoriser la nature dans l'accomplissement de ses hautes tendances finales, c'est-à-dire à agrandir notre existence physique et morale, la perfectionner et la conduire jusqu'au terme de sa durée naturelle... La médecine enfin est une science autonome, ne relevant d'aucune autre, existant par elle-même, alors même que les autres sciences n'existeraient pas; elle a son principe fondamental, ses dogmes spéciaux, son génie propre, sa logique particulière, son langage, ses méthodes, ses règles et ses formes scientifiques... »

Telles sont les principales propositions qui, dès les premières pages du livre, montrent aux jeunes adeptes de la médecine le but élevé de la science dont ils se proposent d'embrasser l'étude, l'étendue des connaissances qu'ils devront acquérir, les difficultés sans nombre qui devront s'élever devant eux, s'ils ne se familiarisent de bonne heure avec les principes philosophiques capables de les guider dans une aussi vaste entreprise, la noblesse enfin et la gravité du rôle assigné au médecin. Tout en faisant dès à présent sur quelques-unes de ces propositions quelques réserves sur lesquelles nous reviendrons plus tard, nous ne pouvons que recommander aux jeunes médecins, à qui elles s'adressent plus particulièrement, des pages où M. Auber développe, dans un langage généralement élevé et digne du sujet, l'objet de la médecine et le rôle du médecin.

Nous avons dit que cette première partie du livre de M. Auber était aussi consacrée à l'histoire de la médecine. Ce n'est point une histoire chronologique des événements, des phases diverses de la médecine et des inventions ou des découvertes qui en ont marqué les progrès successifs; ce n'est pas non plus une histoire biographique des hommes qui ont le plus marqué dans les fastes de l'art et de la science: c'est un résumé analytique, succinct et rapide, conçu principalement au point de vue des idées mères qui ont dominé et qui ont eu dans tous les temps force de dogme, et plus particulièrement au point de vue du développement de l'idée hippocratique et des luttes qu'elle a eu à soutenir. Aussi établit-il trois divisions ou trois époques qui répondent à cette idée pivotale: la première, celle des temps fabuleux, s'étendant depuis l'origine de la médecine jusqu'à Hippocrate; la deuxième, qu'il appelle temps de fondation, qui commence à Hippocrate et finit à la création de l'École de Montpellier; la troisième, qu'il désigne sous le nom de temps de luttes et de perfectionnement, qui date de cette création et va jusqu'à nos jours. Et comme pour servir de complément à ce résumé historique, M. Auber a ajouté une série de notices historiques et critiques sur les principales écoles, parmi lesquelles nous signalerons particulièrement, comme offrant un plus grand intérêt par elles-mêmes et par la justesse des appréciations, celles qui sont relatives aux Écoles de Paris, de Montpellier et de Strasbourg.

Mais hâtons-nous d'arriver à la partie essentielle de cet ouvrage, à l'exposition des dogmes de la médecine et aux bases philosophiques de sa constitution.

L'unité de causes embrassant l'universalité des effets, tel est, aux yeux de M. Auber, en philosophie générale, le principe de toute vraie doctrine. La médecine doit donc reposer sur un principe d'unité embrassant logiquement l'universalité des mouvements vitaux. « En se repliant sur soi-même, dit l'auteur, en examinant ses propres facultés et en observant tout ce qui se passe en soi et hors de soi, on peut saisir la loi de leur développement. La première conception qui frappe l'homme qui réfléchit sur lui-même, c'est l'idée d'une force vive qui l'anime et le fait exister au milieu des dangers qui l'entourent... C'est là le fait primordial sur lequel reposent toutes les doctrines philosophiques spiritualistes; c'est aussi celui sur lequel repose la science de l'homme. La vraie théorie médicale, ajoute M. Auber, doit découler immédiatement du fait qui, dans l'économie vivante, conduit, règle et embrasse tous les faits vitaux, tous les mouvements organiques et fonctionnels, en un mot tous les faits médicaux. Ce fait, ce principe d'action, c'est ce qu'Hippocrate a désigné sous le nom de *nature*, et ses continuateurs sous celui de *force vitale*. Le mot *nature* est pris ici dans son acception de cause première, de cause active et productrice, *natura naturans*, *primum movens*, idée qui a été énoncée sous une infinité de formules différentes exprimant toutes au fond le même fait, c'est-à-dire la source de tous les phénomènes physiologiques et pathologiques. »

On voit de suite quelle est la doctrine dont M. Auber va se faire l'interprète: c'est la doctrine du *vitalisme hippocratique*. Il existe au sein de tout être vivant une force vive, une puissance créatrice et conservatrice, qui préside à la formation des organes et dirige toutes les fonctions: voilà le principe fondamental de la physiologie, de la science de l'homme. Cette force est à la fois conservatrice et réparatrice; elle détermine la marche, le développement et la solution de toutes les maladies par des lois préétablies qui lui sont propres: voilà le fait principe de toute la médecine proprement dite. *Sola natura medicatrix*; voilà, aux yeux de M. Auber, le dogme fondamental, la pierre angulaire, la clef de voûte de la vraie, de la seule médecine, le commencement, le milieu et la fin de la science médicale. A l'exemple d'Empédocle, qui pensait qu'il fallait moins s'occuper de l'univers que de la cause première qui préside à tout et qui gouverne tout, M. Auber voit toute la médecine dans cette cause première qu'il place à la base, au faîte et à toutes les avenues de l'édifice.

De ce fait principe, ou de cette loi, comme on dit plus volontiers aujourd'hui, dérivent une série de conséquences logiques que l'auteur formule comme autant d'articles de la constitution de la science médicale.

De la force vitale découlent directement trois forces secondaires: la plasticité, l'excitabilité et l'irritabilité, qui peuvent être considérées comme constituant les propriétés générales de la matière organisée... La vie, inconnue dans son essence, se révèle par des phénomènes qui se rattachent à l'action de ces trois facultés ou propriétés fondamentales. Elle a trois modes d'expression ou trois manières d'être: la santé, qui est la force vitale en équilibre; l'indisposition, qui est un effort de désordre contre lequel s'élèvent les mouvements conservateurs; la maladie, qui est un état complexe, un ensemble d'actions et de réactions, de lésions occasionnées par des causes morbifiques et d'efforts salutaires exécutés ou entretenus par les forces vitales médicatrices.

Telles sont les principales propositions que l'auteur considère comme les fondements de la science et de l'art médical. Chacune de ces propositions est, dans cet ouvrage, l'objet d'un chapitre spécial. Nous devons renoncer à suivre pas à pas ces développements, mais non sans indiquer cependant çà et là sur chaque chef principal les principales conséquences scientifiques ou pratiques qu'engendre ce point de vue.

D'après la définition que M. Auber a donnée de la médecine, on comprendra aisément que la physiologie et la pathologie ne soient point traitées dans ce livre séparément et comme deux branches distinctes de la science médicale. La physiologie a en effet, pour M. Auber comme pour l'École de Montpellier, un sens beaucoup plus large et plus compréhensif que celui qu'on lui assigne généralement dans les autres écoles; elle embrasse toutes les manifestations normales ou accidentelles, régulières ou irrégulières, de la double nature physique et dynamique de l'homme. C'est la même loi primordiale, c'est le même principe, la puissance active de la vie, qui préside aux faits de l'ordre physiologique comme aux faits de l'ordre pathologique. La nature médicatrice n'est, dans le langage de cette école, que l'une des expressions sous lesquelles on désigne la force vitale elle-même. C'est à peu près la même pensée qui se trouve exprimée par M. J. Guérin dans son mémoire sur la solidarité de la physiologie, de l'anatomie et de la pathologie, lorsqu'il dit que « la maladie, c'est la fonction modifiée, pervertie, détournée de son but normal, mais continuant à être animée, impulsionnée par la force radicale qui anime et impulsionne la fonction normale. » Aussi a physiologie et la pathologie sont-elles confondues, par M. Auber, dans le même ordre de considérations générales sur la nature de l'homme impressionné et réagissant à l'occasion des causes et des influences modificatrices nombreuses qui l'entourent; ce qui est exprimé par le titre même de l'un des premiers chapitres: *De la nature, de la nature médicatrice, de l'instinct et de la force vitale.*

Cette manière d'envisager les faits de l'ordre normal et les faits pathologiques comme dépendants des mêmes lois et régis par un même principe, conduit non-seulement à effacer la ligne de démarcation profonde qu'une observation empirique, superficielle, a tracée entre la santé et la maladie, entre la physiologie et la pathologie, mais elle consacre encore comme une sorte d'empiétement réciproque de l'un de ces domaines sur l'autre: d'où cette proposition qui, au premier aperçu, pourrait passer pour paradoxale, « qu'on ne saurait considérer comme des maladies, dans l'acception du mot, ces mouvements tumultueux qui surviennent à de certaines époques à peu près constantes de la vie et qui sont liées à la révolution des âges, mouvements anormaux qui s'opèrent par une loi naturelle et pour le bien de l'économie, sortes de crises qui se lient à des efforts nécessaires, aux besoins du développement et de la recomposition de l'économie, qui, comme toutes les opérations de la vie, ont toujours en elles la raison de leur exercice, et qu'il serait dangereux de considérer comme des états morbides, bien qu'elles en présentent quelquefois les caractères et les allures. »

Cependant, dans un livre qui a pour titre : DE LA SCIENCE MÉDICALE, et pour objet l'histoire et les dogmes de la médecine, l'auteur n'a pu se dispenser de quelques considérations de physiologie pure. La physiologie, à proprement parler, y est donc représentée dans ce qu'elle a de plus général, c'est-à-dire dans la considération des éléments constitutifs de l'homme et des forces ou des principes de mouvement qui animent la machine humaine, par deux chapitres consacrés à l'étude de la nature de l'homme et des lois vitales.

Après avoir reproduit les principales définitions de la nature de l'homme qui ont été données par les différentes écoles philosophiques, celle de l'école matérialiste représentée aux deux extrêmes de l'échelle historique, par Épicure et Cabanis, celle de Descartes et des écoles organiciennes, celle de Sthal et de quelques pères de l'Église, celle enfin de l'école de Montpellier, qui n'est autre que celle de la grande école grecque, et que M. Lordat a récemment développée avec de nouveaux commentaires dans plusieurs publications remarquables, M. Auber, sans s'arrêter à aucune d'elles, toutes lui paraissant insuffisantes par quelque point, laisse voir sa préférence cependant pour la dernière. Celle qu'il adopte ou plutôt qu'il propose, n'en diffère en réalité, d'ailleurs, que par une plus large extension donnée au dynamisme humain. On sait que Barthez en rattachant les forces vitales à un principe ou à une cause unique, le principe vital, entendait séparer ce principe de cette autre cause supérieure, morale, qui est l'attribut exclusif et le caractère le plus élevé de l'humanité, l'âme proprement dite. M. Lordat a donné à l'idée de Barthez ce caractère de démonstration logique qui lui manquait, en l'appuyant sur l'analyse comparative des attributs respectifs et des facultés distinctives de ces deux principes. Selon M. Lordat, la constitution humaine se compose donc de trois éléments distincts, d'un agrégat matériel, d'une force vitale instinctive et d'un principe psychique, intellectuel, le sens intime. M. Auber va plus loin encore que M. Lordat dans cette analyse du dynamisme humain. S'inspirant de la méthode psychologique, c'est-à-dire de l'examen *de soi par soi*, il reconnaît : 1° une force vive (φυσις) qui anime tous les êtres organisés et qui préside aux mouvements de composition et de développement qu'ils exécutent; c'est la force vitale, la nature d'Hippocrate, commune aux végétaux, aux animaux et à l'homme; 2° un principe n'existant que chez l'homme et chez les animaux d'un ordre élevé, mais avec cette différence qu'il est beaucoup plus développé chez l'homme, principe qui leur fait connaître les êtres et les objets dont ils sont environnés, c'est le *pneuma* des anciens, le ψυχὴ d'Hippocrate, l'âme périssable; 3° enfin un principe qui n'existe que chez l'homme seulement, qui le fait être moral et qui le caractérise, c'est le moi humain, la conscience, l'âme raisonnable, le γνώμη.

Ainsi : agrégat matériel doué de propriétés physiques et chimiques et pénétré de cette force vive qui préside à tous les actes et à tous les mouvements instinctifs de l'économie ; esprit ou intelligence, c'est-à-dire ce par quoi l'homme *connaît;* âme ou conscience, c'est-à-dire, suivant l'heureuse expression de M. Flourens, ce par quoi *il connaît qu'il se connaît*, telle est pour M. Auber la nature complexe de l'homme. Mais moins prudent, moins réservé à cet égard que l'école de Montpellier, aux doctrines de laquelle il s'inspire à chaque page de son livre, et qui s'est interdit toute recherche sur la nature, l'origine et les liens intimes des causes abstraites qu'elle regarde comme l'expression et la formule des derniers termes où conduit l'analyse physiologique et psychologique, M. Auber ne s'arrête pas à ces abstractions. Il ne craint pas de poser des questions comme celles-ci : Ces diverses puissances sont-elles des entités distinctes et particulières, ou simplement des facultés différentes d'un seul et même principe essentiellement perfectible ? Ce principe est-il matériel et périssable, immatériel ou immortel ? Le πνεῦμα est-il une pure matière ? le γνώμη est-il un pur esprit ?... Il est vrai qu'il ne tarde pas à s'arrêter en chemin sur cette pente glissante, comme effrayé des mystérieuses profondeurs où il allait s'engager, et qu'il se réfugie précipitamment sous la salutaire égide des dogmes de l'Église devant lesquels la science abdique en s'inclinant... C'est ce que nous ferons aussi, en nous hâtant de revenir à un ordre de questions plus accessible.

H. BROCHIN.

(La fin au prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

— La Faculté de médecine a rouvert ses portes ; l'affiche de rentrée des cours est posée, et pourtant la séance solennelle n'a pas eu lieu encore : ce n'est que lundi 7 novembre que l'ouverture officielle aura lieu.

On sait que, dans cette séance, M. le professeur Bouchardat doit prononcer l'éloge de MM. H. Royer-Collard et Richard.

— Dans l'affiche des cours, nous avons remarqué que M. Lecomte, agrégé des sciences accessoires, est chargé du cours de chimie.

M. le professeur Duméril sera remplacé par M. Vigla.

— On lit dans les ANNALES DE CLINIQUE DE MONTPELLIER :

« L'ouverture de l'année scolaire 1853-1854, qui était annoncée pour le 7 novembre prochain, vient d'être ajournée par un arrêté de M. le ministre, dans le but de donner à la rentrée des Facultés un plus grand éclat, en faisant présider cette séance solennelle par un inspecteur général du haut enseignement. »

— On lit dans le JOURNAL DE ROME du 20 octobre :

« L'influence des fièvres, qui, cette année, a été plus forte qu'à l'ordinaire, est sur son déclin. D'après les documents que nous avons sous les yeux, le mouvement des hôpitaux de la garnison française, durant le troisième trimestre, c'est-à-dire de juillet à septembre, donne les chiffres suivants :

» Malades encore présents à l'hospice le 1er juillet	179
— entrés durant le trimestre	3,143
— sortis	2,359
— morts	45
— encore à l'hospice le 30 septembre	938

» La mortalité a donc été de 45 sur 3,322 guéris, c'est-à-dire d'un tiers pour 100. Ce résultat est d'autant plus satisfaisant que, parmi les 45 cas de mort, on compte 1 suicide et quelques cas d'affections chroniques, phthisies pulmonaires, maladies organiques du cœur, du tube digestif, etc., et enfin un certain nombre de fièvres typhoïdes observées chez des soldats qui arrivaient de France.

» Le nombre des malades morts des fièvres du pays est donc fort limité, et ces fièvres, du reste, ne sont pas inconnues aux médecins français qui ont longtemps séjourné en Afrique, où elles présentent les mêmes caractères et où elles sévissent avec beaucoup plus d'intensité qu'à Rome. »

— On écrit de la frontière de Moldavie, le 16 octobre :

« Le choléra et la dyssenterie enlèvent beaucoup de victimes à Jassy. La dyssenterie asiatique n'existe encore qu'à l'état sporadique ; cependant depuis trois semaines elle a emporté 100 personnes. »

— Le choléra continue à exercer de grands ravages dans plusieurs provinces de la Perse, et entre autres à Sultanieh.

— On écrit de Munich, le 23, que le directeur de l'Institut égyptien venait de recevoir du pacha d'Égypte l'ordre de faire rentrer tous les jeunes élèves qui étudient la médecine et la chirurgie dans ce pays, pour être employés dans l'armée turque.

— On lit dans le SAVANNAH NEWS :

« Un médecin nous communique une lettre dans laquelle nous remarquons le passage suivant :

« Je puis vous citer un exemple de mort occasionnée par une rapide sécrétion de graisse. Nous avions, à 18 milles de notre ville, un jeune homme qui était un vrai phénomène : à 22 ans, il pesait 565 livres ; il continua à grossir jusqu'à un peu plus de 600 livres. Il était à l'aise et prenait soin de sa plantation. Il y a quatre semaines, il commença à grossir encore, d'abord d'une livre et demie par jour, ensuite de deux livres. Il est mort subitement dans son fauteuil, étouffé par la graisse, à ce que je présume. Trois jours avant sa mort, il pesait 643 livres. »

— Une jeune femme, Élisabeth Pye, âgée de 18 ans, ayant souffert d'un point de côté très-violent, son médecin prescrivit l'application de 10 sangsues. Une garde-malade a posé les sangsues vers six heures du soir le vendredi, et l'on n'eut pas le soin d'arrêter le sang. Le samedi, à huit heures du matin, Élisabeth était morte.

M. Myre, coroner, a fait une enquête, et le jury a rendu le verdict suivant : « Morte par suite de perte de sang occasionnée par un manque de soins après une saignée par les sangsues. »

Le jury a déclaré en outre qu'il trouvait très-fâcheux que la personne qui avait ordonné les sangsues s'éloignât sans avoir prescrit ce qu'il y avait à faire si le sang ne cessait pas de couler.

— Les journaux américains annoncent la mort, à Shippembury (Pensylvanie), de Marie Simondson, âgée de 126 ans.

— M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés, ouvrira un cours complet de chirurgie à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, le jeudi 10 novembre, à huit heures du soir, et le continuera tous les mardis, jeudis et samedis, à la même heure. Les deux premières leçons seront publiques.

On s'inscrit chez M. Goncherand, à l'École pratique.

— M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire a ouvert son cours de zoologie au muséum d'histoire naturelle le samedi 29 octobre, à une heure, et le continuera les mardis et samedis, à la même heure.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

A partir de ce jour, le bureau de la Gazette Médicale est transféré au n° 10 de la rue Racine.

REVUE HEBDOMADAIRE.

LE PERCHLORURE DE FER DANS LE TRAITEMENT DES LÉSIONS DE CANALISATION DU SYSTÈME VASCULAIRE.

La thérapeutique chirurgicale est entrée dans ces derniers temps dans une voie de progrès qui nous semble devoir conduire à l'acquisition d'un moyen nouveau pour le traitement des anévrismes, des varices et peut-être de quelques autres lésions du système vasculaire. Les premiers pas qu'on avait faits dans cette voie, nous avaient montré qu'autant étaient inattendues et importantes au point de vue pratique les propriétés coagulantes que l'expérimentation révélait dans la solution du perchlorure de fer, autant il pouvait être difficile de fixer dans de justes limites cette action énergique, autant il fallait s'appliquer à déterminer les différentes conditions suivant lesquelles cette action se règle. La Gazette Médicale n'avait porté jusqu'ici aucun jugement sur ces faits nouveaux et importants, parce qu'il lui semblait qu'en cette question les faits probants n'avaient pas encore parlé. En effet, l'expérimentation physiologique sur le mode d'action du perchlorure de fer est encore à l'étude et toutes les applications chirurgicales de ce moyen qu'on a tentées à cette heure se ressentent du manque de données précises, et ont eu lieu par des méthodes ou dans des circonstances trop diverses pour fournir matière à une appréciation rigoureuse. L'Académie ayant été entretenue de cette question dans la dernière séance, nous avons dû nous en occuper ici; nous le ferons donc avec une grande réserve, parce qu'à notre avis les bases physiologiques du problème ne sont pas nettement établies, les conditions de l'action thérapeutique n'ont pas été fixées et les faits accomplis dans des circonstances très-diverses, entre les mains d'expérimentateurs différents, ne nous semblent pas susceptibles de fournir matière à un rapprochement, qui jetterait quelque lumière sur cette question telle que nous l'avons conçue.

Ces réflexions montrent pourquoi si, à l'époque où le professeur Lallemand porta cette découverte devant l'Institut, nous nous sommes gardé d'encourager les essais thérapeutiques ou d'entrer nous-même dans cette voie, il nous semble aujourd'hui que la sorte de proscription dont on voudrait frapper une idée qui peut avoir son utilité pratique est très-probablement imméritée. Notre opinion une fois ainsi formulée, essayons de définir quelques-unes des conditions du problème qu'ils'agissait de résoudre pour étendre à la thérapeutique d'une manière sûre et fructueuse les propriétés si remarquables du perchlorure de fer.

Dans une question de cette nature, il était nécessaire de s'enquérir avant tout des effets de l'action chimique du perchlorure sur le sang et les tissus qui le contiennent: le coagulum ainsi formé et contenant dans sa masse le perchlorure de fer dans un état de combinaison particulière, est-il susceptible d'organisation? Quelles sont les propriétés physiques de ce caillot en rapport avec les diverses quantités de l'agent coagulateur et avec les différences de réaction que présente le fluide sanguin dans les parties où il stagne en grande partie ou dans les points où le courant est rapide? Quelle est l'action de ces caillots artificiels sur les parois vasculaires? Comment agit le perchlorure lui-même sur les artères, les sacs anévrismatiques et le tissu cellulaire? Or sur tous ces points l'investigation physiologique est en voie de recherches, et il nous semble impossible de prononcer à l'heure actuelle avant de connaître les résultats des explorations préliminaires indispensables, à notre avis, pour procéder à l'application thérapeutique.

Une fois sorti de cette méthode, qui nous semble la méthode rationnelle, on tombe dans l'empirisme, et si les essais que l'on tente sont heureux, on sera porté à conclure que l'idée est applicable dans tous les cas; si les essais conduisent à des résultats malheureux, on conclura que l'idée n'est bonne dans aucune circonstance. Pourtant il n'y a peut-être pas dans tout cela autant de la faute de la méthode que de celle du procédé suivi. L'histoire, qui est pleine d'enseignements en cette matière, nous apprend combien sont quelquefois longues, difficiles à découvrir et à appliquer les conditions qui font d'une même méthode thérapeutique un moyen utile ou dangereux. Dans l'une des questions qui nous occupent, la guérison des anévrismes, n'a-t-on pas vu par exemple, pendant longtemps, l'application de la ligature, excellente en principe, pécher par les vices des procédés opératoires? et sans l'investigation physiologique, sait-on au juste si on serait arrivé à cet égard aux principes qui règlent aujourd'hui la pratique de tous les chirurgiens?

Du reste, si nous faisons ces réserves, c'est que l'art nous semble loin encore d'avoir dit son dernier mot dans le traitement des dilatations anévrismatiques ou variqueuses des vaisseaux. La ligature, applicable aux dilatations superficielles, n'atteint pas les tumeurs profondes, et du reste, dans certains cas, elle voit, par le rétablissement de la circulation capillaire, son œuvre compromise. L'idée de solidifier la masse sanguine contenue dans les vaisseaux dilatés, et de se servir de ce caillot comme moyen obturateur et comme obstacle au cours du sang, a fourni matière à différents essais. Si jusqu'ici ces faits n'ont pas été généralisés, c'est que les conditions pratiques n'en ont pas été exactement déterminées. La chirurgie doit exciter à ce sujet les efforts des novateurs, tout en blâmant les tentatives imprudentes qui se sont accomplies quelquefois. Sa réprobation à cet égard relève de lois générales qui s'appliquent à toutes les méthodes, à la ligature d'emblée comme à toutes les autres. Nous avons en ce moment sous les yeux vingt observations d'anévrismes externes observés dernièrement dans différents hôpitaux d'Angleterre et traités tous par la compression. Dans un petit nombre de cas, ce traitement a été suivi d'un succès complet; dans la majorité des observations, le résultat a été assez satisfaisant; plusieurs fois les effets ont été nuls, et dans deux cas la compression a déterminé des accidents plus ou moins graves.

Cette méthode est à l'étude en ce moment chez nos voisins d'outre-Manche; elle nous semble destinée à prendre un rang avantageux parmi les différents moyens employés. Si les faits ultérieurs concordent avec ceux que nous annonçons, elle devra être essayée dans tous les cas avant la ligature, parce qu'elle est de nature à pouvoir être ainsi expérimentée.

De même le perchlorure de fer, mieux étudié dans son action, introduit par des mains plus habiles ou plus expérimentées, s'il n'a pas des résultats aussi avantageux que la compression ou la ligature pourra être utile néanmoins dans certaines circonstances pour lesquelles la chirurgie n'a encore aujourd'hui que des ressources très-incertaines et très-dangereuses, nous voulons parler de certains anévrismes internes, et des dilatations anévris-

Feuilleton.

RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — ÉLOGES DES PROFESSEURS RICHARD ET H. ROYER-COLLARD.

Il nous est arrivé plus d'une fois, à l'occasion de ces réunions générales où le premier corps médical enseignant s'installe officiellement pour recommencer ses travaux, de regretter que l'organe choisi pour porter la parole en son nom fut emprisonné par l'usage dans le cercle étroit d'idées et de faits d'un panégyrique. C'est une imitation assez malheureuse, à notre sens, de la pratique des académies qui, de temps immémorial, ont adopté pour programme de leurs apparitions solennelles l'éloge de leurs morts. Les académies peuvent avoir en cela leurs raisons. Elles ont un secrétaire perpétuel, auquel, par sa charge, est dévolu exclusivement le rôle d'orateur, et qui trouve dans l'éloge un cadre et un thème de discours tout préparés et commodes. Ce serait peut-être trop exiger du talent et des ressources d'esprit d'un seul homme que de lui imposer l'obligation d'inventer lui-même chaque année le fond et la forme d'un discours. L'*éloge* vient à son aide, et la mort, pourvoyeuse infatigable, ne le laisse jamais manquer de matière. Le talent, d'ailleurs, peut toujours tirer parti de ce type uniforme, quelque usé et fatigué qu'il soit, et l'on ne saurait trop faire le procès au genre quand il est mis en œuvre par Fontenelle, d'Alembert, Cuvier, Vicq-d'Azyr, Pariset, Mignet, Arago. Il est cependant présumable que ces éminents esprits, ces habiles artistes n'ont pas pu, sous cette forme restreinte et conventionnelle, déployer leur pensée sur les grandes questions objets habituels de leurs études, dans toute son ampleur. Quant à la valeur *historique* de ces morceaux, elle est également problématique, et l'on se tromperait beaucoup si l'on croyait trouver l'histoire d'une académie dans les éloges officiels des académiciens. Il ne faut pas davantage y chercher ce qu'on est pourtant tenté de faire sur l'étiquette, de vrais portraits de la physionomie intellectuelle et scientifique de l'homme. Ce ne sont et ne peuvent être que des croquis de fantaisie, dans lesquels le peintre cherche plus à faire valoir sa touche et le brillant de ses couleurs qu'à reproduire sincèrement les traits du modèle. Il est d'ailleurs tenu de le peindre en beau et en buste, et dans le style des épitaphes tumulaires. Le procédé d'exécution et l'intention de l'artiste sont également infidèles. Il n'y a de sûreté pour le portrait que dans la photographie; mais pour décalquer les esprits on n'a pas encore l'objectif, et le posséderait-on, qui oserait exhiber une de ces épreuves daguerriennes?

Quoi qu'il en soit de ce genre de discours dans les académies, il ne nous paraît pas souhaitable que l'usage s'en établisse, comme il tend à le faire, dans la Faculté. La Faculté n'est pas une Académie; c'est une institution d'enseignement, une école. C'est un haut supérieur de sa fonction, comme corps enseignant, que doivent se rapporter tous ses actes publics. L'esprit général de l'institution doit se refléter dans toutes ses démarches, et dominer les considérations particulières d'ambition, de gloire, d'intérêt, de ses membres. Elle n'a pas, comme les académies, à représenter et à briller devant la foule; uniquement soucieuse de son

matiques accompagnées de ces maladies des vaisseaux qui rendent la ligature très-dangereuse et quelquefois même impossible.

THOLOZAN.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LES INCRUSTATIONS CALCAIRES DU CŒUR, DES ARTÈRES ET DES VEINES ; par le docteur M. H. DESCHAMPS.

(Suite. — Voir le n° 44.)

VI. — DEUXIÈME PÉRIODE. — DU FLUIDE OSSEUX.

Le fluide osseux, substance toujours épaisse, consistante, très-variable par sa quantité, par son opacité et sa couleur jaunâtre on blanchâtre, est destiné à combler le vide qui résulte de la rupture des fibres élastiques, et à soutenir la membrane interne contre le choc de l'ondée sanguine qui tend à la briser. Si la membrane interne se rompt, il n'y a plus ni sécrétion apparente, ni dépôt de fluide osseux, et l'anévrisme commence.

Le fluide osseux, ainsi que je le nomme, a tour à tour été appelé *suc osseux* (Senac), *matière caséeuse, plâtrée, athéromateuse* (Morgagni, Haller, Hodgson), *pus artériel*, suivant les idées théoriques que l'on s'est formées touchant l'aspect physique des taches jaunes ou relativement à son mode de production.

Les taches jaunâtres du fluide osseux, comparées à des gouttelettes de cire par Morgagni, diffèrent essentiellement des petits apostèmes purulents; ceux-ci sont toujours précédés, suivis ou accompagnés de phénomènes inflammatoires; celles-là s'établissent après une lésion mécanique, sous forme d'une sécrétion particulière et sans aucune trace de phlegmasie. Haller, Hogdson, Bertin, etc., ont tous noté l'intégrité de la tunique interne qui recouvre les dépôts de matière athéromateuse.

La nature chimique entre les deux fluides se caractérise par des propriétés opposées. Le suc osseux, dissous dans les acides étendus, donne un précipité de sels calcaires et une matière animale qui flotte, comme un léger énéorème, au milieu de la liqueur acidulée. Le pus n'offre rien de parfaitement semblable, et de plus il contient de la pyine. Tous deux, il est vrai, sont à demi fluides, ont une apparence à peu près égale; mais l'un, produit phlegmasique, est toujours absorbé ou éliminé; l'autre, résultat d'une sécrétion, a pour but de fermer une issue au sang et subit, au lieu qui l'a vu naître, une série de métamorphoses jusqu'à la concrétion calcaire : cicatrice du tissu fibreux élastique. Un examen superficiel a fait confondre la cicatrice osseuse avec les ostéophlegmasies, avec ces produits concrets et calcaires qui terminent quelquefois les irritations inflammatoires. Nous ferons connaître plus loin le siége, la nature et l'origine de ces deux altérations différentes.

Dans les ruptures récentes des faisceaux fibreux élastiques, la membrane externe des parois artérielles est parfaitement saine, et la tunique interne conserve toutes ses propriétés de tissu; celle-ci recouvre les petites collections du fluide osseux; celle-là leur sert de point d'appui solide, résistant : toutes deux maintiennent en place le suc osseux pendant les modifications qu'il subit.

Le fluide osseux est toujours sécrété en plus grande abondance que ne le comporte la solution de continuité du tissu élastique à combler, à cicatriser. Il en résulte que la membrane interne est soulevée et forme un relief souvent très-marqué à l'intérieur du canal sanguin. Hodgson dit : « Quelquefois ces élévations sont considérables et très-étendues, tandis que, dans d'autres cas, elles sont circonscrites et offrent une apparence tuberculeuse. »

La membrane interne étant incisée sur les tubercules qui font une saillie convexe à l'intérieur du vaisseau, on facilite l'issue du fluide osseux par la compression modérée. A la place de la matière caséeuse, plâtrée, granuleuse, on rencontre la petite cavité qui témoigne de la rupture des fibres élastiques.

Lorsque l'inflammation s'empare de la membrane interne, celle-ci devient vasculaire, rougeâtre, épaisse, très-friable, elle se brise d'elle-même, et le fluide osseux dissous par le sang est entraîné au loin, laissant à nu la petite excavation qu'il était destiné à combler. La tunique externe, en ce point, soutient à elle seule, un instant, l'effort latéral d'impulsion du sang. Il se forme rapidement dans la petite cavité une succession de couches fibrino-albumineuses pour éviter la rupture de la tunique fibreuse. J'ai observé, dans un anévrisme de la crosse de l'aorte, les lamelles fibrineuses, régulièrement disposées sous forme d'un bouchon comme taillé par un emporte-pièce. Ce bouchon s'étant spontanément détaché, la membrane externe se rompit, et la mort subite arriva par hémorrhagie foudroyante.

Les conditions organiques inconnues de la sécrétion du fluide osseux méritent un examen sérieux. A l'état physiologique, l'os sécrète la matière saline particulière dont il est le réservoir, suivant l'expression de Fourcroy; le tissu fibreux élastique rompu sécrète aussi le suc osseux destiné à sa cicatrisation; les ostéides attirent dans leur canevas fibro-cartilagineux les sels calcaires qui les transforment en petits os sésamoïdes. Quel est le rôle du fluide osseux en pathologie? Il constitue les ostéophlegmasies et probablement les tubercules.

La cause de la tuberculisation est toujours un des problèmes insolubles de la médecine. L'art de guérir étant en défaut, supporte que toute idée nouvelle sans appui direct, mais pourvu qu'elle soit rationnelle, se produise. Une idée nouvelle dans le monde moral est certainement plus propice à l'humanité que, dans le monde physique, le grain de sable ajouté sur la plage, que la goutte d'eau qui tombe dans l'Océan. Rappelons-nous, toutefois, ces sages paroles de Degérando : « L'observation est le sol de la science et les théories en sont l'industrie. »

La fibre élastique domine la structure des organes respiratoires, organes soumis à une action constante et souvent très-énergique. Or c'est le propre du tissu fibreux élastique d'éprouver des ruptures par suite d'efforts mécaniques et de sécréter le fluide osseux. Pourquoi le tissu élastique pulmonaire serait-il exempt et de ces ruptures et de cette sécrétion ?

La plus grande analogie rapproche le tubercule du fluide osseux, et le sépare du pus sécrété par l'inflammation. D'après l'analyse chimique, le tubercule, soit à l'état de crudité, soit à l'état d'induration calcaire, c'est-à-dire lorsqu'il est lui-même et non combiné au pus, se compose de sels calciques, de matière animale et jamais de pyine: qualité spéciale au pus. Consultons les recherches. Les tubercules mésentériques du taureau et de la vache sont composés de phosphate et de carbonate de chaux combinés

---

service, de ses grands devoirs, de sa haute responsabilité envers l'État, envers les familles, envers la société en général, elle ne doit songer qu'à fonder et maintenir son autorité. Voilà pourquoi, dans ces séances de rentrée, où la Faculté parait et agit en corps, elle pourrait, ce semble, et devrait, pour faire acte de présence, de vie et d'action, trouver quelque chose de mieux que la lecture d'un éloge. Nous préférerions pour notre compte, dans ces occasions, entendre l'École parler d'elle-même et des grands objets de son institution; aborder les hautes questions de philosophie médicale, de méthodologie, des droits et des devoirs professionnels; nous voudrions, en un mot, la voir inaugurer l'enseignement qu'elle va dispenser à la jeunesse dans toutes les branches de la science et de l'art, par une première leçon générale qui en déterminerait l'esprit, le caractère et le but. L'École ferait ainsi acte de maîtrise, et consacrerait son droit d'enseigner, en montrant qu'elle a pour cela l'autorité, en même temps que la mission. Au lieu de cette grave et ferme attitude, on la voit trop souvent se poser, comme lundi dernier, en veuve désolée, comptant et pleurant ses morts, et n'ayant de voix que pour la plainte et les regrets. Ce sentiment est respectable, et à Dieu ne plaise que nous songions à en blâmer la manifestation. Seulement il faut prendre garde que cette exaltation des morts n'ait pour effet, sinon pour but, d'abaisser un peu les vivants, et que l'éclat de la flamboyante auréole attachée par le panégyriste à la tête de son héros, ne fasse trop pâlir ou même n'éclipse complétement par instants les lumières environnantes. Cet obscurcissement, quoique passager, ne doit pas être agréable à ceux qui le subissent.

Les exemples, et même les propres précédents de la Faculté, ne manqueraient pas, à défaut de raisons, pour l'adoption d'un meilleur programme. Elle a plus d'une fois et de loin en loin, par l'organe de son représentant et chef naturel, son doyen, ou de quelqu'un de ses membres les plus autorisés, inauguré heureusement la reprise de ses travaux à peu près dans la forme que nous aimerions voir passer en règle. Elle a aussi l'exemple de ce qui se fait dans les cours et tribunaux, où, selon un antique et excellent usage, les chefs de la magistrature, ou les officiers du ministère public, viennent, aux séances solennelles de rentrée, prononcer des discours dans lesquels les principes les plus élevés du droit, les règles de l'administration de la justice, les devoirs des magistrats, sont exposés et développés pour l'instruction et l'édification de ceux qui ont pour mission d'appliquer ces principes, d'observer ces règles et de remplir ces devoirs. Ce sont ces belles *mercuriales*, comme on appelait et comme on appelle encore quelquefois, ces discours, que nous voudrions voir imiter dans nos écoles médicales. Un autre exemple, plus direct, et qui nous vient toujours en mémoire en pareille circonstance, est celui que donna pendant trente années l'illustre recteur de l'Université de Leyde, le grand Boerhaave, dans ces ORATIONES qu'il composait à l'occasion, des réunions publiques de l'Université ou de l'installation d'une chaire, et dans lesquelles il traçait d'une main sûre la marche générale de la science et de l'enseignement, tandis qu'il appliquait lui-même ses principes dans quatre chaires occupées simultanément, avec la même supériorité et un succès égal. On faisait de même du reste, en ce temps-là, dans les autres Universités de l'Europe, et l'École de Montpellier a, si nous ne nous trompons, conservé cette louable partie de la tradition scolaire et académique. C'est, en effet, de cette manière qu'un corps savant et enseignant peut le mieux manifester l'esprit qui l'anime, se donner la conscience de son activité et de sa force, et poser, aux

à la matière animale, d'après l'analyse de Lassaigne. Le pus, selon Gneterbock, est au contraire formé d'albumine et de la matière particulière qu'il nomme *pyine*.

Un dépôt purulent, produit toujours certain d'une inflammation, devient un corps étranger pour l'organisme qu'il entrave dans ses fonctions ; il est nécessairement absorbé ou éliminé. Le tubercule reste longtemps stationnaire et à l'état de crudité sans nuire au jeu fonctionnel ; sa présence ne devient fatale que lorsqu'il se ramollit, quand il participe à la fonte purulente du parenchyme pulmonaire enflammé; alors il se mêle au pus pour être expulsé avec lui. Il est toujours aisé de constater la nature des tubercules dans les crachats de pus abondants des phthisiques.

Le pus ne se transforme jamais en concrétion calcaire, quoique l'inflammation qui lui a donné naissance puisse se terminer par ostéophlegmasie. Cette altération calcaire diffère de celle du tubercule incrusté et surtout de celle des concrétions séniles par des caractères propres plus loin exposés. Le tubercule, de même que le fluide osseux, une fois produit ou sécrété, se modifie, se transforme en un corps dur, compacte, qui n'est jamais repris par l'absorption : pour le fluide osseux des incrustations séniles, c'est la loi; pour les tubercules, c'est l'heureuse exception. On rencontre quelquefois chez les vieillards des cavernes pulmonaires cicatrisées et des concrétions calcaires multiples. Les poumons d'une femme âgée étaient comme sablés par des petits graviers d'un volume égal ou supérieur à un grain de millet. Le tubercule et la concrétion pulmonaire ayant même composition chimique, l'une paraît être naturellement la conséquence de l'autre. Crumpton a trouvé l'analyse de concrétions pulmonaires, de la matière animale et du carbonate de chaux. M. Prével (de Nantes) établit ainsi la composition d'une sécrétion des voies aériennes : phosphate calcaire, magnésie phosphatée et carbonatée, matière animale.

Cependant les organes étant tous tributaires de la tuberculisation, les ruptures du tissu élastique ne sont pas indispensables à la sécrétion du fluide osseux. La grande loi qui préside à cette sécrétion importante serait-elle que partout où l'élément organique ne se régénère pas ou n'a pas le temps nécessaire à se régénérer, il se fait un épanchement de sucs osseux pour combler la solution de continuité?

(*La fin au prochain numéro*.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'EMPLOI DE LA MANDRAGORE DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE; par M. le docteur MICHÉA.

(Suite et fin. — Voir les numéros 4, 8, 10, 12, 31, 32, 33 et 45.)

Signaler de nos jours les propriétés curatives de la mandragore, c'est presque faire une découverte en thérapeutique; car cette solanée, jadis si populaire, est tellement tombée en désuétude, que beaucoup de médecins ignorent son ancienne réputation. L'usage abusif ou coupable qu'en firent dans l'antiquité, au moyen âge et au seizième siècle, les charlatans de tout genre; les préjugés nombreux et les superstitions ridicules qui s'y rattachaient, ont surtout contribué à son discrédit. Quoique mal déterminée encore, son action sur l'économie est pourtant incontestable. Comme la plupart des solanées, elle passait chez les anciens pour exciter le délire et la fureur, quand on l'administrait à fortes doses. Ils la conseillaient parfois dans les affections mélancoliques.

Aucun thérapeutiste moderne n'a songé jusqu'ici, que je sache, à employer cette solanée dans le traitement de l'aliénation mentale.

Je l'ai expérimentée dans 4 cas. Je me suis toujours servi de la poudre de racines fraîches.

OBS. XLVIII. — M. Justin B..., avocat, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, est âgé de 42 ans. Dès l'enfance, il eut l'esprit enclin aux sentiments religieux.

Nommé en 1848 procureur de la République dans une ville du Midi, il fut révoqué peu de temps après pour cause de bizarrerie dans la conduite. Il conçut de la perte de son emploi un chagrin d'autant plus vif qu'il était sans fortune. Bientôt il se dégoûte du monde, et il entre dans une maison religieuse où il se livre avec une ardeur extrême à tous les exercices de la méditation et de la prière.

Au commencement d'avril de l'année 1849, un jour qu'il discutait avec un religieux sur un point de théologie, il s'anime et s'exalte jusqu'au point de donner un soufflet à son interlocuteur. On ne tarde pas à s'apercevoir qu'il déraisonne, et on le conduit en maison de santé le 19 du même mois.

Le 20, nous trouvons le malade dans l'état suivant : Il se croit poursuivi par la vengeance divine pour avoir embrassé une jeune fille quand il était procureur de la République, et destiné à expier cette faute au milieu des tourments de l'enfer. Il assure que la nuit, tout en étant éveillé, on vient tirer les couvertures de son lit et lui toucher les pieds. De là une ferme conviction qu'il est en butte aux attaques du démon.

Prescription : 5 centigr. de poudre fraîche de racine de mandragore.

La dose du médicament est élevée chaque jour de la même quantité jusqu'au 27, époque où le malade en ingère 4 décigr.

Du 28 du même mois jusqu'au 4 mai, la dose est diminuée chaque jour de 5 centigr.

6. Amélioration très-notable : les hallucinations du tact ont disparu. Encore quelques scrupules religieux.

10. Le délire a tout à fait cessé.

20. Le malade sort complétement guéri. Nous l'avons revu tout récemment (15 septembre 1851). Depuis sa sortie de l'établissement, il a toujours joui de l'intégrité de la raison.

Une très-petite quantité de poudre de racines de mandragore (3 grammes 2 décigr.) suffisent pour produire ici une guérison complète dans un intervalle assez court. Les hallucinations disparaissent d'abord, puis peu à peu les conceptions délirantes font de même.

OBS. XLIX. — Mademoiselle Coralie G..., sous-maîtresse dans un pensionnat de Paris, est âgée de 42 ans. Elle n'a point encore eu de dérangement dans la menstruation.

Affectée d'une déviation très-prononcée de la taille, elle n'a jamais pu se résigner à cette infirmité, qui, dès l'époque de la puberté, a répandu sur son caractère une teinte de tristesse qui n'a fait que s'accroître avec les progrès de l'âge.

Au mois de mars 1849, la mélancolie de mademoiselle G... est telle qu'elle l'empêche de remplir ses fonctions de sous-maîtresse; elle garde la chambre, en refuse l'entrée à tout le monde, se renferme dans un silence qu'elle ne rompt que pour manifester un dégoût extrême de la vie.

Le 4 avril, elle opère une tentative de suicide par strangulation. Elle entre en maison de santé le 13 du même mois.

---

yeux de tous, le fondement légitime de l'autorité scientifique et dogmatique qui lui est déférée.

Ceci suppose, il est vrai, que le corps ou l'autorité scientifique, ainsi mise en demeure de s'expliquer à elle-même et d'expliquer aux autres sa mission et ses droits, a ou peut avoir une conscience claire de l'étendue et de la nature de ses fonctions. Or en est-il ainsi pour la Faculté, pour l'École de médecine de Paris? Nous voudrions le croire, mais nous en sommes à souhaiter qu'elle le prouve. Il y a bien incontestablement une école à Paris, mais y a-t-il une école *de* Paris? Qui le sait? Une école, ainsi qu'on l'entend et qu'il faut l'entendre, consiste dans un ensemble systématique de principes arrêtés, de méthodes scientifiques définies et avouées, ou tout au moins, de tendances et d'une direction vers un but déterminé. C'est par cette unité de vues générales que se révèle son esprit, son génie ; et c'est par là aussi que se mesurent sa force et la portée de son action. L'École de médecine possède-t-elle en ce moment des traits distinctifs qui puissent servir à la faire reconnaître? Est-elle en mesure de se bien rendre compte à elle-même de ce qu'elle sait, de ce qu'elle veut, de ce qu'elle peut? Nous posons cette question, et la poser c'est presque la résoudre. Contentons-nous de dire que l'école dite de Paris, ou, si l'on veut, la Faculté, qui est, dit-on, son représentant, son organe visible, serait probablement embarrassée s'il lui fallait faire une profession de foi scientifique, une déclaration de principes. Ajoutons qu'en fait l'enseignement, dépourvu de direction supérieure, marche en tous sens, et un peu à la débandade, sous la conduite de guides qui cherchent eux-mêmes leur chemin. Cette confusion tient en partie sans doute à la nature et aux difficultés intrinsèques de la médecine, mais elle a sa source principale dans le défaut d'énergie et de confiance de l'esprit scientifique du temps. Le dégoût des théories a engendré une sorte d'indifférentisme d'un caractère tout nouveau, qui consiste, non plus à dédaigner et abandonner les recherches (car jamais on n'a tant travaillé), mais à les poursuivre à la fois dans les voies les plus diverses, sous l'escorte des principes les plus opposés ; comme feraient des voyageurs qui, égarés loin de la route, dans des chemins de traverse, estimeraient qu'il n'y a pas de raison de choisir entre ceux qui se présentent, puisqu'on ne sait ni quel est le bon, ni s'il y en a un bon, et qui se consoleraient en attendant par cette idée que, s'ils n'avancent pas, du moins ils marchent. Cette espèce singulière d'indifférentisme actif sévit particulièrement, cela se comprend, dans l'ordre des sciences médicales. Quoi d'étonnant donc que le corps enseignant en soit aussi atteint? Mais, s'il en est ainsi, la Faculté n'est ni en position ni en humeur de régenter, de dogmatiser, de faire des Mercuriales, et doit s'en tenir sagement au régime neutre de l'Éloge.

Cependant il y doit y avoir, il y a ici, comme en tout, *quelque chose à faire*. Mais quoi? *Hic labor, hic opus*. Nous n'avons pas la présomption de le dire. C'est le devoir des chefs officiels de la doctrine de le chercher. La bonne volonté et même les lumières ne manquent point; avec ces deux éléments, il est permis d'espérer. L'enseignement médical doit déjà beaucoup aux hommes éminents d'esprit, pleins de zèle et de cœur qui l'ont dirigé dans ces dernières années. Ils ont ouvert autant qu'il était en eux toutes les sources matérielles de l'instruction, cliniques, amphithéâtres, collection, livres, etc.; ce sont là des outils précieux, indispensables, que n'ont-ils pu nous apprendre en même temps la manière de s'en servir?

Le dégoût de l'existence continue. La malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse ou n'y répond que par monosyllabes. Elle refuse parfois de manger dans le but de se laisser mourir, et ce n'est qu'en la menaçant de lui introduire la sonde œsophagienne qu'elle consent à prendre un peu de nourriture.

22. La poudre de racines de mandragore est prescrite à la dose de 5 centigr.

Du 23 avril au 4 mai, la dose est chaque jour élevée de la même quantité.

5. Aucune amélioration notable. La malade, qui a ingéré hier 5 décigr. du médicament, éprouve de la céphalalgie et de la sécheresse au pharynx. Suspension de l'emploi de la mandragore.

14. Le médicament est administré de nouveau et prescrit sans interruption, à doses croissantes, jusqu'au 31, date à laquelle la malade en ingère 9 décigr.

Sensible déjà dès le 25 mai, le mieux est surtout appréciable le 1er juin. La malade ne refuse plus de manger, elle témoigne d'une sorte de repentir et de honte lorsqu'on lui parle des tentatives qu'elle a faites pour se donner la mort. Elle est beaucoup moins silencieuse; elle réclame sans cesse sa liberté, qu'elle ne demandait nullement avant cette époque. Seulement elle conserve toujours une teinte profonde de tristesse, et elle se refuse opiniâtrement à prendre part à toutes les distractions qu'on lui propose.

8. Mademoiselle G... sort de l'établissement dans cet état d'amélioration, et depuis lors nous n'en avons plus eu de nouvelles.

Ici la quantité du médicament ingéré est plus considérable, et l'amélioration se fait un peu plus attendre que dans l'observation précédente. Néanmoins, cette amélioration est très-grande; on pourrait même la prendre pour une guérison sans la tendance à la misanthropie, naturelle du reste à la malade, mais que cette personne porte encore jusqu'à l'exagération.

Obs. L. — M. Eugène M..., âgé de 24 ans, est d'une constitution moyenne et d'un tempérament lymphatico-nerveux. Il est fils d'un père mort aliéné, et il a une de ses sœurs qui est folle.

Dès l'âge de puberté, M. M... a été bizarre dans ses goûts. Il fuyait le monde, et restait des mois entiers sans parler à personne. D'une susceptibilité extrême, il se brouilla avec tous les membres de sa famille.

En 1848, sa mère, qu'il avait affectionnée beaucoup, lui devint extrêmement antipathique. Il refusa une pension qu'elle lui faisait tenir jadis régulièrement, et pour ne plus être sous sa dépendance, il se fit instituteur dans un village.

En 1849, il revint à Paris, consentant à recevoir de l'argent de sa mère, mais ne voulant pas demeurer sous le même toit.

Le 31 mai, à la suite de l'abus des liqueurs fortes qu'il faisait depuis le commencement de l'année, le délire éclate. Ayant brisé la nuit tous les carreaux des croisées de son appartement, et ayant menacé un de ses voisins, ceux-ci se plaignirent, et le commissaire de police ordonna sa séquestration.

Le malade entra en maison de santé le 3 juin.

Absence de délire général et de tendance à la fureur. Le malade s'imagine que sa mère a voulu et cherche encore à l'empoisonner. Il croit qu'elle a des créatures à ses ordres qu'elle charge d'introduire des substances toxiques dans ses aliments. Il entend la nuit et le jour des voix qui lui répètent de se méfier de sa mère, que c'est une autre Brinvilliers qui fait tout son possible pour se débarrasser des membres de sa famille.

Le 5, 5 centigr. de poudre de racines de mandragore sont administrés au malade en suspension dans du chocolat.

La dose du médicament est augmentée chaque jour de 5 centigr. jusqu'au 12.

Le 13, légère amélioration. Les hallucinations de l'ouïe sont moins fréquentes; elles font surtout beaucoup moins d'impression sur l'esprit du malade.

20. Suspension de la mandragore jusqu'au 22.

Le 23, le médicament est repris à la dose d'un décigramme. La dose en est chaque jour doublée.

2 juillet. Le malade en a ingéré hier 1 gramme. Amélioration très-manifeste. Les hallucinations de l'ouïe ont entièrement cessé. Continuation de l'usage de la poudre de racines de mandragore à la dose d'un gramme par jour.

Le 6, de la céphalalgie et des vertiges surviennent qui forcent à suspendre l'emploi du médicament.

Du 9 au 20, l'amélioration est de plus en plus sensible. Plus d'hallucinations, du goût.

25. Reprise de la mandragore, en commençant par 2 décigr. par jour. Élévation successive de cette dose jusqu'au 29.

30. M. M... reconnaît la fausseté des perceptions imaginaires dont il était naguère obsédé. Il n'acquiesce plus à l'idée que sa mère a voulu et veut l'empoisonner, mais il s'obstine toujours à en vivre éloigné et à ne plus avoir aucune relation avec elle.

Aujourd'hui, 1er septembre 1851, M. M... est encore dans l'établissement qu'il a choisi pour demeure de préférence à toute autre. Il s'occupe de littérature avec beaucoup de zèle et de fruit, et sans l'obstination qu'il manifeste à ne pas recevoir les visites de sa mère, son intelligence serait tout à fait normale.

Chez le malade qui fait l'objet de cette observation, il survient un commencement d'amélioration huit jours après le début du traitement, et quand la dose du médicament n'est portée qu'à 4 décigr. par jour, les hallucinations sont moins fréquentes et elles exercent une impression moins vive sur l'esprit du sujet. Au bout d'environ un mois, quand on atteint la dose d'un gramme par jour, les hallucinations cessent, d'abord celles de l'ouïe, ensuite celles du goût. Enfin, après environ deux mois de traitement, l'amélioration est telle dans l'état des conceptions délirantes que, sans l'obstination que met le malade à rester éloigné de sa mère, on pourrait le considérer comme guéri.

Obs. LI. — Madame N.., est âgé de 43 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin. Elle a toujours été et est encore parfaitement réglée.

A la fin de l'année 1848, elle perdit son mari pour lequel elle avait une vive affection. Elle en éprouva un chagrin profond, à la suite duquel on ne tarda pas à s'apercevoir d'un dérangement dans ses facultés intellectuelles.

Cette malade, qui nous fut adressée par le docteur Latour (de Pithiviers), entra en maison de santé le 20 janvier 1849.

Le délire est partiel, plutôt gai que triste. Il roule en majeure partie sur des idées érotiques.

Madame N..., qui croit, à tort ou à raison, être aimée d'un ecclésiastique de Pithiviers, s'imagine qu'il use de mille stratagèmes plus ou moins romanesques pour voir et obtenir l'objet de son amour. Elle assure, par exemple, qu'elle l'aperçoit sous divers déguisements. Elle prend notamment pour lui le jardinier de la maison. Sitôt qu'elle voit cet homme travailler au jardin de la division où elle se trouve, elle court auprès de lui, saute à son cou, l'appelle son amant, le prend par le bras et lui fait mille provocations, où pourtant elle ne perd jamais totalement le sentiment de la décence.

Du 1er février au 17, la poudre de racines de mandragore est administrée sans interruption, en commençant par 5 centigr. et en élevant chaque jour la dose de la même quantité.

18. Un peu de sécheresse au pharynx, céphalalgie, dilatation des pupilles peu notable. Aucune amélioration dans l'état des facultés intellectuelles. Suspension de l'emploi du médicament.

Du 26 février au 16 mars, la mandragore est administrée de nouveau aux mêmes doses croissantes.

17 mars. La malade, qui a ingéré hier 9 décigr. du médicament, se plaint de sécheresse du gosier et de mal de tête; elle a les pupilles médiocrement dilatées. Il y a eu de l'agitation et de l'insomnie. La nuit, elle a entendu des voix qui lui ont ordonné de garder l'abstinence, et elle a refusé opiniâtrement de manger. Cessation de l'usage de la mandragore.

Ces généralités, échappées dans le courant de la plume, doivent être prises comme telles. On n'accuse ici, on ne blâme personne en particulier, et on ne conseille que tout le monde. Il n'y a rien donc de plus inoffensif, et, par cela même peut-être de plus inutile que ces remarques dont personne n'aura à se plaindre, excepté M. Bouchardat, auquel nous faisons tant attendre le remerciment auquel il a droit. Les applaudissements chaleureux qui ont accompagné et suivi sa lecture ont pu lui prouver qu'il avait frappé juste en faisant appel aux inspirations généreuses du cœur de la jeunesse. La corde du sentiment est la plus sensible qu'on puisse toucher dans un jeune auditoire, et M. Bouchardat, doué lui-même d'un cœur toujours jeune, d'une imagination vive et sympathique, a su la faire vibrer. Les deux hommes distingués, dont il avait à raconter la vie, à signaler les services, à analyser les travaux, se prêtaient à souhait à la direction sentimentale qu'il a donnée à leur éloge. Ils eurent tous deux des qualités de caractère et d'esprit qui désarment l'hostilité. Étrangers aux luttes de science, de doctrine, qui sont aussi des luttes de parti, et dans lesquelles la haine des idées conduit aisément à celle des personnes, n'ayant ni l'un ni l'autre rien prétendu établir de nouveau, rien renverser, ils ont traversé leur carrière sans rien froisser sur leur passage. La mort prématurée de l'un et de l'autre a été un nouveau et dernier titre à la sympathie dont ils étaient l'objet. Ceci s'applique surtout à Achille Richard, dont la carrière professionnelle n'a été qu'une sorte de long entretien avec des amis chéris, et en qui le caractère du maître se fondait en quelque sorte, sans rien perdre de son autorité, en celui du père et du camarade. Au point de vue scientifique, il y aurait bien quelques retouches à faire aux portraits tracés par M. Bouchardat. Mais nous l'avons dit, l'éloge académique n'est pas précisément de l'histoire. Il faut se contenter des à peu près que comporte le genre. Il y aurait peu à corriger cependant, à l'égard de Richard, dont les laborieuses et intelligentes investigations dans le chaos de la botanique et de la matière médicale, méritant les éloges si pertinemment motivés de son très-compétent appréciateur. Richard était un esprit ouvert, droit, solide, appliqué, qui excellait à mettre de l'ordre et de la clarté dans les objets de ses études, et qui excellait encore mieux à démontrer aux autres ce qu'il avait appris lui-même. Son rare talent de dessinateur qui, dans la science toute descriptive qu'il enseignait, lui permettait de traduire incessamment sa pensée en images, servait de complément à la lucidité de sa parole. Richard était le professeur modèle. La valeur scientifique de ses travaux n'a pas été exagérée par M. Bouchardat; ils conserveront toujours l'utilité et l'intérêt qu'ont, dans toutes les sciences, les observations bien faites, précises, les recueils de faits intelligemment classés et coordonnés. Comme homme, Richard ne l'a cédé à aucun par la dignité du caractère et les qualités du cœur; comme savant, il n'est primé que par ceux, en si petit nombre, qui ont agrandi le champ de la science par des découvertes; comme professeur, il eut très-peu d'égaux et pas de supérieur.

Quant à Hip. Royer-Collard, l'orateur a dû être plus gêné, et cette gêne s'est fait sentir dans son discours. Il opérait ici un peu dans le vague, et ce n'est que par des combinaisons savantes qu'il est parvenu à lui donner un corps, sinon palpable, du moins visible, et à lui composer une individualité scientifique. Il y a quelques années, à l'époque de sa mort, nous hasardâmes une esquisse, qui est encore aujourd'hui peut-être plus ressemblante que la peinture plus élaborée de

26. L'insomnie, l'agitation, la céphalalgie, la sécheresse du gosier, les hallucinations de l'ouïe ont disparu; mais le délire partiel existe toujours et au même degré.

Du 1er au 14 avril, la mandragore est administrée de la même manière pour la troisième fois.

15. La malade, qui en a ingéré hier 7 décigr., est toujours en proie à son érotomanie.

30. Elle sort de l'établissement sans offrir aucune amélioration.

Dans ce cas, la quantité de poudre de mandragore ingérée est énorme (20 grammes 75 centigrammes à trois reprises). Quand on arrive à la dose de 8 décigrammes et demi par jour, il survient de l'agitation, de l'insomnie, des hallucinations. Ces phénomènes psychiques d'intoxication cessent quelques jours après la suspension du médicament, mais ils n'exercent aucune influence sur le délire partiel qui persiste avec toute son intensité première.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

TERMINAISON. — Sur quatre aliénés, la racine fraîche de mandragore a produit la guérison chez un et une amélioration considérable chez deux. Chez le sujet guéri, la convalescence s'est déclarée au bout d'un mois de traitement. Chez les deux sujets qui n'ont éprouvé que de l'amélioration, celle-ci est survenue au bout de cinq semaines chez un et au bout de deux mois chez l'autre. De tous les symptômes psychiques, les conceptions délirantes ont été ceux qui ont le plus lutté contre l'influence du remède. Les hallucinations ont offert beaucoup moins de résistance.

SEXES. — Sur ces quatre aliénés, il y avait deux hommes et deux femmes. Le sujet guéri complètement était un homme. Les deux améliorations concernaient une femme et un homme.

AGE. — Un des quatre malades avait 24 ans, deux en avaient 42, et le dernier 43. C'est chez ce dernier sujet que le médicament a complètement échoué.

GENRES DE DÉLIRE. — Tous les cas étaient relatifs à des délires partiels : un cas de lypémanie religieuse, un cas de mélancolie suicide, un cas de lypémanie simple, un cas d'érotomanie.

DOSES. — La quantité de poudre de racines de mandragore n'a jamais été portée au delà de 1 gramme par jour, à doses croissantes. En moyenne, les quantités administrées par jour ont varié entre 8 décigrammes et demi et 9 décigrammes. Pour toute la durée du traitement, les doses les plus fortes n'ont jamais été supérieures à 20 grammes; les plus faibles n'ont jamais été inférieures à 3 grammes 2 décigrammes. En moyenne, elles ont varié entre 13 et 14 grammes.

PHÉNOMÈNES PSYCHIQUES D'INTOXICATION. — Chez un seul sujet, la mandragore a augmenté passagèrement le trouble intellectuel; et cependant ce sujet n'était pas celui qui en avait ingéré la quantité la plus forte. L'augmentation du désordre cérébral a consisté dans de l'insomnie, de l'agitation et des hallucinations.

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES DIVERS. — Chez trois malades, il est survenu de la sécheresse au gosier, une légère dilatation de la pupille, de la céphalalgie et des vertiges, dès qu'on atteignit la dose de 8 décigrammes et demi à 9 grammes par jour.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

Si nous mettons maintenant en regard le résumé et les conclusions relatifs aux expériences faites sur chaque narcotique envisagé jusqu'alors isolément, nous obtenons les faits généraux que voici :

1° TERMINAISON. — Sur 51 cas d'aliénation mentale considérés sans distinction de genre, les narcotiques ont guéri 25 individus et amélioré l'état de 13 autres.

A. L'*opium et ses principes* ont guéri radicalement 11 malades sur 17, c'est-à-dire un peu moins des 2/3, et ils ont guéri passagèrement ou amélioré l'état de trois, c'est-à-dire d'environ un sixième des malades.

B. La *jusquiame* a guéri 6 malades sur 10, un peu plus de moitié, et a procuré de l'amélioration dans un dixième des cas.

C. La *belladone* a guéri 4 malades sur 9, c'est-à-dire un peu moins de moitié, et a produit une guérison passagère ou de l'amélioration chez deux, c'est-à-dire dans un quart environ des cas.

D. Le *datura stramonium* a guéri 3 individus sur 11, à peu près un quart, et amélioré l'état de cinq, c'est-à-dire d'environ la moitié.

E. La *mandragore* a guéri 1 malade sur 4, le quart; et elle a amélioré l'état de deux, c'est-à-dire de la moitié des cas.

Le temps au bout duquel la guérison a été obtenue a varié, en moyenne, entre un mois et demi et deux mois, pour l'*opium et ses principes*; entre cinq et six semaines, pour la *jusquiame*; entre un mois et un mois et demi, pour la *datura*; entre deux mois et deux mois et demi, pour la *belladone*.

2° SEXE. — Sur nos 51 aliénés, il y avait 32 femmes et 19 hommes. Les 27 cas de guérison complète ont porté 16 fois sur le sexe féminin et 11 fois sur le masculin; les 11 cas d'amélioration ou de guérison passagère, 9 fois sur le premier et 2 fois sur le second; d'où il résulte que, au point de vue de la guérison complète, les hommes se trouvent un peu plus favorisés que les femmes, tandis que le contraire a lieu quand il s'agit de la guérison passagère ou de la simple amélioration.

Toute proportion gardée, l'opium et ses principes ont guéri beaucoup plus d'hommes que de femmes, puisque sur 11 cas de guérison portant sur un chiffre presque égal d'individus des deux sexes (9 hommes et 8 femmes) il y avait 8 des premiers et 3 des autres.

La jusquiame a également guéri beaucoup plus d'hommes que de femmes, car sur les 6 cas de guérison parmi lesquels il y avait 4 malades du sexe féminin et 2 du sexe masculin, tous les individus de ce dernier sexe se trouvaient compris.

La belladone, au contraire, a été plus avantageuse aux femmes qu'aux hommes, puisque les 6 cas d'amélioration passagère ou de guérison complète concernaient tous les premières.

Il en est de même du datura stramonium. Toutes les guérisons ont porté sur le sexe féminin; et parmi les cas d'amélioration ou de guérison passagère, on ne comptait qu'un homme; mais il faut ajouter que parmi les malades le sexe féminin l'emportait sur l'autre de plus de moitié.

3° GENRES DE DÉLIRE. — Sur 43 cas de folie plus ou moins circonscrite, les narcotiques en ont guéri 18, c'est-à-dire un peu plus du tiers; et sur 8 cas de délire général, ils en ont guéri 7, c'est-à-dire presque tous.

M. Bouchardat. Nous en reproduirons, si on le permet, quelques traits. Avec une nature des plus richement douées, une intelligence vive, alerte, compréhensive, un tour de pensée élevé et philosophique, une curiosité active et entreprenante pour toutes choses, Hip. Royer-Collard n'avait pas, à proprement parler, l'esprit scientifique; il manquait du moins de ce qui donne à cet esprit une assiette, une base, une direction déterminée; il n'avait pas le lest. Il n'a jamais pu ou voulu spécialiser, et, pour ainsi dire, localiser ses méditations. Son intelligence était plus étendue que profonde, très-active, mais ni laborieuse, ni patiente. Il avait à un haut degré le sens critique qui fait tout regarder et comprendre, mais qui est souvent l'opposé du sens inventif qui ne regarde qu'une chose et s'y fixe. Il était particulièrement amoureux de la forme, et le goût littéraire passait chez lui dans ses écrits avant celui de la science. Il aimait aussi en cela la toilette. Il lui manqua peut-être, dans la carrière scientifique, le dur mais salutaire stimulant de la nécessité. Il paraît, du moins dans les premières années de ses études, avoir traité la science que comme un noble amusement de l'esprit, comme une sorte d'exercice intellectuel difficile et rare, dans lequel il était flatteur de briller, sans pourtant en faire état. Ce n'est que vers la fin de sa carrière, et alors que les forces lui manquaient, qu'il se mit sérieusement, mais trop tard, à l'œuvre. Il résulte de là qu'Hip. Royer-Collard n'était guère dans la science qu'un brillant amateur. Il sut en parler, l'enseigner avec talent, avec pertinence même, quoique jamais précisément en homme du métier. Il a été ainsi, dans notre École, dans notre profession, dans notre Académie, un ornement plutôt qu'un membre actif et utile.

Tel était à peu près notre ébauche, qui, on le pense bien, n'aurait guère pu servir pour le portrait officiel de M. Bouchardat. Après y avoir jeté un coup d'œil, replaçons-la dans notre carton.

L. PEISSE.

— LES JOURNAUX DE MÉDECINE EN ANGLETERRE. Les deux journaux de médecine d'Édimbourg sont au moment de changer complètement leur rédaction.

L'EDINBURGH MEDICAL AND CHIRURGICAL JOURNAL, qui paraît depuis 1805 par cahiers trimestriels, et qui est le plus ancien journal de médecine anglais, publie un prospectus qui annonce que les propriétaires feront tous leurs efforts pour mettre le journal au niveau de son ancienne réputation.

Le MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE, qui paraît depuis 1841 et qui était rédigé par MM. *Christison*, *Simpson*, *Bennett*, *Machlagan*, *Robertson* et *Syme*, ne paraît plus que sous le nom du docteur *Robertson*; on dit que le docteur Bennett en prendra probablement toute la rédaction.

Le MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, journal trimestriel de Londres, a aussi changé depuis le commencement de cette année son mode de rédaction. Le docteur Carpenter, l'un des physiologistes les plus distingués de Londres, en est depuis cette époque un des principaux rédacteurs. Tous les articles de cette revue sont actuellement signés.

L'ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL, dirigé par le docteur John Rose Cormack, se publie à Londres toutes les semaines depuis cette année, et nous en recevons aujourd'hui le 43e numéro. A part sa partie scientifique, ce journal s'occupe surtout des intérêts professionnels généraux et est l'interprète de l'association médicale de toutes les provinces.

A. Sur 12 cas de folie partielle, l'opium et ses principes en ont guéri 7, un peu plus de moitié; et sur 5 cas de délire général, ils en ont guéri 4, la presque totalité.

B. Sur 9 cas de délire partiel, la jusquiame en a guéri 5, un peu plus de moitié; et elle a guéri le seul cas qu'il y eût de délire général.

C. Tous les cas traités par le datura stramonium étaient des sujets affectés de délire circonscrit. Or, chez 11 individus, il y a eu trois guérisons, le quart environ.

D. Tous les cas de délire général traités par la belladone ont guéri; et parmi les 7 cas de délire partiel, il n'y a eu que deux guérisons, c'est-à-dire un peu moins du tiers.

4° Doses. — Les quantités d'opium administrées durant tout le traitement n'ont jamais été inférieures à 3 grammes 9 décigrammes, et jamais supérieures à 9 grammes 8 décigrammes. En moyenne, elles ont été de 7 grammes.

Quant au chlorhydrate de morphine, les quantités les plus faibles n'ont jamais été au-dessous de 57 centigrammes, et les plus fortes au-dessus de 1 gramme 21 centigrammes; en moyenne, elles ont été de 1 gramme 17 centigrammes.

Dans les cas où l'opium et le chlorhydrate de morphine ont été employés alternativement, les quantités les plus élevées de la première substance n'ont pas dépassé 7 grammes 3 décigrammes, et celles de la seconde 1 gramme 8 décigrammes. Les doses les plus faibles n'ont pas été, pour l'opium, inférieures à 17 centigrammes, et pour la morphine à 36 centigrammes. En moyenne, elles ont été de 3 grammes pour l'un et de 7 décigrammes pour l'autre.

Les quantités les plus fortes de jusquiame n'ont pas dépassé 48 grammes; les plus faibles n'ont jamais été inférieures à 2 grammes. En moyenne, elles ont varié entre 12 et 16 grammes. Par jour, les doses graduellement augmentées n'ont jamais été supérieures à 1 gramme. En moyenne, elles ont varié entre 5 et 7 décigrammes; d'où il suit que pour produire les mêmes effets que ceux de l'opium, l'extrait de jusquiame doit être administré à dose double.

Les quantités totales d'extrait de belladone les plus élevées n'ont jamais été supérieures à 16 grammes et demi, et les plus faibles jamais inférieures à 1 gramme 65 centigrammes. En moyenne, elles ont été de 6 grammes 3 décigrammes. Par jour, les doses n'ont jamais été portées au delà de 9 décigrammes. En moyenne, elles variaient entre 55 centigrammes et 6 décigrammes. De même que la jusquiame, l'extrait de belladone doit être administré à doses doubles pour produire les mêmes effets que ceux de l'opium.

Les quantités totales de l'extrait de datura stramonium les plus fortes n'ont jamais dépassé 7 grammes; les plus faibles n'ont jamais été inférieures à 1 gramme 2 décigrammes; en moyenne, elles ont varié entre 4 et 5 grammes. Par jour, les doses les plus élevées n'ont jamais été supérieures à 5 décigrammes; en moyenne, elles ont varié entre 35 et 40 centigrammes; d'où il suit que le datura stramonium doit être donné à peu près aux mêmes doses que celles de l'extrait d'opium pour produire les mêmes effets.

Les quantités totales les plus élevées de poudre de racines de mandragore n'ont jamais dépassé 20 grammes, et les plus faibles ne sont jamais descendues au-dessous de 3 grammes 2 décigrammes; en moyenne, elles ont varié entre 13 et 14 grammes. Par jour, les doses les plus fortes n'ont jamais été supérieures à 1 gramme; en moyenne, elles ont varié entre 8 décigrammes et demi et 9 décigrammes; d'où il résulte que de tous les narcotiques soumis à notre expérimentation, la mandragore est celui qui a besoin d'être administré aux plus fortes doses.

5° Phénomènes psychiques d'intoxication. — Dans environ la moitié des cas (22 sur 51) les narcotiques ont produit des phénomènes de ce genre. Ces phénomènes ont consisté, ou bien dans le simple redoublement du délire, sans en changer notablement le type, ou bien dans le passage du délire partiel au délire général. La guérison ou de l'amélioration ont eu lieu chez plus de la moitié des malades qui ont été en butte à ces phénomènes (12 sur 22).

Sur 9 malades qui ont éprouvé un redoublement ou une transformation du délire sous l'influence de l'opium et de ses principes, 7, plus des deux tiers, ont guéri ou ont éprouvé de l'amélioration.

Sur 7 qui ont éprouvé les mêmes phénomènes sous l'influence du datura, 4 ou plus de moitié ont vu la guérison ou de l'amélioration survenir.

Sur 5 malades en butte aux mêmes symptômes d'intoxication sous l'influence de la jusquiame, de la belladone et de la mandragore, un seul a éprouvé une amélioration passagère.

L'influence favorable des narcotiques sur l'organisme vivant, c'est-à-dire les changements avantageux qui surviennent dans les symptômes et la marche des maladies à la suite de leur administration, dérivent de l'action immédiate que ces médicaments exercent sur le système nerveux. Il est démontré aujourd'hui en physiologie expérimentale qu'ils passent d'abord dans le sang, puis de là au cerveau, à la moelle épinière et aux nerfs. Ils décomposent probablement la matière nerveuse : ils lui impriment une altération artificielle qui tend à se substituer à l'altération spontanée que la maladie avait produite dans l'arrangement des fibres nerveuses.

Quant à l'action médiate ou secondaire des narcotiques, elle est loin d'être elle même parfaitement connue, car on ne peut pas toujours conclure de leurs effets dans l'état de santé à leurs effets dans l'état de maladie. Sans doute, le plus ordinairement les changements que ces substances produisent à l'état physiologique donnent la raison de ceux qu'elles déterminent à l'état morbide; mais aussi il est des cas où les narcotiques, et cela arrive surtout quand ils sont administrés à petite dose, peuvent guérir un malade et ne donner lieu à aucun phénomène apparent chez un homme bien portant.

Toutefois, la folie est une des individualités pathologiques où le succès de la médication stupéfiante s'explique encore avec le moins de difficulté. En effet, si le délire, général ou partiel, en constitue le symptôme pathognomonique, il n'en est pas l'élément unique; il y a plus : il n'en est pas toujours l'élément primitif. Les lésions somatiques jouent dans la pathogénie de l'aliénation mentale un rôle important, je dirai plus, un rôle nécessaire. Sans leur coïncidence, on ne conçoit pas le délire en tant que fait pathologique, ou du moins il est impossible de distinguer la perversion morale de la perversion maladive, le vice et le crime de l'impulsion irrésistible. Or, parmi les symptômes somatiques qui peuvent dépendre non-seulement de l'encéphale, mais encore des autres appareils organiques, il y en a deux qui sont très-fréquents, qui sont souvent le point de départ du désordre intellectuel, et qui lui impriment constamment un surcroît d'énergie, je veux parler de l'élément *douleur* et de l'élément *insomnie*.

La part qui revient au symptôme *douleur* dans la pathogénie de l'aliénation mentale, est énorme. Combien de vésanies n'auraient jamais eu raison d'être, ne seraient jamais passées de l'état de virtualité à l'état de réalisation, sans le fait antérieur d'une lésion de sensibilité dans le système nerveux, périphérique ou ganglionnaire, sans la préexistence d'une migraine, d'une névralgie occipito-cervicale ou intercostale, d'une gastralgie, d'une entéralgie, et surtout de ces névropathies plus ou moins générales, aux formes si obscures et si changeantes, dont toute la symptomatologie git dans l'anomalie d'une sensation viscérale !

Quant à l'*insomnie*, elle accompagne très souvent l'aliénation mentale. La plupart des fous ne dorment pas ou dorment très-peu, tant leur cerveau est excité, tant leur âme est remplie par les chimères et les passions qui la subjuguent. Il est même d'observation que beaucoup de cas de folie débutent au milieu de la nuit, à la suite de veilles prolongées ou de sommeils imparfaits.

Or, on sait depuis longtemps que les narcotiques agissent sur le cerveau, d'une part, en émoussant ou en détruisant les sensations douloureuses, et de l'autre en procurant le sommeil, d'où les noms d'*anodins* et d'*hypnotiques* qui servent à distinguer ces deux genres d'influence.

Dans plusieurs de nos faits, on voit que l'influence salutaire des narcotiques s'est tout d'abord exercée sur le symptôme insomnie, et que la disparition du délire a été la conséquence du retour du sommeil (observat. VIII, IX, X, XI, XIII, XXIII).

Contre le symptôme pathognomonique de la folie, c'est-à-dire l'élément *délire*, l'efficacité des narcotiques se conçoit de deux manières; d'abord, en vertu de leur action stupéfiante, ils peuvent faire cesser directement le désordre de l'intelligence, et ils peuvent ensuite y mettre un terme d'une manière indirecte ou plutôt homœopathique, c'est-à-dire en provoquant artificiellement un délire passager qui se substitue au délire primitif et spontané.

Avant qu'Hahnemann eût formulé la loi thérapeutique d'après laquelle la puissance curative des médicaments est fondée sur la propriété qu'ils ont de faire naître en bonne santé des phénomènes semblables à ceux de la maladie, Storck en avait eu une sorte de pressentiment, comme on le voit dans ses expériences sur les solanées vireuses. En effet, c'est uniquement parce que le datura stramonium passait pour une substance toxique capable de troubler la raison des personnes qui en ingèrent une certaine quantité, que le célèbre médecin de Vienne l'employa contre la folie, pensant *à priori* que chez les aliénés il pourrait modifier avantageusement l'état du *sensorium commune*. Or, le résultat de la plupart de ses essais fut satisfaisant. L'hypothèse du reste n'avait rien d'illogique, puisqu'elle se fondait en définitive sur une imitation des procédés de la nature. Mason Cox et Joseph Frank ont vu des folies partielles se dissiper d'elles-mêmes par le fait d'un paroxysme de manie. Il est d'observation journalière que plus le délire est général et intense, plus on a de chances de le voir céder rapidement et d'une façon radicale : tous les aliénistes savent qu'on guérit mieux et plus fréquemment les maniaques que les monomaniaques, les aliénés atteints de manie aiguë que les aliénés atteints de manie chronique.

Dans les observations qui servent de base à notre travail, sur 51 aliénés soumis à l'emploi des narcotiques, vingt fois ces substances ont augmenté ou transformé passagèrement le délire primitif. Or, sur ces 20 cas, douze fois la guérison ou de l'amélioration durable ou passagère ont été le résultat de cette modification produite artificiellement dans l'état de l'intelligence (observat. I, VII, VIII, IX, XI, XII, XV, XXXI, XXXIII, XXXIII, XXXV, LXI), et huit fois le trouble mental primitif ou spontané a résisté à l'influence du désordre secondaire ou provoqué par l'art. (observat. XXXI XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XLX, LI).

CONCLUSIONS FINALES.

1° Les principaux narcotiques (opium et ses principes, jusquiame, datura stramonium, belladone et mandragore), considérés en masse, guérissent environ la moitié des individus atteints de folie curable, et se bornent à produire une guérison passagère ou une simple amélioration dans le quart à peu près des cas.

2° L'opium et ses principes sont les substances narcotiques qui comparativement ont le plus de puissance curative : elles guérissent dans les deux tiers des cas environ, et dans un sixième elles procurent de l'amélioration ou une guérison passagère.

3° La jusquiame vient après. Elle guérit dans un peu plus de moitié des cas, et dans un dixième elle produit de l'amélioration.

4° La belladone a un peu moins de puissance que la jusquiame : elle guérit dans un peu moins de moitié des cas; mais en revanche elle amène de l'amélioration dans un quart environ.

5° Le datura stramonium et la mandragore marchent sur la même ligne : ils guérissent dans un quart des cas, et améliorent dans environ la moitié.

6° La jusquiame et le datura stramonium guérissent au bout d'un intervalle un peu plus court que l'opium, le chlorhydrate de morphine et la belladone.

7° Les narcotiques considérés en masse guérissent dans les sept huitièmes des cas de délire général et dans un peu plus du tiers des cas de délire partiel. Les narcotiques considérés en particulier, du moins l'opium et ses principes, la jusquiame et la belladone, se comportent à peu de chose près de la même manière.

8° Sous le rapport des doses à administrer, l'opium, le chlorhydrate de morphine et le datura stramonium marchent à peu près sur la même ligne.

Pour produire les mêmes effets curatifs, il faut donner la jusquiame et la belladone à des doses doubles, et la mandragore à des doses triples.

9° Les doses doivent être en général graduellement élevées jusqu'à ce qu'il survienne des phénomènes psychiques d'intoxication, car la guérison ou l'amélioration ne surviennent dans la majorité des cas que sous l'influence de ces phénomènes. Dès qu'on voit le délire redoubler ou tendre à se généraliser, il faut alors suspendre l'emploi de la médication, sauf à y revenir ultérieurement si l'influence favorable de l'intoxication n'a point eu lieu du premier coup.

10° Les phénomènes psychiques d'intoxication sont plus facilement produits par l'opium, le chlorhydrate de morphine et le datura stramonium que par la jusquiame, la belladone et la mandragore; et ceux que déterminent ces trois derniers narcotiques influent moins que les premiers sur la guérison ou l'amélioration plus ou moins durable.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENTS.

(Suite et fin.)

V. GAZETTE MÉDICALE DE LYON.

Les numéros du 31 janvier au 31 août 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Études et observations obstétricales*, par le docteur P. Passot. 2° *Observation de corps étranger introduit dans l'urètre; extraction; guérison*; par M. Morel. 3° *L'Abendberg, hospice des enfants crétins dans le canton de Berne*; par M. A. Potton. 4° *Note sur les maladies régnantes*; par M. Girin. 5° *Note sur la thoracentèse dans la pleurésie, avec épanchement considérable; observations et réflexions*; par le docteur M. E. Bouchet. 6° *Recherches pour servir à l'histoire de la sueur*; par le docteur Gillebert d'Hercourt. (Nous avons analysé ce travail dans les comptes rendus de la REVUE MÉDICALE.) 7° *Observation d'étranglement interne produit par un diverticulum de l'intestin grêle*; par M. Conlagne, interne. 8° *Vitalisme, périodicité, accès fébriles*; par le docteur Dntel. 9° *Mémoire sur le frêne commun*; par M. E. Monchon. (Travail annoté dans les journaux de Paris.) 10° *Développement anormal de deux reins sur un fœtus faisant obstacle à l'accouchement, étudié au point de vue obstétrical et anatomo-pathologique*; par MM. Galleton et Ollier, internes. 11° *Observation de rétroversion complète de l'utérus à quatre mois de grossesse; réduction; guérison*; par M. Bron, interne.

ÉTUDES ET OBSERVATIONS OBSTÉTRICALES; par M. le docteur PASSOT.

La première partie de ce travail traite de l'appréciation des signes de la grossesse et des symptômes morbides qui l'accompagnent. L'auteur résume à ce sujet de la manière suivante les résultats de sa pratique et de ses réflexions : « Tous les signes de la grossesse que les auteurs ont appelés rationnels et que M. Velpeau désigne plus justement sous le nom de phénomènes sympathiques, sont, pris isolément, très-vagues et très-douteux; ils n'ont de la valeur que par leur ensemble et leur réunion. La suppression des règles a une portée séméiologique beaucoup plus grande. Les signes *rationnels* sont précisément les signes *physiques* ou *sensibles*, comme ceux qui sont fournis par le toucher (ballottement) et l'auscultation (bruit du cœur du fœtus). »

La seconde partie du mémoire a trait à l'avortement naturel et accidentel, obstétrical et criminel; nous y remarquons le passage suivant : « L'avortement obstétrical qui tue sûrement l'enfant n'est pas sans danger pour la mère. On voit quelquefois des vomissements incoercibles cesser tout d'un coup et la nature se rire ainsi de nos prévisions. La provocation de l'avortement dans un but médical ne fait pas toujours cesser les vomissements; on les a vus reparaître après l'opération et les malades succomber. »

Nous passerons sous silence la troisième partie, qui est relative « à la délivrance naturelle et artificielle. »

Le quatrième chapitre, qui traite de « l'influence de la grossesse sur les maladies aiguës et chroniques et réciproquement, conduit l'auteur aux conclusions suivantes : « La grossesse n'est pas un préservatif des maladies aiguës; et ces maladies une fois produites, revêtent par le seul fait de la gestation une forme beaucoup plus grave. Les maladies aiguës ont très-souvent pour effet d'interrompre le cours de la grossesse, tantôt en provoquant l'hémorrhagie, tantôt en exaltant la sensibilité contractile de l'utérus, d'autres fois en troublant radicalement la nutrition de l'enfant. La grossesse n'a pas toujours le pouvoir suspensif qu'on lui a attribué dans les maladies chroniques, notamment dans la phthisie. Il est des cas où sous l'influence de la grossesse la désorganisation tuberculeuse paraît même marcher plus rapidement. »

NOTE SUR LES MALADIES RÉGNANTES; par M. le docteur GIRIN.

Nous avons extrait de la REVUE MÉDICALE quelques faits relatifs à la constitution médicale de la France en 1852; nous ajoutons aujourd'hui à ces documents les observations du docteur Girin, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, sur les maladies qui se sont développées dans cette ville dans les six derniers mois de l'année dernière. Pendant tout l'été les fièvres typhoïdes furent nombreuses et graves; plus de 600 cas s'étaient montrés vers la fin de la saison en ville et dans les hôpitaux. Les caractères de cette affection ont beaucoup varié, chaque groupe de symptômes prédominant tour à tour. Dans le mois d'août, on a observé en outre des coliques, des diarrhées et des états bilieux. Rien ne rend compte du développement inaccoutumé de ces fièvres typhoïdes. La variole a régné concurremment avec cette maladie et a échelonné sa marche par un assez grand nombre de victimes. Une température tiède, souvent chaude, à peine rafraîchie par quelques heures de pluie ou de brouillard, a donné à l'hiver de cette année le caractère d'une saison exceptionnelle. Aussi a-t-on vu les varioles et les fièvres typhoïdes se prolonger toute cette saison, pendant laquelle les coryzas, les angines, les phlegmasies broncho-pulmonaires ont occupé une place assez large. Beaucoup d'accidents ont revêtu un caractère de périodicité complet ou incomplet, et le quinquina y a trouvé de fréquentes applications.

CAS D'ÉTRANGLEMENT INTERNE PRODUIT PAR UN DIVERTICULUM DE L'INTESTIN GRÊLE; par M. E. CONTAGNE, interne.

Nous donnons, en abrégeant quelques parties peu importantes, cette observation recueillie à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. le docteur Devay.

OBS. — Homme de 29 ans, ouvrier en soie, pris, sans cause appréciable, de vives coliques accompagnées de constipation. Quelque temps auparavant il avait ressenti les mêmes symptômes, et s'en était débarrassé en prenant 60 gr. d'huile de ricin; aussi cette seconde fois il s'est administré le même purga-

tif, mais sans aucun effet. Trois jours après le début de ces accidents, les douleurs abdominales sont très-violentes, le malade se tord sur son lit et cherche en vain dans un changement continuel de position à soulager ses souffrances. Le ventre est un peu ballonné, dur, résistant, très-douloureux au toucher. A droite, au-dessus de l'anneau inguinal, on sent une tuméfaction, ou plutôt un empâtement impossible à circonscrire à cause de la résistance et de la contraction des parois abdominales. Le malade rend tout ce qu'il prend, même les boissons, mais il n'y a pas de vomissements bilieux, ni stercoraux. Pouls petit, filiforme, à 140; respiration pénible, accélérée, à 60 par minute. Face pâle, grippée, pleine d'anxiété. (Sangsues, onguent napolitain, lavement purgatif, lavement laudanisé.)

Dans la nuit, les douleurs reviennent plus intenses, agitation, délire, mort à quatre heures du matin.

AUTOPSIE. — Epanchement séro-sanguin assez considérable dans la cavité abdominale; plusieurs anses de l'intestin grêle, une surtout, distendues par des matières et des gaz; elles présentent une coloration d'un rouge brun et laissent échapper une odeur gangreneuse très-forte. Les extrémités de ces anses intestinales sont dans la région iléo-cœcale, fortement serrées par un cordon d'une coloration rouge brun. En cherchant avec soin les extrémités de ce cordon, on trouve qu'il émerge de l'intestin grêle avec lequel il est en communication à 1 mètre au-dessus du cœcum ; qu'immédiatement après sa naissance, il se plonge dans la masse intestinale, contourne dans une première anse trois portions d'intestin, et remonte à la surface en formant une seconde anse qui s'enroule autour d'une seule portion d'intestin. Après avoir ainsi formé une sorte de huit de chiffre, ce cordon se termine par un renflement gros comme le doigt qui s'attache près du cœcum à une portion du mésentère par une petite bride fibreuse très-résistante.

L'auteur se fondant sur cette disposition explique de la manière suivante la production de l'étranglement : Le diverticulum de l'intestin est bien certainement congénital; pendant longtemps il a dû frotter librement dans la cavité abdominale jusqu'à ce que son extrémité libre ait contracté des adhérences avec le mésentère, formant ainsi une ganse dans laquelle sont venues s'engager des circonvolutions intestinales, celles-ci se seront engouées au point d'amener une constriction très-forte dans les points où passait la bride.

DÉVELOPPEMENT ANORMAL DES DEUX REINS CHEZ UN FOETUS, FAISANT OBSTACLE A L'ACCOUCHEMENT, ÉTUDIÉ AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE ; observation recueillie dans le service de M. BOUCHACOURT par MM. GAILLETON et OLLIER.

La GAZETTE MÉDICALE a publié en 1845 un travail important de M. Bouchacourt, chirurgien en chef de l'hospice de la Charité de Lyon, sur les tumeurs du rein considérées comme cause de dystocie. Le cas suivant doit s'ajouter aux sept observations que contient ce mémoire.

OBS. — Il s'agit d'une femme de 33 ans, ayant eu quatre grossesses antérieures qui n'ont été troublées par aucun accident. Une cinquième grossesse a été bonne et n'a rien présenté de particulier, si ce n'est le développement énorme du ventre. Les mouvements actifs et passifs ont été perçus, au dire de la mère, jusqu'au moment de l'accouchement. Présentation d'un pied; on essaye en vain de dégager le pied retenu dans la matrice. Après deux heures de tractions sur le pied qui paraissait à la vulve et sur l'autre cuisse, les cuisses, violemment tiraillées, s'étaient détachées du tronc. La femme est conduite en cet état à la Maternité, où il est facile de reconnaître la présentation du siége et une tumeur dure, volumineuse, peu élastique sur la paroi antérieure de l'abdomen du fœtus. Quelques minutes après son entrée, la malade accouche naturellement d'un fœtus mort-né, en deuxième position du siége. L'enfant était extrêmement volumineux; le ventre mesurait 55 centim. de circonférence, et donnait un son mat sur la presque totalité de son pourtour.

AUTOPSIE DU FOETUS. — Fracture du fémur gauche avec arrachement du membre à l'union du col et de la tête qui est restée fixée par son ligament à la cavité cotyloïde; du côté droit, on n'aperçoit que cette cavité avec déchirement du sourcil cotyloïdien. Le ventre est entièrement occupé par deux tumeurs énormes partant des côtés et arrivant sur la ligne médiane. Le foie est déjeté à droite, il est plus petit et aplati; les intestins ratatinés occupent un petit espace dans l'intervalle des deux tumeurs. Les reins sont lisses, pâles, d'une couleur blanchâtre ; ils mesurent en épaisseur 7 centim., en longueur 10, en hauteur 15; leur enveloppe extérieure est épaisse, d'une consistance fibreuse assez dense. Les calices, le bassinet, les uretères et la vessie sont à peu près dans l'état normal. On aperçoit distinctement la substance mamelonnée. La section du rein laisse apercevoir une surface lisse, polie, diaphane en quelques points; on dirait une multitude de petits kystes renfermés dans son intérieur. On distingue aisément la substance corticale, couche jaunâtre, tomenteuse, friable, qui indique la structure glandulaire. Plus profondément, la coupe présente une teinte rosée et le tissu paraît formé par une substance cellulo-fibreuse renfermant un grand nombre de petites vésicules transparentes, qui ont de 1 à 3 millimètres de diamètre. Les vésicules ne sont pas complétement libres dans la loge qui les contient ; on les énucléant avec soin, on arrive souvent à retirer un pédicule filiforme qui indique les rapports de dépendance qui les lient aux tissus voisins.

Sous le microscope, la couche corticale ne présentait que des tubes urinifères plus granuleux qu'à l'état normal, plus irréguliers et bosselés en divers sens, d'un diamètre un peu moindre que ceux d'un rein non altéré. L'élément fibro celluleux qui délimite les cavités occupés par les kystes et qui offre quelque ressemblance avec les cloisons qui séparent entre elles les vésicules ovariennes contient des fibres de tissu cellulaire et quelques fibres du genre jaune élastique. Ces éléments sont unis entre eux par une matière amorphe légèrement granuleuse.

Le pédicule des vésicules est blanchâtre et sans caractère bien déterminé à l'œil nu, mais à un faible grossissement on le voit composé de deux ou trois vaisseaux. Leur nature a pu être reconnue à défaut d'injection, à leur aspect ramifié, à leur contenu rougeâtre en certains points, et enfin à leur ressemblance avec les capillaires du troisième ordre. Si l'on soumet à divers grossissements le kyste tout entier, on y reconnaît une vésicule fermée de toutes parts, offrant une enveloppe propre. Le tissu de cette vésicule a un aspect amorphe ou légèrement fibroïde; son contenu, vu au travers de l'enveloppe, est obscur, granuleux, sans caractères distincts; mais si on la déchire il s'en écoule un liquide assez épais renfermant quelques noyaux d'épithélium et une grande quantité de granules moléculaires.

D'après les auteurs, cette altération serait due à l'hypertrophie de l'élément glandulaire des glomérules de Malpighi; il n'y aurait pas eu là formation d'un produit nouveau, mais exagération d'un élément normal.

VI. GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG.

Les numéros du 21 avril au 21 octobre 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Statistique des maladies et des résultats thérapeutiques observés à l'établissement de Niederbronn pendant la saison de 1852*; par M. le docteur Kuhn, médecin inspecteur. 2° *Note sur la lymphorragie à la suite de la saignée du bras, et sur la dilatation sous forme de granulation des réseaux lymphatiques sous-épidermiques*; par le docteur Michel, chef des travaux anatomiques. 3° *Météorologie et constitution médicale des mois de mars, avril, mai, juin, juillet et août 1853.* 4° *Observation de glucosurie suivie de guérison*; par le professeur Schutzenberger. 5° *Deux cas de croup pseudo-membraneux*; par le docteur Hirtz. 6° *De l'arthrite rachidienne cervicale*; par le professeur Schutzenberger, 7° *Observation de paralysie essentielle chez un enfant*; par le docteur Strohl. 8° *Tétanos traumatique occasionné par une blessure à la plante du pied. Opium et calomel à haute dose, guérison.* 9° *Observation de calcul vésical à noyau formé par un fragment de tuyau de pipe; brisement de la pierre par écrasement et percussion* ; par le professeur Sédillot. 10° *Mémoire sur la rétractilité des tissus dans les amputations. Déductions qui en découlent pour le manuel opératoire*; par le docteur Michel.

NOTE SUR LA LYMPHORAGIE A LA SUITE DE LA SAIGNÉE DU BRAS ET SUR LA DILATATION SOUS FORME DE GRANULATION DES RÉSEAUX LYMPHATIQUES SOUS-ÉPIDERMIQUES; par le docteur MICHEL.

Les exemples de plaies de réseaux lymphatiques avec écoulement persistant de lymphe se retrouvent surtout au membre inférieur. L'auteur de la note que nous avons sous les yeux rappelle à ce sujet que Ruysch dit qu'un médecin ayant ouvert un bubon vit s'écouler pendant plusieurs jours une si grande quantité de sérosité qu'on fut obligé de recourir à la compression ; qu'Assolini raconte que cinq livres de lymphe s'écoulèrent en trois jours par une petite blessure de la partie interne de la cuisse; que Müller a vu à Bonn un homme chez lequel, à la suite d'une ancienne plaie du pied, il s'écoulait continuellement de la lymphe par une petite fistule persistante.

On sait que la dilatation des troncs lymphatiques a été signalée depuis longtemps ; cette dilatation rend-elle entièrement compte des faits que nous venons de rapporter? Dans tous les cas, si les anatomistes ont rencontré quelquefois des troncs lymphatiques variqueux aux membres inférieurs, comme dans l'abdomen et le thorax et sur la verge, il n'y a que peu de temps qu'on connaît la dilatation des réseaux lymphatiques sous-épidermiques. M. Demarquay en a rapporté deux observations, l'une qui lui est propre, l'autre qui a été relatée par le docteur Fitzer. M. Demarquay a vu à la partie interne et inférieure de la cuisse, chez un homme de 17 ans, de petites vésicules assez semblables à des follicules hypertrophiés. Elles reposaient sur une sorte d'éminence prolongée qui n'était autre chose qu'un vaisseau lymphatique dilaté. Une de ces vésicules s'était perforée spontanément et laissait écouler un liquide clair qui se troublait après son issue, devenait laiteux et se coagulait ensuite. Le microscope révéla dans ce liquide la présence des globules de la lymphe.

Dans le cas rapporté par le docteur Fitzer, les petites granulations reposaient sur le milieu d'une raie brunâtre de trois doigts de largeur, commençant à 1 pouce au-dessous de l'ombilic, à gauche de la ligne blanche, et finissant aux vertèbres dorsales du même côté, en passant entre les fausses côtes et de l'os iliaque. Il s'écoulait aussi spontanément de ces granulations un liquide laiteux.

Des deux observations du docteur Michel, l'une clinique a trait aux blessures des lymphatiques : « A la suite d'une saignée du pli du bras, une quantité assez considérable d'un liquide onctueux, clair, s'était écoulé dans le bandage pendant les premières vingt-quatre heures. Les lèvres de la plaie, boursoufflées et non accolées, laissaient sortir un liquide clair, de consistance sirupeuse. La pression de bas en haut en augmentait la quantité. Ce liquide, laissé quelque temps au contact de l'air, se coagulait en prenant une teinte lactescente. Cet écoulement dura trois semaines ; il cessa par l'application d'un bandage légèrement compressif et par la cicatrisation de la plaie. Les ganglions axillaires restèrent sains. La nature physique ou chimique du liquide ne fut malheureusement pas approfondie. »

A la suite de ce fait, M. Michel raconte : « qu'il est curieux d'observer quel était le mode de développement de ces petites granulations lymphatiques placées sur les réseaux superficiels, comme celles des malades des docteurs Demarquay et Filzer, il les a étudiées à l'aide d'injections mercurielles faites sur des plaques mamelonnées de la surface du derme chez des sujets atteints d'éléphantiasis. Le résultat fut complet, et il put s'assurer qu'au niveau des petites élevures de la pièce fraîche correspondaient de légères vésicules lymphatiques en doigt de gant situées sur la longueur des vaisseaux formant le réseau superficiel. »

OBSERVATION DE GLUCOSURIE SUIVIE DE GUÉRISON ; par M. SCHUTZENBERGER ; professeur à la Faculté de médecine.

M. le professeur Schützenberger, après avoir relaté avec détails l'observation de glucosurie qui fait le sujet de cet article, en déduit les conclusions suivantes, que nous transcrivons ici :

1° La glucosurie n'est pas une maladie incurable ; si la disposition aux récidives ou aux rechutes ne saurait être contestée, il est possible, avec de la persévérance, de faire non-seulement disparaître le sucre de l'urine, mais d'amener graduellement les malades à supporter un régime mixte, dans lequel les féculents entrent dans une forte proportion, sans amener de rechute.

2° La quantité de glucose rendue par les malades est assez sensiblement proportionnelle à la quantité de féculents pris comme aliments, et il est possible de découvrir les écarts du régime prescrit par l'augmentation du chiffre de la glucose. La quantité d'urine est sensiblement égale à celle de la boisson, et cette dernière proportionnelle à la quantité de féculents.

3° Le régime joue incontestablement un grand rôle dans le traitement de la glucosurie. Le lait, les corps gras, le beurre, l'huile, les œufs et la viande doivent faire la base de l'alimentation.

4° L'abstinence complète de féculents paraît nécessaire pour faire disparaître complétement la glucose de l'urine.

5° Les petites quantités de pain, 100 grammes par jour, sont en général bien supportées et ne font pas reparaître le sucre dans l'urine quand une fois la glucose cesse de se produire.

6° La puissance d'assimilation augmente graduellement, et il est possible, à l'aide d'analyses chimiques, de constater le degré auquel il est convenable de s'arrêter.

7° Le régime est puissamment secondé par certains médicaments, et plus spécialement par l'emploi de l'opium à dose progressive et l'emploi de boissons alcalines ; dans cette affection, la tolérance pour l'opium est très-grande.

8° La glucose se produit incontestablement dans l'appareil digestif, mais l'absorption s'en empare habituellement, de manière à ce que les selles solides n'en contiennent pas de traces.

9° Les purgatifs peuvent diminuer la glucose dans les urines en évacuant par les selles une quantité plus ou moins notable de cette substance qui eût été éliminée par les urines.

Il est intéressant de comparer ces conclusions à celles que nous avons dernièrement extraites dans la revue des journaux anglais, de l'AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES, au sujet d'une observation de diabète dans laquelle l'effet des différentes diètes et des différentes substances médicamenteuses a été soigneusement noté.

MÉMOIRE SUR LA RÉTRACTILITÉ DES TISSUS DANS LES AMPUTATIONS ; par M. MICHEL.

Ce mémoire, assez étendu, se résume dans les propositions suivantes, dont quelques-unes étaient déjà admises sans conteste dans la science :

La rétractilité musculaire, prise pour guide du manuel opératoire des amputations, ne peut conduire qu'à des résultats incertains et incomplets.

La saillie des os après les amputations est exceptionnellement aidée par la rétraction musculaire et dans de faibles limites. Elle dépend toujours d'une insuffisance de longueur des téguments. Elle ne saurait être évitée par les modes d'incision des muscles.

La conicité du moignon après la guérison ne saurait non plus être prévenue par les modes d'incision des muscles. Les méthodes opératoires sont également impuissantes contre ce résultat.

La présence des muscles dans les lambeaux est plutôt nuisible qu'utile d'une manière générale aux différents modes de réunion des plaies. Leur utilité ne saurait être soutenue que dans quelques circonstances, lorsque les conditions de nutrition des téguments sont altérées par des causes générales ou locales.

Dans le manuel opératoire, c'est surtout sur les téguments que doit se diriger l'attention de l'opérateur.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. POGGIOLI lit un mémoire ayant pour titre : NOUVELLE APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ PAR FROTTEMENT, SANS COMMOTION, SUR L'HOMME SAIN ET SUR L'HOMME MALADE.

Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Becquerel et Andral.

STRUCTURE DE LA RÉTINE.

M. REMACK adresse une note, à l'occasion de la communication récente de M. Kolliker sur ce sujet.

Ce serait sans doute par une faute de mémoire, dit M. Remack, que M. Kolliker aurait donné comme sa découverte l'observation d'après laquelle la *macula lutea* n'est composée que des cellules nerveuses multipolaires dont les prolongements se continuent avec des fibres nerveuses. Elle se trouve dans son mémoire sur les fibres nerveuses ganglieuses qui a été lu à l'Académie de Berlin le 12 mai 1853. Dans ce travail, il établissait quatre faits : 1° que les fibres nerveuses de la rétine sont des prolongements des cellules nerveuses multipolaires ; 2° que la *macula lutea* n'est composée que de telles cellules ; 3° que de telles cellules se trouvent aussi à la surface interne de la rétine entière ; 4° que la substance nommée granuleuse de la rétine n'est composée que de fibres nerveuses très-fines. Le premier de ces faits vient d'être confirmé par M. Corti ; le premier, le deuxième et le troisième par MM. Kolliker et H. Muller. Le quatrième fait attend encore la confirmation de ces habiles observateurs.

(Comm. : MM. Serres, Flourens et Milne Edwards.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Humbert, médecin cantonal à Verny, sur une épidémie de fièvre typhoïde, qui a régné dans les communes de Mareuilles et Vesous (Moselle), de janvier en mars dernier. (Comm. des épid.)

2° Un rapport de M. le docteur de Schacken, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Château Salins, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Bellange (Meurthe) d'avril en septembre dernier. (Même comm.)

3° Un rapport de M. le docteur François, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Abbeville, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Embreville (Somme) de septembre en novembre 1852. (Même comm.)

4° Plusieurs rapports des médecins des épidémies du département d'Ille-et-Vilaine, pour les années 1852 et 1853.

5° Des observations statistiques de M. le docteur Bayard, de Cirey (Haute-Saône), à l'occasion du dernier rapport de M. Roche sur la vaccine. (Comm. des épid.)

6° Le même ministre adresse un rapport de M. le docteur Vergé, médecin inspecteur des eaux minérales d'Ussat (Ariége), sur le service médical de cet établissement pendant le cours de l'année 1852. (Comm. des eaux miner.)

7° Le même ministre soumet au jugement de l'Académie un moyen de traitement proposé contre le choléra par le docteur Sylva, de la Réole (Gironde). (Comm. des remèdes.)

Et quelques autres communications relatives à des remèdes secrets.

CHOLÉRA AU HAVRE.

M. LECADRE, médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre, adresse quelques renseignements sur l'invasion que le choléra vient de faire pour la troisième fois au Havre. Déjà, dit l'auteur, dans les derniers jours de septembre avaient paru quelques cas isolés dont 2 avaient eu une fin fâcheuse. Depuis, l'épidémie sans prendre une grande extension n'en a pas moins continué à manifester sa présence. Jusqu'ici (la population du Havre étant de 60,000 âmes) on peut compter 14 décès de cholériques et le nombre des personnes atteintes d'une manière grave peut s'élever de 30 à 35. Ne sont pas compris dans ce nombre tous les individus atteints de diarrhée ou de vomissements. Le chiffre

de ces derniers a été assez considérable. Négligée, la maladie eût pu, dans l'opinion de M. Lecadre, dégénérer en choléra.

Rien, d'après l'auteur, ne peut faire supposer que cette nouvelle invasion du choléra ait été importée au Havre par quelque émigration des pays où l'on sait que cette maladie exerce ses ravages en ce moment. Mais à peine avait-il fait son apparition qu'aussitôt les conditions miasmatiques qu'on avait déjà remarquées en 1832 et en 1849 reparurent, et les cas où le choléra resta tout à fait isolé dans la même maison furent les cas exceptionnels.

Les appréciations atmosphériques ne lui ont paru pouvoir fournir aucune donnée sur le développement précoce du choléra au Havre.

Enfin M. Lecadre a observé que jusqu'à ce moment, dans tous les cas, le choléra est précédé de diarrhée qui souvent existe déjà depuis plusieurs jours. (Comm. du choléra.)

— M. Labarre, chirurgien des hôpitaux de Verdun, adresse un mémoire sur le choléra et sur le traitement qu'il a employé avec succès contre cette maladie en 1849. (Même comm.)

— M. Desautière, de Decize (Niévre), soumet à l'Académie une question de médecine légale qui s'est présentée à l'occasion d'un rapport qui lui été demandé par l'autorité judiciaire. Il s'agissait, à l'inspection seule d'un placenta, de déterminer s'il est possible si ce placenta appartenait à une grossesse à terme ou non à terme. La question est donc de savoir si les caractères offerts par le placenta sont assez tranchés pour permettre d'affirmer qu'il appartient à une grossesse d'un mois, deux mois, trois mois, etc.; ou bien un placenta seulement étant donné, déterminer à quelle époque de la gestation il appartient. (Comm. : M. Cazeaux.)

— M. Cazenave (de Bordeaux), à l'occasion de la communication de M. Secrétan relative à une nouvelle sonde, annonce qu'il a fait construire en 1837, à Bordeaux, une sonde porte-caustique servant à la fois et en un seul temps, à mesurer la longueur de l'urètre, à vider la vessie et à cautériser soit son col, soit la portion prostatique du canal. (Comm. : M. Robert.)

— M. Leroy-d'Étiolles adresse à l'Académie une lettre en réponse aux réclamations de MM. Mercier et Caudemont, relative à sa note sur le *traitement de la névralgie de la vessie par l'incision ou la scarification du col*. Nous en reproduisons le passage principal pour ne pas assumer la responsabilité d'une analyse qui pourrait n'être pas complétement exacte.

« A M. Mercier, je réponds :

» 1° Je connais en 1835, sous le nom de bourrelet transversal de la prostate, » ce que M. Mercier a coupé en 1840 sous la dénomination de valvule du col de » la vessie.

» 2° L'instrument avec lequel nous pratiquons *actuellement* l'un et l'autre la » division des bourrelets et valvules est identiquement le même.

» Pour décider la question de priorité de son invention, je renvoie au jugement du tribunal de première instance de la Seine, en date du 26 mai 1853, » qui, tout en condamnant M. Charrière à me restituer une somme de 2,711 fr., » a constaté la date de la confection de mon instrument et le refus de ce fabricant de permettre de vérifier sur ses livres la date de la livraison faite à » M. Mercier d'un instrument semblable.

» A M. Caudemont, je réponds : « Que j'ai essayé pour la première fois en » 1838 la scarification du col de la vessie pour guérir la névralgie existant indépendamment des bourrelets et des valvules sans rétention d'urine aucune, » bien longtemps avant lui par conséquent. Je ne doute pas cependant qu'il en » ait eu spontanément l'idée, puisque la première publicité donnée à cette » application particulière du procédé ne date en réalité que de ma communication à l'Académie. »

PRIX NADAU.

M. Londe demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il propose d'annoncer par la voie des journaux et même par lettres individuelles, aux candidats connus qui ont envoyé des travaux :

1° Que le concours pour le prix Nadau est et demeure ouvert jusqu'au 31 décembre prochain, cinq heures du soir; et que, passé ces jour et heure, il ne sera admis aucun travail;

2° Que jusqu'à cette époque il est loisible aux concurrents qui ont envoyé leurs travaux de rentrer en possession de ces travaux pour leur faire subir telle modification qu'ils jugeraient convenable, et que, dès aujourd'hui, ils peuvent les retirer ou les faire retirer du secrétariat de l'Académie;

3° Que le prix qui devait être decerné dans la séance générale de 1852, le sera dans les trois mois qui suivront cette séance.

Sur une observation de M. le secrétaire perpétuel, la commission du prix Nadau est invitée à se réunir immédiatement pour délibérer sur la proposition de M. Londe et faire un rapport à l'Académie.

SUR LES INJECTIONS DE PERCHLORURE DE FER APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES ANÉVRISMES.

M. Malgaigne lit sous ce titre un mémoire dont l'objet a été de réunir les faits de traitement des anévrismes par le perchlorure de fer déjà connus, de les soumettre à une appréciation sérieuse, et d'apprendre aux chirurgiens ce qu'ils doivent en penser.

M. Malgaigne, après un historique complet de la nouvelle méthode et des nombreuses expériences dont elle a été l'objet, examine une à une les observations d'anévrismes traités par ce moyen. C'est d'abord l'observation de M. Raoult Deslongchamps qui a trait à un anévrisme de l'artère sus-orbitaire, que M. Malgaigne croit n'avoir été en réalité qu'une tumeur érectile. C'est ensuite l'observation de M. Niepce et celle de M. Serre (d'Alais), véritables anévrismes cette fois, et dont l'injection de perchlorure de fer semblait avoir procuré la guérison, mais non sans avoir fait courir aux malades de graves dangers (suppuration, gangrène, etc.). C'est ensuite le fait malheureux d'un opéré par cette méthode, qui est venu succomber dans son service aux suites d'une amputation nécessitée par la gangrène du membre. Ce sont encore les essais tentés par M. Velpeau et par M. Lenoir, avec le liquide préparé par M. Burin Dubuisson et d'après toutes les règles prescrites par M. Pravaz (circonstances dont l'omission avait pu jusqu'à un certain point expliquer les revers précédents et être opposée aux objections soulevées par ces premiers résultats), et dans lesquels il est survenu des accidents tels qu'il a fallu y parer, dans un cas, par la ligature de l'artère, et que dans l'autre ils ne purent pas être conjurés. Ce sont, enfin, les faits de M. Soulé (de Bordeaux), de M. le professeur Alquié (de Montpellier), en tout six essais nouveaux après les trois premiers cas, ou, pour parler plus exactement, les deux premiers cas de succès plus ou moins chèrement achetés, dont deux terminés par la mort, trois qui obligent à recourir à la ligature, un pour lequel il faut employer la compression, etc. Mais ce n'est pas tout, et comme si ce n'était pas assez encore pour fixer l'opinion des chirurgiens, M. Malgaigne cite encore un fait de M. Dufour (de Lectoure), un autre de M. Julien, et enfin un troisième de lui-même, tous trois exemples d'insuccès complet et de dangers tellement graves que les deux premiers ont succombé et que le troisième n'a dû son salut qu'à la ligature.

Voilà donc, pour une première période d'essais, la statistique des résultats donnés par ces injections : onze opérations, quatre morts, cinq revers graves, deux guérisons.

Une nouvelle période semblait commencer, depuis que M. Burin Dubuisson confessant le danger de sa première préparation qu'il explique par un excès d'acide chlorhydrique, avait proposé de se servir de perchlorure de fer neutre à 30°. Un seul fait clinique a été invoqué à l'appui de cette modification. Dans ce fait, donné comme un exemple de guérison, les battements avaient reparu dans la tumeur peu de temps après l'injection.

Il y a une autre série d'essais qui, sans avoir trait aux anévrismes, ont été mis en avant pour faire ressortir l'innocuité de la nouvelle solution de M. Burin Dubuisson (à 30° au lieu de 45°); on l'a injectée dans des veines variqueuses. Sur six essais faits par M. Desgranges, on en compte cinq sans accidents notables; le sixième opéré a éprouvé une inflammation de la jambe, avec des accidents généraux tels qu'il a succombé. Trois essais du même genre ont été tentés à Paris par M. Follin. Dans l'un de ces cas, la seringue, détériorée, ne joua pas convenablement; il fut douteux si une seule goutte de la solution avait pénétré dans la veine; il n'y eut d'ailleurs aucune trace de coagulation; ce premier fait doit être éliminé. Un autre malade a eu des symptômes de phlébite qui ont fait craindre un moment la suppuration; heureusement les accidents ont pu être arrêtés. Le troisième a eu un vaste abcès de la jambe, qui toutefois ne l'a pas empêché de guérir.

Au total, dit en terminant M. Malgaigne, l'injection de perchlorure de fer dans les varices paraît moins périlleuse que dans les anévrismes; toutefois, le temps seul pourra nous apprendre ce que valent les guérisons ainsi obtenues. Mais pour les anévrismes, bien que la possibilité de la guérison par ces injections soit mise hors de doute, les guérisons ont été si rares, achetées par de tels accidents, contre-balancées d'ailleurs par un si grand nombre de revers graves et même de morts, que, dans l'état actuel des choses, nous ne pensons pas qu'aucun chirurgien prudent puisse exposer ses malades à un traitement aussi désastreux.

M. Moreau saisit cette occasion de protester contre la fâcheuse tendance qu'ont les chirurgiens aujourd'hui à expérimenter sur l'homme. Quand on veut éprouver une méthode nouvelle, c'est sur les animaux d'abord qu'il faut l'expérimenter, et non sur l'homme. Il approuve sous ce rapport les conclusions de M. Malgaigne, mais en regrettant qu'il n'ait pas cru devoir se montrer plus sévère et qu'il n'ait pas proscrit plus rigoureusement une méthode qui, sur 11 cas, a produit 4 fois la mort.

M. Roux serait moins absolu que M. Moreau, mais il n'en applaudit pas moins de toutes ses forces au travail de M. Malgaigne. Il est d'autant plus porté à repousser la méthode des injections que, grâce à la méthode de Hunter, le traitement des anévrismes laisse peu à désirer. Cependant il pense qu'il ne faudrait pas tout à fait renoncer à l'espoir de perfectionner un jour ce traitement, la ligature n'étant pas à ses yeux la dernière limite de perfectionnement. Ainsi, tout en applaudissant à la prudence de M. Malgaigne, M. Roux croit que les faits ne sont pas encore suffisants pour prononcer définitivement sur le sort de la nouvelle méthode. Quant à l'espèce de réprobation dont M. Moreau frappe les chirurgiens qui ont recours à de pareilles expériences, il ne l'accepte pas dans l'espèce, et il espère que M. Moreau reviendra lui-même sur ce premier mouvement.

M. Velpeau ne voudrait pas laisser passer sans un mot de réponse les paroles de blâme peu déguisé que M. Moreau a prononcées à l'adresse des chirurgiens. D'abord il n'est pas exact de dire qu'on expérimente sur l'homme; quand l'art ne possède que des moyens imparfaits, on cherche à leur en substituer de meilleurs. Il a essayé ce moyen sur l'homme, parce qu'il voyait dans ce qu'on a publié sur ce sujet des motifs suffisants d'espérer de bons résultats. Il s'y croyait d'autant plus fondé, d'ailleurs, que les expériences sur les animaux avaient démontré que le perchlorure de fer était en effet un excellent coagulant du sang; il était donc naturel, après des expériences aussi concluantes, de reporter ces essais sur l'homme.

M. Velpeau rapporte ici le fait unique dans lequel il a tenté ce moyen, et il résulte de cette relation que le sang a été coagulé en effet, mais que l'opération n'en a pas moins échoué. Il pense, malgré cet échec, que cette opération serait peut-être encore applicable aux petits anévrismes. Dans tous les cas, il regretterait beaucoup d'être obligé de renoncer entièrement à ce moyen.

M. Moreau n'a pas entendu réprouver les expérimentations en général, la ré-

probation porte sur l'espèce seulement. En présence de résultats tellement désastreux pour tout homme sage, une semblable méthode doit être complétement rejetée.

M. Laugier considère cette discussion comme prématurée, peu de personnes étant en ce moment en mesure d'avoir une opinion arrêtée à cet égard. Il regrette que M. Malgaigne, qui a d'ailleurs traité cette question en excellents termes, n'ait pas parlé des tumeurs érectiles. D'après les essais qu'en a faits M. Lawrence, les résultats auraient été tout aussi fâcheux que dans les anévrismes. Cependant, malgré ces faits, il croit encore que ce n'est qu'avec une certaine réserve qu'il faut se prononcer sur cette méthode.

M. Gerdy s'élève contre cette sorte d'impatience avec laquelle les chirurgiens se hâtent de nos jours d'appliquer des moyens nouveaux dont on ne connaît pas suffisamment les effets; il voit là une tendance fâcheuse qu'il faudrait arrêter: la chirurgie était peut-être trop prudente autrefois, en revanche elle est trop téméraire aujourd'hui. M. Gerdy n'entend d'ailleurs blâmer personne dans cette circonstance, il convient que ces essais paraissaient rationnels, mais les expériences n'étaient pas assez nombreuses pour les reporter sur l'homme.

M. Malgaigne s'associe pleinement à ce que vient de dire M. Gerdy, mais on doit reconnaître que, dans cette circonstance, les essais sur l'homme semblaient suffisamment justifiés par les expériences nombreuses qui avaient été faites sur les animaux. Quant au reproche que M. Laugier lui a adressé d'avoir présenté prématurément son travail, il le repousse; il était temps, suivant lui, d'arrêter les chirurgiens dans une mauvaise voie.

M. Velpeau ayant encore quelques considérations à présenter sur ce sujet, demande que la discussion soit renvoyée à la prochaine séance.

La discussion sera continuée.

— M. le Secrétaire perpétuel, au nom de la commission du prix Nadau, soumet à l'Académie les propositions suivantes qu'elle vient d'arrêter.

Elle propose :

1° De reporter la clôture du concours au 31 décembre;

2° De permettre aux candidats de reprendre leurs travaux pour les compléter s'ils le jugent à propos.

Ces propositions sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures. Il y aura séance extraordinaire samedi pour entendre des rapports en retard.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DE RENTRÉE DU 7 NOVEMBRE.

A une heure précise, M. le doyen Paul Dubois, assisté de MM. Adelon, Gavarret et Bouchardat, entre en séance, précédé du massier, et prend place sur l'estrade.

La séance est ouverte, et la parole est donnée à M. Bouchardat, qui lit d'une voix accentuée et claire les éloges d'Hippolyte Royer-Collard et d'Achille Richard. Cette lecture est interrompue à diverses reprises par des salves d'applaudissements; des applaudissements prolongés en accueillent également la fin.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. BOUCHARDAT.

Messieurs,

Le jour où la Faculté reprend ses travaux est celui qu'elle choisit pour décerner ses couronnes.

Dans ces réunions solennelles des maîtres et des élèves, chaque professeur vient tour à tour aborder les questions les plus élevées et qui caractérisent l'enseignement dont il est chargé; mais ce devoir est dominé par un autre, celui de rendre un pieux hommage aux collègues que la mort a frappés. On fait revivre ainsi, pour les amis, des mémoires chéries; on apprend aux élèves à vénérer ceux qui ont dirigé leurs pas dans la carrière de la science, et on leur montre de nobles exemples à imiter.

Depuis peu d'années, tant d'hommes éminents ont disparu de cette enceinte, frappés au midi de leur carrière, à l'apogée de leur talent, que les tributs que nous avons à payer sont bien grands! Royer-Collard, Richard, Orfila, nous ont été si soudainement et si fatalement enlevés, que nous ne pouvons nous habituer à ne plus les rencontrer au milieu de nous, que nos yeux se portent encore involontairement sur les places qu'ils occupaient.

Dans l'assemblée de 1854, un interprète éloquent vous dira ce que la science, ce que la Faculté doivent à Orfila; j'ai été chargé par mes collègues de rendre un dernier hommage à Royer-Collard et à Richard.

Mon titre de nouveau venu dans la compagnie eût pu me faire décliner cet honneur qu'instinctivement on redoute, mais mes collègues ont pensé qu'occupant la chaire qu'Hippolyte Royer-Collard a occupée, je pourrais plus facilement vous entretenir des grandes idées qu'il avait fait pénétrer dans son enseignement.

Quant à Richard, j'ai été son élève, son agrégé, son ami, et c'est un mouvement du cœur que vous comprendrez sans peine, qui m'a fait désirer de vous parler de lui dans cette occasion solennelle.

Hippolyte Royer-Collard est mort à Paris, le 11 décembre 1850, âgé de 48 ans; il était professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, du Conseil de salubrité, du Comité consultatif d'hygiène publique, officier de la Légion d'honneur; il fut emporté par une longue et douloureuse maladie dans la force de l'âge et de son talent.

Avant de vous faire connaître le professeur et le membre de l'Académie, permettez-moi de vous rappeler le souvenir de ses premières années et d'insister dès le début sur un contraste qui domine toute la carrière d'Hippolyte Royer-Collard.

La nature lui donna avec une rare prodigalité tout ce que le monde envie, tout ce qui peut rendre la vie heureuse et facile, et ce furent précisément ces dons qui contribuèrent le plus à le détourner de la route qui devait le conduire aux découvertes utiles qui restent après nous. Son esprit étincelant de verve faisait les délices de l'intimité; comment trouver le recueillement quand on est partout recherché, aimé?

Royer-Collard portait un nom illustre entre tous; son oncle, aussi célèbre par ses hautes connaissances philosophiques, par sa noble éloquence que respecté pour l'élévation de son caractère, était vénéré de la France entière. Son père était un des membres les plus distingués de l'Académie de médecine, un des professeurs les plus connus de la Faculté.

A ces avantages du sang, Hippolyte Royer-Collard joignait une merveilleuse intelligence qui lui aplanissait toutes les difficultés des premières études; aussi rien ne manqua à son début, succès universitaires, couronnes académiques, prix obtenus au concours des hôpitaux et de la Faculté de médecine.

Quel commencement admirable avec un pareil nom! Nous arrivons à une première et cruelle épreuve. Il était encore étudiant en médecine, et n'avait que 23 ans lorsque la mort vint le frapper dans ce qu'il avait de plus cher. La perte prématurée de son père, en brisant son cœur, le laissa inopinément aux prises avec les nécessités de la vie.

Les ressources infinies de son esprit ne lui firent pas défaut; mais, dès le commencement de sa carrière, à l'époque où il importe tant d'avoir un but et de le poursuivre, il fut obligé de diviser ses forces. Il coopéra en même temps à la rédaction de la Nouvelle bibliothèque médicale, du Bulletin de la Société anatomique, du Journal de médecine vétérinaire et comparée, d'un grand nombre de publications scientifiques, de revues politiques et littéraires.

Ses études médicales n'étaient point pour cela délaissées, il les poursuivait avec une incroyable ardeur sous le patronage du chirurgien illustre de l'Hôtel-Dieu, qui était alors dans tout l'éclat de son talent, de sa puissance... Dupuytren fut le président de sa thèse, œuvre très-remarquable, et voici, d'après un témoin oculaire, l'incident qui couronna cet acte probatoire.

C'était dans ce grand amphithéâtre, et cette vaste enceinte était remplie comme aujourd'hui. Après l'argumentation, Dupuytren prit la parole: le célèbre professeur, d'ordinaire si réservé, si sobre d'éloges, s'exprima ainsi :

« La Faculté est fière de vous, dit Dupuytren, elle voit en vous le digne héritier d'un nom célèbre dans la science, dans la philosophie, dans l'éloquence. La Faculté espère en vous, monsieur, et depuis Bichat elle n'a pas connu d'élèves qui lui aient donné une satisfaction plus vive et de plus grandes espérances. »

Le chroniqueur ajoute que la jeune assistance applaudit ce magnifique éloge, sorti d'une telle bouche, et que personne ne le trouva empreint d'exagération.

Les débuts de Royer-Collard justifièrent ces espérances. A peine âgé de 25 ans, il fut nommé au concours, agrégé de la Faculté. Il était enfin arrivé à cette époque où, plein de confiance, il va concentrer toutes ses forces dans une direction scientifique; mais il faut compter avec les événements imprévus. La révolution de juillet éclate; parmi les hommes nouveaux qui arrivent au pouvoir, se trouvent des amis de Royer-Collard, et ils appellent aussitôt à eux cette intelligence d'élite.

L'élève de Dupuytren, l'agrégé de la Faculté de médecine, devient chef de division au ministère de l'instruction publique. Transporté dans cette région nouvelle, il n'abandonne pas pour cela la science, il en suit tous les progrès avec une curieuse activité; mais, entraîné par des occupations administratives les plus variées, il ne peut entrer dans la voie des recherches auxquelles il était si bien préparé par ses fortes études.

Vous le voyez, Messieurs, c'est pour avoir été favorisé par le sort, c'est pour être arrivé trop tôt à ces hautes fonctions, que Royer-Collard se détourna des routes où le maître lui avait prédit de si grandes destinées.

Je ne le suivrai qu'un moment avec vous dans sa carrière nouvelle; il s'y appliqua avec cette ardeur que vous avez admirée; c'est là qu'il put développer ce sens droit et élevé, ce jugement aussi sûr que prompt; cette facilité d'expressions vives et pénétrantes qui formaient le caractère original de son talent.

Les hommes de science se feront difficilement une idée de l'activité qu'il dépensa pour préparer ces réformes administratives qui sont des nécessités des gouvernements qui commencent.

Deux qualités se révélèrent en lui dans cette position nouvelle: la première, c'est une bienveillance à toute épreuve; la seconde, c'est un sens pratique des plus remarquables.

Tous ceux qui eurent besoin de sa juste intervention, de son appui chaleureux, le trouvèrent en toute occasion heureux de rendre des services; il l'était surtout quand il y avait de nobles infortunes à soulager. Il ne fallait pas chercher longtemps pour rencontrer des veuves, des mères, des enfants d'hommes qui avaient illustré notre pays, dans une moment extrême, et il ne faut pas ouvrir bien des pages de notre histoire pour trouver des exemples d'hommes éminents dans les sciences, dans les lettres, en proie aux plus pressants besoins: c'est dans ces occasions où l'on a pu admirer la délicatesse de ce cœur généreux.

L'habitude des pratiques administratives, le coup d'œil rapide et sûr d'Hippolyte Royer-Collard rendirent bien des fois sa présence infiniment utile dans les corps savants auxquels il appartint plus tard. C'est ainsi qu'à l'Académie de médecine, au Comité consultatif d'hygiène publique, il prit une grande part aux discussions qui précédèrent ces deux grandes mesures de l'établissement des médecins sanitaires et des conseils d'hygiène publique et de salubrité.

L'influence que sa belle position au ministère lui assurait ne put suffire à un

homme qui avait pour la science une passion si vive. Une occasion se présenta bientôt de rentrer dans cette carrière dont les événements l'avaient détourné pendant les plus belles années de sa vie.

La mort de Desgenettes laissa vacante dans la Faculté la place de professeur d'hygiène. Le chef de division, qui aux yeux du monde paraissait bien éloigné de ces études actuelles et si variées, qui sont nécessaires pour entrer en lice avec des compétiteurs nombreux, renommés par leurs talents, éprouvés par des luttes antérieures, ne craignit pas de prendre part à ce concours mémorable, et le succès couronna ses efforts... Bientôt après l'Académie de médecine l'appela dans son sein.

Le voilà donc enfin rentré dans cette carrière vers laquelle l'appelaient toutes ses aspirations. Avant d'exposer son caractère scientifique, j'ai besoin de répondre à deux questions qui se rattachent involontairement, dans l'esprit d'un grand nombre, à la mémoire d'Hippolyte Royer-Collard. Pourquoi n'a-t-il composé aucun ouvrage qui soit un titre durable pour la postérité? Pourquoi se laissa-t-il entraîner par ce tourbillon du monde, qui est si peu compatible avec les solides études? A cette dernière interpellation, je dirai : Le savant, aux résolutions les plus fortes, ne peut se soustraire comme il le veut à ses habitudes, à sa nature, à son passé. On est involontairement emporté dans la sphère où l'on est jeté, et puis il est de ces hommes privilégiés qui peuvent trouver le recueillement au milieu du tumulte; les intimes de Royer-Collard savent que ce fut bien souvent au milieu d'un cercle brillant et animé qu'il écrivait quelques pages remarquables et qu'il préparait ces belles leçons qui ont fait pendant trop peu de temps le charme des auditeurs de la Faculté de médecine.

Avant d'accuser Hippolyte Royer-Collard de n'avoir pas mieux employé pour la postérité les dons si rares dont la providence l'avait comblé, il ne faut pas oublier que, chargé inopinément pour ainsi dire d'un enseignement nouveau, aussi vaste, aussi complexe, il a dû se livrer à une suite d'études dont on se fait difficilement une idée quand on n'a pas réfléchi à l'ensemble de connaissances qui se rattachent à l'enseignement de l'hygiène.

Quelques années venaient à peine de s'écouler, depuis sa nomination, quand il fut frappé par cette cruelle maladie qui l'a si lentement conduit au tombeau.

Voici les titres des principaux ouvrages de Royer-Collard, où vont nous apparaître avec netteté les tendances de cet esprit si distingué :

1° Des tempéraments considérés dans leurs rapports avec la santé.

2° Organoplastie hygiénique ou Essai d'hygiène comparée sur les moyens de modifier les formes vivantes par le régime.

3° Considérations physiologiques sur la vie et sur l'âme.

Ces trois ouvrages importants, sur lesquels nous allons revenir, sont imprimés dans les tomes X et XIV des Mémoires de l'Académie de médecine. A l'époque de leur lecture devant cette compagnie, ils excitèrent le plus vif intérêt.

Dans les années 1843 et 1845, Hippolyte Royer-Collard prononça les discours de rentrée de la Faculté de médecine. Dans le dernier, il paya une dette du cœur en retraçant les travaux de Breschet. Dans le premier, il exposa avec une élévation de vue des plus remarquables les services que les sciences physiques et chimiques avaient rendues ou étaient appelées à rendre à la médecine.

La pensée dominante de Royer-Collard, que l'on retrouve partout dans ses mémoires, dans ses discours, dans ses leçons, consiste à bien préciser et à indiquer largement le rôle des sciences physiques et naturelles appliquées à éclairer les phénomènes les plus importants de la santé et de la maladie.

Son esprit, plein de rectitude, tient la balance avec fermeté entre ceux qui disent que l'invasion des sciences physiques, dans la médecine, ne saurait amener que confusion et que ruine; et les téméraires qui assurent qu'une ère nouvelle commence, que plus on descendra profondément dans la connaissance des corps vivants, mieux on arrivera à comprendre la vie et à la saisir dans son principe.

Suivant les voies ouvertes par Bacon et par Descartes, il établit que l'analyse des phénomènes organiques est, entre les mains du médecin, le véritable instrument des découvertes, et qu'en définitive, ces phénomènes n'étant que des formes, des manières d'être de la substance vivante, il s'ensuit que l'analyse doit porter sur la substance elle-même et les éléments dont elle se compose.

Appliquant ces données, il démontre que l'anatomie, cette connaissance de l'homme matériel, se perfectionnant de plus en plus, est devenue le fondement nécessaire de toutes les études médicales; mais après avoir reconnu dans l'organisation plusieurs appareils organiques distincts des organes dans les appareils des tissus, l'anatomie dépose ses instruments devenus inutiles, et cherche dans le domaine de la physique et de la chimie des moyens de décomposition ou d'analyse qu'elle applique aux tissus eux-mêmes.

Les sciences physiques et chimiques, ajoute Hippolyte Royer-Collard, ne sont pas seulement des sciences accessoires à la médecine, mais elles en sont inséparables au même titre que l'anatomie. Pour compléter sa pensée, il se hâte d'ajouter qu'aucune expérience, aucun raisonnement ne feront jamais que les corps vivants ne soient pas différents des corps inertes. Le physiologiste qui étudie le corps humain, le décompose par tous les moyens qui sont en son pouvoir, et pourtant il tient compte des formes organiques et de cette unité vivante qui est la cause ou l'occasion de certains phénomènes d'une nature particulière; la physiologie ne sera donc jamais de la chimie ou de la physique; mais les sciences seront pour elles un nouveau scalpel.

Il aurait pu ajouter, pour compléter sa pensée et pour tracer une limite très-nette entre les sciences physiques et la physiologie, que les phénomènes qui se passent dans les corps vivants sont de deux ordres.

Dans les organes vivants, il s'opère incessamment des décompositions qui sont absolument de même nature que celles qui s'exécutent dans le laboratoire du chimiste, et, il faut bien le dire, ces décompositions continuelles et successives sont des phénomènes qu'il nous importe de bien connaître, car ils se rattachent de la manière la plus intime aux conditions de la santé, et dans bien des cas nous sommes maîtres, dans une certaine mesure, d'en changer, d'en modérer ou d'en activer la marche.

Mais dans les organes des corps vivants, il s'opère aussi de mystérieuses transformations qui sont complètement en dehors des lois de la chimie ordinaire.

Les organes vivants seuls peuvent produire ces molécules complexes qui forment la partie fondamentale des corps organisés.

Sans aucun doute le chimiste peut employer la synthèse pour produire des molécules plus composées par la réunion de molécules plus simples; mais il est dans cette direction des limites qu'il ne franchit pas. Non-seulement jusqu'ici il n'a pu produire un organe, un tissu, mais il n'a pu donner naissance à de l'albumine par l'association de molécules moins complexes. Il n'a pu même, en combinant des principes immédiats sans action sur la lumière polarisée, donner naissance à des combinaisons qui exercent de l'influence sur cet admirable agent.

Vous voyez, messieurs, cette distinction dans toute sa netteté; il se passe dans les corps vivants des phénomènes qui sont exactement du même ordre que ceux que nous pouvons réaliser dans le laboratoire du chimiste. Pour ceux-là, nous ne pouvons refuser son concours, ce serait volontairement fermer les yeux à la lumière; mais reconnaissons aussi que par delà les forces chimiques il existe une merveilleuse puissance et qui seule peut donner naissance à ces produits complexes qui caractérisent l'organisation.

C'est dans le beau travail d'Hippolyte Royer-Collard sur l'Organoplastie hygiénique qu'il faut chercher ces lumineuses tendances vers une physiologie nouvelle.

Développons un exemple qu'Hippolyte Royer-Collard choisit. Pour avoir une idée exacte des effets de l'alimentation, nous étudions chaque aliment, les substances qu'il contient, leurs combinaisons et réactions diverses, leurs transformations dans les différentes parties de l'appareil digestif. Nous étudions leurs voies d'absorption, d'emmagasinement, leur assimilation dans les organes, les transformations qu'ils éprouvent dans les tissus les plus intimes, les matières qu'ils fournissent par leur destruction, et nous cherchons comment, par quelle voie, sous quelles formes sont éliminés de l'organisme ces résidus de la vie.

Hippolyte Royer-Collard ne put, en quelque sorte, qu'indiquer la route qu'il se proposait de suivre. La maladie, chaque jour plus cruelle, laissa interrompues ces belles recherches vers lesquelles il avait concentré toutes les forces de son intelligence.

On s'étonnera peut-être que le professeur d'hygiène se préoccupe surtout des grandes questions de physiologie; mais écoutons-le un instant, et nous comprendrons cette prédilection qui résulte, pour lui, de longues et solides méditations.

Une fois, dit-il, dans son beau travail Sur les tempéraments, que l'hygiène a pris position sur ces hauteurs, qui sont celles de la physiologie elle-même, un horizon nouveau ne se découvre-t-il pas à ses regards? Ne voit-on pas la nécessité de resserrer, de plus en plus, ces deux sciences, de les maintenir sans cesse l'une et l'autre au même point de développement, de faire en sorte qu'animées sans cesse du même esprit, dirigées par une même influence, les conquêtes de l'une soient toujours pour l'autre un moyen de progrès et de perfectionnement. Telle est la seule condition qui permette à l'hygiène de devenir ce qu'elle doit être, c'est-à-dire un art non point empirique et grossier, mais fondé sur une science positive et solide.

Pardonnez-moi ces citations, car c'est aussi mon drapeau; je ne saurais proclamer avec trop d'insistance que l'hygiène, dans ses parties les plus belles, n'est que la physiologie appliquée.

Pour fonder cette hygiène nouvelle, il ne s'agit plus, pour nous, que de poursuivre cette tâche pleine d'intérêt, et de marcher constamment vers le but avec une vigoureuse opiniâtreté.

Ce but, demande Hippolyte Royer-Collard, jusqu'à quel point est-il possible d'y parvenir? Sans doute, quand on porte ses regards au delà de l'étroite sphère où les générations s'agitent avec tant d'ardeur; quand on voit devant soi l'infini de la science et cette terre promise de la vérité, qui recule toujours à mesure qu'on croit l'atteindre, il y a parfois des moments de doute; mais, par une étude plus attentive, on s'aperçoit bientôt qu'à travers des efforts stériles ou rétrogrades, la science n'en suit pas moins une marche constante.

Les hommes passent, se succèdent, elle seule reste progressive, immortelle.

Je vous aurais fait connaître Hippolyte Royer-Collard d'une manière incomplète, si je ne vous entretenais de ses relations professorales et confraternelles... Éloigné quelque temps par ses fonctions administratives du mouvement scientifique, il fut d'abord accueilli à l'Académie de médecine par ses collègues, à la Faculté par les élèves, avec une certaine froideur; mais à mesure qu'on apprit à le mieux connaître, les préventions s'évanouirent, et firent place à une vive affection. L'Académie lui en donna la preuve la plus éclatante en l'appelant, malgré la ruine de sa santé, à l'honneur de la présider.

Pour les élèves de la Faculté, il connut bientôt le moyen infaillible d'en être aimé, ce fut de les aimer eux-mêmes, ce fut de considérer ses fonctions comme un véritable sacerdoce.

« Placés auprès de vous, leur disait-il, pour vous servir de précepteurs dans votre carrière, nous n'ignorons pas quelle responsabilité est attachée à cette mission, aussi laborieuse qu'honorable, nous n'y épargnons aucun effort, toujours empressés de vous assister de nos conseils. Nous cherchons aussi, en toute circonstance, à vous donner l'exemple de l'assiduité et du travail. » Ah! Messieurs, il la donna de la façon la plus touchante, cette preuve de son amour pour ses fonctions de professeur. Déjà accablé par cette maladie cruelle, n'étant plus que l'ombre de lui-même, il se fit porter dans cet amphithéâtre; là, il fit ses leçons dernières, où l'on trouve l'empreinte de cet esprit si remarquable, et où l'on voit à chaque instant l'homme supérieur qui sent sa fin prochaine. Il endura pen-

dant dix-huit mois l'inexprimable angoisse de se voir, jeune encore, s'amoindrir chaque jour.

On ne peut se défendre d'un profond sentiment d'amertume quand la mort vient trancher une vie incomplète, quand elle brise une intelligence pleine d'espérance et d'avenir. Disons au moins, pour diminuer nos tristesses, que durant la lutte si lente et si douloureuse que Hippolyte Royer-Collard a eu à supporter, il a été soutenu par cette philosophie élevée qui est le grand héritage de sa famille. Dans le dernier mémoire qu'il a lu à l'Académie de médecine sur la vie et sur l'âme, il cherche à démontrer comment le principe de la vie du corps se distingue de son immatérielle, de son immortelle essence. Ce sont ces idées pures et consolantes qui ont maintenu sa douce sérénité jusqu'à son dernier soupir.

Ajoutons qu'on regrettera dans Hippolyte Royer-Collard un homme des plus désintéressés, un esprit plein de distinction, un cœur fermé à l'orgueil et à l'envie, ouvert à l'indulgence la plus vraie, aux plus sûres amitiés, aux sentiments les plus généreux. Terminons son éloge en disant que tous ceux qui l'ont connu l'ont aimé.

Je viens de vous dire, il y a un instant, combien était poignante cette idée de la mort frappant un homme plein d'avenir; eh bien! Messieurs, ces pensées sont plus déchirantes encore quand vous voyez tomber au milieu de vous un collègue dans toute la puissance de son talent.

Ces douleurs nous les avons tous ressenties à la mort d'Achille Richard.

Né à Paris, le 27 avril 1794, il mourut le 5 octobre 1852. Il était professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine, membre de l'Institut, de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, de la Société centrale d'agriculture, officier de la Légion d'honneur.

Achille Richard était né pour la belle carrière qu'il a si noblement parcourue, jamais il ne dévia de la route où il a laissé de si grands souvenirs.

Par tous les antécédents de sa famille, la botanique était son patrimoine. Son bisaïeul était le directeur et le fondateur du beau jardin de Trianon, son aïeul de celui d'Auteuil, son père, Louis-Claude-Marie Richard, était ce naturaliste illustre qui, il y a quarante ans, par ses admirables recherches sur l'analyse du fruit et des autres organes des végétaux, contribua si puissamment à perfectionner la méthode naturelle, et dont les travaux créèrent une véritable école.

Il y a trente-deux ans, à pareille époque, Dupuytren prononça son éloge dans cette enceinte en même temps que celui de Corvisart; la mort comme aujourd'hui, frappait coup sur coup les professeurs les plus éminents de l'école de Paris.

Achille Richard, presque au sortir de l'enfance, puisa sous son père les principes d'une observation rigoureuse qui formèrent plus tard le cachet de son talent; c'est là qu'il prit l'habitude d'exprimer ce qu'il voyait aussi bien, aussi facilement avec le pinceau qu'avec la plume.

Voici l'ordre que je me propose de suivre dans cette notice.

Je ferai en sorte de vous faire connaître et apprécier les nombreux ouvrages, les mémoires importants auxquels notre collègue bien-aimé a consacré les quarante années de sa vie d'homme; puis je vous rappellerai ce qui de lui vit dans vos mémoires, dans vos cœurs, mais qui s'effacerait avec nous, si son biographe ne s'efforçait d'en perpétuer le souvenir; c'est cet admirable talent qui lui a assuré dans l'enseignement une position hors ligne; ce sont ces vertus qui l'ont fait admirer, chérir de tous ceux qui ont vécu dans son intimité.

Claude Richard, soit par défiance de ses forces, soit par amour exagéré de cette perfection à laquelle l'homme peut si rarement prétendre, ne publia qu'une partie des travaux considérables qu'il exécuta; ce sont ses amis, des élèves qui conservèrent à la postérité la plupart des recherches originales auxquelles ce botaniste, si passionné pour la science, consacra toute sa vie. Son fils Achille, au contraire, commença ses publications encore sur les bancs de l'école et les poursuivit sans relâche jusqu'à son dernier jour.

Il était encore étudiant lorsque, en 1819, il fit paraître la première édition de ses nouveaux éléments de botanique appliquée à la médecine. Deux années avant il avait lu un mémoire à la Société philomatique, où se trouvent développés les principes qui le dirigèrent dans la composition de cet ouvrage, et où il montre l'importance de la botanique pour notre profession.

« Quel est le médecin, dit-il, qui peut, sans quelque honte, prescrire chaque jour à des malades des plantes qu'il n'a jamais vues fraîches, et dont il n'a point étudié les caractères. Pour savoir la botanique médicale, ajoute-t-il, il faut commencer par étudier les principes fondamentaux de la science, sans lesquels tout n'est qu'hésitation et tâtonnement. »

Ce sont ces principes qu'il expose dans son livre avec une lucidité des plus remarquables, mais il se hâte d'ajouter: Il ne suffit pas d'étudier ces principes fondamentaux dans les ouvrages, c'est dans le grand livre de la nature qu'il faut en vérifier la justesse. C'est là, dit-il, à ses condisciples, que nous apprendrons à voir, de nos propres yeux, les admirables artifices employés par la nature pour modifier, de cent mille manières différentes, les divers organes dont elle a doué les végétaux, et nous admirons l'harmonie qu'elle a su mettre dans toutes ses productions.

Cet ouvrage du jeune, du très-jeune botaniste, eut un succès des plus brillants. Sept éditions successives, tirées à grand nombre, témoignent de l'influence que ce livre a exercée sur le mouvement des études. La première édition avait été écrite, peut-être, un peu trop rapidement; celle qu'il refit deux ans après était considérablement améliorée. Il changea alors son titre en celui de: NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE BOTANIQUE ET DE PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE.

Je dois insister sur un point de la plus grande importance pour la mémoire scientifique d'Achille Richard.

Il a revu, corrigé, perfectionné avec un soin tout paternel l'ouvrage de ses premières années. C'est là que ce savant modeste a souvent consigné des observations originales, auxquelles il n'a donné aucune autre publicité. C'est particulièrement les parties qui se rapportent à l'anatomie microscopique des tissus, qui ont été successivement augmentées dans les éditions nouvelles, par des recherches auxquelles il s'est toujours livré avec un zèle extrême.

Ces parties originales et vraiment scientifiques de l'ouvrage, avaient pris un tel développement, que, pour rendre son livre plus à la portée des élèves, il fit paraître, en 1851, un volume in-12, sous le nom de PRÉCIS DE BOTANIQUE, qui peut être regardé comme la huitième édition de ses ÉLÉMENTS DE BOTANIQUE ET DE PHYSIOLOGIE.

Après avoir montré comment il fallait étudier les principes généraux de la science, Achille Richard aborda les applications de la botanique à la médecine.

Le 19 mars 1818, à peine âgé de 21 ans, il présenta à la Société de la Faculté de médecine un mémoire accompagné d'excellentes figures, où il établissait, de la manière la plus nette, l'origine des ipécacuanhas.

Ce travail fut imprimé en entier dans les mémoires que publiait cette compagnie. Le 16 mars 1820, après avoir enrichi son ouvrage de nombreuses observations, il fit paraître sa thèse inaugurale intitulée: HISTOIRE NATURELLE ET MÉDICALE DES DIFFÉRENTES ESPÈCES D'IPÉCACUANHAS. C'est dans ce travail que, désormais, on ira chercher tout ce qui se rapporte à la botanique de ces précieux médicaments. Ce mémoire peut servir de modèle de thèse d'histoire naturelle médicale.

Voici les circonstances qui donnèrent à cet ouvrage, à l'époque où il parut, un grand intérêt d'actualité.

Les premières notions qu'on eut en Europe sur l'ipécacuanha étaient dues à C. Pison et Macgrave, et insérées dans leur ouvrage intitulé: HISTORIA NATURALIS BRASILICÆ, Amsterdam, 1648.

Malgré ces notions, qui sont exactes, on méconnut depuis la plante qui fournissait l'ipécacuanha. On l'attribua successivement à plusieurs végétaux fort disparates, telles qu'à une prétendue espèce du genre *Paris*, à une autre du genre *Lonicera*. On s'arrêta à un végétal du genre *Viola*, du Brésil. Linné fils, ayant reçu de Mutis une plante du Pérou, sous le nom de *Psychotria emetica*, voulut la reconnaître pour la vraie source de l'ipécacuanha. MM. de Humboldt et Bonpland adoptèrent ces données en 1817. Disons cependant que bien avant cette dernière époque Gomez, de Lisbonne, vérifia l'exactitude des données de Pison et signala la méprise de Linné fils. Quoi qu'il en soit, on comprend sans peine qu'en France, avec l'autorité de MM. de Humboldt et Bonpland, l'incertitude ait pu devoir subsister malgré un article publié par M. Hecto et de Tussac, et une bonne notice de M. Mérat.

Il fallait rendre toute confusion impossible pour l'avenir. La description de Pison n'était vraiment pas suffisante, puisqu'elle avait pu induire en erreur Linné fils.

Achille Richard refit complétement les descriptions de toutes les plantes à ipécacuanha, en éclairant ces descriptions de tous les perfectionnements introduits par son père dans l'étude des organes et en accompagnant le texte de figures descriptives irréprochables. Voilà comment la science fait des progrès définitifs. Cette étude approfondie d'une des plantes les plus employées de la famille des Rubiacées devait conduire Richard à un travail général bien autrement important; mais n'anticipons point sur l'exposition des recherches qui se rapportent aux monographies.

Après sa thèse sur les ipécacuanhas et quelques autres mémoires sur lesquels nous reviendrons, Achille Richard publia, en 1823, son TRAITÉ DE BOTANIQUE MÉDICALE en deux volumes in-8°.

Les botanistes de profession ont peu lu cet ouvrage, qui a eu un si légitime succès dans la littérature médicale, et ils ne lui ont pas rendu, comme livre original, la justice qu'il mérite et que la postérité lui réserve.

Nous avions bien des traités des plantes usuelles, des dictionnaires des médicaments simples où les végétaux employés en médecine étaient décrits, mais quelle confusion dans le choix des espèces, quelle confusion plus grande encore dans les descriptions; lorsqu'on parcourt ces ouvrages, on est frappé en voyant les merveilleuses propriétés attribuées à plusieurs plantes dans le traitement des maladies les plus rebelles. Que d'herbes inertes auxquelles on donnait des vertus extraordinaires! Peut-on ne pas sourire lorsqu'on voit vanter avec une sorte d'enthousiasme l'efficacité des fleurs de bleuets dans le traitement des fièvres intermittentes et les sommités de Galiet comme un spécifique contre l'épilepsie. En comparant le TRAITÉ DE BOTANIQUE MÉDICALE d'Ach. Richard avec les autres ouvrages analogues, on s'aperçoit des efforts heureux qu'il a faits pour le mettre en harmonie avec les progrès des autres sciences médicales.

Ce qui constitue le mérite essentiel du TRAITÉ DE BOTANIQUE MÉDICALE, c'est la fidélité et l'élégance des descriptions des espèces. On s'aperçoit, en étudiant ce livre dans tous ses détails, que c'est un analyste d'une grande école qui a tracé ces caractères. Le pinceau ne ferait pas mieux; toutes les descriptions ont été tracées d'après nature, toutes les plantes qui croissent en France ont été analysées sur des individus frais et vivants. Pour les plantes exotiques, l'analyse a été faite soit d'après des individus cultivés dans les jardins, soit d'après des échantillons secs qu'Achille Richard possédait dans son herbier.

Vous le voyez, messieurs, le TRAITÉ DE BOTANIQUE MÉDICALE est une œuvre originale de la plus grande valeur qui, dans les siècles à venir, servira de point de départ à tous les auteurs qui voudront décrire les plantes employées en médecine.

Achille Richard prit une part tellement active à la rédaction de plusieurs dictionnaires médicaux ou scientifiques, que je ne pourrais, pour ainsi dire, que mentionner ces recueils sans vous faire connaître en détail les articles qu'il y consigna.

Dès ses jeunes années on le choisit comme un des principaux collaborateurs du DICTIONNAIRE DES SCIENCES NATURELLES, qu'édita Déterville. Il fut un des auteurs nés du DICTIONNAIRE UNIVERSEL D'HISTOIRE NATURELLE, mais c'est surtout

dans les deux éditions du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE où sa collaboration fut plus précieuse et plus active; tous les articles de botanique médicale de cet ouvrage, dont le succès fut si grand et si mérité, furent rédigés par lui. Il publia, avec MM. Chevalier et Guillemin, un ouvrage important en cinq volumes in-8°, intitulé : DICTIONNAIRE DES DROGUES SIMPLES.

Me voici arrivé à la partie la plus difficile, mais aussi la plus importante de ma tâche, celle qui consiste à vous faire connaître les monographies et les flores qui ont occupé la plus grande partie de la vie d'A. Richard.

Quelques mois à peine après avoir soutenu sa thèse à la Faculté de médecine, il lut à l'Académie des sciences une monographie accompagnée d'excellentes figures sur le genre *hydrocotyle*. Cette lecture fut suivie d'une autre à un très-court intervalle sur une monstruosité remarquable du genre *ophrys*; enfin, il présenta à cette même compagnie un travail complet sur la famille des Eléagnées, le 7 décembre 1823.

Ces mémoires offrent sans doute un très-grand intérêt, mais ils n'approchent point de ceux qu'il me reste à vous analyser.

Avant d'entrer largement dans la carrière de la science, A. Richard avait une pieuse dette à acquitter. Son père, Louis-Claude, n'avait presque rien publié, trouvant, comme je vous l'ai déjà dit, que, malgré le soin et la perfection qu'il apportait dans tous ses travaux, il y restait toujours quelque chose à faire, et peut-être aussi ayant été blessé de quelques objections qu'on lui avait faites, il ne fit paraître que peu de monographies qui suffirent pour montrer la profondeur et la sagacité de ses vues. Mais il laissa à son fils tous ses précieux manuscrits, tous ses herbiers, tous ses dessins analytiques, exécutés avec un talent inconnu jusqu'à lui dans la représentation des organes des plantes.

Parmi les travaux auxquels Claude Richard avait consacré le plus de veilles, arrivait au premier rang son grand MÉMOIRE SUR LA FAMILLE DES CONIFÈRES, dont il s'était constamment occupé pendant plus de dix années.

Rien n'est plus touchant et plus modeste à la fois que la manière dont Achille Richard rend compte de sa large coopération au magnifique ouvrage de son père.

Ce grand travail restera comme un modèle pour les auteurs de monographies. Il contient une foule de faits nouveaux sur l'organisation si particulière et si peu connue alors de cette grande famille végétale qui fournit tant de produits utiles à l'homme.

Le mémoire sur la famille des Musacées, préparé par Claude Richard, achevé et publié par son fils, quoique moins important, est aussi remarquable à bien des titres; mais le temps me presse, et je ne puis m'y arrêter.

Laissons, pour un moment, l'ordre chronologique pour arriver immédiatement à la monographie la plus considérable qu'Achille Richard ait publiée; c'est son MÉMOIRE SUR LA FAMILLE DES RUBIACÉES.

Cette famille est une des plus intéressantes du règne végétal pour le médecin; rappelons qu'elle nous fournit les quinquinas, les ipécacuanhas, le café, la garance, etc., et l'on comprendra facilement le zèle avec lequel elle a été étudiée par les naturalistes.

Le groupement des espèces dans la famille des rubiacées présentait des difficultés si grandes, que des botanistes des plus éminents y sont revenus à plusieurs reprises.

Jussieu, dans son GENERA PLANTARUM, divise la famille des rubiacées en dix sections; en 1820, dans le sixième volume des MÉMOIRES DU MUSÉUM, il revient sur cette distribution, et il forme d'autres groupes d'après des considérations nouvelles.

De Candolle s'est aussi occupé, avec toute la supériorité de son génie, à deux reprises différentes de l'établissement des genres et des tribus de cette famille.

Enfin, le professeur Kunt, dans le troisième volume de son NOVA GENERA ET SPECIES AMERICÆ ÆQUINOXIALIS, a singulièrement amélioré la classification des rubiacées; malgré ces travaux considérables, la monographie d'Achille Richard restera comme une œuvre des plus consciencieuses et des plus distinguées; elle est surtout remarquable par de longues et fortes études, par ces détails d'analyse si parfaits qui distinguent tous ces ouvrages. On y trouve des considérations philosophiques du plus grand intérêt, mais que je ne puis développer ici parce qu'ils rentrent dans le domaine de la science abstraite.

Me voici arrivé à la partie la plus caractéristique, et certainement la plus ennuese, de la vie scientifique d'Achille Richard.

Les hommes qui sont destinés à marquer leur place dans ce monde, ont, dans la plupart des cas, une pensée dominante qui les pousse, pour ainsi dire, à leur insu, dans une direction déterminée. Les événements peuvent les arrêter, les détourner de la route, un instinct plus fort les y ramène fatalement.

Achille Richard avait, à un degré suprême, l'amour des choses nouvelles. Ses pensées le portaient incessamment vers des contrées inexplorées, où, à chaque pas, il pouvait découvrir des plantes inconnues. Il était né botaniste voyageur.

Cette passion était dans sa nature, dans son sang, il la tenait de son père qui, dès l'âge de treize ans, n'aspirant qu'au bonheur d'aller dans les régions lointaines pour étudier les productions de la nature, renonce à un brillant avenir, quitte la maison paternelle pour se livrer à son goût pour la science, et saisit la première occasion qui lui fut offerte d'aller visiter, dans tous ses détails, une des contrées les plus curieuses, mais aussi, à cette époque, une des plus inhospitalières, la Guyane, où il séjourna six ans.

Bien des fois, dans sa vie, Achille Richard fut poursuivi par l'impérieuse pensée de parcourir les régions lointaines pour y recueillir ces plantes nouvelles qu'il aimait tant à contempler et à décrire. Mais, dans ses jeunes années, il ne pouvait se séparer d'un père dont la santé était des plus chancelantes et dont il partageait tous les travaux; plus tard, des devoirs sociaux, des liens plus doux le retinrent comme malgré lui. Cependant, dans une occasion solennelle, la nature faillit l'emporter.

Il rêve avec une insurmontable passion de visiter les régions encore inexplorées de l'Amérique centrale, il fait silencieusement tous ses préparatifs. Le voyageur est à la veille du départ, tout est disposé pour une absence de deux années; mais, au dernier moment, sa résolution se brise devant les larmes d'une épouse, et la pensée de se séparer de ses trois jeunes enfants qu'il aimait passionnément.

Retenu enchaîné dans notre pays, son instinct des voyages subsiste et domine toute sa carrière.

Il s'intéresse, avec une inquiète curiosité, à toutes les explorations scientifiques qui s'exécutent; il devient le protecteur, l'ami, et dans bien des occasions, il aide puissamment de sa bourse les intrépides voyageurs qui vont à la recherche des productions des lointains climats, et il se met avec une ardeur constante à décrire, à classer bien des trésors qui seraient encore enfouis, s'il ne s'était trouvé un homme avec la passion dominante des choses nouvelles, et doué d'un rare talent pour les décrire.

Les flores qu'Achille Richard a publiées, constituent, à n'en point douter, les ouvrages qui, dans les siècles à venir, contribueront le plus à immortaliser son nom; vous me pardonnerez de vous les faire connaître avec quelques détails.

Je commencerai par vous entretenir d'une œuvre qu'il n'a point achevée. Achille Richard s'est occupé, pendant plusieurs années, d'une flore des îles de France et de Bourbon; mais n'ayant pas à sa disposition tous les matériaux qu'il désirait, il se contenta de publier une monographie sur les orchidées qui croissent naturellement dans ces îles. Parmi les genres nouveaux qu'il a décrits, il en dédia un, composé de trois espèces, à la mémoire de son ami, de son allié Beclard, le professeur si distingué de cette école.

Pendant toute sa vie il s'est occupé de cette famille des orchidées, qui nous donne le salep et la vanille, et qui est si remarquable par l'élégance des végétaux qu'elle renferme. En 1841, il a publié un fragment de ces études, intitulé : MONOGRAPHIE DES ORCHIDÉES, de Nil Gcherries.

C'est dans son mémoire sur les orchidées des îles de France et de Bourbon qu'il expose comment un botaniste sédentaire peut penser à publier des flores.

On s'étonnera sans doute, dit-il, de voir un naturaliste, qui n'est jamais sorti d'Europe, entreprendre la flore d'un pays lointain qu'il n'a jamais visité.

Certes, les conditions dans lesquelles il se trouve placé ne sont pas aussi favorables que pour le naturaliste voyageur qui décrit les plantes qu'il a vues fraîches et qu'il a observées lui-même dans leurs véritables localités. Mais, néanmoins, aujourd'hui l'analyse botanique est parvenue à un tel point qu'on peut, avec que que habitude, reconnaître presque d'une manière aussi certaine la structure d'une plante desséchée.

Les longs voyages usent vite et font perdre l'habitude du travail de cabinet, indispensable pour établir les comparaisons.

Il est extrêmement rare de voir les botanistes qui ont voyagé, publier eux-mêmes le fruit de leurs voyages: presque toujours ce travail a été fait par les botanistes sédentaires. Ainsi, l'immortel Linné, qui n'a pas quitté l'Europe, a publié une FLORE DE CEYLAN. La FLORA BOREALIS AMERICANA, de Michaud, a été publiée par Claude Richard, qui, d'un autre côté, n'a rien donné des fruits d'un voyage de huit années dans la Guyane et les Antilles.

Les plantes recueillies par MM. de Humboldt et Bonpland ont été décrites et publiées par Kunt, dans son NOVA GENERA ET SPECIES PLANTARUM AMERICÆ ÆQUINOXIALIS.

Nous allons voir que si Achille Richard n'a pas visité de contrées lointaines, il est peu de botanistes qui nous aient mieux fait connaître les plantes de régions plus importantes.

La première grande flore à laquelle il attacha son nom est celle de la SÉNÉGAMBIE, dont il a été publié un volume in-folio, avec de magnifiques planches.

Vers le milieu du XVIII[e] siècle un des plus grands botanistes du temps, Adanson, parcourut les diverses contrées de la Sénégambie mais par une fatalité attachée aux travaux de cet illustre naturaliste, ceux qu'il avait rédigés sur la botanique du Sénégal resterent inédits. Nos connaissances sur les végétaux de cette vaste contrée qui nous produit la gomme, le beurre de Galam, etc., étaient bien peu avancées lorsque MM. Perrotet et Leprieur l'explorèrent avec le plus grand soin pendant cinq années. De retour en France dans le courant de 1829, M. Perrotet seul put y séjourner, il s'adjoignit alors Richard et Guillemin, et ils publièrent en commun cette belle flore de la Sénégambie, une des plus remarquables à tous les titres que la science possède. Elle n'a malheureusement pas été achevée, parce que cet ouvrage, si utile à notre pays, était trop dispendieux, et Richard et Guillemin ne sont plus!...

Après cette grande publication, Achille Richard fit paraître un essai d'une FLORE DE LA NOUVELLE-ZÉLANDE, d'après des échantillons recueillis par A. Lesson et l'infortuné Dumont-Durville. Il établit, dans cet ouvrage, les analogies remarquables que présente la flore des côtes méridionales de la Nouvelle-Hollande avec celle de la Nouvelle-Zélande. Outre des plantes communes à ces deux pays, on y trouve des familles entières qui leur sont exclusives.

Parmi les végétaux qui donnent une physionomie particulière à la Nouvelle-Zélande, on remarque plusieurs espèces qui sont communes au cap de Bonne-Espérance et à la Nouvelle-Hollande.

C'est ainsi qu'il confirma l'analogie de végétation des extrémités australes des grands continents.

La plus importante des FLORES par son étendue, par le nombre des espèces nouvelles que publia Achille Richard est, sans contredit, celle d'Abyssinie. Ce pays, par l'extrême variété que présente son sol couvert de hautes montagnes, donne naissance à la végétation la plus riche et la plus intéressante. Aussi c'est une des régions qu'A. Richard aurait désiré le plus vivement parcourir.

Des souvenirs touchants se rattachent à la publication de cette FLORE.

A la fin de 1838, une commission scientifique composée de MM. Th. Lefebvre, lieutenant de vaisseau, et de deux docteurs de cette faculté, Quartin-Dillon et Antonin Petit, se rendit en Abyssinie pour en parcourir les diverses provinces, en étudier le climat, les mœurs, et en recueillir toutes les productions; le docteur Richard Quartin-Dillon, l'élève, l'ami d'Achille Richard, était particulièrement chargé de la botanique.

Il avait reçu de son maître tous les encouragements, toutes les instructions désirables; par une triste prescience, il avait fait, avant son départ, son testament, et lui avait légué toutes les richesses qu'il allait recueillir.

Il se fixa, avec Petit, dans la province du Tigré, dont ils explorèrent toutes les circonscriptions avec une incroyable ardeur, ainsi que plusieurs autres contrées d'Abyssinie.

Par un excès de zèle que les amis des sciences et les médecins comprennent, notre jeune naturaliste vint chercher la mort dans l'insalubre vallée de Mareb, où il séjourna deux jours, malgré les avertissements des naturels du pays, pour y recueillir des plantes qu'il ne pouvait trouver que dans cette localité. Dillon y succomba le 22 octobre 1840.

A. Petit s'occupa alors de botanique : il visita le royaume de Choa. Il touchait au terme de son voyage; le 3 juin 1843, pour se rendre à Gondar, il traversait le Nil à la nage, lorsqu'il fut entraîné au fond de l'eau et dévoré par un crocodile.

Ainsi, une fin prématurée loin de leur patrie, de leurs amis, devait être, pour ces deux jeunes médecins, la récompense d'une vie consacrée avec un zèle, un désintéressement à toute épreuve aux progrès des sciences naturelles.

Tous les matériaux réunis par ces deux martyrs de la science furent heureusement conservés et envoyés à A. Richard, suivant leurs volontés dernières. Il se mit aussitôt à l'œuvre avec une incroyable ardeur.

C'est, dit A. Richard dans la préface de ce grand ouvrage, pour accomplir un devoir pénible et en même temps doux à notre cœur, que nous venons de consacrer plusieurs années à la rédaction de la FLORE D'ABYSSINIE; nous n'avons pas voulu laisser à un autre le soin de payer à nos jeunes confrères le tribut de reconnaissance que leur zèle pour la science et la fin déplorable qui en a été la suite, leur ont si bien mérité.

Voici l'ordre qu'Achille Richard a suivi dans cette importante publication. Il la divise en deux parties : la première sous le titre de TENTAMEN FLORÆ ABYSSINICÆ est une énumération de toutes les plantes qui jusqu'à présent ont été observées dans les provinces de l'Abyssinie; dans la seconde il donne une description complète des espèces nouvelles ou intéressantes. Cette description est accompagnée de cent magnifiques planches. Pour le TENTAMEN, Richard a rédigé les phrases caractéristiques de toutes les espèces.

Les plantes recueillies en Abyssinie par Dillon et Petit peuvent être évaluées à quinze cents espèces; sur ce nombre on peut estimer que les trois quarts étaient nouvelles au moment où elles sont arrivées à Paris; on comprend alors quel intérêt d'originalité les botanistes trouveront dans la FLORE rédigée par A. Richard. Il est une circonstance et une date de cette importante publication sur lesquelles il est de mon devoir d'insister.

C'est vers le milieu de juillet de 1840 qu'A. Richard reçut le premier envoi des plantes abyssiniennes récoltées par Dillon. Dans le numéro de novembre 1840 des ANNALES DES SCIENCES NATURELLES, il publia les caractères de vingt-trois espèces nouvelles choisies au hasard dans cet envoi.

Ce n'est qu'après cette nouvelle publication que MM. Hochstter et Stendel mirent au jour la première série de plantes que Schimper recueillit en Abyssinie pendant dix années de séjour. Ces deux savants botanistes ont reconnu, comme A. Richard, que la plupart de ces plantes étaient nouvelles, et ils leur ont donné des noms nouveaux, mais sans caractériser aucune des espèces qu'ils regardaient comme inédites. Il a dû arriver une chose que tout le monde prévoit, c'est que, travaillant de son côté les collections de Quartin-Dillon et Petit, A. Richard avait donné des noms à la plupart des espèces qui ont paru dans les séries de collection de Schimper.

Au moment où il commença l'impression de son TENTAMEN FLORÆ ABYSSINICÆ, plusieurs botanistes français étaient d'avis de considérer les noms des botanistes de la Société d'Esslingen comme non avenus, et à publier les plantes de Quartin-Dillon et Petit avec les noms que Richard leur avait imposés depuis longtemps, et sous lesquelles elles étaient décrites dans son manuscrit. En effet, un nom seul donné à un être nouveau, quand il n'est pas accompagné d'un caractère ou d'une description, ne doit être compté pour rien dans la science, et c'est à celui qui caractérise le premier un être nouveau, qu'appartient le droit de lui imposer un nom.

Malgré ces excellentes raisons, Achille Richard, dont la modestie égalait le talent, considéra plus les intérêts de la science que ceux de son amour-propre, et, pour ne point amener de confusion, il adopta les noms de Stendel et Hochstetter.

Quoi qu'il en soit, la *Flore d'Abyssinie* restera comme un des grands monuments scientifiques de notre temps.

La dernière *Flore* que publia Richard est celle de l'île de Cuba; il en a décrit les plantes vasculaires; les cellulaires l'ont été par le docteur Camille Montagne, le premier cryptogamiste de notre temps.

L'île de Cuba, que sa grandeur, la richesse de ses cultures, l'étendue de son commerce placent au premier rang parmi les grandes Antilles, avait été étudiée d'une manière très-incomplète sous le point de vue de la botanique. Le travail publié par Achille Richard a été exécuté avec matériaux recueillis par M. Ramon de la Sagra, pendant un séjour de neuf années.

Achille Richard décrit avec soin et aussi complètement que ce pouvait être nécessaire toutes les espèces nouvelles dont cette *Flore* se compose. Nous insistons encore sur cette grande qualité de n'avoir publié que des descriptions aussi complètes qu'exactes, car, plus on s'avance dans la science, plus on sent la nécessité des descriptions détaillées des espèces même les plus vulgaires. Ce sont des matériaux que le monographe ou le botaniste philosophe trouvent préparés à l'avance, soit pour grouper ou coordonner d'une manière plus naturelle les espèces d'un genre ou les genres d'une famille, soit pour s'élever à des considérations générales sur l'organisation végétale envisagée d'une manière philosophique. Toutes les analyses des plantes ont été faites et dessinées par Achille Richard avec une admirable exactitude.

Il est une remarque très-importante pour la gloire d'Achille Richard, que je ne dois pas passer sous silence. Un botaniste, plus désireux de sa réputation que des progrès réels de la science, qui aurait eu à décrire et à nommer autant de plantes nouvelles, n'aurait pas manqué de multiplier les genres et les tribus. Mais ce n'est pas ainsi qu'il a procédé. Sans doute, pour arriver à la détermination exacte de ses espèces, il a été souvent appelé à en examiner un grand nombre d'autres appartenant à des localités différentes, il a pu, en traçant le caractère de chacun des genres dont il a décrit les espèces, amener quelques changements dans la circonscription de ces genres et dans les caractères qui leur ont été assignés par les auteurs. Mais on ne saurait trop admirer combien il a été réservé dans l'établissement de genres nouveaux.

Voilà la véritable profession de foi du savant qui s'oublie pour la science.

Beaucoup de botanistes ont été trop exclusivement occupés de rechercher les différences qui existent entre toutes les productions végétales, afin de former des groupes ou des genres. Une marche contraire peut donner aujourd'hui de meilleurs résultats. Celle, par exemple, qui consiste à rechercher, par une analyse exacte et approfondie, les analogies, les similitudes qui existent entre des espèces analogues dont on a cru devoir former plusieurs groupes génériques. Cette recherche est peut-être plus conforme à l'esprit philosophique de la science, elle amènerait certainement des résultats intéressants qui pourraient exercer une grande influence sur les progrès futurs de la botanique.

Achille Richard venait de mettre la dernière main à cet ouvrage quand il mourut. Il n'a pas même encore fini de paraître aujourd'hui. Mais prévoyant sa fin prochaine, il s'était hâté d'en achever les dessins et les manuscrits.

Vous le voyez, Messieurs, c'est au milieu des travaux les plus importants que la mort a frappé notre collègue! Que de pensées fécondes ce coup funeste est venu briser. Avec la grande expérience que des recherches continuelles donnent, Achille Richard ne voyait pas dans la botanique une science purement spéculative et sans application directe; il se plaisait surtout, dans ses dernières années, à y chercher les services qu'elle peut rendre aux autres sciences ou aux arts.

Outre la BOTANIQUE MÉDICALE et le TRAITÉ D'AGRICULTURE qu'il fit paraître avec la collaboration de M. Payen, il s'occupait activement à réunir les matériaux pour composer un TRAITÉ DE BOTANIQUE APPLIQUÉE AUX ARTS, dans lequel il aurait fait connaître toutes les plantes employées dans l'industrie. Pensée admirable que nous verrions avec douleur s'évanouir avec l'homme qui l'a conçue, si nous n'avions l'espérance de la voir fécondée par son jeune fils, si digne d'un si grand héritage.

Les ouvrages d'Achille Richard, dont j'ai cherché à vous faire apprécier l'importance, resteront pour faire connaître aux générations à venir le dévouement à la science de ce botaniste éminent; mais, dans quelques années, quand la marche du temps vous aura dispersés, jeunes élèves, qui avez écouté avec tant de bonheur et d'enthousiasme ses admirables leçons, le souvenir de la grande place qu'il a occupée comme professeur s'affaiblira.

Je dois donc chercher à démêler les traits de ce talent si original, si séduisant et si parfait. J'étais son agrégé lorsque j'ai suivi ses leçons, j'ai pu ainsi mieux me rendre compte d'un succès qui ne s'est jamais démenti, qui n'a fait que croître avec les années, et qui était à la perfection quand la mort nous l'a ravi.

Dès ses jeunes années Achille Richard s'est voué à l'enseignement. Il n'était qu'étudiant et aide démonstrateur de botanique que ses cours attiraient déjà l'affluence; professeur libre, agrégé, il est toujours resté sur la brèche jusqu'au jour où, en 1831, il fut nommé au concours professeur d'histoire naturelle médicale de cette Faculté; sa place y était si bien marquée que tous ses compétiteurs se retirèrent de la lice.

Depuis cette époque, malgré l'état chancelant de sa santé, il a progressivement, par des efforts continus, par un travail de tous les jours, élevé à une hauteur inconnue jusqu'à lui l'enseignement de l'histoire naturelle médicale.

On ne savait ce qu'il fallait plus admirer dans ce talent si suave, ou la profondeur ou la netteté des connaissances, ou la grâce infinie avec laquelle les vérités les plus abstraites étaient exposées; on ne trouvait rien à ajouter, rien à retrancher dans ses improvisations si attachantes; on ne pouvait qu'admirer.

Quand il touchait à des questions controversées, ses auditeurs étaient frappés de la fermeté avec laquelle il soutenait les opinions scientifiques qu'une étude consciencieuse des faits et un jugement des plus sûrs lui faisaient considérer comme fondées. Il défendait la vérité et combattait l'erreur avec une grande vivacité sans se départir de cette modération qui lui était si naturelle.

Il savait, avec un art exquis, rattacher à l'étude de la botanique toutes les connaissances qui sont indispensables au médecin; non-seulement en exposant l'histoire des plantes, il insistait sur les végétaux qui fournissent des aliments, des médicaments ou des poisons, mais en traitant de l'anatomie végétale, il y joignait, en captivant vivement l'intérêt de son auditoire, des notions d'anatomie et de physiologie générales plus remplies d'actualité.

Personne ne savait mieux qu'Achille Richard exposer avec simplicité et lucidité les questions de botanique les plus complexes. Les élèves les moins bien préparés ne perdaient pas une de ses paroles, qui étaient toutes empreintes de ce

parfum de vérité, de ce cachet de la science la plus avancée. Il adoptait des méthodes plus faciles, plus saisissantes que celles qui sont généralement suivies dans les ouvrages ou dans les cours, soit pour initier ses auditeurs à la structure des végétaux, soit pour leur faire connaître les divisions des grandes familles. Les figures les plus nombreuses, exposées à chaque instant avec un talent admirable, frappaient les imaginations les plus paresseuses.

Par des résumés parfaits qui terminaient chaque grande question, il fixait l'attention de ses auditeurs sur les parties capitales de son discours. Quand une solution était chargée de détails techniques difficiles à dire sans fatiguer, il la coupait par des citations pleines de charme, qui restent profondément gravées dans la mémoire de ceux qui l'ont suivi, comme un des souvenirs les plus agréables de leur vie.

Il fallait l'entendre, en exposant le système de Linné, nous faire assister à toutes les péripéties de la jeunesse de cet incomparable naturaliste, que ses parents ne jugeaient pas bon pour être savetier, tout l'auditoire écoutait, avec un recueillement avide, les paroles de gracieux, du spirituel orateur.

Vous qui avez suivi les leçons d'Achille Richard, vous répétez tous avec moi : Pour le fond, pour la forme, c'était un professeur accompli, c'était un professeur inimitable.

Je vous ai parlé du savant, du professeur, c'est de l'homme de bien qu'il me reste à vous entretenir.

Achille Richard appartenait à cette phalange peu nombreuse d'hommes privilégiés qui comprennent le but de la vie; partout où nous le suivrons, nous le trouverons toujours le même, faisant le bien partout, et se faisant chérir de tous ceux qui l'approchaient.

Dans la famille, pas de fils, pas d'époux, pas de père plus tendre, plus dévoué.

Dans les relations du monde, pas d'ami plus sûr, plus ingénieux dans sa bonté. Dès sa jeunesse, il fut l'ami des savants les plus illustres. Desfontaines, Jussieu, Brongniart, de Candolle adoptèrent, de cœur, le fils de Claude Richard, et leurs fils, dignes héritiers de leurs noms, continuèrent cette douce fraternité. Ce qui a fait répéter à M. Decaisne ce mot d'un grand homme :

« Il y a quelque chose de sacré dans les longs attachements, et, sans doute, ils sont plus respectables encore quand le genie les accompagne. »

Vous qui fûtes les collègues de Richard, je n'ai pas besoin de vous dire combien elle était douce la confraternité de cette âme confiante et expansive; et vous, chers élèves, il n'est pas de maître que vous ayez plus tendrement aimé; mais aussi comme il était heureux avec vous, comme il se plaisait à vous donner de sages conseils! quelle bienveillance infinie vous trouviez toujours en lui! Dans vos examens, ces jours où l'on ne sait plus rien, comme il vous rassurait, avec quelle ingénieuse bonté il vous faisait retrouver tous vos souvenirs, combien il était heureux quand vos réponses étaient excellentes! Ce qui augmentait votre joie d'être reçus par lui, c'est que vous saviez qu'il remplissait avec fermeté le pénible devoir d'ajourner ceux dont il n'avait pu rien obtenir.

Cherchons à résumer rapidement la vie d'Achille Richard.

Avec une santé très-souvent ébranlée, il a su se faire sur cette terre tout le bonheur qu'il était possible d'y trouver, et pour cela son secret a été bien simple : il a consisté à s'oublier pour les siens et pour ses amis; à aimer, à rendre heureux ceux qui l'entouraient; à être bon, bienveillant pour tous; à faire son devoir en toute occasion; à aimer la vérité d'un amour constant et inaltérable; à travailler incessamment à sa recherche; à être dépouillé d'envie et d'orgueil; à être exempt, autant qu'on peut l'être, de toute ambition étrangère à la science, se reposant ainsi tranquille dans un port abrité des orages.

Personne n'a supporté, avec une plus admirable résignation, les épreuves nombreuses que la Providence sème sur notre passage dans ce monde, comme pour nous apprendre à nous en détacher.

Ne croyez pas pour cela qu'il fût insensible. Pour connaître cette âme aimante, il a fallu, comme je l'ai fait, assister à toutes les angoisses qu'il a éprouvées, quand la maladie est venue atteindre sa fille ou ses petits-enfants! Comme alors, il oubliait ses souffrances pour ne penser qu'à celles des siens.

La perte prématurée d'une épouse adorable et adorée l'eût brisé sans retour, si la religion n'était venue soutenir son courage, en lui montrant que cette douloureuse séparation n'était que momentanée.

Toute la supériorité de A. Richard m'est apparue dans un moment suprême. Habitué à de fréquentes alternatives de maladies, il oubliait sa santé; cependant, se sentant affaiblir sans qu'il pût expliquer sa faiblesse, il voulut mieux connaître la cause d'un symptôme dont il s'était peu préoccupé, et il découvrit avec moi qu'il était atteint d'une maladie qui ne lui laissait aucune espérance.

J'ai été profondément attendri de la sérénité du philosophe et du chrétien, qui lui fit considérer sans amertume, et pour ainsi dire sans émotion, sa fin prochaine; lui, dont la carrière était si belle et si digne d'envie, professeur illustre de cette Faculté, qu'il aimait tant, membre des premières Sociétés savantes du monde, il s'oublie pour ne penser qu'aux siens, et, jetant sur cette heure fatale qu'il voyait si peu éloignée un regard plein de calme : « Je suis tranquille aujourd'hui, dit-il, sur l'avenir de mes enfants. Je puis mourir quand il plaira à Dieu. » Ah! que ne lui a-t-il été accordé par la Providence de jouir plus longtemps de leurs succès; quelques années de plus, son fils Gustave, sa vivante image, qui formera le troisième anneau de cette glorieuse famille de botanistes, eût réalisé ses espérances. Combien il eût été heureux aujourd'hui de voir son fils aîné, le petit-fils d'Antoine Dubois, assis au milieu de nous, entrant plein d'ardeur et plein d'avenir dans la carrière illustrée par son grand-père.

Quoi qu'il en soit, messieurs, à sa dernière heure, il a pu dire :

J'ai bien rempli ma journée; toute ma vie a été consacrée ou à des choses utiles, ou à agrandir la sphère des connaissances humaines. J'ai fait tout le bien qu'il m'était donné de faire ici-bas, ma conscience est tranquille.

Je terminerai son éloge en disant : Efforçons-nous de l'imiter.

(*Ce discours est accueilli par de nombreux applaudissements*).

M. le professeur Gavarret proclame ensuite les noms des lauréats pour les différents prix de la Faculté, et des élèves admis dans les diverses classes de l'École pratique.

MÉDAILLE D'OR. — Grand prix : M. Marcé (Louis-Victor), né le 3 juin 1828, à Paris.

MÉDAILLE D'ARGENT. — 1er Prix : M. Leplat (Émile-Claude), né le 25 septembre 1826, à Dragey (Manche).

2e Prix : M. Porchat (Frédéric-Jules-Albert), né le 9 mars 1828, à Lausanne, canton de Vaud (Suisse).

MENTION HONORABLE. — Parmentier (Louis-Eugène), né le 6 novembre 1823, à Paris.

PRIX CORVISART. — M. Eproo (Gratien), né le 14 décembre 1824, à Ancloville (Manche).

Le prix Montyon n'a pas été décerné par la raison que, dans tous les mémoires qui sont parvenus à la Faculté, les concurrents n'ont pas exécuté à la lettre la volonté du testateur. Ils ne se sont pas bornés à l'observation des maladies qui ont régné dans l'année précédente (1852), et ont compris dans leur étude les maladies de l'année 1853.

La Faculté n'a pas cru pouvoir s'écarter de la lettre du testament et, à son grand regret, a dû éliminer les mémoires, qui tous se faisaient remarquer par des qualités éminentes. (Rire général et prolongé.)

Voici le sujet du prix Corvisart pour l'année prochaine :

« Étudier par des observations recueillies dans les services de la Faculté l'influence des bains dans les maladies. »

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE LA SCIENCE MÉDICALE (HISTOIRE ET DOGMES), comprenant un PRÉCIS DE MÉTHODOLOGIE OU DE MÉDECINE PRÉPARATOIRE; un RÉSUMÉ DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE, ETC.; et un EXPOSÉ DES PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA SCIENCE MÉDICALE; par M. le docteur ÉDOUARD AUBER. — 1 vol. in-8° de 644 pages, — Paris, chez Germer Baillière. — 1853.

(Suite et fin — Voir le numéro précédent.)

La pathologie générale, pour M. Auber, est « la science des réactions; » c'est la branche de la médecine qui a pour objet la connaissance de la puissance vitale exerçant ses mouvements de formation, de conservation et de guérison, c'est-à-dire la science de l'action médicatrice. « La pathologie générale a pour objet l'histoire de la puissance naturelle en vertu de laquelle la vie réagit contre tout ce qui blesse l'organisme et porte atteinte au libre exercice de ses fonctions. La puissance médicatrice est la plus haute expression de l'action physiologique, et comme un des modes principaux de la vie, dont la maladie et la santé ne sont que des manières d'être différentes.

Toutefois, pour donner à la pathologie générale la plus grande compréhension possible, l'auteur en fait trois parts : une pour la philosophie médicale, qui embrasse toutes les questions de méthode, d'histoire, de principes, de doctrine, de dogme; une pour la *nosologie*, désignation qu'il substitue au mot *pathologie*, laquelle comprend tout ce qui se rattache directement ou indirectement à la science des affections morbides; une enfin pour la *pathologie générale* proprement dite, nom qu'il réserve à la science des réactions ou des moyens médicateurs que la nature oppose aux causes morbifiques occasionnées par elle.

L'un des principaux objets de la pathologie générale ainsi considérée est l'étude de l'état morbide.

Dans tout état morbide il y a trois choses à considérer, trois éléments principaux : la cause, l'agent morbide; l'effet produit par cet agent, l'affection, l'élément morbide; et la conséquence de cet effet ou de l'affection, l'effort de la nature qui a pour but l'élimination, la neutralisation ou la destruction de l'agent morbifique, l'élément médicateur. Il y a, en d'autres termes, dans tout état morbide, deux actions générales, l'action morbifique et l'action médicatrice; d'où deux phases ou plutôt deux éléments distincts à l'analyse, mais confondus en réalité dans l'expression générale de tout état morbide, l'affection représentant l'action morbifique, et la maladie proprement dite ou la réaction médicatrice.

L'auteur étudie séparément ces deux éléments. L'action morbide ou l'affection répond à l'idée que l'on se fait communément de la maladie : c'est le produit direct, immédiat de l'action morbifique, le groupe de symptômes qui exprime la modification imprimée à l'économie par une cause morbide;

le résultat de l'altération des conditions matérielles et fonctionnelles de l'économie. L'étude de l'action morbide comprend donc les modifications, lésions et productions morbides, affections des principes élémentaires ou des parties constituantes de l'organisme, vice d'action, de fonctions ou d'organes, de solides ou de fluides, etc. C'est en un mot le premier temps, le premier élément de l'état morbide dont l'action médicatrice ou la réaction est le second temps, le second élément. La maladie est le troisième et le plus haut degré de l'état morbide; c'est cet état complexe dans lequel une affection et une réaction se trouvent en présence. C'est le combat de la nature contre les causes morbifiques. Il n'y a point de maladie, mais simplement une affection, là où il n'y a point de réaction. Ainsi une lésion vitale ou organique ne constitue pas, à elle seule, une maladie, mais simplement une affection. Pour que la maladie ait lieu, il faut que la réaction s'établisse. »

Au point de vue de cette doctrine, il n'y aurait pas d'étude plus nécessaire et plus intéressante que celle des causes morbifiques, attendu que tous les effets morbides sont en quelque sorte contenus dans les causes morbifiques, que la nature d'un état morbide est tout entière dans la nature de la cause qui la produit: c'est la cause qui produit l'affection, et avec elle tous les phénomènes particuliers qui lui appartiennent. C'est elle aussi qui provoque et détermine la réaction médicatrice de l'organisme dont les phénomènes forment avec ceux de l'affection le groupe symptomatique que l'on désigne sous le nom de maladie. Ainsi c'est la connaissance des causes des maladies, de leur puissance et de leurs lois qui conduit à la connaissance de l'état morbide et de ses indications. « En observant ce qui arrive le plus souvent, soit dans l'état de maladie, soit dans l'état de santé, on finit par reconnaître à quoi tendent tels phénomènes, tels symptômes, tels mouvements morbifiques et tels mouvements médicateurs, et alors la connaissance expérimentale de tous ces mouvements classés dans l'entendement et considérés comme l'expression formelle des causes finales en exercice, comme le dessein, le résultat et la loi des causes morbifiques ou médicatrices, cette connaissance révèle ce qu'il faut faire thérapeutiquement. »

Mais la découverte des causes morbifiques est l'une des plus grandes difficultés de la médecine; et alors qu'en principe il semble que tout ce qui est dans l'affection doive se retrouver dans sa cause et que la connaissance de la cause morbifique doive être la première source d'indication et la base véritable de tout traitement méthodique, la médecine en est le plus souvent réduite, par l'insuffisance de l'observation à cet égard, à ne reconnaître les causes que par leurs effets; opération des plus délicates et des plus difficiles, si l'on tient compte de la série des actes qui se succèdent et s'enchaînent au sein de l'organisme, entre la cause première d'un phénomène et ses effets ultimes. A la division classique des causes en causes éloignées et prochaines, prédisposantes et déterminantes, par laquelle on a cherché à comprendre et à coordonner les diverses phases de l'action étiologique, l'auteur propose de substituer une division qui lui paraît mieux en rapport avec le fait-principe d'où découlent et où aboutissent tous les principes secondaires. Il admet deux ordres de causes, des causes immédiates et des causes médiates: causes immédiates qui produisent immédiatement et sans lacune tous leurs effets, et partant tous les phénomènes d'action et de réaction dont se compose la maladie; causes médiates qui produisent pendant un certain temps une modification compatible avec les allures ordinaires de la vie, mais qui finissent à la longue par déterminer la réaction, c'est-à-dire le second élément de la maladie..... Dans tous les cas, les effets produits par la cause morbifique ne se dissipent que par les efforts ou les mouvements de la vie, mouvements physiologiques ou pathologiques, qui se lient dans l'économie à deux causes en opposition contrastante, savoir: à la cause qui détruit ou qui cherche à détruire, et à la cause qui guérit ou qui tend à guérir.

Ce point de vue étiologique entraîne comme conséquence une distinction corrélative dans les symptômes, qui doivent être envisagés différemment, n'étant pas tous de même nature et ayant des tendances particulières qui dérivent de leurs causes finales différentes. Les agents morbifiques, comme les agents hygiéniques, comme les agents alimentaires et médicamenteux, opèrent dans l'état des organes et dans les mouvements de la vie des changements notables, à la suite desquels on voit surgir, soit une affection morbide, soit une perturbation, soit une amélioration; d'où il résulte qu'il faut s'attacher à classer ces divers résultats, l'effet primitif et l'effet secondaire, l'effet physiologique et l'effet pathologique, l'effet morbifique et l'effet thérapeutique.

Dans tout état morbide, simple ou composé, il y a donc deux ordres de symptômes qui figurent comme éléments du mal. Les uns sont l'expression ou le produit de l'agent morbifique exerçant son action; les autres, au contraire, sont l'expression ou le produit de la nature médicatrice s'efforçant de réagir contre la cause morbifique, afin de la détruire, de la neutraliser, ou de réparer le mal ou le désordre occasionné par elle. Enfin les symptômes produits par les causes morbifiques constituent en dernier ressort l'action morbifique réglée elle-même par les lois étiologiques, comme les symptômes produits par la nature médicatrice s'efforçant d'opérer la guérison, constituent l'action médicatrice réglée aussi par des lois que M. Auber appelle pathologiques ou médicales.

Le symptôme est donc, pour employer le langage figuré de l'auteur, tour à tour le cri de l'organisation qui se plaint et de l'organisation qui se défend. C'est ainsi qu'il cherche à substituer à la notion expérimentale et analytique des divers symptômes, une notion synthétique de la maladie dont ils ne sont que les éléments diversement combinés.

Il n'était pas sans intérêt de chercher à connaître l'opinion de l'auteur sur le rôle de l'anatomie pathologique et sur les principes de la localisation des maladies. Du point de vue où il se place, le mot de siége, appliqué aux maladies, est complétement inexact. Considérant, en effet, l'homme comme un être essentiellement actif et réagissant, M. Auber établit, en vue de ce fait, une séparation classique entre le siége de l'affection et le foyer de la réaction, entre l'action morbide et l'action médicatrice; d'où un double diagnostic, le diagnostic anatomique ou nosologique, et le diagnostic médical ou thérapeutique: le diagnostic nosologique, qui a pour but de faire connaître la cause morbifique, la nature de l'affection produite par cette cause, les symptômes et le siége de cette affection; le diagnostic thérapeutique, qui révèle la nature de l'individu malade, la nature de la réaction ou de l'action médicatrice, et enfin le foyer de la réaction, c'est-à-dire les organes et les appareils qui réagissent comme autant d'êtres vivants contre les causes morbifiques et qui s'efforcent d'en arrêter les effets. En un mot, il veut que l'on considère l'homme, son état général, ses forces vitales, au lieu de ne considérer, comme le font quelques médecins anatomistes, que la part de l'affection, c'est-à-dire que le tissu des organes, que les humeurs altérées, etc.

Toutefois M. Auber ne nie pas que dans quelques circonstances le mal, sa nature et sa cause ne consistent dans une altération matérielle et organique qui s'est développée à la longue dans l'économie, ou bien qui a toujours existé comme vice d'organisation ou comme défaut de conformation; mais il soutient que toutes les maladies n'ont pas pour point de départ un vice matériel, une lésion organique ou un défaut de conformation, et que parmi les symptômes qui les dénotent, les uns sont le résultat d'une cause morbifique exerçant son action, les autres le produit des efforts que la nature entreprend pour se débarrasser de ce qui lui est nuisible; enfin les altérations de texture des organes ne sont en général que les suites, les effets des maladies avec lesquelles on les confond trop souvent.

Quant à la thérapeutique, elle se déduit presque tout entière de la considération de la nature médicatrice, de l'étude de ses tendances et de son action. La nature médicatrice agit de trois manières en présence des causes morbifiques. Elle procède par expulsion ou élimination de la cause morbifique, par neutralisation ou destruction de cette cause, par récorporation, c'est-à-dire par la réparation du mal occasionné par elle ou par l'action médicatrice elle-même (excès, insuffisance ou erreur). Ces trois modes d'action de la nature forment trois lois pathologiques naturelles ou médicatrices auxquelles le médecin doit s'efforcer de ramener toute la thérapeutique, qui se réduit ainsi à trois lois artistiques correspondantes; d'où trois médications spéciales principales, la médication expulsive, la médication neutralisante et la médication récorporante, auxquelles répondent trois ordres d'agents médicamenteux: les évacuants, les spécifiques et les altérants.

Nous venons de résumer, autant du moins que cela nous a été possible dans les limites qui nous étaient prescrites, les propositions fondamentales de la doctrine du vitalisme hippocratique telle que l'a comprise et formulée M. Auber, ainsi que les principales conséquences qu'il en a déduites au point de vue de la médecine pratique. On a pu voir, d'après cet exposé analytique sommaire, que la doctrine développée par M. Auber, commune par son origine et par ses points fondamentaux avec la doctrine qui, de Bordeu aux représentants actuels de l'école de Montpellier, s'est maintenue avec ce caractère d'unité et de solidarité si remarquable au milieu des luttes de notre époque, en diffère à quelques égards, notamment par la portée beaucoup plus générale et tout à fait dominante qu'il a donnée au fait de l'action médicatrice de la nature; fait qui devient en quelque sorte, sous sa plume, comme le pivot de la médecine et le principe culminant de toute sa systématisation. Il faudrait donc, pour apprécier l'œuvre de M. Auber, l'examiner dans ce qu'elle a de commun avec les doctrines vitalistes connues et dans ce qu'elle a de plus particulièrement propre à l'auteur. Nous ne voudrions et ne pourrions pas d'ailleurs examiner et discuter ici, à l'occasion de ce livre, le fond de doctrines qui ont été le sujet de tant de débats, de tant de discussions, et sur lesquelles en particulier la GAZETTE MÉDICALE a eu si souvent l'occasion de formuler son opinion. On nous permettra cependant, avant de terminer cette analyse, de chercher à nous rendre compte, au milieu de tant d'idées, de tant de faits et de tant de sujets

de disputes scolastiques, de ce qui distingue et de ce qui caractérise plus particulièrement cette nouvelle production de M. Auber.

Le caractère le plus général et le plus saillant de l'œuvre de M. Auber, celui qui frappe le plus, au premier abord, l'attention du lecteur, c'est l'idée partout présente dans ce livre, que la médecine est depuis longtemps constituée dans ses dogmes essentiels et fondamentaux, c'est surtout un sentiment d'admiration sans réserve pour le génie d'Hippocrate à qui il fait exclusivement honneur de cette constitution, et un accent de chaleureuse conviction pour ses doctrines qui semble exclure et repousser d'avance toute contradiction. Cette conviction qui paraît puisée dans une lecture assidue des œuvres d'Hippocrate et des auteurs anciens, et dans une méditation constante des questions qui font l'objet de ses préférences, inspire parfois à M. Auber des pages d'une beauté réelle de pensée et de style, à côté desquelles on regrette de trouver çà et là des passages empreints d'un esprit de critique peu mesurée, que l'on aimerait à voir disparaître d'un livre où tout doit être digne et sérieux. Un autre caractère qui ne frappe pas moins par son contraste avec les idées philosophiques qui dominent aujourd'hui dans les sciences, c'est la prédilection de l'auteur pour la théorie des causes finales et sa trop facile tendance à suppléer par des hypothèses aux lacunes nombreuses que laissent entre elles l'observation et la logique.

Avec de semblables dispositions devait-on s'attendre à trouver dans l'œuvre de M. Auber cette appréciation froide et calme qui pèse tous les faits, qui scrute toutes les voies et cherche à s'éclairer à tous les foyers de lumière? M. Auber pouvait-il et a-t-il su éviter les écueils de l'exagération où sont si souvent venues échouer toutes les tentatives de généralisation et de systématisation de ce genre? Nous voudrions pouvoir répondre affirmativement à ces questions; mais les lecteurs ne tarderaient pas à nous taxer d'une condescendante faiblesse à l'égard de l'auteur.

En fondant sa doctrine sur la philosophie des causes finales, il était difficile à M. Auber d'échapper aux conséquences où conduit presque fatalement cette philosophie lorsqu'on n'y apporte pas une extrême réserve et une grande circonspection. La considération des causes finales, pleine d'attraits pour les esprits qui aiment à remonter à la raison et au but de toutes choses, a surtout l'inconvénient grave, en substituant la notion du *but* à celle des *moyens*, le *pourquoi* des choses au *comment*, de nous laisser dans l'ignorance de tous les faits intermédiaires aux deux termes extrêmes de tout problème, ainsi que des causes secondes qui les régissent, ou de fausser la signification réelle de ces faits en les coordonnant et les commentant exclusivement au point de vue du concours qu'ils peuvent prêter à l'interprétation de la cause finale.

Nous ferons mieux sentir peut-être la portée de cette observation, si du point de vue philosophique purement spéculatif nous passons à l'application que l'auteur en a faite à la médecine.

La force conservatrice, réparatrice ou médicatrice de la nature est un fait qui, dans son expression générale et abstraite, n'est contestable ni contesté par personne. L'expérience en démontre journellement les effets, et comme on l'a dit souvent, la puissance réparatrice de la nature a été un fait acquis du jour où le premier chirurgien a suivi la cicatrisation d'une plaie. Mais en partant d'une proposition vraie en soi et qui est à la fois l'expression de faits observés et l'un des termes les plus élevés où conduit l'analyse des faits abstraits du dynamisme, pour chercher à éclairer ensuite, à l'aide de cette proposition généralisée et transformée en cause première, tous les phénomènes physiologiques et pathologiques qui se déroulent sous le regard de l'observateur, n'est-ce pas s'exposer à méconnaître l'action d'autres causes concomitantes, d'autres forces ou d'autres lois qui en balancent ou neutralisent les effets? N'est-ce pas absorber en quelque sorte l'étiologie tout entière dans la notion d'une cause unique et toute-puissante, dont l'action n'est pas douteuse dans certains cas, mais dont on chercherait en vain dans beaucoup d'autres à saisir l'expression? N'est-ce pas enfin passer en quelque sorte à pieds joints par-dessus les phénomènes organiques par lesquels se manifestent ces causes elles-mêmes, en déclarer d'avance la connaissance inutile et superflue, et condamner ainsi la science à l'impuissance et à la stérilité? Si les faits généraux de l'ordre de celui qui nous occupe constituent incontestablement les premières assises, la base inébranlable de la science médicale, il ne faut pas oublier que c'est dans cette région des faits intermédiaires et des causes secondes, et par l'étude de ce qui se passe entre l'application de la cause et le phénomène physiologique ou l'altération d'où résulte la maladie, que la science moderne a édifié ces monuments impérissables, cette physiologie, cette anatomie, cette anatomie pathologique, cette science du diagnostic, inconnues des anciens, dont M. Auber a peut-être, par suite de sa préoccupation systématique, fait un peu trop bon marché, et qui, loin d'infirmer les principes vrais et les préceptes utiles que les anciens ont su formuler avec une si admirable sagacité, ne font au contraire que les confirmer en beaucoup de points en les appuyant sur une démonstration plus scientifique. C'est ce que M. le professeur Andral s'est particulièrement attaché à démontrer récemment dans une série de leçons qu'il a faites sur l'histoire de la médecine. Nous recommandons à l'attention et à la méditation de M. Auber ces belles pages où le savant professeur, mû par une admiration non moins sentie pour Hippocrate, mais tempérée par l'amour de la vérité et du progrès, a cherché avec cette haute raison et cette sûreté de jugement qui le caractérisent, à distinguer dans les œuvres de ce grand homme les vérités fondamentales qu'elles renferment, et qui sont le produit de son génie, des erreurs qui s'y trouvent mêlées et qui sont le fait des erreurs et de l'imperfection des connaissances de son temps.

Faudrait-il conclure des quelques observations critiques que nous venons de présenter sur l'essai de systématisation auquel M. Auber a consacré tant de veilles et de si profondes études, que son livre ne doive avoir ni l'utilité ni l'influence qu'il s'en est promis? Une pareille conclusion est loin de notre pensée. Outre que l'œuvre de M. Auber se recommande à nos yeux comme une œuvre consciencieuse faite avec talent, et qui porte à chaque page l'empreinte d'une sincère conviction et d'un zèle réel pour la science, nous n'hésitons pas à lui assigner un rôle utile et à en espérer une influence heureuse sur la direction de l'esprit des élèves qui voudront bien le lire avec attention, d'une part en comblant une lacune que les tendances et la direction générale des idées laisse subsister depuis longtemps dans l'enseignement de l'École de Paris, d'autre part en inspirant le goût de ces questions générales que, suivant l'expression d'un de nos aimés collaborateurs, l'esprit humain ne peut jamais ni résoudre ni abandonner. Enfin, pour ceux-là même qui penseraient que la science médicale actuelle peut se passer de ces notions générales et qui ne voudraient voir dans l'œuvre de M. Auber qu'un intérêt purement historique, à ce titre seul, elle aurait encore droit à leurs suffrages; car, ainsi que l'a dit quelque part un de nos savants historiens dont la science déplore la mort prématurée, « remonter à l'origine des grandes pensées qui servent de base à la médecine, pour embrasser d'un coup d'œil les développements que leur ont donnés les travaux des siècles, voilà peut-être de tous les exercices de l'esprit le plus propre à l'agrandir. »

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

Choléra.—On a constaté à Newcastle, à l'aide des visites à domicile, du 20 septembre au 25 octobre dernier, 10,490 cas d'affections cholériformes, et il y a eu dans le même laps de temps 664 morts, qui se répartissent ainsi par rapport au nombre des attaques dans chacune des cinq semaines :

Première semaine.	1 décès sur 10 cas.
Deuxième semaine.	1 décès sur 19,5
Troisième semaine.	1 décès sur 32,7
Quatrième semaine.	1 décès sur 30,2
Cinquième semaine.	1 décès sur 52,7

Ces chiffres, disent les rapports officiels, montrent qu'il y a eu une diminution considérable dans le nombre des décès à mesure que les visites préventives se perfectionnent et s'appliquent sur une plus grande échelle.

Les rapports du Board of Health du 31 octobre donnent les renseignements suivants sur l'extension du choléra en Angleterre dans les provinces : Arbroath, du 29 au 31 octobre, 3 cas; Ayton, 1 cas; Cockermouth, 29 octobre, 2 cas; Dundee, du 29 au 31 octobre, 9 cas de choléra, 2 de diarrhée; Easington, 16 octobre, 1 cas; Edimbourg, 29 octobre, 1 cas; Edrom, 27 octobre, 1 cas; Farth-Carnwarth, 28 octobre, 1 cas; Great Waltham, 1er novembre, 1 cas; Luton, du 29 au 31 octobre, 2 cas; Morpeth, du 28 au 31 octobre, choléra 1 cas, diarrhée 86 cas; Newcastle sur la Tyne, du 29 au 31 octobre, 2 cas de choléra, 2 de diarrhée; Portobello, 28 octobre, 1 cas de choléra; Rye Union, 28 octobre, 1 cas de choléra; Sohom, du 21 octobre au 1er novembre, 10 cas cholériques et de 120 à 130 cas d'affections cholériformes; South Shields, du 24 au 29 octobre, 6 cas de choléra, 1 de diarrhée; à Tendring, 29 octobre, 2 cas de diarrhée; à Tenterden Union, 30 octobre, 1 cas de choléra; à Thome Union, du 29 au 30 octobre, 2 cas de choléra; à Wolstanton, le 29 octobre, 2 cas de diarrhée.

Ces chiffres indiquent clairement que si l'épidémie cholérique n'a pas encore atteint en Angleterre un degré d'intensité inquiétant, du moins la maladie est, à l'heure actuelle, répandue d'une façon sporadique sur une grande étendue du pays.

— On lit dans les journaux anglais ce fait digne de remarque : Sur 519 hommes formant la garnison de Newcastle, on a compté 451 cas de diarrhée et *pas un seul cas de choléra*, tant la prédisposition épidémique, régnant dans la caserne comme dans la ville, a été combattue énergiquement et à propos.

— Fièvre jaune. A la Jamaïque, les nouvelles du 28 septembre portent que le fléau avait entièrement disparu. Les dernières nouvelles de Port-au-Prince et de la Nouvelle-Orléans font aussi connaître la cessation complète de l'épidémie. Il y a eu dans cette dernière ville, dans les 19 semaines épidémiques, 10,960 morts dont 8,148 de fièvre jaune. Les villes qui bordent le Mississipi étaient encore ravagées vers la mi-octobre. Mobile, l'une des villes les plus importantes de ces parages, comptait encore, le 7 octobre, 8 morts par jour. Aux îles Bermudes, dans la ville de Saint-Georges, la fièvre jaune a sévi avec une intensité inaccoutumée sur la garnison vers la fin de septembre.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

Les bureaux de la GAZETTE MÉDICALE sont transférés rue Racine, n° 10, à la librairie de M. HAMEL. — M. Hamel se met à la disposition de MM. les abonnés pour toutes les commissions de librairie, d'achat d'instruments, etc.

REVUE HEBDOMADAIRE.

NOUVEAUX FAITS RELATIFS A LA QUESTION DES INHALATIONS DE CHLOROFORME.

Les trois faits que nous allons rapporter sont importants à plus d'un titre. Observés presque coup sur coup, à l'infirmerie royale d'Édimbourg le 25 septembre, à l'hôpital de l'University-College le 6 octobre et à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres le 20 octobre, ils ont vivement excité l'attention et ont réveillé la question des dangers du chloroforme. Ce ne sont plus là, en effet, des cas de mort survenus dans des circonstances mal déterminées, entre les mains de praticiens inexpérimentés ; ces faits se sont passés sous les yeux et sous la direction de chirurgiens habiles et en face d'un public nombreux; les journaux de Londres les ont rapportés dans tous leurs détails. Il y a donc lieu de les exposer ici à titre d'enseignement pratique et de documents relatifs à cette importante question du chloroforme, débattue dans des sens si différents, et dans laquelle les préoccupations théoriques nous semblent, comme par le passé, vouloir ôter aux faits pratiques leur signification et leur portée.

OBS. I. — Un homme de 43 ans, habitué aux excès, était resté trois mois à l'infirmerie, sous la direction du docteur Dunsmure, pour un rétrécissement de l'urètre. On résolut de diviser le rétrécissement d'après la méthode de Syme, et le docteur Stuthers fut chargé de l'administration du chloroforme ; il avait une grande habitude de cette pratique, et employa environ 30 grammes de chloroforme en maintenant le mouchoir qui en était chargé à quelques pouces de la bouche du malade.

Le docteur Dunsmure, qui relate le fait dans le n° de novembre du MONTHLY JOURNAL, dit qu'au début de l'inhalation le malade fit des efforts considérables et présenta une congestion excessive de la face et de la tête. Un moment il sembla pris de convulsions légères, semblables à un accès épileptiforme, et on eut soin pendant ce temps d'éloigner de la face du sujet le mouchoir contenant le chloroforme. Peu de temps après, l'inhalation réussit mieux et donna lieu à un sommeil accompagné de ronflement. Alors que ce sommeil stertoreux était encore très-prononcé, le chloroforme fut éloigné complétement. Dès que le malade avait cessé ses mouvements, on l'avait placé dans une position convenable et le chirurgien s'apprêtait à faire la première incision, lorsque l'un des assistants le prévint que le pouls s'affaiblissait. En ce moment les pulsations se sentaient encore bien à la tibiale postérieure ; mais une ou deux secondes après, le pouls disparut brusquement de la radiale et de la tibiale. La respiration ne cessa pas avant le pouls. La face était alors très congestionnée, les mâchoires contractées et les pupilles dilatées. Le docteur Dunsmure parvint à ouvrir la bouche et à faire sortir la langue. La respiration artificielle fut essayée, et quelques moments après le malade fit une longue inspiration suivie de quatre autres à des intervalles de plus en plus éloignés ; mais le pouls ne reparut plus. On pratiqua la trachéotomie dans le but de faire avec plus d'efficacité la respiration artificielle. La veine jugulaire externe fut ouverte, et il s'en écoula 2 onces de sang. Le galvanisme fut appliqué de manière à produire la contraction du diaphragme. Efforts inutiles, le diaphragme perdit graduellement sa contractilité, et après une heure de tentatives diverses, on abandonna le sujet.

Le docteur Gairdner, qui a fait l'examen nécroscopique, déclare que tous les organes étaient sains. Le péricarde renfermait près d'une demi-once de sérum. Les deux cœurs contenaient du sang ; le droit en plus grande quantité que le gauche. Le sang avait une fluidité inaccoutumée. Le tissu du cœur était flasque et pâle, les fibres musculaires à peu près à l'état normal, les poumons un peu congestionnés.

OBS. II. — Une femme de 40 ans, de taille moyenne, de constitution délicate, dont la santé générale était assez bonne, qui n'était sujette ni aux palpitations ni à la dyspnée, mais qui faisait abus des boissons alcooliques, entra à l'hôpital de l'University-College le 5 octobre pour une hernie crurale étranglée datant de deux jours et demi. Tentatives de réduction inutiles. Pouls régulier et assez fort. L'opération étant résolue par le professeur Quain, le chloroforme fut administré avec les précautions ordinaires par M. Hillier, médecin interne, qui était habituellement chargé de cette administration et qui rapporte le fait dans le MEDICAL TIMES du 22 octobre. Le chloroforme, versé sur un linge, fut tenu d'abord à 3 ou 4 pouces de la face et ensuite rapproché à la distance d'un pouce et demi du nez et de la bouche. Pendant trois ou quatre minutes, il n'y eut rien d'anormal, le pouls et la respiration continuant régulièrement. On employa d'abord de 4 à 5 grammes de chloroforme, et au bout de trois ou quatre minutes on en ajouta de nouveau 2 grammes. Une minute après l'addition de cette nouvelle quantité de chloroforme, la malade agita violemment les bras et les jambes. A cause des contractions musculaires, on ne pouvait que difficilement percevoir le pouls à la radiale. L'agitation dura une minute et fit place à une respiration haute et stertoreuse. On éloigna immédiatement le chloroforme; le pouls n'était plus sensible à la radiale, les pupilles étaient dilatées, la face légèrement altérée, la langue non rétractée. Pendant qu'on fait inutilement des aspersions d'eau froide sur le visage de la malade, elle fait deux ou trois inspirations courtes et stertoreuses, suivies de deux ou trois inspirations profondes, et ensuite la respiration cesse. La respiration artificielle est essayée immédiatement; une minute après le galvanisme est appliqué à la partie postérieure du cou et au diaphragme. Sous l'influence de ces moyens, il y a, à trois reprises, des efforts inspiratoires, après quoi le sujet ne donne plus de signes de vie. Au bout de quelques minutes la trachéotomie est pratiquée et la respiration artificielle continuée par l'ouverture trachéale pendant trois quarts d'heure.

Le docteur Hillier ajoute qu'il avait administré le même jour, de la même manière, à cinq malades différents, la même substance sans produire aucun résultat fâcheux.

L'autopsie, pratiquée par le docteur Garrod, treize heures après la mort, donna les résultats suivants :

Roideur musculaire prononcée, sang fluide partout.

Abdomen ballonné, diaphragme remontant à la quatrième côte à gauche et à la troisième à droite. Une once de sérosité incolore dans le péricarde.

Le cœur était affaissé et vide, la face antérieure presque entièrement recouverte de tissu adipeux, les fibres musculaires envahies par la dégénérescence graisseuse ne forment plus qu'une couche mince, qui même n'existe pas partout, particulièrement vers la pointe.

Les parois du ventricule gauche sont sèches en apparence, pâles, friables.

Les poumons sont peu engorgés.

Les intestins sont distendus par des gaz au-dessus de l'étranglement et enflammés; la portion étranglée est de couleur foncée et infiltrée de sang.

OBS. III. — Une femme de 22 ans, forte, de mœurs dissolues, et du reste en parfaite santé, avait été traitée précédemment pendant plusieurs mois à l'hôpital Saint-Barthélemy pour un ulcère du vagin de nature cancéreuse. Deux semaines avant, elle avait été soumise sans inconvénient à l'action complète et prolongée du chloroforme pour l'application du fer rouge. Son pouls était régulier, assez fort

Feuilleton.

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Après la religion, c'est probablement la médecine qui produit le plus de livres. Son bagage littéraire, très-considérable de tout temps, a pris des proportions énormes depuis que cette science, si vaste dans sa sphère propre, cet art si compliqué dans ses objets immédiats, s'est grossi, dans son cours à travers le temps, des nombreux affluents des sciences dites accessoires, et qu'il vaudrait mieux nommer auxiliaires. Il n'est pas en effet une des branches, un des rameaux et ramuscules du grand arbre des sciences physiques, naturelles et même des sciences métaphysiques, morales et politiques, qui ne soit venu et ne vienne chaque jour se greffer, avec plus ou moins de droit, sur le tronc séculaire de la médecine. Elle devient ainsi en quelque sorte l'omniscience, ce qui est, sans doute, très-flatteur pour ceux qui la possèdent, mais assez embarrassant, il faut l'avouer pour ceux qui l'étudient. Dans cet agrandissement gigantesque ne perd-elle pas un peu en profondeur ce qu'elle gagne en superficie? Faut-il considérer ces accessions comme des produits précieux d'une fructification abondante et perfectionnée, ou comme des végétations parasites? C'est une question. Le temps seul peut la résoudre; mais, en attendant le travail critique de ce grand épurateur, nous serions volontiers de l'avis de ceux — en petit nombre probablement — qui tiennent pour un peu suspecte la valeur de ces acquêts, et qui, au lieu de favoriser ces pousses luxuriantes de l'arbre médical, voudraient les émonder. Cette accumulation encyclopédique de connaissances, qu'aucune tête ne saurait contenir, et qui entre pourtant dans le programme actuel de l'instruction du médecin, est un luxe plus gênant peut-être qu'utile au point de vue de la pratique, et au milieu de tout ce superflu on manque souvent du nécessaire. C'est là, du reste, une tendance naturelle à toutes les sciences. Vitruve, énumérant les connaissances requises d'un architecte accompli, met en première ligne la théorie de l'acoustique, par ce motif qu'ayant à construire des locaux consacrés à la musique, à la déclamation, à l'éloquence, il ne pourrait pas, sans la science des sons, les disposer convenablement pour l'audition. Une autorité qui a aussi son poids, le maître à danser du BOURGEOIS GENTILHOMME, prétend, de son côté, que son art est indispensable aux demoiselles bien nées et aux hommes d'État, pour les empêcher de faire de *faux pas* ; et c'est ainsi que la danse devient une science *accessoire* de la morale et de la politique. N'est-ce pas un peu dans cet esprit qu'on fait entrer aujourd'hui, bon gré mal gré, tant d'ingrédients scientifiques de toutes sortes dans la médecine?

Quoi qu'il en soit de cet encyclopédisme au point de vue doctrinal, il a pour effet, ainsi que nous venons de le dire, de multiplier étrangement les livres gros et petits, et comme ces livres, pressés de manifester leur existence, ont besoin d'un coup de trompette, ils assiègent la porte du journal, pénètrent par toutes les issues dans ses bureaux, s'entassent sur ses étagères et crient tous à la fois. Ce sont là des *esprits frappeurs* d'une espèce particulièrement indis-

et de fréquence normale. Le jour où l'on voulut renouveler cette application du cautère, elle avait pris, malgré la prescription contraire, une certaine quantité d'aliments. Le docteur Black, l'un des médecins adjoints de l'hôpital chargé ordinairement de l'administration du chloroforme, fit usage de l'appareil à inhalation ordinaire, sorte de coupe metallique rembourrée s'adaptant au nez et à la bouche et pourvue de soupapes. On versa sur l'éponge disposée à cet effet dans l'appareil, quatre grammes et demi de chloroforme; mais comme l'administration ne commença pas immédiatement, il y eut nécessairement une perte notable. Après une courte inhalation, on ajouta d'abord quatre grammes et demi et puis encore de 2 à 3 grammes de chloroforme. La malade avait éprouvé d'abord les symptômes d'excitation; après la dernière dose elle tomba dans une insensibilité complète sans gravité en apparence. L'inhalation avait duré environ cinq minutes, et le docteur Black pense qu'il n'y a pas eu plus de 6 à 7 grammes de chloroforme d'inhalé. L'appareil fut alors éloigné de la face, et la malade ayant été placée en position convenable, le professeur Paget allait commencer l'opération lorsque le docteur Black, qui n'avait pas quitté le pouls, s'aperçut qu'il devenait excessivement faible et irrégulier. Immédiatement on trouva la face de la malade de couleur foncée, turgescente, congestionnée; les mouvements respiratoires commencèrent à se faire à de longs intervalles. Aspersions d'eau froide, insufflation artificielle des poumons, trachéotomie; tous les efforts tentés par l'opérateur pour ramener la malade à la vie sont inutiles. La respiration cesse tout à fait deux minutes après les premiers signes qui donnèrent l'alarme; le pouls, quoique faible et irrégulier, fut encore senti par intervalle deux minutes après que la respiration eut cessé. Les pupilles avaient leur degré normal de dilatation au moment des premiers accidents.

L'autopsie fut faite par M. Paget vingt-deux heures après la mort. La face était encore congestionnée. Rigidité cadavérique peu prononcée, congestion et lividité des parties déclives des téguments. Les poumons sains crépitaient partout, et leur partie postérieure n'était pas plus congestionnée que dans les cas les plus ordinaires. Le cœur était affaissé, mais non contracté; il présentait dans chacune de ses cavités une petite quantité de sang fluide. Il n'y avait là ni dégénérescence ni altération quelconque. Le cerveau, les vaisseaux et sinus du crâne n'étaient ni congestionnés ni altérés d'aucune manière. Le sang, fluide dans toutes les parties du corps, ne présentait pas la plus légère trace de coagulation ou d'épaississement. Recueilli et gardé dans un vase ouvert, il ne se coagula pas, et sa couleur, d'un rouge brun, ne changea aucunement au contact de l'air.

Les faits qu'on vient de lire portent avec eux un enseignement grave. En les comparant, il est impossible de ne pas arriver à cette conclusion que, dans tous ces cas, la mort a été causée par le chloroforme administré à doses ordinaires et d'après les procédés usuels, à des sujets chez lesquels rien ne pouvait faire craindre une issue fatale. La chirurgie est donc aujourd'hui dans l'impossibilité de définir les conditions qui déterminent quelquefois, à la suite des inhalations de chloroforme, une insensibilité en apparence sans gravité ou un danger de mort. Le médicament, les méthodes, les doses qui déterminent ordinairement des effets benins, peuvent, en toute circonstance, occasionner la mort. Est-il besoin de faire remarquer après cela combien les préoccupations théoriques doivent s'effacer devant tant d'exemples démonstratifs des effets toxiques du chloroforme. Des faits semblables peuvent seuls faire comprendre l'action sidérante et véritablement grave du chloroforme, action qui se manifeste, comme on le voit, d'une manière subite et trop souvent irremédiable.

La Gazette Médicale aura, du reste, prochainement l'occasion de discuter la doctrine générale du chloroforme, telle qu'elle résulte des nouveaux faits apportés dans la discussion et des débats qui viennent d'avoir lieu dans le sein de la Société de chirurgie. THOLOZAN.

HYGIÈNE.

INFLUENCE DE L'EMPRISONNEMENT CELLULAIRE DE MAZAS SUR LA SANTÉ DES DÉTENUS; par le docteur PROSPER DE PIETRA-SANTA, médecin adjoint, secrétaire du service de santé de S. M. l'empereur.

Peu de questions ont ému aussi profondément l'opinion publique que celle du système pénitentiaire. Pendant plusieurs années, les académies, les sociétés savantes, les congrès, les associations philanthropiques, la presse quotidienne, la tribune législative, ont retenti des discussions les plus animées et les plus brillantes. Prestige du talent, position éminente des athlètes, autorité des conseillers, passion, dialectique serrée, statistique, rien n'a manqué de ce qui peut élever un débat à la hauteur d'une mesure sociale éminemment humanitaire.

Loin de nous la pensée de revenir sur le passé : des hommes considérables ont envisagé sous toutes leurs faces et la question historique et la question des principes. Des volumes entiers ont décrit les systèmes américains, les essais anglais, suisses et italiens, et les diverses théories pénitentiaires.

Notre étude se borne aux résultats de la première application.

En 1843, le gouvernement, laissant de côté et le système d'Auburn et celui de Pensylvanie, adoptait le système français. « Notre pensée, s'écriait » M. Duchâtel, n'est pas de soumettre les détenus à une séquestration complète, à une solitude absolue : nous voulons séparer les condamnés de la » société de leurs pareils, les tenir éloignés des mauvais exemples et des » mauvaises relations; mais nous voulons en même temps multiplier autour » d'eux les relations morales et honnêtes. »

Ce système français était caractérisé par l'isolement absolu de jour et de nuit, le travail, la lecture, la promenade, la visite des employés de la maison.

C'est dans la prison de Mazas qu'il a été d'abord installé. Médecin adjoint de cet établissement, grâce à la bienveillance et aux conseils du médecin en chef, le docteur Jacquemin, praticien aussi savant que modeste, nous avons été à même de tout voir, de tout étudier.

La prison a été construite à grands frais, sur les plans les mieux coordonnés; les systèmes de ventilation et d'aération ont mérité les rapports favorables de deux commissions, composées de physiciens illustres, de savants académiciens. Les idées les plus intelligentes ont présidé à l'établissement de l'ordre intérieur; la surveillance de l'autorité a été exercée à chaque instant par des commissaires et des inspecteurs spéciaux; la direction générale confiée aux auteurs et propagateurs du système. La population s'est trouvée formée en grande partie par des prévenus, c'est-à-dire des hommes présumés innocents; des politiques, c'est-à-dire des personnes plus égarées que coupables. Il était donc impossible de réunir un nombre plus considérable de conditions heureuses et favorables.

En pénétrant à l'intérieur, on constate la promptitude avec laquelle se transmettent et s'exécutent les volontés du chef, la facilité de la surveillance, la simplicité des rapports des gardiens et détenus, l'impossibilité pour eux d'apercevoir un seul de leurs voisins, le mécanisme ingénieux de la

---

crête. Ceux qui nous arrivent d'Amérique sont plus réservés : ils ne parlent guère que quand on les interroge; tandis que ceux-ci vous obsèdent d incessantes interpellations. C'est pour fermer la bouche aux plus pressants, faire prendre patience aux autres, et remplir l'engagement, assez téméraire, mis en tête de son BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE, que la GAZETTE MÉDICALE prend le parti d'écouler de temps en temps son trop-plein dans une REVUE à allure rapide, à procédés expéditifs, et dont voici le premier numéro. Cette méthode pourra ne pas plaire à tous les auteurs, et à tous libraires, qui voudraient d'ordinaire accaparer au profit de leur chose le journal tout entier. Mais un seul mot d'éloge ou de critique bien accentué peut, suivant les cas, chatouiller ou piquer aussi bien ou mieux que s'il était delayé dans quatre colonnes. La critique est d'ailleurs juge du degré d'intérêt scientifique ou autre d'un écrit, et par conséquent de la part de soleil qui lui revient. Sans donc nous arrêter à de petites considérations de cet ordre, entrons immédiatement en matière.

Nous devons une première mention à notre excellent confrère et collaborateur le professeur Forget, pour le discours qu'il a prononcé à la séance annuelle de la Société de médecine de Strasbourg (1). Dans ce fin morceau de critique et de philosophie médicales, il signale et touche avec beaucoup de justesse les côtés faibles des idées médicales régnantes, ou, pour parler plus exactement, de l'esprit général de la médecine contemporaine. Où en sommes-nous? se demande-t-il, que croyons-nous et que devons-nous croire? Ses réponses sentent un peu, avouons-le, le scepticisme; mais le scepticisme a du bon quand il n'est que l'esprit critique en action, et qu'il ne porte pas sur les racines mêmes du savoir. De même que dans d'autres temps, il n'avait accueilli la doctrine physiologico-solidiste de Broussais qu'avec des restrictions de droit, M. Forget se permet de douter un peu de la valeur de l'humorisme renouvelé des Grecs et des Latins, et du pharmaco-chimisme, qui semble prévaloir maintenant. L'histoire de l'hématologie chimique, qui a été dans ces dernières années le pivot sur lequel on a essayé de faire tourner toute la pathogénie et la thérapeutique des fièvres, et la théorie de l'inflammation, lui fournit un argument démonstratif du peu de solidité des théories de l'iatro-chimisme moderne. Il fait voir comment cette doctrine, quoique recommandée par une autorité des plus respectables, et fondée en apparence sur les expériences les plus précises, n'a pas tardé à être ruinée par des expériences contradictoires, par une étude plus étendue des faits, et s'est à peu près réduite en fumée même dans l'esprit de ses inventeurs et premiers promoteurs. M. Forget a raison de mettre sans détour en suspicion, de convaincre d'illusion et de mensonge la plupart des théories et des applications pratiques de l'iatro-chimisme contemporain. C'est, en effet, une des voies les plus incertaines, les plus ténébreuses, les plus dangereuses que la médecine ait tentées. Cependant M. Forget, malgré son animadversion à l'endroit de la chimie médicale, animadversion qu'il justifie avec tant de sens et de verve incisive, termine son discours par une sorte de demi-absolution qui permettra à l'usurpatrice de poursuivre ses entreprises en toute sûreté de con-

(1) FRAGMENT D'HISTOIRE CONTEMPORAINE, discours lu à la séance annuelle de la Société de médecine de Strasbourg, par M. C. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg. — A Strasbourg, chez C. Silbermann.

distribution des vivres, l'excessive propreté qui règne à tous les étages, l'air frais et renouvelé que l'on respire dans toutes les galeries.

Cependant, malgré la magnifique déclaration de principes du ministre de l'intérieur, malgré les conditions prospères énumérées plus haut, nous sommes arrivé, par une enquête longue et minutieuse des faits et des lieux, à reconnaître que la pratique n'avait pas entièrement répondu à la théorie.

La lecture n'est une ressource que pour un nombre très-limité de prisonniers; la bibliothèque est peu considérable, et il est difficile d'avoir toujours des ouvrages à la portée des diverses intelligences.

L'introduction d'instituteurs chargés, comme dans les maisons centrales, d'éduquer la masse, n'est pas compatible avec une population de 1,100 détenus, et entraînerait une dépense trop considérable.

La promenade de trois quarts d'heure par jour est insuffisante au point de vue hygiénique, et la disposition matérielle des lieux ne permet pas de l'augmenter.

Les corps de bâtiments qui rayonnent autour de la rotonde laissent nécessairement dans leurs intervalles cinq cours, au milieu desquelles sont construits cinq promenoirs qui reçoivent toutes les heures 120 personnes. Lorsque les onze cents cellules sont occupées, même en affectant à la promenade neuf heures par jour, il revient à chacune pour sa part trois quarts d'heure environ. Dans la division de l'infirmerie, s'il y a des malades qui ne profitent pas de ce privilége, il est des convalescents qui réclament un plus long séjour à l'air libre.

Le travail n'est pas général : 300 détenus à peine sur 1,000 ont de l'ouvrage.

Notre confrère le docteur Guérard, organe d'une première commission instituée à Mazas, avait reconnu qu'un système régulier d'apprentissage ne peut y être établi, et que l'on ne doit pas imposer à l'entrepreneur de pourvoir aux frais de cet apprentissage, aux pertes et déchets qu'il entraîne, alors qu'il ne profite pas des travaux ultérieurs des détenus qu'il aura formés à telle ou telle industrie.

En outre, les exigences de la discipline, l'étroitesse de la cellule pour l'installation des métiers et instruments encombrants, la nécessité d'éloigner les professions dites insalubres ou bruyantes, rendent de plus en plus difficile la généralisation du travail utile; car on ne peut pas décorer de ce nom l'occupation du plus grand nombre, pendant trois ou quatre mois de l'année, de trier des légumes (haricots, riz, lentilles).

Cependant, si le travail est la conséquence forcée du système de l'isolement, s'il est le correctif obligé du mode de détention, il est malheureux qu'un petit nombre seul jouisse de ce privilége. Les autres se trouvent, pendant les longues heures de la captivité, toujours en face d'eux-mêmes. La plupart des natures ordinaires ne sont pas habituées à réfléchir. Distraites par les travaux manuels du jour, quand le moment du repos arrive, elles cèdent à la fatigue du corps, sans avoir ni le temps ni le besoin de penser; mais quand tout à coup la porte de la cellule se referme sur elles, il s'opère un changement subit dans leurs facultés intellectuelles, et si elles n'ont pas la force de réagir contre cet ébranlement, cette émotion première, leur altération est imminente.

Les visites ont une efficacité minime.

Les personnes pouvant exercer une action favorable sur la moralité des détenus sont au nombre de cinq : le directeur, trois aumôniers, un médecin.

La population de Mazas étant en moyenne de 7,000 par année, de 1,000 par jour, pour que le directeur pût seulement consacrer à chaque prisonnier cinq minutes par mois, il devrait affecter à ces visites deux heures cinquante minutes par jour de son temps, en dehors de ses attributions multiples de surveillance générale, d'administration, de comptabilité.

Les trois aumôniers, en employant six heures par jour à la visite, ne consacreraient en réalité à chaque prisonnier que quarante minutes par mois.

Le médecin, en passant dans la prison deux heures pour la visite à l'infirmerie et les consultations aux cellules, donnerait à peine deux minutes par mois à chacun.

L'effet moralisateur que l'on obtient par les visites se traduit donc, dans les meilleures conditions, par la possibilité de converser quarante-sept minutes par mois avec chaque détenu. De tels chiffres sont plus éloquents que de longues périodes.

Plusieurs essais ont été entrepris pour multiplier les visites; mais outre que l'introduction des visiteurs n'est pas toujours compatible avec l'ordre intérieur de la maison, vu la quantité des prisonniers, il n'est pas aisé de trouver des personnes qui, dans un centre de mouvement comme Paris, puissent consacrer à cette œuvre plusieurs heures de la journée.

L'exercice réel, véritable, sérieux, influent du culte, c'est-à-dire la religion, agissant sur l'âme par l'intermédiaire des sens, est impossible à Mazas. De la chapelle située au milieu de la rotonde, on aperçoit facilement les extrémités des trois étages des cinq galeries; mais de ces endroits, les portes étant entre-bâillées de 5 à 6 centimètres, on ne voit pas l'autel, on n'entend pas la parole du prêtre. Ne voyant rien, n'entendant rien, le prisonnier s'occupe de toute autre chose, et ne suit même pas par la pensée le ministre de la religion, et cependant cette influence serait d'autant plus salutaire que ces hommes sont le plus souvent sceptiques, et affichent l'indifférence du dogme et du culte.

Le système de ventilation et d'aération, si simple, si efficace en théorie, laisse beaucoup à désirer dans l'application : cela tient à l'impossibilité de pouvoir maîtriser les variations atmosphériques; nos instruments météorologiques les plus exacts se trouvent souvent en défaut, et plus d'un phénomène attend encore une explication plausible!

Nous ne ferons pas l'historique du système d'aération actuellement en vigueur, et nous ne relèverons pas les inconséquences et les incertitudes qui l'ont accompagné à sa naissance.

Les prises d'air construites à grands frais dans l'épaisseur des murs et communiquant à l'extérieur, sont aujourd'hui abandonnées comme inutiles, et donnent asile aux oiseaux du ciel, aux petits animaux moins gracieux de la terre.

Les fenêtres, que l'on avait déclaré tout d'abord devoir être nécessairement scellées aux parois de la cellule, peuvent aujourd'hui s'ouvrir de quelques centimètres, assez pour permettre le passage de l'air, pas assez pour contempler cette voûte céleste vers laquelle, dans les moments d'isolement, s'élèveraient les regards et la pensée du détenu!

Le mécanisme de ventilation est très-ingénieux.

L'air arrive du dehors dans les galeries; des galeries passe dans la cellule; de celle-ci se rend par les siéges d'aisances dans les caves longitudinales situées parallèlement au-dessous du sol; de là il s'engage dans une cave circulaire qui correspond au premier par des registres, puis dans la cheminée d'appel, foyer central dans lequel la colonne d'air chaud en montant

---

science. Il ne veut pas, et avec raison, ôter absolument à la chimie sa part d'influence et de services en pathogénie et en thérapeutique, mais cette part, il ne la lui fait pas; or tant que cette part ne lui sera pas faite, elle sera bien tentée de se la faire elle-même; et, abusant de la permission qu'on lui donne d'entrer, elle dira bientôt : *La maison est à moi, c'est à vous d'en sortir.*

Tandis que M. Forget s'est contenté dans ce discours et dans quelques autres petits écrits, non moins sensés et piquants, d'escarmoucher autour de grandes questions de philosophie médicale, M. Renouard, a essayé de les aborder de front dans un RECUEIL DE LETTRES, un peu anciennes déjà, mais auxquelles la généralité du sujet laissera longtemps leur à-propos (1). Auteur d'une HISTOIRE DE LA MÉDECINE, il était mieux qu'un autre préparé à la recherche de ses principes logiques. Et on ne dira pas qu'il ait esquivé les difficultés, ni manqué du courage et de la décision d'esprit nécessaires pour les surmonter. Il s'en crée même assez gratuitement quelques-unes, comme lorsqu'il se pose, au début de sa deuxième lettre, ce problème : « Est-il en médecine un moyen de discerner le vrai du faux, le certain de l'hypothétique ? » Ce problème, en effet, n'est pas proprement médical, il appartient à la logique générale. C'est la recherche de cette pierre de touche rationnelle, qu'on appelait dans les Écoles le *criterium* de la vérité; recherche chimérique, au fond, et contradictoire, car la vérité ne saurait avoir, dans quelque ordre d'idées que ce soit, d'autre critère qu'elle-même et sa propre évidence. Quoi qu'il en soit, M. Renouard croit avoir trouvé cette précieuse règle du vrai en médecine dans la détermination préalable de l'idée mère de la science médicale, qu'il fait consister dans la détermination de ce qu'il appelle son *but final.* Cette vue est juste et même profonde, car le vrai principe constitutif, le caractère distinctif et différentiel d'une science, est la notion claire et précise de son objet. Mais cette notion peut varier beaucoup, car à mesure qu'une science se développe, son objet s'agrandit, se complique, son but se déplace, et sa définition, par conséquent, subit de considérables variantes. Qui reconnaîtrait notre physique actuelle dans les anciennes définitions aristotéliques ou cartésiennes? ceci s'applique surtout aux sciences spéculatives. Des sciences pratiques ont plus de fixité, à cause de la permanence et de l'invariabilité du but. Pour la médecine, science essentiellement pratique, quel est le but? M. Renouard répond : la conservation de la santé et la guérison des maladies. La médecine ainsi conçue n'est que l'art de guérir, lequel se résout (en prenant le mot dans un sens large) dans la *Thérapeutique. Ars medica est id quod est propter therapeutices.* Tout dans la science médicale se rapporte à la thérapeutique ou doit s'y rapporter. La détermination du but contient implicitement le *criterium* cherché de la vérité médicale, dont voici la formule : « Tout ce qui, dans l'étude et la théorie de la médecine, ne sert pas à la thérapeutique, est nul ou funeste, et par conséquent faux. » Mais comment saurons-nous ce qui sert ou nuit? Par l'expérience, par l'épreuve clinique ou thérapeutique. Jusqu'ici il n'y a rien de bien neuf dans ces déductions, et l'auteur s'en aperçoit lui-même. Aussi essaye-t-il d'aller plus loin en posant ce second axiome, qu'il appelle le principe fondamental et universel de la thérapeutique : *Toute médication qui a guéri une maladie doit guérir également les maladies ana-*

(1) LETTRES PHILOSOPHIQUES ET HISTORIQUES SUR LA MÉDECINE AU DIX-NEUVIÈME SIÈCLE, par le docteur P.-V. Renouard, in-8°, 1850, chez Baillière.

fait appel à l'air de la cave circulaire, des caves longitudinales, des cellules, des galeries.

Quoique ces prises d'air se fassent à l'intérieur, elles ne sont jamais complétement à l'abri de l'influence perturbatrice du soleil et du vent.

Les fenêtres, dans ce système, doivent toujours être fermées; si on les ouvre, il faut soustraire la cellule au système général de la ventilation, en fermant par un tampon le siége d'aisances (ce que l'on fait rarement!).

Les caves inférieures ne sont pas toujours hermétiquement fermées, et les portes sont souvent ouvertes pour les vidanges.

Il est difficile d'entretenir constamment dans la cheminée centrale un feu assez vif pour agir sur l'air des cellules situées aux extrémités des rayons.

Les prises d'air sont en outre insuffisantes et assez mal entretenues.

Il résulte de cela que, même dans les cellules de l'infirmerie, situées au rez-de-chaussée, c'est-à-dire dans de très-bonnes conditions relativement à la cheminée d'appel; quand elles sont occupées par des phthisiques ou des gens affectés de caries, on trouve en entrant une odeur insupportable, un air vicié qu'on ne corrige qu'à grand'peine par des fumigations de chlore et l'ouverture, pendant quelques heures de la nuit, des vasistas placés sur les portes.

Dans d'autres cellules, pendant l'été, nous étions frappés de la chaleur de l'air qu'on y respirait, et souvent péniblement impressionnés par l'odeur infecte qui remontait des tuyaux d'aisances.

Ceci constitue l'exception, nous voulons bien l'admettre; mais l'exception nous donne le droit de dire qu'il faut toujours compter avec l'air atmosphérique et les nombreuses variations auxquelles il est sujet, qu'il faut redoubler de zèle et de vigilance pour atténuer quelques-uns des inconvénients que nous venons de signaler.

Examinons les résultats de l'emprisonnement cellulaire de Mazas sur la santé du prisonnier en général.

Nous avons pris constamment pour point de comparaison ce qui a été observé à la vieille Force; nous avions là, dans une prison en commun, les mêmes éléments quant à la nature des délits et des délinquants.

A la Force, sur une population flottante de 37,397, de 1840 à 1849, 9,013 détenus sont entrés à l'infirmerie et 254 y sont morts, soit 2,81 pour 100.

A Mazas, de mai 1850 à mai 1852, il y a eu, sur les 14,145 détenus, 1,568 malades et 23 morts, soit 1,47 pour 100.

Sans vouloir atténuer ce résultat, il est de notre devoir d'observer :

1° Que le régime hygiénique des prisons en général a été notablement perfectionné, et le régime alimentaire sensiblement augmenté et amélioré;

2° Que, dans un but humanitaire et administratif, l'on a transféré dans les prisons en commun des individus très-gravement malades et dont le décès a figuré sur les statistiques des dernières; depuis que nous dirigeons le service de santé des Madelonnettes, nous avons reçu, venant de Mazas, 8 individus présentant les symptômes d'une fin prochaine.

Ces 8 décès, comptés en moins dans la mortalité de Mazas, augmentent de 8 celle des Madelonnettes.

En général, d'après un tableau que nous avons dressé, sur les 9,000 malades de la Force et les 2,000 de Mazas, nous avons trouvé les mêmes rapports relativement aux diverses affections; mais il nous a semblé que le nombre de prisonniers de ce dernier établissement, atteints d'engorgements scrofuleux, était assez considérable.

N'ayant pu constater leur état au moment de l'entrée, il nous était difficile de prouver par des chiffres que ces lésions se sont réellement développées pendant la détention; toutefois, nous voyons journellement que la plupart des prisonniers transférés de Mazas arrivent chez nous avec des engorgements glandulaires, quand il n'y a pas déjà la manifestation de l'affection scrofuleuse.

Au dire de la commission instituée par le préfet de police pour étudier le système cellulaire, les aliénations mentales ont été, à Mazas, dans une proportion inférieure aux états relevés dans les prisons en commun : « 9 cas » seulement sur une population de 12,542, en ne faisant pas figurer dans » ce chiffre les individus chez lesquels des symptômes d'aliénation mentale » existaient avant leur entrée dans la maison. Ainsi les cas d'aliénation » mentale diminueraient pendant que les suicides augmentent. Ordinaire- » ment, au contraire, ajoute le rapporteur, ces chiffres marchent dans la » même proportion. »

Cette dernière proposition est la seule vraie, et si, au lieu de se préoccuper du degré d'intelligence que les détenus avaient à leur entrée, constatation toujours difficile, on avait étudié le nombre des aliénés reçus dans la maison, on serait arrivé aux résultats suivants :

A la Force, de 1840 à 1849, sur 37,397—172 aliénés;
soit 17,2 par an,
soit 0,47 pour 100.

A Mazas, de 1850 à 1852, sur 14,145—135 aliénés;
soit 17,5 par an,
soit 0,31 pour 100.

La différence est minime; mais ici il y a deux observations importantes à faire.

Dans les premiers jours, le détenu ne quitte pas sa cellule, et souvent il est transféré par ordre de la justice ou par convenance de l'administration, sans que le médecin ait été appelé à constater son état.

D'autres fois, dès que le médecin, averti en temps opportun, aperçoit les premiers symptômes d'un dérangement des facultés intellectuelles, il s'empresse de l'admettre à l'infirmerie dans une cellule double, où il trouve la société d'un autre détenu signalé par une bonne conduite. Ce remède est souvent souverain, et lorsque son efficacité est immédiate, on ne fait pas figurer le malade sur l'état des aliénations officiellement constatées.

Voilà pourquoi le chiffre 9 est au-dessous de la réalité, voilà pourquoi l'on doit admettre avec la logique et les faits : que le chiffre des aliénés marche, à Mazas, dans la même proportion que celui des suicides.

C'est en vain que l'on citerait les statistiques anglaises; d'abord les appréciations sont divergentes, puis le système cellulaire a subi chez nos voisins une foule de modifications : aujourd'hui on considère la cellule comme un des éléments du *probation system*; on y renferme pendant six mois, un an, l'homme que la société veut éloigner de son sein et confiner au delà des mers dans une colonie pénitentiaire.

L'on veut *mater* le convict, l'on énerve le corps pour avoir plus facilement raison de l'esprit et de la volonté. C'est plus logique! Au surplus, nous n'admettons aucune comparaison possible entre ce qui se fait chez nous et ce que l'on peut observer chez d'autres peuples.

Nos mœurs, nos habitudes, notre manière d'être politique et sociale constituent autant d'éléments particuliers de la question dont il faut tenir compte.

---

logues à la première; d'où découle ce précepte également universel et absolu : *Traitez chaque cas morbide par les moyens dont l'expérience a démontré l'efficacité dans les cas semblables.*

En somme, la doctrine exposée dans ces lettres est l'empirisme, en prenant le mot dans sa bonne acception philosophique et médicale. L'auteur appelle lui-même sa méthode de philosopher en médecine, un *empiri-méthodisme.* Si le nom est nouveau, la chose ne l'est pas. L'antique école empirique soutenait les mêmes thèses et rejetait aussi, et par les mêmes raisons, du champ légitime de la médecine pratique, les méthodes dites *rationnelles*, fondées sur la considération des causes, sur des théories physiologiques, physiques et chimiques de la vie, sur la nature essentielle des états morbides, etc., elle n'admettait, comme règle de conduite, que les indications de l'expérience immédiate, et repoussait, comme chimérique, toute recherche du *pourquoi* et du *comment* des choses? Cet empirisme n'a même jamais cessé de régner, sinon dans l'opinion scientifique des médecins, du moins dans le for intérieur de leur conscience, et il est encore aujourd'hui le guide des praticiens. Mais le travail auquel s'est livré M. Renouard n'est pas pour cela inutile. Autre chose est d'entrevoir confusément un principe, et d'en appliquer instinctivement les conséquences, ou de le poser avec la pleine conscience de sa valeur et de sa portée, et d'en exposer systématiquement les applications. Or, c'est ce qu'a fait M. Renouard avec une parfaite intelligence de la matière et une grande lucidité d'exposition.

Ajoutons un dernier mot sur le livre et sur la philosophie médicale qui y est développée. L'empirisme raisonné ou, si l'on veut, l'empiri-méthodisme, est bien, en fait, la base la plus solide, ou même la seule base de la médecine. Mais ce n'est, il faut bien le dire, qu'une base provisoire et un pis-aller. On ne le prend que faute de mieux. Il ne réalise pas, en effet, l'idée de la science en général, qui consiste précisément à connaître le *pourquoi* et le *comment* des phénomènes, ni même celle de l'art en général, qui s'appuie sur la connaissance du rapport entre les *moyens* et la *fin.* L'empirisme peut donc bien avoir raison en fait, lorsqu'il expulse de la médecine toute notion théorique, toute considération prétendue rationnelle, qui ne va pas directement à la pratique ou qui n'est pas sanctionnée par l'expérience, mais il n'a pas le droit d'interdire à la science la recherche et la découverte de ce qui fait son essence même. C'est un guide sur lequel on s'appuie au milieu des ténèbres, et tant que les ténèbres durent, mais qui n'est pas autorisé à nier l'utilité et même la possibilité de la lumière, et qui devra être congédié lorsqu'elle paraîtra.

L'analogie du sujet nous engage à mentionner encore (mais pour mémoire seulement) un petit écrit de quelques pages (1), dans lesquelles l'auteur s'aventure un peu à la légère, presque sans provisions ni munitions, dans la question abstruse de la *certitude médicale*, qu'il rattache, on ne sait trop par quel lien, à celle de l'organisation légale de la profession. Cet opuscule est adressé *au corps médical de France*, au nom duquel nous en accusons réception à l'auteur, avec dépôt honorable dans ses archives.

(1) DE LA CERTITUDE MÉDICALE ET DE LA NÉCESSITÉ D'AMÉLIORER LES LOIS QUI RÉGISSENT L'EXERCICE DE LA MÉDECINE; par J. Jeannel, D.M.P., etc., chez Baillière, 1853.

Tous les arguments qui leur sont étrangers sont d'une minime valeur. Les seuls réels, positifs, sont ceux tirés de l'étude de leur manifestation. *Suum cuique*; à chaque nation sa législation particulière.

Abordons actuellement cette question si délicate et si controversée des suicides.

Dans la première partie du rapport fait au nom de la commission, M. Guérard constate :

« Que dans les deux années qui viennent de s'écouler, on a eu à re» gretter la mort de 12 détenus qui se sont suicidés. »

Dans la deuxième, M. Paillard de Villeneuve s'exprime en ces termes :

« Nous avons le regret d'annoncer que le nombre des suicides s'est élevé » à 12 en deux ans, sur une population flottante de 12,542 détenus. Ce » chiffre est considérable, il devait frapper notre attention et solliciter de » notre part une étude particulière. »

Ce langage prouvait que la commission avait été justement émue du chiffre des suicides; mais, dans un rapport supplémentaire, M. le docteur Lélut affirme que ce chiffre, 1 sur 1,050, n'a rien d'exorbitant et qu'il coïncide avec celui qu'il assigne au département de la Seine, 1 sur 1,291. Comme il ne faut pas qu'au paradoxe : La parole a été donnée à l'homme pour déguiser sa pensée, on puisse joindre celui-ci : La statistique a été inventée par le savant pour dénaturer les faits de l'observation, nous allons étudier la question sous un autre point de vue.

La population de Mazas étant à peu de chose près celle de l'ancienne Force, eu égard à l'âge, à la condition, aux habitudes des prisonniers, nous avons cherché le nombre des suicides des deux maisons, et comme la population de l'une est plus considérable, au lieu de prendre pour base une période d'années, nous avons adopté celle de la population flottante.

A la Force, de 1840 à 1849, sur 37,397 détenus, 3 suicides (1 en 1842, 2 en 1843) et 4 tentatives (2 en 1846, 1 en 1847, 1 en 1848); soit :

1 suicide sur 12,465 détenus;
1 tentative sur 9,000 —

A Mazas, de mai 1850 à mai 1852, sur une population flottante de 12,542, 12 suicides (3 en 1850, 8 en 1851, 1 en 1852) et 13 tentatives (8 en 1850, 4 en 1851, 1 en 1852); soit :

1 suicide sur 1,045 détenus;
1 tentative sur 900 —

Postérieurement, pour la troisième année, il y a eu à Mazas, 8 suicides; mais la population ayant augmenté en proportion le rapport reste le même : 1 à 1,000, pendant qu'à la Force il était de 1 à 12,000.

En termes moins scientifiques, on a eu à déplorer à Mazas 12 fois plus de suicides qu'à la vieille Force.

Nous avons voulu étudier le rapport de ces chiffres avec celui des suicides qui ont lieu à Paris; mais nous nous sommes trouvés en présence d'appréciations trop diverses; car si Barrow porte la moyenne d'une année à 300, M. Quetelet l'évalue à 350 et M. Lélut l'élève à 426. Cela dépend beaucoup de la période d'années que l'on prend pour établir la moyenne; et à ce propos nous allons signaler une bien grave erreur statistique du rapport supplémentaire. Pour prouver que le chiffre 1 sur 1,045 de Mazas est peu élevé, on ajoute qu'à la Force, en 1843, il a été de 1 sur 1,210. D'abord, en 1843, il n'y a eu à la Force que 2 suicides sur une population de 3,632, soit 1 sur 1,816; puis ensuite peut-on prendre pour comparaison une année isolément et négliger de dire que dans les années successives 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, il n'y a pas eu un seul suicide?

Nous bornons là nos réflexions : nous avons comparé les prisonniers de la Force à ceux de Mazas, parce que nous y trouvions les mêmes éléments signalés par M. Lélut, d'hommes adultes, presque tous nés à Paris ou du moins l'habitant depuis assez longtemps, en ayant pris les habitudes.

Toutefois, si notre parole pouvait avoir l'autorité de celle du savant académicien, nous ferions nos réserves sur ces aptitudes énoncées comme causes déterminantes de suicide. Pour accomplir cet acte de suprême désespoir, il faut encore une dose d'énergie, une exaltation de la volonté, une fièvre de la pensée que l'on ne retrouve pas en général dans une âme dépravée. Les principaux mobiles du suicide sont : l'isolement, la misère succédant à l'aisance, la passion, la perte d'une position sociale, la perspective du déshonneur. La lâcheté est en raison directe de la dépravation, et le lâche n'a pas le courage de se donner la mort.

On nous a dit : « Le nombre des aliénés et des suicides ayant depuis » quelque temps augmenté dans toute la population, rien d'étonnant qu'il » soit aujourd'hui à Mazas plus fort qu'il n'a été autrefois à la Force. »

En principe, le nombre des aliénations mentales et partant des suicides est en rapport avec l'état politique du pays; dans les moments de calamités et de discordes civiles, aux jours des troubles de la cité, aux époques de bouleversement social, l'imagination s'exalte et l'exaltation conduit bientôt à la folie. « Plus le cerveau est excité, s'écrie Esquirol, plus la sus» ceptibilité est active, plus les besoins augmentent; plus les désirs sont » impérieux, plus les causes de chagrin se multiplient; plus les aliénations » mentales sont fréquentes, plus il doit y avoir de suicides. »

Depuis un demi-siècle, le flux et le reflux révolutionnaire a changé bien des positions sociales, et l'accroissement des suicides est réellement effrayant dans cette période. Mais les observations faites à la Force ont porté sur vingt-cinq ans de 1825 à 1850 (3 suicides de 1825 à 1840, 3 de 1840 à 1850). Or dans Paris, de 1817 à 1821, le terme moyen des suicides a été de 346, en 1834 de 247, en 1849 de 303, en 1850 de 391. Ces différences ne sont-elles pas insignifiantes en présence de la conclusion à laquelle nous sommes arrivés en constatant que les suicides à Mazas étaient aux suicides à la Force dans la proportion de 1 à 12 ?

Dans nos fréquentes visites, nous avons toujours constaté combien la solitude impressionne le détenu : insensiblement il devient taciturne, triste et morose, refuse ses aliments et reste des heures entières immobile sur son escabeau, les bras appuyés sur sa table; la promenade n'est plus un besoin pour lui; les visites de l'aumônier ne le soulagent guère; les paroles du médecin ne le tirent pas de ses rêveries; toutes ses pensées sont concentrées sur les moyens à employer pour mettre fin à ses jours. Plus la surveillance augmente autour de lui, et plus il multiplie ses tentatives.

En 1850, 3 prévenus de vagabondage se sont donné la mort par suspension au bouton de l'indicateur. En 1851 et 1852, la suspension des 8 détenus s'est opérée à la planche où l'on pose les vivres, aux barreaux de la fenêtre, au crochet de tirage du châssis, à une des attaches du hamac, au bec de gaz; tantôt avec les courroies, tantôt avec la ceinture, tantôt enfin avec une ou deux cravates. Deux prévenus de vol, forts et robustes, au premier mois de détention, ont tenté de se suicider en fabriquant du vert-de-gris par l'infusion de quelques sous dans l'urine. Après en avoir formé une certaine quantité, ils l'ont ingurgitée; mais heureusement la quantité s'est trouvée insuffisante et des soins immédiats leur ont rendu la santé.

Un livre un peu plus gros et qui mériterait plus qu'une mention est celui de M. Socquet (d'Aiguebelle), médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon (1). Le titre en est fort long, et par cela même peu clair. Nous entendons parler pour la première fois de l'*économie* médicale. En outre, on ne comprend pas bien comment les *lois fondamentales* de la médecine peuvent être *déduites* de leur *application*. C'est d'ordinaire l'inverse qui a lieu; l'application suit la règle, et non la règle l'application. Les inexactitudes de langage ne sont jamais sans une certaine confusion dans les idées. Le corps de l'ouvrage offrirait bien des occasions de faire cette remarque. L'auteur nous avertit, dans sa PRÉFACE, que son ouvrage diffère par son esprit et son but de ceux qui ont paru dans ces dernières années. Il a voulu *ramener la science médicale à des lois simples et positives*, dont l'interprétation facile dirigeât le médecin à travers les difficultés sans cesse renaissantes de sa profession. Ce but est louable, et on ne saurait trop respecter et honorer l'intention. L'auteur n'a pas peut-être complétement réussi à mettre dans sa doctrine la simplicité et le positif qui lui paraissent, avec raison, si désirables dans un sujet naturellement compliqué et incertain. Du reste si, après l'avoir lu, on se trouvait pen satisfait des vues générales de physiologie, de pathogénie et de nosologie, on en serait dédommagé par la variété et la solidité des remarques pratiques dont il abonde. Il y a toujours à apprendre quelque chose d'un praticien quand il parle de ce qu'il a vu et de ce qu'il a fait. Sous ce rapport, le livre de M. Socquet, quoique taillé un peu à l'antique, mérite d'être lu et médité par les jeunes gens qui y recevront de bons préceptes, souvent corroborés de l'autorité, nouvelle pour eux, des textes hippocratiques et galéniques, et par les vieux médecins qui y retrouveront avec plaisir la manière de penser, les habitudes d'esprit, le mode d'exposition et de discussion scientifiques, la forme et le goût littéraires, régnant à l'époque où ils commencèrent leur carrière, et dont ils ont garde eux-mêmes l'empreinte.

L'auteur, en lançant son livre sur la mer orageuse de la publicité, l'a mis par son épigraphe sous la protection de Thomas A'Kempis, qui ne lui manquera pas, nous l'espérons. A la fin de son introduction, après avoir annoncé le grand jour tant désiré, où, la lumière étant faite, il n'y aura plus qu'un cœur et qu'un esprit dans la science et dans la profession, il termine par ces paroles, que nous voudrions croire prophétiques : « Alors enfin, brillante et pure, assise sur des bases inébranlables, la médecine pourra revendiquer avec orgueil son origine céleste, en se rappelant ces belles paroles de l'Écriture : *Altissimus creavit de terrâ medicinam, et vir prudens non abhorrebit illam.* »

Amen.

L. PEISSE.

(1) PRINCIPES D'ÉCONOMIE MÉDICALE, OU LOIS FONDAMENTALES DE LA MÉDECINE, déduites de l'observation et de leur application au diagnostic, au pronostic et au traitement des maladies, par J.-K. Socquet (d'Aiguebelle), D. M. P., etc., etc. — Chez Baillière et V. Masson, à Paris. In-8°, 1852.

Le transfèrement les a complétement détournés de leur terrible dessein. Aucun d'eux n'était de ces grands criminels, de ces pervers qui veulent échapper à la vindicte publique, au déshonneur. Arrêtés pour vagabondage, rébellion ou vol, condamnés à quelques mois d'emprisonnement pour rupture de ban, abus de confiance, détournement de valeurs, ils auraient certainement, dans d'autres circonstances, affronté les débats de la police correctionnelle et subi leur peine sans murmurer. Par contre, quelle énergie n'ont-ils pas déployée en restant pendant les longues heures de la captivité, toujours en face de cette idée, le suicide! Si elle était momentanément chassée par la vigilance du surveillant, les souvenirs de la famille, l'instinct de la conservation, elle revenait sans cesse plus forte, plus impérieuse.

Pour nous résumer, nous dirons :

Le système de l'emprisonnement cellulaire appliqué aux détenus de Mazas dans les meilleures conditions possibles, d'installation matérielle, de surveillance et de direction administratives, a offert depuis son installation en 1850 les résultats suivants :

1° Diminution dans le nombre des maladies et des décès comparativement à la prison de la vieille Force ;

2° Fréquence plus grande des aliénations mentales ;

3° Augmentation très-considérable des suicides.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LES INJECTIONS IODÉES DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSSENTERIE ; par M. JOSEPH DELIOUX, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

Le 20 juillet 1852 j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie de médecine un mémoire sur l'emploi des injections iodées dans le traitement de la dyssenterie ; ce mémoire a été publié par la GAZETTE MÉDICALE (n°s 13 et 14, 1853). Les observations qui y sont relatées et celles que j'ai été à même de faire depuis sa publication m'inspirent une grande confiance dans cette méthode thérapeutique ; mais pour prononcer sur sa valeur, trouvant mon expérience insuffisante, j'adressais un appel au jugement des médecins mieux que je ne le suis aujourd'hui pour étudier les formes graves de la dyssenterie des pays chauds. L'un de mes honorables confrères dans le service de santé de la marine a répondu à cet appel ; M. le docteur Chapuis, chirurgien de première classe à Saint-Pierre (Martinique), m'a spontanément écrit pour témoigner en faveur de l'efficacité du traitement antidyssentérique que j'ai proposé.

Avant de rapporter la lettre et les observations de M. Chapuis, qu'il me soit permis seulement de faire une remarque.

M. le docteur Chapuis n'a point spécifié, dans toutes ses observations, la dose de teinture d'iode à laquelle il a eu recours, et dans celles où cette dose est indiquée, il ne paraît pas avoir dépassé 6 grammes ; je rappellerai que j'ai signalé l'emploi aussi efficace qu'inoffensif de 15 à 20 grammes de teinture d'iode ; je faisais prévoir que l'on pourrait dépasser ces limites, et en effet, j'ai ultérieurement pu élever la dose jusqu'à 30 grammes sans accident. Si de nouvelles observations étaient présentées sur ce point de thérapeutique que je persiste à croire digne d'être étudié, il serait désirable que l'on fît connaître exactement la formule de l'injection iodée qui aurait été mise en usage. Si des doses inférieures à celles que j'ai employées suffisent à la cure de la dyssenterie, au moins dans certains cas, le traitement iodique ne s'en présentera qu'avec plus de chances de sécurité.

Enfin il est bon de noter qu'en outre des symptômes que j'ai signalés comme consécutifs à l'administration du lavement iodé, M. Chapuis en a constaté un nouveau, l'apparition de sueurs, de sueurs froides surtout. Il serait intéressant de rechercher si l'iode est éliminé dans ces sueurs.

Voici la lettre et les observations communiquées par M. Chapuis :

« Saint-Pierre (Martinique), 5 août 1853.

» Monsieur le médecin en chef,

» Bien que je n'aie pas l'honneur d'être connu de vous, je prends la liberté de vous faire part des résultats que j'ai obtenus de l'emploi des lavements iodés dans le traitement de la dyssenterie, d'après la méthode que vous avez le premier préconisée.

» La Martinique, comme vous le savez, est un pays à dyssenterie ; il était donc fort intéressant d'y étudier l'efficacité de votre traitement et de l'opposer à la maladie dans les lieux mêmes qui lui donnent naissance.

» Chargé d'un service à l'hôpital de Saint-Pierre, je n'ai pas manqué d'occasions pour expérimenter sur nos malheureux soldats.

» Obligé, en outre, de visiter les prisons, j'ai pu étendre mes essais aux hommes de couleur et aux nègres qui y sont renfermés et qui, placés dans les plus mauvaises conditions hygiéniques, sont fréquemment atteints de dyssenterie, presque toujours compliquée d'anasarque et d'un état d'anémie très-prononcé.

» Je regrette de ne pouvoir adresser quelques observations prises dans cette catégorie d'individus ; mais ce genre de service ne me permet pas d'en recueillir d'assez complètes et d'assez suivies ; je me borne donc à vous assurer que si les résultats n'ont pas toujours été aussi heureux qu'à l'hôpital, j'ai obtenu cependant des succès bien certains, et c'est en définitive le mode de traitement qui m'a donné le plus grand nombre de guérisons.

» Chez les soldats traités à l'hôpital, je compte à peine un insuccès par dix malades, et dans presque tous les cas la réussite a été aussi prompte que complète et a de beaucoup dépassé mon attente.

» Je joins ici quelques observations abrégées qui vous prouveront que j'ai employé les lavements iodés dans des formes différentes de dyssenterie ; ainsi contre des dyssenteries chroniques qui avaient résisté à divers traitements et ramené jusqu'à quatre et cinq fois le malade à l'hôpital (obs. 1, 3, 4), ils ont réussi aussi bien que contre les dyssenteries présentant plusieurs degrés d'acuité (obs. 5 et 6), et même la forme franchement aiguë (obs. 7) ; les signes d'hépatite symptomatique n'ont pas été non plus une contre-indication (obs. 2).

» Il a presque toujours suffi d'un seul lavement pour amener presque immédiatement un résultat favorable ; les accidents n'ont jamais rien présenté de sérieux et se sont promptement dissipés seuls ou à l'aide de lavements amylacés ou d'opium. Les phénomènes consécutifs qui se sont le plus ordinairement montrés sont, dans l'ordre de fréquence : les sueurs froides qui n'ont presque jamais manqué, une sensation de brûlure à l'anus et dans l'intestin, des coliques, le goût d'iode dans la bouche, surtout quand le lavement était gardé quelque temps.

» Je ne poursuivrai pas plus loin ces observations ni l'énumération des succès que j'ai obtenus ; je suis bien persuadé qu'ils n'ont pas besoin de paraître pour faire adopter par tous ceux qui l'expérimenteront, la méthode de traitement que vous avez instituée pour la dyssenterie ; mais comme j'ai été le premier à l'employer à la Martinique, j'ai cru devoir vous apporter mon tribut d'observations recueillies à l'hôpital de Saint-Pierre (Martinique), et puisque j'en trouve l'occasion, je vous le livre pour en faire ce que vous jugerez convenable.

» OBS. I. — Deschamps, soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, depuis seize mois dans la colonie, entre à l'hôpital de Saint-Pierre le 23 avril 1853. Peu de temps après son arrivée à la Martinique, il a été pris de diarrhée qu'il ne peut attribuer à aucune cause. Depuis deux jours surtout il va très-fréquemment à la selle et remarque que les matières sont mêlées de sang. A son entrée, il présente les symptômes suivants : peau moite, pouls régulier, langue fendillée, rouge sur les bords et à la pointe ; pas de douleur à l'épigastre, cuisson à l'anus, douleurs en allant à la garde-robe ; selles verdâtres, lientériques, sanguinolentes, au nombre de dix à douze en vingt-quatre heures.

» L'ipéca, macéré ou en poudre, associé au calomel, l'opium, les astringents sont successivement employés ; le nombre des selles diminue ; elles deviennent meilleures, et le 17 mai Deschamps sort de l'hôpital, sinon guéri, du moins dans un état assez satisfaisant.

» Le 2 juin, il rentre, repris de diarrhée depuis dix jours ; les coliques sont vives, il y a du gargouillement dans le ventre ; dix à douze selles en vingt-quatre heures.

» Ipéca, opium, lavements morphinés, simarouba, cachou, etc., jusqu'au 19, où le malade a encore cinq et six selles diarrhéiques avec coliques.

» Le 20, lavement iodé à 6 grammes ; il ne peut être gardé longtemps, occasionne de vives coliques et un sentiment de brûlure à la fin de l'intestin ; cinq selles glaireuses ; sueurs froides. Le soir, un lavement amylacé laudanisé.

» Le 21, second lavement iodé ; encore quelques coliques et sentiment de brûlure ; deux selles ; lavement amylacé, 3 centigr. d'extrait d'opium.

» Le 22, les selles ont changé de nature et sont plus consistantes ; l'opium est continué.

» Le 24, selles normales ; le mieux persiste.

» Le 5 juillet, le malade sort guéri.

» OBS. II. — Torsin, soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, trois ans et demi de colonie, entre à l'hôpital le 8 mai pour la seconde fois, atteint de dyssenterie chronique ; les selles sont jaune verdâtre, sanguinolentes, sans coliques, au nombre de quinze à vingt en vingt-quatre heures.

» Les astringents, l'opium, le lactate de fer, l'extrait de quinquina, les bains froids sont successivement mis en usage avec des alternatives de mieux presque aussitôt suivies de rechutes.

» Le 20 juin, il y a encore cinq ou six selles diarrhéiques, sans coliques, mais avec douleurs sourdes dans la région du foie.

» Lavement iodé à 6 grammes ; il est gardé deux heures, sans coliques, mais donne lieu à des sueurs froides et à un goût très-prononcé d'iode dans la bouche.

» Le 21, pas de selles depuis le lavement.

» Le 22, deux selles ; elles ont changé de nature, sont consistantes.

» A partir de ce moment, il n'y a plus que deux selles, puis une seule.

» Torsin sort guéri le 5 juillet.

» OBS. III. — Breuil, soldat au même régiment, dix-huit mois de colonie,

entré à l'hôpital le 24 juin pour la quatrième fois, atteint de dyssenterie chronique; malade depuis trois jours; langue grisâtre, gargouillements, coliques légères, cuisson à l'anus, ténesme; dix à douze selles séreuses non sanguinolentes. Jusqu'au 28, on emploie inutilement l'ipéca, l'opium, les lavements amylacés.

» Le 28, lavement iodé, qui n'est gardé que cinq minutes; coliques, sueurs froides, pas de selles après le lavement; depuis cette époque, le mieux continue.

» Il sort le 9 mangeant la demi-portion depuis cinq jours.

» Obs. IV.— Julien, soldat au 2e régiment, entre à l'hôpital le 20 juin pour la cinquième fois, atteint de dyssenterie chronique; il a été traité par le calomel, l'ipéca, les opiacés, les astringents.

» A son entrée, il a huit à dix selles séreuses.

» Sans autre traitement préalable, on administre le 1er juillet un lavement iodé qui est gardé un quart d'heure; sentiment d'âcreté à la gorge, cuisson à l'anus, sueurs

» Le 2, pas de selle.

» A partir du 3 juillet, une selle consistante.

» Sort le 9, guéri.

» Obs. V. — Oberlé, soldat, quatorze mois de colonie, entre pour la deuxième fois atteint de dyssenterie. La première fois il est resté du 6 avril au 2 mai pour dyssenterie aiguë, et a été traité par le calomel, l'ipéca, les opiacés.

» Le 25 juin, il présente : langue rouge, soif vive, coliques passagères, selles séreuses, verdâtres.

» Opium, ipéca jusqu'au 2 juillet, où il a encore cinq ou six selles par jour, de même nature. On administre un lavement iodé, qui est gardé dix minutes, sans coliques, avec des sueurs. Deux selles liquides.

» Le 3 juillet, deuxième lavement iodé, qui ne détermine aucun accident; une seule selle normale.

» Mieux état jusqu'au 14, jour de la sortie.

» Obs. VI. — Doisy, soldat, trois mois et demi de colonie; il entre à l'hôpital le 27 mai, pour la première fois, malade depuis près d'un mois.

» Les selles sont nombreuses, sanguinolentes, les coliques vives; cuisson à l'anus, langue rouge, soif vive.

» Tisane albumineuse, opium, petit-lait manné.

» Les symptômes s'améliorent un peu, mais aussitôt que le malade commence à prendre des aliments, la diarrhée reparaît.

» Les astringents sont employés pendant quelque temps. Les mêmes alternatives de mieux et de rechutes se succèdent jusqu'au 7 juillet.

» Le 7 juillet, lavement iodé; il est gardé dix minutes sans coliques; quelques sueurs, une seule selle.

» Le 16, le malade sort, n'allant qu'une fois à la selle par vingt-quatre heures et mangeant la demi-portion depuis plusieurs jours.

» Obs. VII. — Olliot, soldat; quatre mois et demi de colonie; il entre à l'hôpital pour la première fois le 18 juin, atteint depuis six jours de dyssenterie aiguë. Les selles sont glaireuses, sanguinolentes, peu abondantes; besoin fréquent d'aller à la garde-robe; quinze à vingt selles par jour, coliques très vives, cuisson à l'anus, ténesme, soif ardente, urines rouges.

» Eau de riz gommée, lavements amylacés laudanisés; calomel, ipéca, opium: demi-bains.

» Quelques vomissements les premiers jours; coliques un peu moins vives; dix à douze selles de même nature.

» Ce traitement est continué plusieurs jours, sans amélioration notable.

» Le 24, lavement iodé à 6 grammes; il ne peut-être gardé plus de quatre minutes; chaleur extrême à l'anus, sueurs froides. Le soir, lavement amylacé laudanisé.

» Le 25, une seule selle depuis le lavement.

» Le 26, une selle consistante.

» Depuis cette époque, le mieux continue et progresse.

» Le malade sort bien guéri le 7 juillet. »

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

I. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

Les sept numéros de ce journal de janvier à août 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Quelques recherches sur les variations du poids des hommes dans les diverses positions militaires;* par le docteur Decondé. 2° *Carie du sternum chez le cheval guéri par le baume opodeldoch;* par M. Moreaux, vétérinaire de première classe. 3° *Constitution météorologique et médicale du deuxième semestre de 1852 et du premier semestre de 1853;* par le docteur Gouzée. 4° *Luxation ancienne et complète de la rotule en dehors prise pour une luxation récente;* par le docteur Hamoir. 5° *Traitement de la blennorrhée par l'infusion de pois chiches torréfiés et par les injections de cachou;* par le docteur Henrotay. 6° *Observations sur la préparation de la pommade de peuplier;* par M. J. B. Gille, pharmacien de troisième classe. 7° *Mémoire et observations sur les kystes du cou;* par le docteur Seutin. 8° *Épidémie d'ophthalmie granuleuse observée à l'école de Ruysselede;* par le docteur Buys. 9° *De la tumeur et de la fistule lacrymale;* par le docteur Binard. 10° *Analyse d'un composé servant au nettoyage de l'argenterie;* par M. V. Pasquier, pharmacien de troisième classe. 11° *De la méthode expectante suivie à l'hôpital militaire d'Anvers dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu;* par le docteur J. Dewalsche. 12° *Cas remarquable d'albuminurie;* par le docteur H. Hacquez. 13° *De l'inspiration du chloroforme comme moyen de constater l'existence de l'épilepsie.* 14° *Sur quelques nouveaux instruments de chirurgie;* par le professeur Sonpart. (Nouveau sécateur, tonsillotome; instruments propres à l'avivement des tissus dans les opérations d'autoplastie, dans l'excision de la peau des paupières, dans la circoncision, etc.; pince porte-fil pour la ligature des polypes des fosses nasales, du pharynx, du vagin; nouvelle pince porte-aiguille.) 15° *Quelques considérations pratiques sur le cancroïde ou cancer épithélial;* par le docteur Z. Merche. 16° *Remarques sur l'emploi de l'acide sulfurique comme moyen de reconnaître la présence de la salicine dans le sulfale de quinine;* par M. Acar, pharmacien de deuxième classe.

Quelques recherches sur les variations du poids des hommes dans les diverses positions militaires; par le docteur Decondé.

Le docteur Decondé, médecin de régiment à Liége, a entrepris une série d'observations dans le but de constater qu'elles sont les modifications qui s'opèrent dans l'économie des soldats valides dans certaines circonstances. Dans le travail que nous avons sous les yeux, il ne s'est occupé que des modifications de poids. Il rappelle à ce sujet que, d'après les expériences de Fontana et de Keil, le poids du corps augmente par l'absorption pulmonaire sous l'influence d'un air humide et diminue sous l'influence du froid sec et de la chaleur sèche; que l'excès de travail amaigrit en même temps qu'il épuise les forces. Ces données, une fois posées, d'une première série d'expériences faites sur des miliciens de la classe de 1852 et placés, les uns dans la garnison sédentaire de Mons, les autres affectés aux exercices et prenant part à la vie active du camp de Beverloo, il conclut : 1° que dans la garnison de Mons les jeunes soldats ont augmenté de poids le premier mois de leur service et que cette augmentation s'est élevée à plus d'un kilo pour chaque homme; 2° que ces mêmes hommes, deux mois et demi après leur entrée au service, ont cessé d'augmenter de poids et ont même éprouvé une perte de 280 grammes par homme.

Au camp de Beverloo dont l'élévation est de 52 à 55 mètres au-dessus du niveau de la mer, des la première huitaine de séjour dans un air vif et pur et par une température froide, le poids moyen des hommes a été au-dessous de celui des soldats de Mons. En deux mois ces hommes perdirent chacun 703 grammes de leur poids.

L'auteur fait remarquer que le gain à Mons, de même que la perte au camp, furent très-prononcés pendant les premiers jours et beaucoup moins ensuite. Il semblerait résulter de ces faits qu'il y aurait désavantage à diriger sur les camps pour les initier aux exercices les jeunes recrues à leur arrivée sous les drapeaux et que mieux vaudrait les instruire dans les garnisons.

Dans une seconde série d'expériences, l'auteur étudie l'action des mêmes influences sur des hommes ayant déjà un an de service. Les pesées prouvent, dans ces circonstances, que le climat du camp cesse d'exercer son influence désassimilatrice sur les soldats déjà formés lorsque ceux-ci ne sont pas trop fatigués par des exercices trop soutenus et que l'influence des fatigues se fait plus fortement sentir encore que les influences atmosphériques.

Par une troisième catégorie de faits confirmatifs des précédents, M. Decondé fait voir que l'augmentation en poids a repris immédiatement à la rentrée en garnison.

Telles sont les principales idées de ce mémoire dont le sujet est un des plus neufs et des plus importants de l'hygiène militaire. Avec une étude plus étendue et plus variée de ces questions relatives au poids du corps, le docteur Decondé serait parvenu à des résultats plus positifs; néanmoins ceux qu'il nous fait connaître ne manquent pas d'être d'une certaine valeur dans ces questions où tout est encore à faire et à formuler.

Constitution météorologique et médicale du deuxième semestre de 1852 et du premier semestre de 1853; par le docteur Gouzée. (Observations faites à l'hôpital militaire d'Anvers.)

En 1852, après un hiver doux et humide et un printemps froid et pluvieux, survinrent tout à coup, par une brusque transition, des chaleurs intenses dans les premiers jours de juillet. Elles persistèrent pendant tout le mois sans pluie, sans orages. En août la chaleur fut forte, mais moins continue, tempérée par intervalles par des pluies et de fréquents orages. En septembre l'abaissement de la température fut rapide, l'humidité fut pro-

noncée. En octobre, ouragans violents, pluies torrentielles, température modérée qui se prolonge dans les deux derniers mois.

Pendant les fortes chaleurs, il y eut peu de malades ; quelques cas de diarrhée, accompagnés de fortes coliques et de vomissements bilieux, se montrèrent çà et là. En août, ces troubles gastro-intestinaux furent plus nombreux et plus intenses ; quelquefois ils s'accompagnaient d'un mouvement fébrile caractérisé. Les fièvres palustres commencèrent à se montrer à la fin de juillet et devinrent bientôt plus fréquentes, plus graves, rémittentes, subcontinues, simulant parfois dans le principe les symptômes de la fièvre typhoïde. « *Elles étaient souvent réfractaires au sulfate de quinine.* » Les fièvres typhoïdes ne parurent pas moins comme de coutume pendant tout le cours du semestre, mais sans fréquence notable. L'abaissement subit de température en septembre donna lieu à une manifestation fébrile caractérisée « par une violente céphalalgie, des douleurs » musculaires très-vives du cou, du dos, des lombes, une grande fréquence » du pouls, une chaleur intense à la peau entremêlée de frissons ; en même » temps, toux, nausées, vomissements, constipation ; durée de sept à dix » jours. » Les affections catarrhales des conduits auditifs, des fosses nasales, de la gorge, des bronches furent d'ailleurs très-communes à cette époque. La coqueluche parut en même temps dans la ville. Les inflammations du parenchyme pulmonaire furent assez fréquentes, ainsi que les pleurésies latentes et apyrétiques. La fin de l'année fut signalée par l'apparition de quelques cas de varicelle et de scarlatine peu intenses.

En 1853, le froid a prédominé pendant les premiers mois de l'année ; il tomba beaucoup de neige en février et en mars, et de fortes et brusques vicissitudes atmosphériques se firent fréquemment sentir en mai et en juin. On observa des dérangements de l'appareil digestif, des nausées, des vomissements bilieux, une teinte ictérique de la peau, de la diarrhée, symptômes qui s'accompagnaient souvent de mouvement fébrile, d'abattement profond, de douleurs vagues. L'ictère a surtout été commun en ville et à l'hôpital. La *fièvre typhoïde* a été assez fréquente à l'hôpital d'Anvers dans le mois de janvier ; elle offrait la forme torpide et adynamique ; chez presque tous les malades il existait de la surdité dès les premiers jours. Au printemps les *pneumonies* furent très-nombreuses et souvent très-graves, à solution lente et difficile. Les *bronchites* furent extrêmement répandues, souvent graves et presque toujours lentes à céder aux moyens employés. Dans le trimestre vernal, les *fièvres intermittentes* et les *rémittentes* vinrent se mêler à ces diverses affections. Il n'y eut que quelques cas de rougeole, de scarlatine et de varicelle.

LUXATION ANCIENNE ET COMPLÈTE DE LA ROTULE EN DEHORS PRISE POUR UNE LUXATION RÉCENTE ; par le docteur HAMOIR.

Nous transcrivons ici l'observation de M. Hamoir, intéressante en ce qu'elle montre que la luxation complète de la rotule, non réduite, n'empêche pas dans ce cas la liberté des mouvements du membre.

OBS. — Sujet de 27 ans, d'une constitution athlétique, occupé à enlever la roue d'un affût se trouvant dans une position propre à rassembler toutes ses forces, la jambe gauche légèrement fléchie en avant, et la droite arcboutée en arrière contre un mur, la jante de la roue vint frapper la partie interne du genou gauche. Douleur très-forte. Aidé de ses camarades, il put cependant marcher pour se rendre au lit. Le lendemain matin, transporté à l'hôpital, il gagna son lit à pied, marchant avec difficulté et ayant la jambe gauche dans l'extension complète.

Genou déformé, aplati, plus large et plus volumineux que le droit ; à la partie interne, excoriation avec teinte bleuâtre de la peau. La rotule, entièrement déplacée, est logée en dehors sur la face externe du condyle du fémur, où elle est largement mobile sous la peau ; la face antérieure regarde en dehors, la postérieure en dedans ; le ligament rotulien est légèrement tendu ; la poulie articulaire du genou est vide, et l'on sent de chaque côté les saillies formées par les condyles du fémur.

Le malade avait eu, à l'âge de 7 ans, à la suite d'une chute, cette luxation, qui n'avait pu être réduite.

Lorsque la contusion fut guérie, on put constater que la luxation ne gêne en rien la marche ni l'action de monter et de descendre les escaliers ; les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse peuvent être portés à peu près aussi loin qu'à l'état normal ; mais le membre, une fois dans cette position, n'est replacé qu'avec difficulté dans l'extension. Le genou est plus large, plus volumineux que celui du côté droit, et, comme le pied, il est légèrement porté en dedans.

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

SUR LES TYPES DES RACES HUMAINES DU NORD.

M. SERRES lit sous ce titre la note suivante :

En prenant l'initiative d'une chaire d'anthropologie au muséum, la France a suivi l'impulsion donnée depuis un demi-siècle aux sciences naturelles par les progrès de l'anatomie générale et comparée.

Elle a redonné la vie à une science morte, et le mouvement nouveau qu'elle lui a imprimé intéresse tout à la fois l'humanité, la philosophie et la civilisation.

Cette résurrection de l'anthropologie avait sa source dans l'enseignement anatomique du muséum, dont les programmes, rédigés par Vicq-d'Azyr, embrassaient, dans leur ensemble, d'une part, l'anatomie comparée des animaux entre eux, et, d'autre part, l'anatomie de l'homme comparée à celle des animaux.

De ces deux rameaux parallèliques de l'anatomie générale, l'un *insiste particulièrement sur l'anatomie comparée, soit des animaux entre eux, soit des animaux avec l'homme.* L'autre, au contraire, *puise dans l'anatomie comparée les données propres à éclairer la structure de l'homme par celle des animaux.*

Le premier, servant de base à la zoologie, limite ses considérations à un seul temps des êtres organisés, celui de leur état parfait, par la raison que c'est à cette période de leur existence que les organes ont acquis les caractères qui les différencient.

Le second, pour éclairer l'histoire naturelle de l'homme, doit chercher à rendre compte de la structure de cet état parfait des êtres organisés.

Or, pour y parvenir, il est obligé d'embrasser tous les temps de leur développement, de s'arrêter à chacune des périodes de leurs métamorphoses, soit pour les considérer en eux-mêmes, soit pour apprécier leurs rapports chez les diverses classes d'animaux, afin de faire ressortir la spécialité d'organisation qui caractérise l'homme.

Ainsi considéré le résultat définitif de l'organogénie générale et comparée appliquée à l'étude physique de l'homme a été de le séparer nettement de l'animalité et d'en faire un règne à part : *le règne humain.*

Or du moment que l'homme était exclu du règne animal, ainsi que l'avait déjà établi Aristote, il devenait indispensable, pour coordonner ses divers types, de les rassembler dans une galerie spéciale, afin d'avoir constamment sous les yeux les éléments de l'observation.

C'est aussi ce que demandèrent les professeurs administrateurs du muséum, en faisant remarquer avec raison que quand on recherche la cause des progrès immenses faits dans les sciences zoologiques depuis un demi-siècle, on trouve qu'ils datent de l'époque où de grands musées, fondés sur plusieurs points du monde savant, ont permis aux zoologistes de substituer aux descriptions toujours insuffisantes l'examen direct et comparatif des objets de leurs études.

Cet examen direct et comparatif est, en effet, indispensable, en anthropologie, pour résoudre, d'après les faits, les problèmes si difficiles et si importants qui en constituent le fonds.

Parmi ces problèmes, nous mentionnerons, en premier lieu, l'unité primitive des races humaines ; en second lieu, leur apparition sur une contrée de la terre ; en troisième lieu, leur dispersion sur la surface du globe ; en quatrième lieu, leur filiation, c'est-à-dire l'étude de la gradation ou de la dégradation des caractères physiques qui spécifient l'homme et en font un être distinct du reste de l'animalité. Par cette analyse et en présence des types, nous pourrons rechercher enfin comment, en partant d'une souche commune, les variétés humaines ont pu se développer, tantôt en suivant une ligne de perfectionnement, et tantôt, au contraire, en suivant une ligne de dégradation.

Nous pourrons, ainsi, monter et descendre l'échelle humaine, en cherchant à rattacher à ses divers degrés l'histoire des peuples et des nations sur lesquels la partie ethnologique de l'anthropologie a rassemblé des matériaux si précieux.

Quelques-uns de ces problèmes sont déjà en voie de solution, par le rapprochement des types que possède la galerie d'Anthropologie au Muséum.

J'en ai entretenu l'Académie, soit à l'occasion des types de l'Océanie recueillis par M. Dumoutier, sous la direction de M. Dumont d'Urville, soit à l'occasion des nègres de la côte orientale de l'Afrique, dont le moulage des bustes a été si bien dirigé par M. de Froberville, soit enfin dans la collection des bustes et des portraits des habitants de l'Algérie, etc., etc.

Mais, comme on le voit, la galerie anthropologique du Muséum ne possède encore que les principaux types des races humaines du Midi ; celles du Nord lui manquent complètement.

Or, pour la solution de ces questions, rien ne peut suppléer à cette absence.

Grâce à l'impulsion que l'anthropologie a reçue depuis quelques années, cette lacune ne tardera pas, je l'espère, à être comblée.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie un *spécimen* des types hyperboréens que M. le prince Demidoff, correspondant de l'Académie, vient d'envoyer au Muséum.

Cette collection se compose de cinquante-neuf figures représentant les races humaines comprises dans la vaste étendue de l'empire de Russie, et elle embrasse tout à la fois les races chrétiennes, les races mahométanes, les juifs, les idolâtres et les types du pôle arctique, desquels paraissent dériver les races de l'Amérique.

Voici la lettre de M. le prince Demidoff qui accompagne cet envoi.

« San-Donato, le 26 juillet 1853.

» Monsieur,

» La Société impériale de Géographie de Saint-Pétersbourg a eu, depuis longtemps, l'heureuse idée de faire exécuter des types de toutes les races humaines comprises dans la vaste étendue de l'empire de Russie, et ces types, modèles de précision et d'étude, ont pu être reproduits en petit avec le même bonheur de ressemblance et d'originalité.

» Ce que la Société a fait, au point de vue de la géographie et de l'ethnologie,

vous le jugerez avec intérêt, j'en suis assuré, monsieur, sous le rapport anthropologique, tant les caractères distinctifs de la race et de la physionomie ont été minutieusement observés et reproduits dans les figures dont je suis heureux de vous offrir la collection.

» Cinquante-neuf figures la composent, comme vous pouvez le voir dans la liste ci-jointe, et la plupart des races offrent le type de l'homme et celui de la femme.

» Je vais m'occuper immédiatement, monsieur, de faire diriger sur Paris cette iconographie plastique en miniature, et la collection vous sera remise par les soins de M. Octave Jonnez, que je rends porteur de cette lettre.

» Je m'estimerai heureux si, sans vous arrêter à l'apparence pittoresque des objets, vous les trouverez dignes, non-seulement d'être étudiés, mais encore de prendre place parmi les matériaux anthropologiques du Muséum.

» Connaissant, moi-même, la plupart des types représentées, je puis vous garantir leur admirable ressemblance, et c'est sous ce rapport que je considère la collection dont il s'agit, comme méritant une étude sérieuse.

» Veuillez bien agréer, etc., DEMIDOFF. »

NOTE SUR LES EAUX STAGNANTES CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE.

M. MARCHAND adresse une note sur les eaux stagnantes en général et sur les eaux de mares en particulier, pour faire suite à son mémoire sur les eaux potables. L'objet principal de ce travail est d'étudier les propriétés différentes que contractent les eaux stagnantes, par suite des réactions qu'y subissent les divers principes organiques qu'elles tiennent en dissolution.

L'auteur examine successivement les eaux stagnantes dans les conditions suivantes : 1° eaux exposées à l'action de la lumière ; 2° eaux recouvertes d'espèces végétales, mais n'en baignant aucune ; 3° eaux baignant et portant à leur surface des végétaux en grand nombre.

D'après les détails contenus sous chacun de ces titres, on voit, toutes choses étant égales d'ailleurs, que les eaux stagnantes du second cas sont les plus dangereuses ; plus que les autres, elles se chargent de matériaux organiques, en subissant l'influence des matières en putréfaction, aux propriétés nuisibles desquelles elles participent davantage.

Lorsqu'elles se vaporisent, toutes ces eaux stagnantes laissent en contact avec l'air atmosphérique des terres imprégnées de matières putrescibles qui deviennent la source d'une production active d'hydrogène protocarboné, le gaz des marais dont elles se saturent alors en contractant des propriétés plus nuisibles encore ; car ce gaz est le principe et le véhicule le plus actif des miasmes paludéens. M. Marchand a remarqué que sa production est d'autant plus assurée que les eaux contiennent une plus grande quantité d'albumine végétale.

Si maintenant on cherche à faire une application de tout ce qui précède aux eaux des mares, dont on se sert journellement sur tous les plateaux et dans toutes les parties rurales du pays de Caux, on reconnaît que ces eaux sont toujours troubles, lourdes, peu aérées, et, par suite, fort indigestes.

Quand elles sont exposées à l'action des rayons solaires, et presque toutes sont soumises à cette influence, elles se recouvrent rapidement d'une nappe organisée, composée de nombreux végétaux des classes inférieures parmi lesquels on distingue surtout les différents genres de *lemna* (L.). Elles baignent ordinairement un grand nombre de plantes, plusieurs classes d'animaux, mais surtout des infusoires, des insectes et des reptiles, qui y vivent, y déposent leurs graines ou leurs œufs, et y meurent en abandonnant leurs dépouilles qui s'y putréfient. Souvent aussi les eaux pluviales, avant d'arriver à ces réservoirs, lavent des terrains chargés de détritus organiques en voie de décomposition.

Dans ces conditions, les eaux de mares présentent souvent les plus mauvais caractères des eaux stagnantes, et leur emploi pour l'alimentation ne saurait être sans danger, car les principes albumineux qu'elles contiennent, de même que tous les matériaux assimilables par l'organisme humain, sont susceptibles de produire de véritables accidents toxiques lorsqu'ils sont ingérés dans l'estomac tandis qu'ils sont en voie de décomposition. Aussi les populations qui s'alimentent avec ces sortes d'eaux, surtout lorsqu'elles les emploient pour boisson, sont-elles sujettes à contracter des maladies dans lesquelles les accidents fébriles intermittents spéciaux aux affections paludéennes sont souvent reconnaissables. Leur emploi est alors d'autant plus redoutable que par une sécheresse prolongée, et que sous l'influence de la vaporisation spontanée du liquide, les matières albuminoïdes s'y trouvent accumulées en plus grande quantité. (Comm. précédemment nommé.)

PRÉSENCE DE L'IODE DANS LES EAUX PLUVIALES, LES EAUX COURANTES ET LES PLANTES DES ANTILLES ET DES CÔTES DE LA MÉDITERRANÉE.

M. CHATIN adresse une note sur ce sujet, dont nous reproduisons un résumé : « Au retour d'un voyage dont l'objet était de compléter mes recherches sur l'iode, généreusement encouragées par l'Académie des sciences, j'apprends que deux communications, faites, l'une par M. Casaseca (de la Havane), l'autre par M. Martin (de Marseille), paraissent tendre à infirmer quelques-uns de mes résultats. Je dois d'autant plus présenter quelques remarques sur les notes de ces habiles chimistes, qu'elles sont au contraire, sur plus d'un point, la confirmation de mes recherches et de mes vues.

» M. Casaseca, qui a trouvé dans l'eau de l'Almendara environ 1/5 de milligramme d'iode pour dix litres d'eau, pense que cette proportion est inférieure à celle que j'ai constatée dans les eaux des contrées affligées du goître endémique, et il en déduit que, pour expliquer l'absence de cette maladie à la Havane, il est nécessaire de faire intervenir la vivacité des courants d'air. Mais quand le savant professeur de la Havane saura que ce n'est généralement que dans les localités dont les eaux ne contiennent pas pour dix litres d'eau 1/30 de milligramme d'iode qu'on observe le goître primitif, il reconnaîtra que ses analyses, loin d'être contraires à mes propres recherches, en sont une confirmation précieuse.

» Je ferai suivre la note de M. Martin des observations suivantes :

» 1° J'ai trouvé l'iode (à peu près à 1/250 de milligramme par litre) dans l'eau de pluie tombée à Nice dans la première quinzaine d'octobre, dans l'eau des citernes de Cette, dans une pluie recueillie par moi-même, à Cette, dans la matinée du 27 octobre ; à Montpellier, dans la soirée du même jour.

» 2° J'ai constaté la présence de ce corps dans des eaux de sources légères qui m'ont envoyées des contrées qui avoisinent Marseille, où que j'ai recueillies moi-même.

» Il est cependant vrai de dire, d'une manière générale, que, contrairement à ce qu'on pouvait prévoir, les eaux pluviales sont moins chargées d'iode sur les côtes de France qu'à l'intérieur des terres.

» Si M. Martin veut bien adresser à la commission de l'Institut de l'eau de pluie recueillie par lui à Marseille, je ne mets pas en doute qu'on y trouvera d'autant plus d'iode que le vent soufflera plus des terres. »

(Comm. précédemment nommés : MM. Thenard, Magendie, Dumas.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 12 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Immédiatement après la lecture du procès-verbal, dont la partie relative à la discussion sur le perchlorure de fer a été renvoyée à la séance ordinaire de mardi, la parole est donnée à M. Pâtissier.

M. PATISSIER lit, au nom de la commission des eaux minérales, la première partie du rapport officiel sur les rapports et mémoires adressés, dans le courant de l'année 1852, à l'Académie, par MM. les inspecteurs des eaux minérales.— La fin et les conclusions de ce rapport sont renvoyés à la séance prochaine, pour être lues en comité secret.

Le reste de la séance a été consacré à un comité secret, pour entendre la lecture des rapports sur les prix. Voici quelles ont été les propositions adoptées par l'Académie :

Prix Capuron (eaux minérales).—Le prix a été partagé ainsi qu'il suit : 700 fr. à M. Ernest Baudrimont ; 300 fr. à M. Filhol, de Toulouse.

Prix Civrieux. — Prix de 1,000 fr. à M. Émile Remilly.

Encouragement à M. J. Gimelle.

Prix de l'Académie. — 1,000 fr. à M. Leroy-d'Étiolles fils.

Encouragement, 700 fr. à M. Abeille.

— 300 fr. à Landry (Octave).

Prix Portal. — Le prix est accordé à M. Marie-Joseph-Auguste Bach.

Et une mention honorable à M. Philippeaux (de Lyon) et à M. Letertre-Vallier.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. le ministre du commerce transmet des échantillons et des certificats de puisement d'une source minérale sise à Desaignes (Ardèche). (Comm. des eaux minérales.)

Le même ministre transmet les états de vaccination des départements de l'Yonne et du Rhin. (Comm. de vaccin.)

PERCHLORURE DE FER.

M. GIRALDÈS adresse la lettre suivante :

Dans un savant mémoire sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes, présenté par M. Malgaigne mardi dernier à l'Académie, il y est question des expériences instituées à l'École vétérinaire d'Alfort par M. Goubaux et moi ; mais ces expériences y sont appréciées d'une manière que nous ne saurions accepter.

« De fait, dit M. Malgaigne, sans prétendre diminuer le mérite des hommes distingués qui avaient répété à Alfort les expériences de Pravaz, il faut bien reconnaître qu'ils s'étaient écartés sans aucune raison des règles posées par l'inventeur lui-même. Leur expérience prouvait bien l'inefficacité du perchlorure à petite dose et son danger à dose exubérante ; l'injection rationnelle était la seule qu'ils eussent négligée. Nous verrons que les chirurgiens qui ont essayé le perchlorure de fer chez l'homme n'ont pas tous échappé à ce reproche. »

J'ignore sur quelles données le savant académicien apprécie ainsi des expériences qui n'ont pas encore été publiées ; son appréciation est d'autant moins heureuse, qu'il nous reproche de nous être écartés, sans raison, des règles posées par l'inventeur lui-même. Or, dans la première série de nos expériences, nous avons suivi les règles posées par Pravaz ; nous nous en sommes écartés par des raisons que nous ferons connaître plus tard. En outre, M. Malgaigne laisse croire que nous avions constaté l'inefficacité de l'agent coagulateur à petite dose ; or nous démontrions, au contraire, qu'on pourrait obtenir la coagulation du sang dans l'artère carotide d'un cheval en y injectant même deux gouttes de liquide.

J'ajouterai maintenant que c'est d'après nos expériences, et très-probablement à la suite de quelques explications données par un de nous à M. Dubuisson lors de son premier passage à Paris, que cet habile chimiste a été conduit à diminuer la densité de son perchlorure de fer ; celui qui servait pour nos expériences avait été dosé par M. Lassaigne à 29° aréom. de Beaumé. Dans la première série d'expériences nous avions employé le perchlorure comme l'indiquait Pravaz ; plus tard nous avions cru nécessaire d'employer du perchlorure de fer marquant 29° aréom de Beaumé.

TRAITEMENT DES ANÉVRISMES ET DES VARICES PAR LA COAGULATION DU SANG.

M. LEROY-D'ÉTIOLLES communique sur ce sujet la lettre suivante :

Je prie l'Académie de me permettre de lui adresser quelques lignes à propos du traitement des anévrismes et des varices par les injections coagulantes.

M. Malgaigne, dans son memoire, s'est exprimé à mon égard dans les termes suivants : « Longtemps après Monteggia, M. Leroy-d'Étiolles avait aussi pensé » aux injections coagulantes; mais je n'estime pas que ces idées, purement théo- » riques, diminuent en rien le mérite de l'invention de Pravaz. » Or la conclusion du mémoire est celle-ci : « Nous ne pensons pas qu'un chirurgien prudent » puisse exposer ses malades à un traitement aussi désastreux. »

Ce n'est pas pour disputer à Pravaz *le mérite d'une désastreuse invention* que j'écris cette lettre, mais pour montrer que *la méthode de la coagulation du sang* ne doit pas nécessairement périr dans le naufrage de son *procédé*.

Les faits rapportés par M. Malgaigne, prouvent que l'injection *dans une tumeur anévrismale* d'une quantité de solution de perchlorure de fer, insuffisante le plus souvent pour coaguler toute la masse de sang qu'elle renferme, y produit cependant un travail inflammatoire excessif, quelquefois la gangrène, d'autres fois une désorganisation des parois du sac anévrismal qui les fait céder et se rompre; ils donnent encore à penser que dans le cas où la coagulation aurait lieu, les caillots seraient très-difficilement résorbés. Ces faits témoignent donc contre le perchlorure de fer, ou peut-être même seulement contre son mode d'application, mais ils ne sont pas la négation absolue des injections coagulantes dans les vaisseaux artériels et veineux. D'autres substances ont une action hémostatique puissante, et ne produisent pas dans les parois artérielles cette altération qui les expose à la dilatation et à la rupture : tels sont l'alcool dont je me suis servi dans mes expériences, l'alcool sulfurique ou eau de Rabel, l'alumine surtout et ses combinaisons diverses. On préconise avec raison, depuis quelque temps, l'eau de Pagliari, qui est un composé d'alun et de benjoin; peut-être trouvera-t-on d'autres substances, d'autres combinaisons plus coagulantes encore et plus inoffensives tout à la fois pour les parois des vaisseaux; mais si l'on veut y parvenir, il ne faut pas présenter l'insuccès du perchlorure de fer comme devant entraîner l'abandon de la méthode des injections intravasculaires, il ne faut pas fermer la voie de l'expérimentation.

Voilà quelques-unes des réflexions que fait naître le choix de la substance coagulante; examinons maintenant son mode d'application.

Il est constant que les expériences sur les grands animaux avaient produit des résultats capables de faire concevoir des espérances pour l'application à l'homme; il importe donc de voir comment avaient procédé les expérimentateurs, dont je laisse les noms de côté pour ne pas ralentir la discussion. Voici ce qui avait été fait : Deux points de compression ont été établis sur une artère à peu de distance l'un de l'autre; entre ces deux points une petite colonne de sang a été arrêtée et isolée, un tube capillaire, ou du moins assez menu pour ne pas donner lieu à l'effusion du sang ou à la lésion de l'artère, a traversé ses parois; par ce tube on a fait pénétrer, au moyen d'une petite seringue, quelques gouttes d'un liquide capable de produire la coagulation du sang; un caillot s'est formé et l'artère s'est oblitérée. Ce n'est pas ainsi que l'on a agi sur l'homme : l'injection a été faite dans la tumeur elle-même; or comme l'ouverture par laquelle la cavité de l'artère communique avec le sac a souvent une très-petite dimension, le liquide coagulant a pu ne pas pénétrer dans le tube artériel, il n'a point agi sur le sang fluide, et il a exercé son action sur le sang déjà partiellement coagulé et soustrait à la circulation que renfermait le sac anévrismal; on avait expérimenté d'après la méthode d'Anel et de Hunter, et l'on a opéré comme dans la méthode dite ancienne, c'est-à-dire sur la tumeur anévrismale; il n'y a donc pas eu déduction rationnelle de l'expérience sur les animaux à l'application sur l'homme.

L'un des motifs qui ont donné la prééminence à la méthode d'Anel sur la ligature après l'ouverture du sac, c'est l'inflammation qui parfois s'en empare; le principal danger des injections faites dans la tumeur paraît provenir également de l'excès d'inflammation qu'elles y déterminent. Cela résulte-t-il seulement de la nature du réactif? cette inflammation eût-elle été aussi violente si, au lieu de perchlorure de fer on eût injecté de l'alcool, de l'eau de Rabel, des solutions alumineuses seules ou mélangées aux résineux? Il est permis de le supposer; d'après ce que l'on sait de l'action de ces substances sur les tissus vivants, on peut admettre *à priori* qu'il serait moins dangereux de les employer en excès que le perchlorure de fer, et leur moindre énergie pourrait être compensée par une proportion plus forte; cependant ce n'est là qu'une présomption, et je ne voudrais pas, en matière si grave, mettre une présomption à la place d'une réalité. Il y a plus : je pense que dans le procédé de l'injection du sac, il est difficile de remplir une des conditions essentielles au succès de la méthode des injections coagulantes, qui est la suspension complète et suffisamment prolongée de la circulation dans la tumeur, non-seulement pour y favoriser la coagulation, mais encore pour prévenir l'entraînement des caillots et le transport des réactifs qui vont obstruer les vaisseaux capillaires et contribuent à produire la gangrène du membre. Il est probable que les choses ont eu lieu de la sorte dans le premier cas de M. Malgaigne et dans ceux de MM. Alquié et Jobert; il est facile de savoir, par l'expérience sur les animaux, à quoi s'en tenir sur la réalité de cette supposition.

Il résulte de tout cela qu'en agissant sur la tumeur anévrismale au lieu d'agir sur l'artère, en imitant la méthode ancienne au lieu d'imiter la méthode d'Anel, comme on l'avait fait dans les expériences sur les animaux, les opérateurs se sont placés dans des conditions défavorables.

Cependant il y a des tumeurs anévrismales auxquelles l'injection dans la cavité du sac est particulièrement applicable : telles sont celles des artères iliaques, carotides, sous-clavières, brachio-céphaliques, au-dessus desquelles la ligature ne peut être placée sans des délabrements presque toujours mortels; on peut alors combiner l'injection avec la ligature inférieure ou procédé de Brasdor, et faire arriver le liquide coagulant par la cavité de l'artère au moyen d'une sonde sans pratiquer de ponction sur la tumeur.

Je pense donc que pour les anévrismes situés de telle sorte que la ligature par la méthode d'Anel pourrait être pratiquée, il y aurait plus de chance de réussir par les injections coagulantes en agissant au-dessus de la tumeur sur une petite colonne de sang stagnante et isolée entre deux points de compression.

Ici se reproduit la question du choix du liquide hémostatique : l'expérience faite par Pravaz sur la carotide d'un mouton est aussi concluante en faveur du perchlorure de fer que celle de M. Debout, faite à Alfort sur la carotide d'un cheval, lui est défavorable.

Entre des résultats aussi opposés, il n'y a place que pour le doute, jusqu'à ce que de nouvelles expérimentations aient permis de se former une opinion. Depuis que cette question a été agitée, je me suis proposé de répéter ces expériences; je n'en ai pas eu le loisir pendant ces derniers mois, mais si je ne saurais rien dire pertinemment du perchlorure de fer, je puis du moins parler *de visu* des effets de l'alcool et des solutions alumineuses introduites dans la cavité des artères, et j'assure qu'elles ne produisent pas sur les parois de ces vaisseaux l'altération suivie de la dilatation variqueuse, observée par M. Debout sous l'influence du perchlorure de fer.

Mais est-il aussi facile, aussi simple de faire une injection coagulante dans un tube artériel que de la faire dans une tumeur anévrismale? Oui, pour certaines artères comme la brachiale; non, pour beaucoup d'autres comme la crurale; aussi l'injection artérielle, pratiquée comme la méthode d'Anel, ne me semble-t-elle particulièrement applicable qu'à la brachiale. Cette restriction, j'en conviens, est une grave objection, je l'ai sentie tout le premier et je l'ai signalée, il y a déjà dix ans, la page 280 de mon RECUEIL DE MÉMOIRES, dans cette phrase que je demande la permission de reproduire : « Des injections » alcooliques faites dans l'artère au moyen du tube capillaire de la seringue » d'Anel, produisirent assez promptement la formation de caillots; mais comment » arriver jusqu'à l'artère et pénétrer sûrement dans sa cavité sans la mettre » au moins un peu à découvert, et alors ne vaudrait-il pas mieux en faire la » ligature? »

Cette réflexion m'a conduit, à cette époque, à l'étude d'un autre coagulant du sang dont je suis tout naturellement amené à parler en ce moment : c'est le galvanisme.

Comme la ligature, comme les injections, le galvanisme peut être dirigé on à travers le sac anévrismal, ou sur le tube artériel au-dessus de la tumeur. On connaît les résultats obtenus par M. Pétrequin et d'autres opérateurs au moyen du premier procédé. Le second, proposé par M. Velpeau, expérimenté sur des animaux par M. Pravaz, avait échoué entre les mains de Liston et de quelques autres chirurgiens; mais je pense qu'il a chance de réussir depuis que j'ai imaginé *d'agir sur une petite colonne sanguine isolée et stagnante entre deux points de compression*; c'est du moins ce que je crois pouvoir déduire de mes expériences comparatives entre les liquides coagulants et le galvanisme, faites en 1843 sur des chevaux, chez M. Leblanc, et publiées en 1845 dans mon RECUEIL DE MÉMOIRES.

En résumé, je pense que dans cette question comme dans beaucoup d'autres, l'enthousiasme et le découragement ont marché trop vite et ont devancé l'heure.

Quant à l'appréciation qu'a faite de mes travaux M. Malgaigne, elle ne me paraît pas équitable : il n'est pas exact de dire que mes idées ont été *purement théoriques*. Cette remarque s'applique peut-être à Monteggia, qui a *seulement proposé* de faire des injections dans le sac anévrismal en y plongeant *un trocart et non pas un tube capillaire*; mais elle ne peut me convenir, puisque j'ai démontré par des expériences sur les animaux la réalité de mes prévisions. Il n'est pas tout à fait exact non plus de dire que j'ai été devancé par Monteggia; il y a deux idées importantes à l'endroit desquelles *je n'ai pas été précédé par lui et j'ai été suivi par Pravaz*; ce sont : l'emploi d'une canule ou tube capillaire pour faire les injections; et la suspension, l'isolement d'une petite quantité de sang dans une artère entre deux points de compression. Ce qui appartient à Pravaz, ce qui constitue son procédé, que l'on nomme à tort sa méthode, c'est le perchlorure de fer, et c'est ce procédé qui seul est en cause aujourd'hui.

Agréez, etc.

INCISION DU COL DE LA VESSIE DANS LES AFFECTIONS RÉPUTÉES NÉVRALGIES DE CETTE RÉGION.

M. MERCIER adresse sur ce sujet la réclamation suivante :

J'ai fourni la preuve que, dès 1841, j'avais eu l'idée d'inciser le col de la vessie dans les affections réputées *névralgies* de cette région; j'ai rappelé une observation publiée en 1844, et j'en pourrais citer une autre couronnée de succès qui fut publiée en 1840 (RÉSUMÉ ANALYTIQUE, etc., p. 16).

D'un autre côté, M. Leroy-d'Étiolles affirme qu'il mit à exécution la même idée en 1838.

Entre mes preuves et ses affirmations, l'Académie jugera.

De plus, il revient sur l'origine de cette opération et sur l'instrument qui nous sert à la pratiquer, et il trouve moyen d'utiliser à cet égard un procès qu'il a perdu. Qu'il me soit permis de communiquer à l'Académie un document précieux que j'ai découvert nouvellement; car c'est précisément l'absence de documents qui a fait la force de M. Leroy jusqu'à présent.

Il invoque la planche 54 du t. VII de l'ouvrage de Bourgery, publié en 1840; mais il ne dit pas que, de trois figures qu'il y donne de son scarificateur prosta-

tique, aucune ne le représente agissant, ou même pouvant agir à la manière d'un brise-pierre. Or mon exciseur de 1839 et mon inciseur de 1841 agissaient à la manière d'un brise-pierre.

Ce qu'il ne dit également pas, c'est que la planche 53, dont il a fourni tous les éléments, représente les diverses maladies de la prostate, telles que tumeurs du lobe moyen, tumeurs des lobes latéraux, abcès, calculs, etc., et que, nulle part, il n'est question de barrière ou de valvule formée par cette glande. L'index est à côté de la planche.

Ce qu'il cache encore mieux, c'est que la planche 56 *bis* représente son scarificateur en action. Or il n'agit nullement à la manière d'un brise-pierre, et il scarifie... quoi? la face antérieure d'une *tumeur pédiculée* du lobe moyen située tout entière dans la vessie. Pas un mot de barrières ou de valvules.

Ainsi M. Leroy ne disait mot en 1840 de ce dont il fait tant bruit aujourd'hui, et il ne parle plus aujourd'hui de ce qu'il faisait uniquement figurer en 1840.

— M. Pétron (de Lisieux), adresse pour être remis à la commission du prix Nadau, le manuscrit d'un petit traité d'hygiène populaire intitulé : le Catéchisme de la santé.

— M. Burq adresse un mémoire supplémentaire sur la préservation et le traitement du choléra par les métaux.

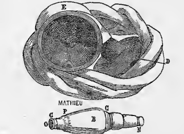
— M. le docteur Giraud (de Marseille) adresse une note sur un stéthoscope de son invention.

Les avantages attachés au stéthoscope dont il s'agit sont les suivants : moyen d'auscultation médiate autour de la poitrine sur autrui, sur soi-même, sur le voisinage des fractures, sur l'abdomen d'une femme enceinte; moyen acoustique de communication entre malade et médecin; moyen de ligature et de compression circulaire; moyen d'insufflation médiate; moyen propre à sauvegarder les lois naturelles de la pudeur, peu de volume et de pesanteur, flexibilité du tube sur lui-même, de manière à devenir d'un transport très-facile et d'une grande commodité d'application.

Le dessin ci-joint donnera une idée de cet instrument.

(Fig. 1.) L'instrument replié et tressé sur lui-même, de manière à occuper le moins de place possible. A, embout infundibuliforme vu par le creux. D, plaque auriculaire vue par-dessus. E, tube en coutchouc.

(Fig. 2.) Bout qui peut s'adapter à volonté à la place de la plaque, soit pour



l'insufflation, soit pour être introduit dans le conduit auditif dans le but d'ausculter. Bcc, partie renflée du bout recouverte de caoutchouc, afin de ne pas blesser la narine du sujet soumis à l'insufflation et le conduit auditif de la personne qui ausculte; o, ouverture terminale; pp, limite du bout en bois; ppo, bout flottant en caoutchouc; nec, partie du bout en bois qui doit entrer à l'extrémité du tube qu'occupait la plaque auriculaire. (Comm. M. Piorry.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer. La parole est à M. Velpeau.

Du traitement des anévrismes par le perchlorure de fer.

M. Velpeau : L'importante question que M. Malgaigne a portée devant l'Académie n'a été qu'effleurée à peine dans la précédente séance. M. Malgaigne, cependant, a fait sa communication dans le but de la faire juger. Mais on se ferait singulièrement illusion si l'on croyait que la question va être jugée par un vote de l'Académie. Quel que soit l'avis favorable ou défavorable qu'elle exprime, cela n'empêchera pas le public de continuer à s'occuper de ce sujet et les chirurgiens de continuer leurs essais. Il faut reconnaître, toutefois, que cette discussion aura au moins un avantage : ce sera d'avoir fait connaître l'état de la question.

M. Velpeau, après avoir répondu au reproche de témérité et au blâme qui a été déversé dans la précédente séance sur les chirurgiens qui se livrent avec trop de précipitation à des tentatives opératoires nouvelles, s'exprime à peu près en ces termes :

Le désir de trouver un moyen de guérison des anévrismes autre que la ligature, est un désir très-naturel; on a toujours éprouvé le besoin de faire quelque chose de mieux que ce qui se fait, et l'on ne s'en est tenu jusqu'à présent à la ligature que parce qu'on n'a encore rien trouvé de mieux. On ne peut donc blâmer ceux qui cherchent à perfectionner les moyens en usage ou à en imaginer de nouveaux. L'idée d'injecter dans le sac anévrismal un liquide coagulant était une des plus naturelles qui pût se présenter à l'esprit. Aussi avait-elle déjà été conçue par Monteggia d'abord, puis plus tard, par M. Leroy-d'Étiolles. Cette idée, M. Velpeau l'a reprise ensuite lui-même il y a environ vingt-cinq ans, mais sans y insister beaucoup. Une observation qu'il eut l'occasion de faire à peu près à cette époque lui inspira une autre idée. Ayant remarqué que lorsqu'il existait des lambeaux flottants dans la cavité d'une artère, il se faisait autour de ces lambeaux un coagulum, une sorte d'amas de grumeaux sanguins, il pensa qu'il n'y avait pas bien loin de là à obtenir une oblitération complète; il fut conduit par là à faire quelques essais d'acupuncture, mais sans y avoir trop de confiance; puis ces essais ont été abandonnés comme les autres. Cependant, depuis, on a eu l'idée de joindre à ce moyen l'action du galvanisme, et cette idée, inspirée par M. Pravaz, est devenue le point de départ de la méthode de M. Pétrequin. La méthode de la galvano-puncture n'est pas encore acceptée, il reste à démontrer une chose, c'est qu'elle soit supérieure à la ligature. 8 guérisons et 12 insuccès sur 20 cas environ, ce n'est pas là une proportion qui puisse figurer avec avantage à côté des résultats de la ligature; aussi n'est-ce pas encore là un point jugé; mais enfin c'est déjà quelque chose, et on peut se considérer comme justifié à poursuivre ces expériences. Enfin, plus tard, M. Pravaz, après avoir fait un grand nombre d'expériences avec diverses substances coagulantes et réputées hémostatiques, est parvenu à reconnaître dans le perchlorure de fer une propriété coagulante des plus énergiques; de là est venue l'idée d'appliquer cet agent au traitement des anévrismes, idée d'autant plus séduisante que rien ne serait plus facile qu'une semblable opération, qui ne consisterait en quelque sorte qu'à introduire une aiguille dans la tumeur anévrismale, et qu'elle se présentait, d'autre part, sous la garantie d'un homme dont tout le monde appréciait la bonne foi et la gravité. Il faut ajouter enfin que les premiers essais qui ont été tentés ont été des cas de succès.

Voilà à peu près les phases par lesquelles a passé la méthode sur laquelle on a voulu appeler le jugement de l'Académie. Pour ma part, dit M. Velpeau, je suis assez disposé à croire que le moyen tel qu'il a été proposé n'est pas bon; mais enfin je ne suis pas convaincu de son inefficacité, et il est encore possible qu'avec de meilleures conditions d'application il donne de bons résultats. M. Malgaigne oppose le fait d'étranglement et de gangrène du bras, mais ce fait présente quelque chose d'invraisemblable ou tout au moins de très-singulier, et on doit vraiment se demander s'il n'y a pas là quelque autre condition inconnue, étrangère au perchlorure. Ce qui porterait à le croire, c'est que M. Leblanc, qui va pouvoir tout à l'heure le confirmer, a injecté des quantités considérables de perchlorure, 25 gouttes, qui ont été portées dans le torrent circulatoire d'un cheval sans qu'il en soit résulté aucun accident. On a cru que le perchlorure était un caustique; il n'en est rien : on a pu le manier impunément et l'appliquer sur les tissus sans produire de cautérisation. Comment cela pourrait-il être, d'ailleurs, quand on considère de quoi le perchlorure de fer est composé. (Sourires et signes de dénégation.) Enfin il n'est pas démontré que l'inflammation du sac anévrismal, qui a été constatée dans quelques cas, soit inhérente à l'action du perchlorure. Sans doute, si ce fait devait se reproduire, ce serait certainement une raison suffisante pour rejeter la méthode; mais rien jusqu'à présent ne prouve qu'il en soit ainsi.

Il y a une autre difficulté dont on ne s'est peut-être pas assez préoccupé et qui pourrait s'opposer au succès de l'opération : c'est le caillot lui-même. Ce caillot, qui est une nécessité, une condition *sine quâ non* du succès de l'opération, semble dans quelques circonstances devoir le rendre impossible, et voici comme. Il y a deux conditions à considérer dans le caillot ou deux sortes de caillots, le caillot normal, qu'on peut appeler homéomorphe; celui-ci étant composé d'éléments organiques peut être résorbé et reporté sans inconvénient dans le torrent circulatoire. Mais il n'en est pas de même de cet autre caillot consistant en un magma composé de sang altéré, décomposé par la réaction de la substance injectée et de cette substance elle-même, qu'on peut nommer par opposition caillot anormal ou hétéromorphe. Il suffit de voir un de ces caillots, dur, d'un aspect fibrillaire, comme feutré et rappelant assez bien un égagropile, pour se convaincre qu'il ne pourra jamais être résorbé. Or, bien que quelques faits tendent à démontrer que des corps étrangers non absorbables peuvent séjourner indéfiniment dans nos organes sans apporter un trouble notable à leurs fonctions, ce n'est cependant pas en général une chose indifférente, et cela seul ferait rejeter une semblable opération.

Il ressort de tout cela, sans doute, que la méthode d'injection ne vaut pas mieux que la ligature, qu'elle vaut moins même; mais cela prouve-t-il qu'on ne puisse point arriver, en partant de cette donnée, à faire quelque chose de mieux et parvenir à guérir les anévrismes sans ligature? On peut l'espérer. Et quand même on ne suppléerait pas par ce moyen la ligature dans tous les cas, quand on ne la suppléerait que dans les cas où celle-ci n'est point applicable, dans les anévrismes de la racine des membres, par exemple, n'est-ce pas là encore un résultat désirable? Il ne serait d'autant plus qu'il ne faudrait pas insister beaucoup pour démontrer que la ligature est loin de constituer une méthode sûre, toujours efficace et sans danger. Les moyens proposés jusqu'ici pour remplacer la ligature n'ont pas réussi au gré des espérances qu'on avait fondées sur eux, c'est tout ce qu'on peut dire; mais la question n'est pas encore jugée et ne saurait l'être en ce moment.

M. Velpeau termine en rappelant un moyen qu'il a essayé aussi dans le temps et dont il avait omis de parler, c'est la congélation. Mais il a dû y renoncer aussi, parce qu'il n'a pas tardé à reconnaître que le caillot formé sous l'influence du froid se dissolvait aussitôt que la chaleur était revenue.

M. Moreau se défend d'avoir voulu blâmer personnellement qui que ce soit, et encore moins M. Velpeau qu'un autre; mais il n'admet pas l'assimilation que vient de faire M. Velpeau entre les tentatives dont il s'agit et certaines opérations qu'il a citées et qui ont été de véritables conquêtes pour la chirurgie. Lorsqu'on a tenté la ligature de la carotide primitive ou de l'iliaque interne, il y allait de la vie des malades, et l'on conçoit qu'on ait pu leur faire courir les chances d'une

opération grave. Ici il n'en est pas de même, M. Velpeau a rapporté des exemples d'accidents chez les animaux et d'accidents mortels chez l'homme; il y a là des raisons plus que suffisantes pour juger la question. Mon opinion n'est donc pas changée, dit M. Moreau, et je persiste à condamner la méthode.

M. Velpeau a dit avoir essayé de coaguler le sang par la congélation, mais il n'y a rien là de nouveau. Ce moyen avait déjà été employé dans le même but par Guérin, mais sans plus de succès.

M. Leblanc s'autorise de l'accord de tous les chirurgiens sur l'utilité des expérimentations sur les animaux, pour faire connaître à l'Académie le résultat des expériences qu'il a faites avec M. Debout et avec l'assistance de M. Denonvilliers. M. Leblanc, après avoir rappelé les premières expériences de Pravaz et les faits qui en ressortent, rend compte des essais qui lui sont communs avec M. Debout. Ces essais ont d'abord eu pour objet de vérifier les expériences de Pravaz; après en avoir constaté l'exactitude, ils se sont livrés ensuite à une série d'expériences variées, de manière à s'assurer jusqu'à quel point les injections de perchlorure de fer pouvaient être innocentes. Or les expériences leur ont démontré que le perchlorure de fer injecté à petite dose (7 gouttes) a une innocence parfaite; ils ont élevé graduellement les doses, et sont arrivés jusqu'à 15 gouttes sans produire de résultats fâcheux; mais au delà de cette dose, il y a eu des accidents inflammatoires.

Une autre expérience a eu pour objet de voir ce qui résulterait de l'injection d'une certaine quantité de perchlorure dans le torrent circulatoire, sans circonscrire l'artère entre deux ligatures. Ils ont pu injecter jusqu'à 23 gouttes sans qu'il en soit résulté aucun accident. Quant à l'action coagulante, elle n'a eu lieu qu'à la condition de comprimer, pendant un temps assez long, au-dessus et au-dessous du point d'injection, précaution sans laquelle le caillot est chassé par l'onde sanguine et entraîné par le torrent circulatoire. Enfin, il ressort encore de ces expériences qu'un magma plus ou moins considérable résultant de ces injections peut séjourner dans le calibre de l'artère, à la manière d'un corps étranger, sans produire d'accidents notables et sans donner lieu à de la suppuration ni même à un travail inflammatoire appréciable dans les parois du vaisseau. Si de nouvelles expériences démontraient de nouveau l'innocuité du séjour prolongé d'un semblable magma dans un vaisseau, ne serait-ce pas avancer beaucoup la question?

On a exprimé le regret qu'il ne pût pas être fait des expériences directes sur des anévrismes chez les animaux. Malheureusement le vœu exprimé par MM. Moreau et Gerdy n'est pas réalisable, vu l'extrême rareté des anévrismes chez les chevaux. Cela serait peut-être plus facile à essayer sur des varices; bien que rares aussi chez ces animaux, on peut cependant espérer en rencontrer, et, dans ce cas, M. Leblanc ne laisserait pas échapper l'occasion d'en faire l'expérience. M. Leblanc donne ensuite lecture de la lettre suivante, adressée par M. le docteur Valette (de Lyon) à M. Debout :

LETTRE DE M. VALETTE (DE LYON) A M. DEBOUT.

« J'ai eu l'honneur d'adresser il y a quelque temps à la Société de chirurgie de Paris une lettre dans laquelle j'annonçais que je venais d'appliquer la méthode de Pravaz pour le traitement des anévrismes. Si j'ai cru devoir me hâter de prendre date, j'ai pensé que je ne devais pas me hâter de publier mes observations. Je désirais avoir des faits assez nombreux. Je voulais suivre mes opérés un certain temps; je désirais en un mot multiplier mes expériences, me former une opinion sur la question des récidives, afin d'être en mesure de donner à mon travail une certaine valeur. Aujourd'hui que la question a été mise à l'ordre du jour par un des professeurs les plus distingués de la Faculté de Paris, je crois qu'il est de mon devoir de publier mes observations quelque peu nombreuses qu'elles soient. La méthode Pravaz n'a pas donné jusqu'ici des résultats très-satisfaisants, et il n'a pas été difficile à un critique aussi habile que M. Malgaigne de jeter de la défaveur sur une découverte que je persiste à regarder comme ayant un immense avenir.

» Je ne puis pas ne pas manifester mon étonnement de voir un homme aussi partisan du progrès que M. Malgaigne fulminer l'anathème contre une méthode dont les règles d'application n'ont pas été encore formulées. M. Malgaigne s'appuie, il est vrai, sur un certain nombre d'observations; mais leur lecture attentive laissera à tout esprit impartial cette conviction que le plus souvent ce n'est pas à la méthode, mais à la mauvaise application de la méthode, qu'il faut attribuer la plupart des insuccès que l'on a eu à déplorer. Dans un cas, le malade affecté d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique n'avait évidemment, dit l'observation, que deux ou trois jours à vivre; on se sert d'une seringue d'Anel, on pousse dans la tumeur *sept grammes de perchlorure de fer*. (De quel perchlorure de fer est-il question?) Le malade succombe, et on regarderait cette observation comme probante. A Dieu ne plaise que je veuille déverser le moindre blâme sur les chirurgiens qui ont tenté les expériences! Si j'ai été plus heureux, cela tient uniquement à ce que j'ai été guidé, à ce que j'ai eu un liquide bien préparé et présentant un degré de concentration convenable, à ce que j'ai eu sur la puissance de coagulation du perchlorure de fer des renseignements plus précis, à ce que j'ai pu, éclairé par des observations publiées, éviter certains écueils; ainsi, par exemple, cette observation malheureuse qui a eu un si douloureux retentissement et dans laquelle il y a eu gangrène du bras ayant nécessité l'amputation, prouve-t-elle que la méthode de Pravaz bien appliquée expose à un pareil danger? Pas le moins du monde. Elle nous montre seulement qu'il faut interrompre pendant quelque temps la circulation dans l'anévrisme, afin de donner au sang le temps de se coaguler, parce que sans cette précaution le perchlorure de fer est entraîné dans les petites artères, qui se trouvent bientôt oblitérées. Encore une fois, je ne suis pas en mesure de discuter les faits publiés jusqu'ici, et n'ai d'autre but que de vous communiquer des observations consciencieusement prises et présentant un caractère d'authenticité propre à satisfaire les plus exigeants.

» Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion d'appliquer la méthode Pravaz au traitement des anévrismes; voici l'histoire de cette opération :

ANÉVRISME DU PLI DU COUDE; INJECTION DU PERCHLORURE DE FER; GUÉRISON COMPLÈTE SANS ACCIDENT.

« Hugonnet (Louis-Étienne), ouvrier en soie, âgé de 30 ans, demeurant côte Saint-Sébastien, 17, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 14 juillet 1853; il est couché dans mon service, salle Saint-Louis, n° 35. Ce malade est affecté d'une hypertrophie du cœur; sa constitution est assez chétive. Au commencement de juin, M. le docteur X...... pratique une saignée du bras. Je n'ai sur ce qui s'est passé au moment de cette petite opération que les renseignements fournis par Hugonnet. Il me raconte que la piqûre lui a causé une violente douleur qui s'est propagée jusqu'à la main, dont deux ou trois doigts ont été en partie paralysés. Quelques jours après, il remarqua l'existence d'une tumeur au pli du bras.

» Au commencement de juillet, je fus consulté dans mon cabinet; je reconnais un anévrisme et lui déclare que pour guérir il a besoin d'une opération. Effrayé de ma proposition, Hugonnet va consulter M. Pétrequin, qui lui tient le même langage.

» Le 10 juillet, je reçois du malade une seconde visite; il me demande à entrer à l'Hôtel-Dieu, dans mon service; il présentait alors l'état suivant :

» Une tumeur du volume d'une noix existe au pli du coude du côté droit. Elle est le siége de battements très-forts, isochrones à ceux du pouls et qui deviennent plus énergiques lorsque l'on comprime la radiale. La compression de l'artère cubitale ne me paraît pas exercer d'influence sur la tumeur, la compression de l'artère brachiale fait cesser complétement les battements de la tumeur qui revient un peu sur elle-même : à l'auscultation, on perçoit un bruit de souffiet des plus intenses. La peau est saine. Une cicatrice récente indique qu'une saignée a été faite peu de temps auparavant. L'avant-bras est fléchi sur le bras. Les doigts sont encore engourdis, mais cet engourdissement tend de jour en jour à disparaître. Je me décide à appliquer la méthode de Pravaz, et j'exécute l'opération le 21 juillet, en présence de MM. Pétrequin, Barrier, Desgranges, Bouchacourt et d'un très-grand nombre d'autres confrères. M. Burin du Buisson a eu l'obligeance de m'apporter du perchlorure de fer à 30° et de me donner des renseignements sur l'énergie d'action de ce perchlorure.

La capacité de l'anévrisme est évaluée approximativement à un centilitre; nous décidons que je pousserai 15 gouttes de perchlorure, ce qui ne fait en réalité que 13 gouttes, car 2 gouttes sont absorbées par la canule de la seringue; je n'ai pas besoin d'ajouter que je me suis servi de la seringue Charrière. La capacité de celle que j'ai entre les mains est de 25 gouttes, le corps de pompe est en verre, ce qui nous a permis de constater que le liquide n'a pas passé au-dessus du piston.

» Je fais appliquer un tourniquet sur l'artère brachiale, afin d'avoir une compression exacte et surtout permanente. Pour plus de sûreté, M. Chadzinski, interne du service, comprime avec les doigts au-dessus du tourniquet. M. Pétrequin a l'obligeance de se charger de la compression des artères de l'avant-bras. Ces dispositions prises, j'enfonce le trocart au centre de la tumeur. Quand je retire le stylet, un jet filiforme de sang artériel s'échappe de la canule, la seringue est rapidement vissée sur elle, et 15 gouttes de perchlorure sont, je le répète, injectées. Le malade accuse une douleur assez vive. Après une minute d'attente, j'enlève avec précaution la canule; la compression au-dessous de la tumeur est maintenue dix minutes. Quant à la compression de l'artère brachiale, elle est soutenue par M. Chadzinski vingt minutes; et le tourniquet n'est enlevé qu'une heure après l'opération. Pendant la journée, il existe un peu de douleur qui se propage le long de l'avant-bras jusqu'à la main. Les extrémités des doigts sont froides. Les battements de l'artère radiale ont complétement disparu. Ils existent toujours dans l'artère cubitale; plus bas, vous aurez l'explication de ce fait qui m'a un instant inquiété.

» 22 juillet. J'explore la tumeur que j'ai évité de toucher jusque-là. Elle est dure; la coagulation du sang me paraît complète; on ne perçoit aucun battement, excepté à la partie interne de la tumeur.

» Je me rends compte de ce phénomène en admettant une bifurcation de la brachiale. La radiale serait le siége de l'anévrisme qui se trouverait côtoyé par l'artère cubitale. M. Barrier partage cette manière de voir; nous avons eu depuis la démonstration mathématique de ce qui n'était jusqu'ici qu'une présomption. Les douleurs diminuent. La température de la main s'est élevée; l'état général ne présente rien d'extraordinaire.

» 23. Rien à noter.

» 24. Le malade se lève et descend dans les cours de l'hôpital; il mange le quart de portion, la tumeur présente les mêmes caractères.

» 25, 26. Rien de particulier.

» 27. La tumeur, qui est toujours dure, qui ne présente aucun battement, commence à diminuer de volume.

» 31. La tumeur a diminué de moitié; elle n'offre plus que le volume d'une amande, il nous est possible de glisser l'extrémité du doigt entre la tumeur et le vaisseau dont les battements se faisaient sentir à la partie interne; nous acquérons la certitude que ce vaisseau est bien l'artère cubitale. Les mouvements du bras s'exécutent bien.

» 5 août. La tumeur n'a plus que le volume d'un gros haricot. Hugonnet me demande de sortir, mais je le décide à rester encore en observation.

» 12. Il insiste de nouveau. Je lui accorde son *exeat*. Je fais constater son état par MM. Barrier, Desgranges et Pétrequin.

» La tumeur a le volume d'un noyau de cerise, elle est dure, roule sous le doigt. L'artère radiale ne présente pas de battements. Toutefois ils semblent vouloir reparaître vers le poignet. Mais ils sont tellement obscurs que quelques

personnes ne les aperçoivent pas. Il est évident, dans tous les cas, que le rétablissement de la circulation se fait par les collatérales.

» Hugonnet est revenu deux fois, à quinze jours d'intervalle, se faire examiner. Je constate et fais constater la solidité de la guérison.

» La tumeur n'a plus que le volume d'un petit pois. Hugonnet a repris ses travaux qui exigent des mouvements continuels du bras droit. J'ai reçu le malade dans le courant d'octobre, il est venu me consulter pour ses battements de cœur. La guérison de l'anévrisme du pli du coude s'est complétement maintenue.

» Voici en quelques mots les précautions que j'ai cru devoir prendre.

» Je n'ai pas la prétention de poser les règles à suivre ; mais si quelque chirurgien veut pratiquer l'opération de Pravaz, il sera peut-être bien aise d'avoir des renseignements précis sur ce qui a été fait dans le seul cas de guérison obtenue jusqu'ici.

» 1° J'ai employé du perchlorure de fer à 30° préparé par M. Burin du Buisson.

» Dans un travail publié dans la GAZETTE MÉDICALE DE LYON, cet habile chimiste expose les raisons qui motivent le choix du liquide à ce degré de concentration. M. Burin du Buisson démontre que toute opération pratiquée avec du perchlorure de fer plus concentré et par conséquent acide et plus ou moins caustique, ne doit pas entrer en ligne de compte pour faire juger d'une manière définitive la valeur de la méthode Pravaz.

» 2° J'ai injecté treize gouttes seulement pour un centilitre environ de sang ; n'oublions pas qu'il s'agit ici de gouttes expulsées par une canule très-petite ; mais, du reste, on sait que la seringue Charrière contient vingt-cinq gouttes, on peut apprécier d'une manière rigoureuse la quantité du liquide injecté. Est-il besoin de faire remarquer que la quantité trop considérable de perchlorure de fer aurait un effet fâcheux ?

» Dans les observations relatives à des varices (que l'auteur rapporte à la suite de celle-ci), on peut voir à quels inconvénients on est exposé ; mais je dois signaler l'écueil à éviter. Le caillot qui se forme n'a pas immédiatement le volume qu'il doit avoir. Je m'explique. Si l'on injecte dix gouttes, je suppose, de perchlorure dans un vaisseau, on a un caillot dont le volume est représenté par trois. Mais le lendemain ce caillot a augmenté de volume, et ce volume peut être représenté par quatre. A quoi cela tient-il ? Je l'ignore ; toujours est-il que si l'on injecte dans un anévrisme assez de perchlorure pour que le caillot distende le sac, le lendemain la distension sera bien plus considérable, et si la quantité du liquide injecté est trop forte, cette distension pourra amener les résultats les plus déplorables, une inflammation suppurative, par exemple. Il faut donc n'injecter ni trop ni trop peu. Mais qui est-ce qui guidera le chirurgien ? L'expérience. M. Burin du Buisson, qui s'est livré à un très-grand nombre de recherches à ce sujet, a conseillé dix à douze gouttes de perchlorure à 30°, ne l'oublions pas, pour obtenir la coagulation de 1 centilitre environ de sang. Si le volume de la tumeur fait présumer que sa capacité est de 2 centilitres, la quantité à injecter sera de vingt à vingt-cinq gouttes, et ainsi de suite.

» 3° Il importe beaucoup de se servir d'un instrument bien fait, et la raison en est très-simple. Il faut que le liquide passe bien dans la tumeur, mais il faut encore que l'ouverture soit très-petite ; car si du perchlorure s'échappe à travers la petite plaie, le tissu cellulaire sera cautérisé ; il en résultera une inflammation suppurative qui pourra se propager jusque dans l'intérieur du sac. L'instrument construit par M. Charrière présente de très bonnes conditions.

» 4° Enfin il est de la dernière importance d'isoler l'anévrisme par la compression ; car la coagulation du sang n'est pas instantanée. Si la circulation est libre dans l'anévrisme, une certaine quantité de perchlorure sera chassée dans les artères, et la coagulation du sang se fera, non pas dans le sac, mais dans les vaisseaux. C'est à cette circonstance qu'il faut, à mon avis, attribuer la gangrène du bras qui a suivi une tentative d'opération. »

M. Malgaigne, M. Roux et M. Laugier demandent la parole. La suite de la discussion est remise à la séance prochaine.

OBLITÉRATION COMPLÈTE DU CANAL DE L'URÈTRE ; NOUVEAU PROCÉDÉ D'URÉTHROTOMIE PÉRINÉALE ; GUÉRISON.

M. MAISONNEUVE présente à l'Académie un malade qu'il a guéri d'une oblitération complète du canal de l'urètre, au moyen d'un nouveau procédé d'uréthrotomie périnéale.

Ce malade, nommé Mallet (Pierre), âgé de 65 ans, reçut, au mois de février dernier, un coup de corne de taureau dans la région périnéale. Il en résulta une rétention d'urine complète, qui fut bientôt suivie de la formation d'un vaste abcès urineux avec sphacèle des parois de l'urètre et des téguments dans une étendue considérable. Depuis lors, l'urine cessa de passer par la partie antérieure du canal. Plus tard, la plaie du périnée se détergea, ses bords se rapprochèrent et la perte de substance fut comblée par un tissu cicatriciel très-dur, qui remplaça l'urètre dans une étendue de 4 centimètres environ. Derrière cette cicatrice et sur ses parties latérales, existaient 5 pertuis fistuleux, par lesquels l'urine s'écoulait au dehors ; l'occlusion du canal était complète, les bougies les plus fines, les injections poussées avec force, ne pouvaient y pénétrer. Convaincu que dans une lésion aussi grave, le cathétérisme forcé et l'opération de la boutonnière, telle qu'elle est décrite par les auteurs, ne pouvaient être d'aucun secours, M. Maisonneuve eut l'idée du procédé suivant, qui fut couronné d'un plein succès. Voici la description de ce procédé :

Le malade étant couché sur le dos, les jambes fléchies, les cuisses écartées, comme pour l'opération de la taille, le chirurgien introduit d'abord dans l'orifice fistuleux principal une bougie filiforme, qu'il fait glisser jusque dans la vessie ; plaçant ensuite dans l'urètre un cathéter cannelé, il pratique sur la ligne médiane du périnée une incision profonde qui divise toute l'épaisseur du tissu inodulaire, depuis le cul-de-sac de l'urètre indiqué par le bec du cathéter, jusqu'à la rencontre de la partie postérieure du canal, dont la bougie révèle la position.

Dès lors, il devient facile d'introduire une sonde à demeure, destinée à maintenir le calibre du canal artificiel, et sur laquelle s'opère la cicatrisation. Cette opération a été pratiquée par M. Maisonneuve le 14 juillet 1853, et deux mois ont suffi pour obtenir la guérison. Aujourd'hui, ainsi qu'on a pu s'en convaincre en examinant le malade présenté à l'Académie, la continuité du canal est parfaitement rétablie, son calibre admet parfaitement une sonde de 9 millimètres de diamètre, et l'expulsion des urines se fait avec la plus grande facilité.

Grâce à ce procédé très-simple, l'opération de l'urétrotomie périnéale, si incertaine quand on la pratique au hasard et sans guide, pourra désormais être exécutée avec une précision mathématique, et doit, par conséquent, rentrer dans la catégorie des opérations régulières.

L'Académie se forme en comité secret à cinq heures moins un quart pour entendre les conclusions du rapport de M. Pâtissier sur les inspecteurs des eaux minérales et le rapport sur le prix Capuron (accouchements).

Le rapport de M. Pâtissier conclut à ce qu'il soit accordé un certain nombre de médailles aux auteurs des meilleurs rapports sur les eaux minérales.

Aucun mémoire n'étant parvenu à l'Académie sur la question proposée pour le prix d'accouchement, il n'y a pas lieu à décerner de prix.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDE DE L'ACTION CHIMIQUE DU PERCHLORURE, DU PERSULFATE ET DU PERAZOTATE DE FER SUR LES PRINCIPES FIBRINO-ALBUMINEUX DU SANG ; par M. A. BURIN DU BUISSON, pharmacien à Lyon. — Broch. in-8° ; Lyon, 1853. — A Paris, chez MM. Baillière.

La discussion qui a été portée devant l'Académie de médecine, sur la nouvelle méthode de traitement des anévrismes par l'injection de perchlorure de fer, donne un tel caractère d'intérêt et d'actualité à cette petite brochure, que nous avons dû saisir avec empressement l'occasion de la signaler à l'attention de nos lecteurs et d'exposer les principaux résultats qu'elle renferme. Ce devoir nous eût été dicté, dans toute autre circonstance, par l'importance même du sujet et par la part qui revient à M. Burin du Buisson dans l'histoire et la constitution de cette méthode ; mais il devenait d'autant plus impérieux aujourd'hui, que le travail de ce savant chimiste nous a paru renfermer des données capables de jeter une vive lumière sur la question et sur le procès qui s'instruit en ce moment devant l'opinion publique.

Le travail de M. Burin du Buisson se divise en trois parties :

La première comprend une série d'expériences ayant eu pour but de donner un tableau comparatif entre le pouvoir coagulant du perchlorure de fer et celui de toutes les substances employées ou proposées jusqu'à ce jour comme agents coagulateurs du sang ou hémostatiques. Dans la seconde, l'auteur rend compte de l'examen chimique du sang coagulé par le perchlorure de fer ; dans la troisième, enfin, il a rassemblé, parmi les faits observés, tout ce qui peut intéresser, à un degré quelconque, l'application du nouvel agent hémostatique à la guérison de l'anévrisme chez l'homme.

Les recherches de M. Burin du Buisson sur le pouvoir comparatif des diverses substances coagulantes sont résumées dans un tableau d'où il ressort, au premier coup d'œil, que de tous les corps connus jusqu'ici comme exerçant une propriété coagulante sur le sang, aucun n'approche de l'action, merveilleuse par son énergie et son instantanéité, du perchlorure de fer, à l'exception du persulfate et du perazotate de fer, dont la manière d'agir est exactement identique. On reconnaît de plus que cette propriété ne tient nullement à l'acide libre que ces sels contiennent presque toujours, car ceux dont on s'est servi dans ces expériences avaient été neutralisés avec le plus grand soin.

L'auteur a ensuite examiné les propriétés chimiques du sang coagulé par le perchlorure de fer, l'action de l'eau sur le sang ainsi coagulé, le sang coagulé par le chlorure de fer et les alcalis caustiques, etc. Il résulte de ces recherches chimiques, ainsi que M. Lassaigne l'a démontré pour la combinaison du bichlorure de mercure avec l'albumine, et M. Dumas pour les combinaisons du même bichlorure avec certains composés organiques, que, dans l'action de la coagulation du sang par les sels ferriques (soit par du perchlorure, du persulfate ou du perazotate de fer), il se forme une combinaison de ces sels avec les éléments fibrino-albumineux du sang, dans laquelle le sel ferrique joue le rôle d'acide ou électro-négatif ; de sorte que l'on peut dire, d'après la nomenclature adoptée par M. Dumas, que le coagulum formé est un *chloro-ferrate*, ou un *sulfato-ferrate*, ou enfin un *azotato-ferrate* de fibrine ou d'albumine.

L'existence de cette combinaison démontrée, et si, d'autre part, on réfléchit à la solubilité de cette combinaison dans des dissolutions alcalines

même très-étendues, tandis que les acides la contractent et ne la dissolvent qu'en la désorganisant, il ressortira de ces faits des conclusions que M. Burin du Buisson considère avec raison comme étant d'une grande importance pour l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement de l'anévrisme.

En effet, sachant maintenant, d'une part, qu'un excès d'acide dans du perchlorure de fer, contrairement à ce qu'on était porté à croire avant un examen sérieux des faits, n'est pour rien dans l'action coagulante du sang par ce sel, puisque le sel neutre possède cette propriété avec une énergie au moins égale, et que, d'autre part, l'excès d'acide agit sur le caillot formé d'une manière excessivement nuisible sous le rapport du travail de résorption qui doit se produire sous l'influence de l'action vitale, parce qu'il tend à le carboniser ou à le désorganiser; de plus, réfléchissant, d'un autre côté, à l'action inflammatoire que doit produire l'acide chlorhydrique sur les parois de la poche anévrismale et même sur les parties adjacentes au point où l'injection a été faite, on en conclura, avec l'auteur, qu'il est de la plus haute importance de ne se servir, dans la cure de l'anévrisme, que d'un perchlorure de fer neutre. C'est pour M. Burin du Buisson une certitude qu'en employant du perchlorure de fer privé de tout excès d'acide, on éloignera la cause des accidents, qui ne surviennent en grande partie, suivant lui, que par le fait de l'action corrosive de l'acide, accidents que ce dernier, dans tous les cas, ne peut qu'aggraver.

Enfin, en réfléchissant à l'action dissolvante des alcalis sur le caillot chloro-ferrique, que les acides contractent au contraire, et sur l'action identique des premiers et des derniers sur le caillot sanguin ordinaire, formé par l'action de la chaleur sur le sang, M. Burin du Buisson est porté à se demander si, dans le travail de résorption qui se fait sous l'influence de l'action vitale, lorsque par un accident fortuit le sang a été coagulé sur un point quelconque de l'économie animale, l'alcalinité naturelle du sang n'exercerait pas dans ce phénomène de l'organisme une action analogue à celle qui a été observée dans les expériences de laboratoire. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais une hypothèse fondée sur une analogie assez légitime pour qu'on puisse en tirer, ainsi que le fait l'auteur, un nouvel argument en faveur de la nécessité de n'injecter dans les tumeurs anévrismales qu'un perchlorure de fer exempt de tout excès d'acide.

En résumé, M. Burin du Buisson conclut de ses expériences que le perchlorure de fer *neutre* est une substance ***styptique, tannante, mais sans aucune action caustique ou corrosive*** sur les tissus vivants, d'une ***innocuité absolue***, et pouvant, étendue d'eau ou d'un liquide approprié, être prise à l'intérieur à la dose de 1 à 2 grammes, sans aucun danger, laquelle possède, avec le persulfate et le perazotate de fer, la propriété de coaguler instantanément le sang, en formant avec les éléments de ce fluide une combinaison chimique soluble dans l'eau chaude et soluble à froid dans les solutions alcalines; pouvant être résorbée sans danger pour l'économie, et n'étant susceptible, à cause de ses propriétés physiques et chimiques, que de produire une excitation modérée sur les parois de la poche anévrismale. Il résulte, de plus, des essais de cet habile chimiste, que sept gouttes de solution chloro-ferrique à 40 ou 45° Beaumé (M. Burin du Buisson ayant reconnu depuis qu'à ce degré il est presque impossible de conserver une solution de perchlorure sans lui laisser un excès d'acide, et adopté la densité de 30° Beaumé, degré auquel il se conserve parfaitement et jouit d'une action suffisamment énergique) sont nécessaires pour solidifier un centilitre de sang veineux; mais comme le fluide sanguin qui fait partie des tumeurs anévrismales est presque toujours beaucoup plus épais, il pense que la quantité de cinq gouttes de la solution neutre peut être admise comme suffisante pour chaque centilitre de sang environ, dans le traitement de l'anévrisme.

Nous ne croyons devoir ajouter aucun commentaire à ces faits dont tout lecteur appréciera suffisamment la valeur. Nous nous demanderons seulement, en les rapprochant des résultats tant heureux que malheureux qui ont été constatés jusqu'ici, et notamment de l'observation si remarquable de M. Valette qu'on peut lire plus haut, si l'on ne trouverait pas dans l'état du perchlorure de fer employé et dans les conditions diverses dans lesquelles on s'en est servi, la raison des succès et des insuccès; et s'il n'y aurait pas lieu d'en appeler d'un jugement prématuré et hâtif, fondé sur des insuccès dus probablement à un mauvais emploi de la méthode, à de nouveaux faits réalisés dans les conditions si bien formulées dans le travail du savant chimiste de Lyon.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

— Quelques journaux annoncent l'apparition dans la capitale de plusieurs cas de choléra-morbus. Sans prétendre nier l'existence de ces faits, il est permis jusqu'ici de n'y voir que des cas isolés, dont les caractères et la gravité ne permettent pas de les considérer comme les véritables avant-coureurs d'une épidémie. A diverses époques, et dans différentes localités, on a remarqué ces apparitions isolées, quoique insolites. Du reste, nous tiendrons nos lecteurs au courant des modifications que pourra subir l'état sanitaire de la capitale.

— Des prodromes du choléra. — Dans une lettre au Registrar general, le docteur Maclongblin résume de la manière suivante la question relative à la diarrhée prodromique.

« En 1849, pendant l'épidémie cholérique, on fit une enquête afin de savoir si la diarrhée était le premier symptôme du choléra, et s'il n'y avait pas des cas de choléra débutant brusquement par des crampes et des vomissements sans être précédés de diarrhée ni d'autres symptômes. Dans cette enquête furent examinés tant à Londres que dans le voisinage par un nombre suffisant de médecins capables, 3,902 cas de choléra, et dans aucun de ces cas, sans exception, la maladie ne se manifesta subitement et sans signes avant-coureurs. Dans chacun de ces 3,902 cas, il y avait eu une diarrhée de quelques heures au moins, de quelques jours ou de plusieurs semaines antérieure aux crampes.

» Depuis la dernière apparition du choléra une enquête analogue a conduit aux mêmes résultats, et on n'a pas découvert jusqu'à présent un seul cas de choléra qui n'ait été précédé pendant quelques heures au moins de la diarrhée prodromique. Les quelques cas signalés par les rapports hebdomadaires comme observations de choléra sans diarrhée prodromique, mieux examinés, sont tous rentrés dans la règle générale. Il est donc nécessaire de n'admettre que sous toutes réserves et après contrôle les faits d'invasion brusque, puisque nous ne connaissons pas d'exemple positif d'un début semblable. »

(Medical times, du 12 nov.)

— Choléra. — Le rapport hebdomadaire du 5 novembre nous montre qu'il y a eu à Londres, dans la dernière semaine, une légère augmentation de la mortalité générale, 1,112 au lieu de la moyenne de 1,101 décès.

On compte dans ce chiffre 102 décès cholériques.

Les chiffres des décès cholériques ont été, pour les trois semaines précédentes 45, 83, 99.

Les décès par diarrhée et par dyssenterie ont donné, dans les quatre dernières semaines successivement, les chiffres décroissants 55, 48, 43, 42.

Londres, dit le dernier rapport hebdomadaire, est située dans un bassin au centre duquel coule la Tamise; il est en quelque sorte assez facile de diviser cette ville suivant le degré d'élévation des différents quartiers au-dessus de la mer, en un certain nombre de terrasses dont la plus élevée, située à Hampstead, aurait 350 pieds au-dessus du niveau des eaux, et dont la plus basse aurait une hauteur de 0 à 20 pieds.

On a reconnu que, dans l'épidémie de 1849, le nombre des morts était inversement proportionnel à l'élévation des différents districts.

D'après ces bases, la classification des décès cholériques observés à Londres cette année jusqu'au 29 octobre, donne les résultats suivants qui confirment entièrement ceux de l'épidémie antérieure.

Hauteur des quartiers.	Population.	Décès des 10 semaines finissant au 29 octobre.	Proportion des décès sur 100,000 hab.	
			Chiffres réels.	Série calculée.
350 pieds	11,986	0	0	2
100 —	157,696	20	13	5
80 à 100 —	262,285	9	3	6
60 80 —	118,992	5	4	8
40 60 —	513,588	55	11	10
20 40 —	438,193	70	16	16
0 20 —	859,496	264	31	31
	2,362,236			

— Fièvre jaune. — Le conseil de santé de la Nouvelle-Orléans a déclaré que la fièvre jaune n'était pas épidémique dans cette ville. A Mobile, du 12 au 13 octobre, il y a eu 15 décès. A Galveston, sur une population de 4,000 habitants, 1,600 attaques et 400 décès; les dernières nouvelles de cette ville annoncent une diminution de l'épidémie. Les rapports sanitaires de Indiaoola et de Lavaça sont des plus sinistres. Dans cette dernière localité, tous les médecins étaient morts et les autorités administratives s'étaient enfuies. A Houston et dans d'autres villes du Texas, la maladie continue à sévir. A Bahia et à Fernambouc, la fièvre jaune avait entièrement disparu. Aux Bermudes, l'épidémie n'a pas permis le débarquement de huit cents hommes de troupes qui arrivaient d'Angleterre et qu'on a transportés à Halifax.

Petite vérole. — Aux îles Sandwich, la petite vérole a fait de grands ravages. Dans le seul îlot d'Oahu, il y a eu en juillet, dans une seule semaine, 626 cas et 216 décès. Le 28 juillet dernier, on comptait qu'il y avait eu dans ces îles 2,886 cas et 1,027 décès.

— M. G. Dufour, médecin aide-major aux hôpitaux de la division de Constantine, passe à l'hôpital militaire de Bordeaux.

— M. le docteur Deval continue ses consultations cliniques *sur les maladies des yeux*, à son dispensaire, rue de l'Échelle, 6, les jeudis et samedis, à onze heures du matin.

Tout est public et gratuit.

— M. le docteur Tavignot, ex-chef de clinique des maladies des yeux à l'hôpital de la Pitié, a commencé un cours théorique et pratique des maladies des yeux, le lundi 14 novembre, à onze heures, rue Grégoire-de-Tours, 8, et le continuera tous les lundis à la même heure.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

Les bureaux de la Gazette Médicale sont transférés rue Racine, n° 10, à la librairie de M. Hamel. — M. Hamel se met à la disposition de MM. les abonnés pour toutes les commissions de librairie, d'achat d'instruments, etc.

REVUE SANITAIRE.

ÉTAT SANITAIRE DE LA CAPITALE. — NATURE ET CARACTÈRE DES AFFECTIONS RÉGNANTES. — MESURES PRÉVENTIVES.

Dans les centres des populations d'une certaine importance, l'appréciation de l'état sanitaire résulte de la nature des affections régnantes, de leur caractère, de leur intensité et de leur nombre. Ce sont ces différentes données qu'il faut réunir et coordonner pour arriver à des notions précises sur l'état de la santé publique. Présenter seulement le nécrologe de telle ou telle affection au début des épidémies qu'elle engendre, c'est s'exposer à donner une idée, sinon inexacte, au moins très-incomplète de l'état sanitaire. Il en serait autrement dans la période de grand développement des épidémies; alors, en effet, une seule maladie, quelquefois deux au plus, absorbent presque toutes les autres causes de décès, et leur extension ou leur arrêt peut, en quelque sorte, servir à la mesure des conditions hygiéniques.

Cette remarque est de tous points applicable à ce qui se passe en ce moment dans la capitale. Quelques décès cholériques ont eu lieu dans nos murs depuis le 7 de ce mois. Le 7, le 8, le 9 novembre, on a compté 1 décès; du 10 au 19, la mortalité cholérique a suivi une progression croissante de 2 à 8 et 9 décès par jour; le 20 et le 21, ce chiffre s'est encore élevé à 10 et à 11, mais le 22 et le 23, il y a eu une décroissance marquée, 6 décès seulement dans les hôpitaux, et pas de décès à domicile. En somme, du 7 au 23 novembre, on a compté dans les hôpitaux 37 décès, et à domicile 17, suite de choléra, total : 54 décès en quinze jours. Dans le même laps de temps, il est entré dans les hôpitaux 37 cholériques, et il s'est déclaré à l'intérieur de ces établissements 35 cas de choléra, ce qui porte à 72 le nombre des cas observés dans les hôpitaux. Nous ferons, relativement à ces chiffres, les observations auxquelles nous venons de faire allusion, afin d'avoir une idée précise de leur valeur réelle et de leur signification. 54 décès en quinze jours nous donnent une moyenne de 3,6 décès cholériques par jour, proportion bien peu considérable si nous la comparons au chiffre général des décès, qui est, en moyenne, de 80,5 par jour pour la ville de Paris, d'après les calculs basés sur la statistique des dix dernières années.

Notons ici que le chiffre moyen des décès n'a pas varié d'une manière sensible, que même il n'a aucunement augmenté ces jours passés. Ainsi, à tout prendre, il n'y a à l'heure actuelle aucune aggravation dans l'état sanitaire. Peut-être même si l'on calculait les moyennes des années antérieures, qui se rapportent à cette époque du mois de novembre, par rapport à l'augmentation de la population, trouverait-on qu'il y a en diminution dans la mortalité. L'état sanitaire est, à l'heure actuelle, ce qu'il est au début de beaucoup d'épidémies, dans des conditions de mortalité ordinaires ou même inférieures à la normale. Mais les prévisions de l'avenir sont là, pleines de dangers pour quelques esprits, moins graves pour quelques autres, et pour parler à l'heure actuelle de la santé publique, il faudrait, au gré de chacun, pouvoir soulever le voile qui couvre cette question d'avenir. Nous venons de démontrer, en effet, que les préoccupations doivent porter uniquement sur l'avenir et non sur le présent.

On pourrait réunir beaucoup de faits relatifs au début des épidémies cholériques, les comparer entre eux, et par ce moyen arriver à dire avec quelque probabilité que la maladie actuelle sera plus lente dans ses progrès, d'une durée plus longue, d'une marche plus irrégulière et d'une gravité moindre que les épidémies antérieures. Mais ce ne serait là, à proprement parler, qu'une induction dont l'avenir pourrait fort bien démontrer le peu de fondement, et qui aurait contre elle, dès aujourd'hui, un certain nombre d'observations différentes et mêmes contradictoires. Nous aimerions mieux de toute façon, s'il y avait à porter un pronostic semblable, nous fonder sur la nature et le caractère des affections régnantes, dans lesquelles peuvent se trouver des indices plus certains que tous ceux que l'on serait tenté de tirer de la marche des épidémies antérieures et de l'influence des saisons. On peut, en effet, relever les observations suivantes : depuis le mois de septembre, et surtout en octobre, diminution sensible dans le chiffre des décès, diminution très-notable du nombre des malades; au commencement de novembre, apparition des diarrhées, et depuis cette époque accroissement considérable du chiffre de ces affections, tels sont les deux traits qui nous semblent constituer, en en dehors des cas de choléra déclarés, les caractères de l'état sanitaire actuel : une sorte d'effacement des maladies habituellement régnantes et la présence d'un grand nombre de diarrhées. Notons ici que ces diarrhées cholériques, ces cholérines, diffèrent totalement des diarrhées qui régnaient parmi nous l'année passée presque à cette époque : c'étaient alors des diarrhées dyssentériques : diarrhée cholérique, diarrhée dyssentérique, deux affections presque semblables en apparence, mais que des différences symptomatiques radicales séparent pourtant les unes des autres, et auxquelles correspondent des altérations anatomiques spéciales et des causes spécifiques particulières. Si à ces caractères on ajoute ceux qui appartiennent en propre aux cas de choléra observés, on complétera ce sujet, et on aura le tableau exact de la constitution médicale actuelle.

La Gazette Médicale faisait observer dernièrement combien il importait, dans l'étude des épidémies, de rapprocher les affections qui ont la même origine, la même cause, et qui, bien que différentes dans l'intensité, ont les mêmes indications hygiéniques, exigent le même traitement prophylactique. On a pu voir, d'après ce que nos confrères de la presse médicale ont déjà publié sur les symptômes observés dans les premiers cas de choléra, qu'il manquait à la maladie, dans ses premières manifestations, quelques-uns de ses symptômes caractéristiques, tels que les crampes et la cyanose : ce n'en était pas moins du choléra, et du choléra grave. Aujourd'hui la maladie s'est pour ainsi dire constituée; on a pu l'étudier dans bon nombre de cas où elle a revêtu la forme asiatique, avec les crampes, la cyanose, les selles riziformes, l'état argileux de la peau, l'excavation des orbites et de la face, l'abaissement énorme de la température, la suppression de la sécrétion urinaire, etc. Il ne manque à cette affection aucun des traits du choléra épidémique, et pourtant les personnes qui ont vu le choléra en 1832 trouvent que l'affection actuelle présente de notables différences avec

---

Feuilleton.

FRAGMENTS DU JOURNAL D'UN CHIRURGIEN DE MARINE.

Premier fragment. — Tonga-Tabou. — Le prêtre-médecin Fata Foa et le chirurgien Vauona.

. . . .

. . . . . J'étais décidément l'*ofa* de Fata Foa, et, selon l'usage polynésien, nous avions changé de nom; je m'appelais désormais Fata Foa, et mon ontougamiz portait mon nom français, qu'il estropiait d'une singulière façon, quand, tout glorieux, il essayait de le dire à ses concitoyens tous jaloux d'un tel honneur. Un *ofa* n'est autre que le *taïo* de Taïti; cela veut dire ami. Fata Foa appartenait à la classe des *Mataboulais*, sorte de tiers état de la société tongataboutienne. C'est vraiment le ciel qui me livrait, à moi médecin, un tel et si curieux sujet, car Fata Foa se trouvait alors *fahe guehe*, c'est-à-dire inspiré, prêtre, et partant médecin.

A Tonga, le sacerdoce entraine la divination et la puissance de guérir, ainsi que dans la plupart des sociétés naissantes; la chirurgie seule est pratiquée par des individus qui en font leur spécialité. Sous le rapport médical, Taïti et Noukahiva semblent plus avancés que Tonga; les prêtres n'y jouent point à la pythonisse, et l'on y place une moins aveugle confiance dans les exorcismes, dans les charmes et les prédictions des fourbes et des charlatans; la médecine proprement dite commence à y être un art et une science, rudimentaires, informes et ridicules sans doute, mais dont le domaine est bien fixé, dont la culture se trouve déjà confiée à des mains spéciales; c'est le premier pas sur la route du progrès.

Les prêtres de Tonga ne forment point une classe distincte; non-seulement ces fonctions ne sont pas héréditaires, mais le sacerdoce n'est que temporaire. Tout à coup, du peuple, du tiers état, plus rarement du sein de la noblesse, s'élance un homme qui se prétend inspiré, possédé de l'esprit divin qui le visite, s'infiltre en lui et le fait participer à son essence; le voilà prêtre pour tout le temps que durera son extase ou sa jonglerie, car, ainsi que nous le verrons, il y a l'un ou l'autre, souvent les deux à la fois. L'extatique ou le fourbe sont déclarés *fahe guehe*, c'est-à-dire hors ligne, séparés du reste des hommes en vertu de leur essence divine. La scène jouée ou l'esprit calmé, l'inspiré rentre dans sa caste et redevient, comme auparavant, un simple mortel, une nature tout humaine; c'est un temple dont la divinité s'est retirée, et dont les ruines réveillent des souvenirs, mais n'inspirent plus de vénération.

Tel était notre ami Fata Foa, prêtre en activité, temple habité par le dieu, et, pour nous, sujet d'enquête médico-légale, psychologique et pathologique.

Le lendemain, presque dès le jour, nous nous disposons à aller visiter à terre la case de notre fidèle, quand il vint lui-même avec ses gens nous chercher au mouillage, dans son sauvage canot, esquif peu rassurant, mais si bien manœuvré

celle qui a sévi à cette époque. On trouve même, comme l'a fort bien signalé M. le docteur Lecadre dans une communication académique sur le choléra du Havre, que la maladie actuelle n'est pas tout à fait identique à celle qui s'est montrée en 1849. La période algide dure moins; on en triomphe plus facilement. La période de réaction qui lui succède est moins vive, la fièvre moins prononcée; par contre, l'état typhoïde, ou plutôt comateux, est marqué et dure un temps plus long. Déjà, en 1849, il avait été reconnu presque partout que les crampes étaient moins violentes, moins générales, moins persistantes qu'en 1832. Les symptômes que semble vouloir présenter aujourd'hui l'épidémie sont donc une atténuation de ceux de 1832 et peut-être même de 1849, et cette atténuation porte surtout sur le premier stade de la maladie. Ici qu'on nous permette une remarque incidente: on pourrait en quelque sorte avoir la mesure du degré de gravité des différentes épidémies cholériques en prenant la moyenne de la durée de la maladie dans tous les cas, et principalement dans les cas mortels, cette gravité étant en rapport inverse avec la durée de la maladie; on pourrait encore arriver au même résultat en prenant la moyenne de la durée de la période algide.

Il résulte des faits que nous venons de poser que l'épidémie cholérique, qui est en voie d'apparition parmi nous, n'a pas encore influencé d'une manière sensible le chiffre de la mortalité, et que d'après le caractère des maladies régnantes il n'y a à avoir actuellement aucune préoccupation grave sur l'état sanitaire. Faisons remarquer en outre que presque tous les cas de choléra sont survenus, dans les hôpitaux, sur des malades affaiblis ou convalescents et sur la partie pauvre de la population, que toujours il y a eu des symptômes prémonitoires, et que toutes les localités de la ville de Paris qui ont fourni des cholériques aux hôpitaux ont été de la part de l'administration l'objet d'une enquête sévère portant sur la condition de salubrité ou d'insalubrité des logements, sur l'état sanitaire des familles et de toutes les personnes habitant ces premiers foyers du choléra. Le système des visites préventives vient ainsi de recevoir une première application à l'aide des médecins attachés au conseil de salubrité, d'après l'initiative de M. le préfet de police. Des soins ont été ainsi administrés à domicile à toutes les personnes qui étaient sous l'imminence du choléra, et des conseils donnés à celles qui se trouvaient dans les conditions favorables au développement de la maladie. De plus, les médecins de tous les établissements ressortissant à la surveillance de la préfecture de police, ceux de toutes les fabriques qui emploient le travail des enfants, les teintureries, les filatures, les impressions sur étoffe, les papiers peints, etc., ont reçu des instructions qui leur prescrivent de se conformer dès aujourd'hui au système préventif. Il est probable que l'administration municipale a déjà étendu l'application des mêmes mesures aux prisons, de même que l'administration de la guerre l'a prescrite à toutes les troupes stationnées dans plusieurs divisions militaires.

Telles sont les précautions que la science a indiquées depuis 1832, que l'expérience a sanctionnées chez nous à plusieurs reprises dans des établissements particuliers, et qui ont reçu en Angleterre une confirmation des plus éclatantes. Nous aurons soin bientôt de suivre l'effet de l'application de ces mesures, et nous chercherons à déterminer les résultats de leur rigoureuse exécution après avoir signalé l'extension qu'elles devront nécessairement recevoir.

THOLOZAN.

ÉTIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LES ACCIDENTS MORBIDES PRODUITS PAR L'USAGE DES COSMÉTIQUES QUI ONT LE PLOMB POUR BASE (BLANC DE FARD); par M. le docteur FIÉVÉE.

Tout le monde sait que le blanc de fard, dont font usage certaines classes de la société et plus particulièrement les artistes de nos théâtres pour relever l'éclat de leur teint, a pour base du carbonate de plomb et de la chaux. Cette préparation d'un beau blanc, douce et onctueuse au toucher, d'une consistance et d'une pesanteur spécifique qui en rendent l'adhésion facile et persistante, constitue, à raison de ses propriétés plastiques, l'un des meilleurs cosmétiques de ce genre.

Aussi l'industrie s'en est-elle emparée, et l'exploite-t-elle depuis longtemps sans se préoccuper des effets funestes que produit son usage, et sans que l'autorité elle-même et les conseils de salubrité institués pour l'éclairer sur ces sortes de questions, aient rien fait jusqu'ici pour l'empêcher.

Qui pourrait dire cependant ce que cet usage a produit de malheurs, et la quantité de victimes qu'il a faites?

Le blanc de fard absorbé à la surface de la peau, exerce, en effet, sur l'économie une action plus délétère peut-être qu'aucun des autres poisons métalliques, d'autant plus délétère qu'il agit sourdement, d'une manière lente et graduelle, mais incessante, et qu'il laisse à la longue des traces profondes, durables et terribles sur la plupart des appareils organiques. Pendant le cours d'une carrière déjà longue, j'ai eu maintes fois l'occasion d'être péniblement impressionné par les terribles effets de l'emploi de ce cosmétique. J'ai fait part, depuis bien longtemps, de mes inquiétudes à cet égard à toutes les personnes qui pouvaient y être intéressées, mais sans me dissimuler l'insuccès qu'auraient mes avertissements en présence de la force de l'usage et de la tyrannie de la mode.

J'ai en vain invoqué auprès des autorités la raison d'hygiène publique. Tout le monde est resté sourd à ma voix, et j'ai vu, plus d'une fois, ma trop juste sollicitude taxée de prévention. J'ai, plus que jamais, acquis la conviction, à cette occasion, qu'il faut souvent une persévérance inouïe pour faire reconnaître la vérité.

Puisse le nouvel effort que je tente aujourd'hui avoir plus de succès, et ouvrir enfin les yeux de l'autorité et de tous les intéressés, sur les funestes effets d'un poison d'autant plus terrible qu'il est déjà presque impossible de le combattre dès que son action commence à se produire!

Le blanc de plomb porte son action sur toutes les parties vivantes; il déprime les forces, paralyse les mouvements; sous l'influence de ce poison, toutes les actions nerveuses sont ébranlées et perverties. C'est surtout sur les centres nerveux qu'il exerce avec le plus d'intensité ses funestes effets.

Le ramollissement en est un des résultats le plus ordinaires. L'organe nerveux le plus fréquemment affecté par le plomb est la moelle épinière, et par suite tous les organes qui en dépendent; c'est sur les filets nerveux cutanés qu'il fait ressentir tout d'abord son action; il pervertit la vitalité de la peau, paralyse ses fonctions perspiratoires, ralentit la circulation capillaire. La peau devient terne et ridée, elle prend une couleur mate plombée, et donne aux individus qui sont en proie à ce genre d'empoisonnement, une apparence chlorotique; en un mot, la peau a perdu entièrement sa vitalité,

---

que nous nous y jetâmes sans hésitation. Les pagaies battirent l'onde amère avec prestesse et régularité, en sorte que nous atteignîmes bientôt le récif madréporique qui borde l'île d'une ceinture écumeuse; nous le franchîmes entre deux brisants, et, la barrière passée, une nappe tranquille reçut le canot à peine bercé par une nonchalante ondulation.

La terre me sembla un vrai paradis terrestre, rapprochement d'autant plus exact que le costume de ses habitants était à peu près celui de nos premiers pères. Les hauts cocotiers, chargés de leurs fruits pendants, étendaient sur les sables du rivage l'ombre de leurs larges palmes découpées, et les bananiers, plus humbles, supportant à peine leurs pesants régimes, étalaient sur nos têtes leurs parasols verdoyants. Attirés par la fraîcheur d'un limpide ruisseau, des tourterelles et des perruches éclatantes sautillaient de branche en branche, ou jouaient parmi les herbes et les fleurs, en secouant les perles déposées par les vapeurs d'une cascatelle voisine. Deux ou trois espèces d'inoffensifs serpents, un petit lézard et un hydrophis, ne nous parurent point d'assez incommodes habitants des pelouses pour nous faire résister à l'envie de nous rouler sur ce tapis doux et moelleux. Après les misères du bord, que la terre a de charmes! Bougainville a nommé Taïti nouvelle Cythère; c'est un nom que nous serions disposé à donner à chaque île de la Polynésie, quand nous descendons sur sa plage enchantée.

Au sortir du bosquet, nous nous trouvâmes dans un joli village situé sur la lisière du bois. Les jardins, parfaitement cultivés, étaient clos de haies vives ou de palissades en cannes à sucre. Les ignames et le bava couvraient la terre, soigneusement sarclée et émondée de toute herbe parasite. Le taro, dont la culture exige des conditions à peu près pareilles à celles des rizières, occupait les endroits déclives facilement arrosables. Ces tarotières, ainsi que nous pûmes nous en assurer dans le cours du voyage, sont des foyers fabricateurs du miasme palustre. Ces productions, avec le cocotier, le bananier, l'arbre à pain et une fougère comestible, constituent les principales ressources alimentaires tirées par les Polynésiens du règne végétal.

Tout respirait l'aisance dans ce village. Les cases, formées par une carcasse, de poutrelles dont les intervalles étaient comblés par des cannes à sucre et des feuilles de bananier, nous ont semblé généralement spacieuses. Les unes, destinées au sommeil, étaient partout fermées et n'avaient que deux portes pour toute ouverture; les autres, habitées pendant le jour, recevaient par leur clairevoie, les rafraîchissantes brises de la mer.

Presque tout le monde sortit des cases en nous apercevant. Le type des Tongataboutiens est fort beau: c'est un des plus remarquables de la race humaine polynésienne. Beaucoup d'hommes ne portaient que le simple *maro*, sorte d'étui couvrant le pudendum et soutenu par une ceinture; mais la plupart se paraient en outre du manteau d'étoffe indigène, fabriquée avec les fibres textiles du mûrier à papier. Les femmes allaient la tête nue; mais des reins aux genoux tombait une sorte de jupe de même étoffe que ce manteau, *guafi guafi*, des hommes, ou faite de lin et souple tissu de pandanus.

Fata Foa congédia les indigènes accourus pour nous offrir leurs services, et nous arrivâmes bientôt à sa case, située au bord du lagon intérieur de l'île basse et madréporique de Tonga Tabou. Cinq ou six îlots verdoyants balançaient l'ombre de leurs cocotiers sur la surface paisible et azurée de la nappe, à peine ridée par l'aile des oiseaux de mer. Le bruit de la vague sur les récifs lointains

l'exhalation cutanée ne s'opérant plus, les produits qui étaient destinés à être éliminés sont résorbés et reportés dans le torrent circulatoire. Il semble que la vie ait fui la surface du corps, et qu'elle se soit retirée des filets nerveux vers les centres. Les mouvements péristaltiques des intestins diminuent ou cessent même tout à fait, d'où cette constipation opiniâtre si difficile à combattre, ainsi que tout le monde le sait, dans les coliques saturnines; les sécrétions intestinales sont supprimées; les muscles abdominaux sont rétractés, en un mot, l'ordre physiologique est troublé, la nutrition est comme suspendue par suite de cette perturbation générale de l'action nutritive; il y a à chaque instant à redonter pour chaque appareil, soit des lésions organiques, soit des névroses capables de compromettre l'existence. Ajoutez à ce premier ensemble de phénomènes morbides la chute des dents et des cheveux, des rides sèches et profondes, des rugosités et des détritus furfuracés sur toute la surface de la peau, le gonflement des paupières inférieures, et vous aurez un tableau à peu près complet des effets de ce cosmétique.

Il est trois classes de la société qui font principalement usage du cosmétique ou carbonate de plomb et de chaux : ce sont les artistes dramatiques, les femmes du monde et les femmes galantes. Pour les artistes, l'usage du blanc de fard est une exigence de leur profession; aussi perdent-ils en général de bonne heure leur fraîcheur et leur santé, quelquefois même la vie, ou, ce qui est pire encore, ils ne vivent qu'accablés de graves infirmités. On peut calculer que les sept dixièmes au moins des comédiens vieillissent avant le temps, et meurent, jeunes encore, dans une sorte de décrépitude anticipée. Ils succombent généralement à des lésions organiques; et cet artiste, que vous avez vu dans sa jeunesse plein de vigueur et de santé, voyez-le à cinquante ans, la figure pâle, ridée, flétrie, le teint plombé, l'expression presque éteinte dans le regard. Cet état, qu'un préjugé calomnieux, trop longtemps accrédité dans le monde, attribue aux excès d'une vie de plaisirs et de désordres, beaucoup plus exceptionnelle qu'on ne pense, n'est que l'effet de l'usage prolongé du cosmétique en question, joint aux fatigues du travail et souvent aussi aux soucis et aux déceptions cruelles d'une carrière soumise aux caprices et à la versatilité du public.

Les femmes dont l'existence n'a d'autre objet que de chercher à plaire payent aussi un cruel tribut à l'abus qu'elles font de ce cosmétique. Bien qu'elles en mettent moins que les artistes, et peut-être même parce qu'elles en mettent moins, l'absorption n'en étant que plus active, ses effets se traduisent aussi chez elles par des névroses nombreuses et variées, qui attestent une profonde atteinte de la santé et du principe même de la vie qu'elles finissent presque toujours par perdre de bonne heure.

Quant aux femmes du monde qui n'ont recours au fard que dans des circonstances beaucoup plus rares, elles n'éprouvent le plus habituellement que des effets passagers, au lieu de ces névroses intenses et durables et de ces lésions organiques irrémédiables qui sont le triste apanage des deux autres classes de femmes dont je viens de parler.

La constitution et le tempérament ne paraissent pas être sans influence sur les manifestations des effets toxiques du blanc de plomb, au moins en ce qui concerne leur intensité. Les nombreuses recherches auxquelles je me suis livré sur ce sujet m'ont fait remarquer que les femmes blondes, lymphatiques, étaient, en général, plus profondément atteintes par le plomb que les femmes dont le teint est brun, la peau rude et sèche.

Celles-ci, bien que l'action toxique du fard s'exerce également chez elles, semblent avoir plus d'énergie et plus de force de réaction pour lutter contre les effets de l'intoxication.

Nous avons parlé des effets généraux du plomb sur l'organisme; mais il nous reste à dire un mot des variétés de formes morbides sous lesquelles il manifeste sa présence au sein de l'économie.

Le plomb constitue un vrai protée morbide. Nous venons de dire que son action se porte principalement sur les centres nerveux et plus spécialement sur le centre nerveux rachidien. Les lésions de cet organe donnent naissance à une foule de névroses tellement nombreuses et variées que les médecins symptomatistes s'épuisent en vains efforts de classification et en vaines tentatives thérapeutiques, tant qu'ils ne connaissent point la cause essentielle de tous ces désordres. Tous les organes de la vie de relation sont bientôt compromis, et ces troubles fonctionnels, ces névroses ne sont que le prélude de dégénérescences organiques mortelles. Il est commun, en effet, de rencontrer parmi les personnes des diverses classes auxquelles nous faisions allusion tout à l'heure, et particulièrement parmi les artistes dramatiques, un grand nombre de maladies organiques, telles que la cécité, la cataracte, la paralysie clonique, la paraplégie dépendant plus ou moins immédiatement de la moelle épinière, la chute des dents, la canitie, la calvitie, la chlorose symptomatique, la chorée, toutes sortes d'éruptions déclassées, l'impuissance, le cancer du tube intestinal et du pylore et bien d'autres affections encore, dont l'origine peut étiologiquement être rapportée à l'abus et même au simple usage du cosmétique en question.

Après avoir parlé des dangers que court la vie elle-même sous l'impression d'un agent toxique aussi activement funeste, il ne sera pas superflu de signaler les altérations locales que subit la peau, ainsi que les divers traits du visage et diverses autres parties du corps, sous l'influence de l'action plastique du fard.

La peau perd entièrement sa douceur et son éclat primitifs; plus de fraîcheur; la beauté est à jamais passée et sans espoir de retour. Les traits s'altèrent et prennent une expression triste et soucieuse; il y a encore de la vie dans les yeux, mais les muscles de la face ont perdu leur contractilité, d'où cette physionomie morne et terne où se voyaient autrefois cette mobilité et cette vivacité qui prêtaient tant d'énergie au langage des passions.

Ce n'est pas tout. Toutes les fois que la peau vient à se trouver accidentellement en contact avec des gaz hydrosulfurés ou phosphorés, il se fait une transformation subite dans le teint. Il suffit que l'air ambiant soit momentanément rendu impur par le mélange de quelques-uns de ces gaz, pour que la peau en accuse la présence par des réactions qui altèrent plus ou moins profondément le caractère naturel de la physionomie. Que de fois j'ai vu des personnes ainsi imprégnées du cosmétique noircir, brunir ou jaunir sous la seule influence d'un air impur ou d'un bain sulfureux!

Mais afin de donner à notre travail une base plus solide que celle de la simple impression de nos souvenirs et de mieux frapper les lecteurs par l'image même de la vérité, nous mettrons sous leurs yeux quelques-unes des observations que nous avons recueillies dans notre pratique.

EMPOISONNEMENT PAR LE FARD; NÉVROSE RACHIDIENNE, NÉVRALGIE UTÉRINE, SUPPRESSION COMPLÈTE DE LA PERSPIRATION CUTANÉE ET DE LA SENSIBILITÉ AVEC ALTÉRATION DE LA CONTRACTILITÉ DU TUBE INTESTINAL.

Obs. I. — Madame V..., actrice du Théâtre-Français, entrée dès l'enfance au théâtre où elle n'a cessé de faire les délices du public, madame V..., dis-je, était

---

et quelques chants d'oiseaux troublaient seuls le silence de ce beau site, qui nous rappela le poétique lagon de Narmouka, dont s'éprit si amoureusement le naturaliste Forster, historien de l'un des voyages de Cook.

La case de Fata Foa se dressait coquettement sur un petit monticule, du sommet duquel l'œil embrassait la ravissante perspective du lagon bleu semé d'îles vertes. Un bouquet de bois l'ombrageait du côté de la terre, et le jardin descendait, sur la pente de terre, jusqu'aux eaux du lagon. Une source, sortie d'un massif de roseaux élevés, tombait, parmi les arbustes fleuris, dans un petit bassin, où jouait, souple et gracieux comme un cygne, un gros enfant à l'air fort éveillé. Sa physionomie fraîche contrastait singulièrement avec le crâne rasé, sur lequel la coquille tranchante du barbier n'avait laissé que deux touffes latérales, semblables aux derniers bouquets que la vieillesse conserve sur sa tête devenue déserte. C'était le fils de Fata Foa; il accourut à l'appel de son père, et vint, tout ruisselant de perles humides, me faire mille gentillesses, qui se changèrent en véritable délire quand je lui eus donné un collier de verroterie qui vint aussitôt rejoindre à son cou une sorte de chapelet bizarre en dents de requin.

La case de mon ami le sauvage consistait en une vaste et longue pièce qui, grâce à une cloison de natte, se terminait par un cabinet séparé, sanctuaire conjugal, véritable *venereum* destiné au maître de céans et à la signora. Deux plus petites cases, cachées dans le bosquet voisin, servaient à la domesticité. L'ameublement était fort simple : deux ou trois bols en bois pour le kava, des gourdes pour contenir l'eau, des coupes en coco pour l'huile de toilette, des escabeaux et des coussinets de bois, des corbeilles de roseaux et de canne, des nattes servant de matelas et de couvertures, voilà de quoi suffire aux besoins de ce peuple primitif. Des pagaies, des filets, des casse-têtes, des lances, une foule d'ornements et de fines nattes de pandanus attestaient que l'inspiration temporaire de notre ami lui attirait nombreux visiteurs, qui venaient les mains pleines et s'en allaient plus légèrement. Mais le plus bel ornement de la maison, c'était la fille aînée de notre hôte, assez vêtue pour laisser du mystère, assez découverte pour faire présager que rien n'était trompeur. Elle et sa sœur avaient eu soin de se parer pour mieux nous accueillir; des fruits de pandanus brillaient sous l'épaisse forêt de leurs cheveux soigneusement bouclés, et une discrète guirlande de fleurs ondoyait autour de leur buste. L'hospitalité est si étendue à Tonga, et les filles non fiancées sont si complètement libres, qu'un mot, un présent surtout, nous eussent donné des droits charmants. Tant de simplicité et tant de facilité chez ces insulaires nous remirent en mémoire les vers de Delille sur Taïti :

Où l'amour sans pudeur n'est pas sans innocence.

Si les filles sont libres à Tonga, la loi livre l'épouse adultère à son mari qui, maître absolu, peut lui briser le crâne d'un coup de casse-tête, mais qui se contente le plus souvent de chasser l'infidèle de la maison conjugale.

Je donnai un petit miroir à chacune des signorines, et un morceau de galon d'or à la signora, femme aux appas déjà fort mûrs. Dès lors une décente intimité fut établie entre nous, et mon appétit, ouvert par la marche, fut bientôt réjoui par les vapeurs d'un chien cuit sous terre entre des galets et des feuilles de bananier. La kava suivit le festin.

depuis longtemps en proie à des accidents nerveux presque incessants, qui rendaient l'exercice de son art de plus en plus difficile, et allaient jusqu'à faire craindre qu'elle ne fût dans l'obligation prochaine de se retirer de la scène. Grâce aux soins et à la sollicitude de médecins distingués, elle put obtenir quelques moments de soulagement et de calme, mais jamais le retour complet de la santé. Toutes les méthodes de traitement, tous les systèmes médicaux furent successivement épuisés sans aucun succès. Le mal empirait toujours, les forces s'épuisaient et, si elle n'avait trouvé dans son énergie morale une grande puissance de résistance, elle eût infailliblement succombé. On avait jusque-là vainement exploré tous les organes; faute de pouvoir découvrir la cause ni la soupçonner seulement, on en était venu à en mettre en doute l'existence.

Cependant la peau du visage était altérée dans sa texture et dans son expression. Toute la surface du corps était frappée d'insensibilité. Les digestions étaient pénibles, la chylification incomplète, la nutrition était évidemment altérée, les mouvements péristaltiques de l'intestin étaient abolis. Des accès de fièvre insolites apparaissaient, et à ces accès succédaient des phénomènes de perturbation nerveuse générale.

Incertain sur la nature d'une cause qui se manifestait par des effets d'une aussi grande énergie sur l'économie, j'attachais tous mes soins à la rechercher, explorant toutes les fonctions de manière à prendre sur le fait l'origine de tant de désordres, que les uns rapportaient à un abaissement de l'utérus avec déviation, d'autres à une affection névralgique; ceux-ci à une névrose compliquée de névralgie, ceux-là à une maladie nerveuse résultant d'un surcroît de travail et de peines morales, et se traduisant par une excitabilité hystérique.

Après y avoir bien réfléchi, après avoir scrupuleusement analysé tous les symptômes que j'avais sous les yeux et les avoir rapprochés des conditions d'existence particulière dans lesquelles se trouvait la malade, je crus reconnaître qu'il y avait là deux ordres de phénomènes, les uns dépendant d'un abaissement avec rétroversion de l'utérus, les autres, et c'étaient les plus graves, de l'empoisonnement général de l'économie par le plomb, provenant d'un usage immodéré et non interrompu du blanc de fard depuis nombre d'années. Tout ce qu'éprouvait madame V... relevait évidemment de ces deux conditions morbides, qui expliquaient toutes les péripéties dont l'organisme était le théâtre. On verra, par ce qui va suivre, que mon diagnostic ne tarda pas à être vérifié. Fixé désormais sur l'origine et la véritable nature de la maladie, je conseillai tout d'abord l'usage d'une ceinture dont l'effet devait être de relever l'utérus et de le redresser. Je prescrivis, en outre, des immersions du corps dans l'eau froide, des douches froides ascendantes; une nourriture animale composée de viandes rôties, fumées et salées; de l'eau glacée en boisson. A ces moyens diététiques je fis joindre un traitement spécifique, consistant dans l'usage d'une solution amère de quinquina, d'eau naturelle de Vichy, d'une poudre anisée, ferrugineuse, très-sucrée, et d'un électuaire laxatif. Enfin, voulant faire marcher de front, avec ce traitement général, le traitement de l'altération du teint, je commençai par provoquer une rubéfaction de toute la peau du visage, à l'aide d'onctions fréquentes et prolongées faites avec une pommade de Baréges.

J'ai dit que la figure de madame V... était plombée, ridée et comme chagrinée et couverte de pellicules furfuracées. Nous ne pouvions ici prévoir encore les nombreuses difficultés que nous aurions à surmonter.

Par suite des réactions survenues entre les topiques sulfureux et le plomb interposé dans l'épaisseur du derme, toute la surface de la peau devint noire. Je pus croire un instant que cet effet chimique accidentel ne serait que momentané; mais il en fut tout autrement. La peau noircit de plus en plus au point de me faire frémir sur l'avenir, si une appréciation physiologique de ce phénomène ne m'eût promptement rassuré. Toute l'épaisseur du tissu cutané et jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, probablement, recélait le poison métallique; d'un autre côté, tous les filets nerveux et quelques branches assez importantes même étaient frappées de paralysie. On sait, en effet, que le plomb anesthétise la sensibilité, annihile la circulation capillaire, paralyse le système capillaire et frappe en quelque sorte mortellement la peau. Nous avions donc dans l'ensemble de tous ces symptômes une vérification évidente de notre diagnostic.

Le mal était grave, ma responsabilité effrayante. Toutefois je ne désespérai de rien. La malade, douée d'une énergie considérable, ne recula ni devant les longueurs d'un traitement qui devait la condamner à une solitude presque complète, ni devant les tortures que devait lui faire endurer l'application d'une médication irritante sur des tissus dont la sensibilité était si profondément troublée. En présence d'un état aussi grave où la fortune de l'artiste célèbre était en jeu, elle s'arma d'un courage et d'une résignation bien faits pour redoubler mon propre courage et ma confiance. Elle sut se soustraire aux yeux de toutes les personnes dont la vue lui eût fait plus vivement sentir ce que son état avait d'affreux. Fort de mes espérances et de mon dévouement, j'eus recours avec hardiesse à la médication la plus active, ne doutant pas un instant de son heureux résultat. Les vésications ammoniacales, les vésicants de diverses espèces, l'huile de croton, les bains et les douches de Baréges, les applications réitérées d'hydrosulfates alcalins furent employés avec énergie; car il ne s'agissait pas seulement d'éliminer le plomb de l'économie, mais il fallait encore réveiller la vitalité du système nerveux cutané, agir même sur les centres nerveux rachidiens, afin de produire une puissante irrigation vitale et de triompher de l'état d'inertie presque absolue dans lequel était tombé le système capillaire de la peau, afin de favoriser enfin une puissante réaction vers la périphérie et une abondante diaphorèse.

Durant quatre mois, les plus grands efforts furent faits pour triompher d'un état morbide aussi extraordinaire, et après un traitement très-long, très-laborieux et traversé par de nombreuses péripéties, nous avons eu le bonheur de recueillir le fruit de nos soins incessants et de notre application soutenue. Grâce à l'efficacité des moyens nombreux et énergiques que nous avons mis en œuvre, nous avons vu successivement la peau reprendre la vitalité et l'éclat des plus jeunes années.

Cette observation est une sorte de spécimen nosographique des maladies par intoxication saturnine. L'étude d'un pareil fait intéresse au dernier point les hommes de l'art, il met hors de doute l'intoxication par le fard à base de plomb. C'est désormais un fait acquis.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA DYSSENTERIE D'AFRIQUE ; par M. EMILE CORDIER, médecin aide-major de première classe aux ambulances de l'Algérie.

Nous n'avons pas l'intention, dans cet article, de traiter et surtout d'approfondir les questions d'étiologie, d'anatomie pathologique, d'origine et de nature qui concernent la dyssenterie d'Afrique. Ces questions, dont nous comprenons l'importance et la portée, ont été si souvent débattues, si fréquemment remuées dans tous les organes de la presse médicale, et principalement dans les colonnes de la GAZETTE, qu'elles nous paraissent ne devoir plus se poser que dans un ouvrage spécial.

Nous ne nous occuperons donc que du traitement de cette maladie.

Toutefois, et le lecteur admettra facilement nos scrupules et nos réserves, comme les moyens que nous proposons ne sont pas pour nous des procédés empiriques et ne résultent pas d'une fantaisie thérapeutique ou d'un em-

---

Comme la chaleur croissait, et peu habitué d'ailleurs à l'enivrant kava, suc du *piper methisticum*, nous nous étions assoupis un instant sur un tas de nattes, quand un grand bruit vint nous ravir à nos rêves. Une troupe de femmes, poussant des cris aigus, était accroupie à la porte de la case, et une matrone, assise au milieu du cercle, tenait dans ses bras un enfant d'environ 5 ou 6 ans, qui semblait ne plus avoir qu'un souffle de vie. Toutes les pleureuses avaient le cou orné de feuilles de *tchi*, en signe de tristesse et de supplication. La mère demanda à Fata Foa de conjurer les mauvais démons qui possédaient le pauvre enfant. En proie à une toux pénible accompagnée d'expectoration abondante et visqueuse, le patient nous parut en proie à quelque affection catarrhale du poumon, maladie assez fréquente dans ces contrées.

Après un court cérémonial, le prêtre prit la parole, et les gémissements se calmèrent aussitôt. D'un ton cadencé et d'un air recueilli plutôt qu'inspiré, Fata Foa invoqua à peu près en ces termes l'une des divinités qu'adore Tonga Tabou : « Kala Fontonga, grande divinité, créatrice du monde, déesse des éléments, ô toi, si terrible dans ton courroux, toi dont l'haleine soulève les flots et brise la barque sur le récif, toi qui taris l'onde bienfaisante dans les champs de taro, qui fais la mer déserte sous le filet du pêcheur et les arbres à fruit stériles sur nos têtes, tu auras nos offrandes et nos expiations; à toi nous penserons au Faï Toka, à toi grande, puissante et redoutable parmi les génies, parmi les âmes des Eguis et celles de mes ancêtres. Calme ta colère, laisse tomber les vagues de ton courroux comme elles s'apaisent dans le lagon abrité. Laisse vivre ce pauvre innocent, laisse-le vivre, ô déesse puissante ! »

Après une courte pause, le prêtre leva les yeux au ciel, tendit l'oreille, et se pencha comme s'il eût ouï une voix d'en haut : « J'entends, dit-il, un sifflement dans les arbres; c'est l'esprit de mes ancêtres, c'est la déesse elle-même qui m'avertit de sa présence; elle vient, elle approche, elle me visite et m'inspire. Ah ! » et il poussa un grand cri; « va, mère, et vous, allez, parentes et amies, l'esprit divin m'a visité; les génies ont entendu ma prière; si vous êtes sans crime, le démon quittera l'enfant, il vivra et croîtra; il sera grand sur terre et sur mer, dans la guerre et dans la paix, ses champs fleuriront, ses arbres courberont sous leurs fruits pesants, il lancera habilement le filet et l'ennemi tombera sous ses armes comme les cheveux sous la coquille du barbier de Moua. »

Après ces paroles, d'une simplicité qui contraste avec les figures du langage oriental, la troupe des solliciteuses se retira, non sans avoir laissé, comme rémunération, une fine natte appelée *tuta foa*.

Une telle scène est curieuse sans doute; mais nous eussions préféré voir Fata Foa dans l'un de ces états convulsifs et extatiques que nous ne connaissions encore que par des narrations peu complètes. Cette bonne fortune nous attendait le lendemain.

Fata Foa, sa femme et l'une de ses filles m'accompagnèrent le soir jusqu'au rivage, où je trouvai le second qui regagnait le bord; je profitai de l'embarcation.

En route, nous avions rencontré le lamentable cortége de l'enfant malade, accroupi devant la case d'un autre prêtre, et lui demandant les mêmes invocations. Les malades sont ainsi promenés de temple en temple, de faï-toka en faï-toka, de prêtre en prêtre. Des prières, et rarement des conseils, sont tout ce

prunt fait à cette fameuse quatrième page des journaux qui contient les cures merveilleuses, étale les succès incroyables et les panacées vraiment extraordinaires, mais constituent une méthode générale reposant sur l'interprétation logique et saine de toutes les circonstances qui caractérisent une individualité pathologique, il nous sera permis, nous l'espérons, d'aller au-devant des attaques et des reproches que nous avons prévus et de justifier, à l'aide des données de toute espèce que l'expérience et l'observation ont reconnues exactes, le traitement que nous aurons conseillé. Cette précaution est de toute justice; elle indique, de plus, que nous voulons aborder sérieusement une question sérieuse. Suivre une voie contraire, d'ailleurs, eût été périlleux.

En présentant notre médication en bloc, en l'imposant comme un dogme, en l'offrant comme une hostie sainte, enfin en affectant une négligence superbe pour les bases solides sur lesquelles elle est assise, parce que toute tentative d'explication provoque la discussion ou la contradiction qui irrite ou qui, pour le moment, chatouille assez désagréablement, nous risquions fort d'être mis au nombre de ces médecins qui, contre la dyssenterie, ont préconisé, les uns une bastonnade vigoureuse, les autres l'arrière-faix desséché d'une jument ou un soulier brûlé; ceux-ci de la soie cramoisie, des excréments de chien ou du papier bouilli dans du lait; ceux-là du priape de baleine ou l'application d'une émeraude sur le ventre.

Ces moyens attestent, sans doute, le génie des combinaisons thérapeutiques, la richesse des procédés pharmaceutiques, la fertilité des ressources médicales; mais nous avouerons que notre modestie se cabre aisément devant l'éclat pompeux des guérisons qu'ils produisent, et c'est pour éviter de nous trouver dans la compagnie d'hommes que nous ne comprenons pas que nous nous sommes précautionné.

Nous serons bref, concis, sincère, et il sera facile de nous juger. Fidèle à d'anciennes habitudes et ne reculant jamais devant la vérité, nous croyons devoir avertir que cette fois encore notre travail ne nous donne guère l'espoir de vivre toujours ni même longtemps.... dans la mémoire de nos semblables; car nous n'avons pu réaliser la pensée de Diderot qui, comme on sait, conseille d'inventer pour vivre. Cet aveu qui, sans effort, s'échappe de notre plume, nous sera favorable et nous portera bonheur, nous le pensons, en nous conciliant l'intérêt et l'appui des praticiens, inventeurs ou non, qui voudront bien un instant nous honorer de leur confiance et de leur attention.

Mais avant d'entrer en matière quelques remarques sont indispensables.

Dans ces derniers temps, on a divisé la dyssenterie aiguë en quatre formes, suivant les saisons. Cette division est juste, logique, elle groupe et résume un nombre de faits certains, elle établit deux différences réelles, elle indique deux nuances qui, pour n'être pas toujours nettement dessinées, n'en existent pas moins cependant, et peuvent être facilement saisies par des observateurs attentifs. De plus, elle exerce sur les modifications que le traitement doit recevoir une influence utile et légitime.

Le diagnostic de cette maladie est des plus faciles lorsqu'elle se présente à l'état de simplicité. Les phases diverses qui la constituent, les périodes successives qu'elle traverse, enfin l'ordre d'évolution qu'elle manifeste peuvent être suivis et même prévus sans grand effort. Mais compliquée, elle offre des difficultés sérieuses qui, pour être résolues, exigent beaucoup de tact et une grande habitude pratique. Nous croyons, de plus, que son étude a contribué d'une manière notable à engendrer une erreur funeste, à notre avis, et que nous allons combattre.

La maladie produite par les émanations paludéennes est une, toujours la même au fond, a-t-on avancé; elle ne diffère que par la forme qu'elle affecte. La fièvre intermittente est un de ces symptômes le plus constant peut-être; mais faut-il considérer la fièvre intermittente comme la seule modalité pathologique qui dépende directement du miasme marécageux, et n'est-il pas plus physiologique, plus conforme à l'ensemble des faits connus et à leur interprétation raisonnée de considérer la dyssenterie comme un symptôme de l'intoxication paludéenne, comme une expression d'un de ces degrés différents que traverse l'état général pour arriver à la terminaison heureuse ou fatale de la maladie.

Cette opinion a surtout été soutenue par M. Haspel; c'est une erreur de faits, c'est le résultat d'une observation prévenue ou la conséquence d'une vue théorique inexacte et poursuivie avec une obstination malheureuse. En effet, toute maladie caractérisée, bien circonscrite, bien définie, est le produit direct d'une cause unique, le mécanisme de sa formation, les formes et les déterminations qu'elle accuse dépendent de l'état où se trouve l'organisme lorsque la cause le surprend. La distinction des causes détermine la distinction des effets comme elle engendre les différences de nature, et les causes secondaires n'agissent qu'en augmentant la puissance de la cause initiale. Entre la dyssenterie des pays chauds marécageux et celle des pays tempérés et même chauds non marécageux, quelle différence de nature existe-t-il? Au fond, aucune. Ce qui différencie fondamentalement cette affection, ce qui l'originalise en quelque sorte, reste le même, et les nuances symptomatiques qui peuvent la modifier tiennent à des influences de localités tout à fait secondaires. Mais des éléments étrangers importants, le poison paludéen par exemple, s'y ajoutent parfois, lui impriment une physionomie différente et en augmentent les périls. Ainsi la dyssenterie intermittente n'a pas changé de nature; seulement elle s'est compliquée d'un élément accidentel, mais non nécessaire, l'élément paludéen; car l'intoxication miasmatique produit une névrose et rien autre chose. Le sulfate de quinine est alors manifestement indiqué : hors ce cas, il est tout à fait inutile et pourrait même être nuisible. Le traitement suivi confirme encore ici la nature de la maladie.

Raisonner autrement, c'est faire du panthéisme médical; or la confusion, comme le crépuscule, plonge les objets dans une demi-teinte ou dans l'obscurité, loin de les éclairer. D'ailleurs le monde médical n'est pas le monde industriel : aux simples charrettes ont succédé les diligences, aux diligences les wagons, et sans doute avant peu d'années, aux wagons succéderont des ballons garantis; restons, nous, dans la réalité des choses et évitons-nous le soin de remplacer la bile si voyageuse de Stoll par le poison paludéen ou par tout autre agent morbifique.

On a, il est vrai de nos jours, abusé des distinctions morbides, et plus d'un praticien éminent, pressé de vivre, en attachant son nom à la découverte d'une unité pathologique, s'est mis à émietter une affection pour convertir un ou plusieurs de ses symptômes en maladies particulières; toutefois il serait dangereux de tomber dans un excès contraire et de vouloir, en violentant les faits, présenter des éléments étrangers, réunis accidentellement comme des rapports naturels, comme des relations nécessaires dépendant d'un mode d'origine identique.

Les considérations qui précèdent reposent sur deux motifs : d'abord nous ne nous occuperons que des dyssenteries primitives, dégagées de toute complication, et ce sont les plus communes; ensuite la confusion que nous avons combattue pourrait être préjudiciable au traitement. Enfin

---

que les demandeurs recueillent dans leur pèlerinage. Les prêtres ne prescrivent guère de remèdes, et, comme, nous l'avons dit, il ne nous a pas semblé qu'il y eût des médecins, à proprement parler, à Tonga. Certains indigènes ont pourtant une réputation comparable à celle de nos commères, et prescrivent quelques infusions, quelques remèdes, le plus souvent compliqués à l'excès, dont nous n'avons pu découvrir la nature, sous les noms indigènes dont on baptisait chaque espèce. En général, ces remèdes inspirent peu de confiance aux insulaires, qui préfèrent les exorcismes, les sacrifices expiatoires et les prières, demandent des inspirations aux songes, des présages au vol des oiseaux, des charmes à la sorcellerie.

(La suite à un prochain numéro.)

— Le projet conçu par l'administration de l'assistance publique de fonder un nouvel hôpital des enfants dans le faubourg Saint-Antoine, va recevoir son exécution par la consécration de quelques salles (150 lits environ) de l'hôpital Saint-Antoine aux maladies de cet âge.

— Il résulte de la statistique médicale faite par le gouvernement belge, il y a trois ans, que l'on compte dans ce pays, 1,256 docteurs en médecine, 658 chirurgiens ou officiers de santé, 871 pharmaciens et 1,128 sages-femmes, ce qui donne, pour chaque médecin, chirurgien ou officier de santé, une population de 2,287 personnes.

Le nombre des hommes de l'art est bien plus considérable dans les campagnes que dans les villes, 3,042 contre 1,326, mais, comme toujours, les officiers de santé affluent dans les villes: tandis qu'on n'en compte que 382 dans les campagnes, il y en a 276 dans les villes.

Les docteurs en médecine sont, au contraire, très-communs dans les campagnes, 690 contre 567 dans les villes.

Enfin, la proportion des médecins ou officiers de santé, relativement à la population, n'est pas la même dans les diverses provinces: tandis que, dans le Brabant, on compte un médecin ou officier de santé sur 1,789 habitants, 1 sur 2,047 dans la province d'Anvers, et 1 sur 2,080 dans la province de Liége, dans le Limbourg il n'y en a plus que 1 sur 2,831, dans la province de Namur, 1 sur 2,791, et dans le Luxembourg, 1 sur 3,738.

— M. le ministre de l'instruction publique vient d'autoriser l'Académie des sciences à prélever sur le reliquat des fonds du prix Montyon une somme de 2,000 fr., qui sera employée à poursuivre les fouilles commencées dans le département de l'Yonne pour la recherche des ossements humains qui proviennent des guerriers qui avaient combattu les légions de César. Nous pouvons donc espérer que M. Serres va continuer ses recherches, et pourra bientôt nous donner un complément à ses intéressantes communications sur l'anthropologie.

— Le troisième congrès de l'association médicale italienne a eu lieu à Novare le 3 du mois.

La chaire de chirurgie théorique et pratique de l'université de Turin est actuellement vacante, par suite de la retraite du professeur Gallo.

nons ajonterons que les éléments divers qui s'ajoutent parfois à la dyssenterie pour la compliquer, tout en exigeant des modifications thérapeutiques importantes, n'ôtent cependant rien à la supériorité de la méthode que nous allons décrire, et n'apportent aucun obstacle à son emploi immédiat; nous en exceptons seulement le cas d'un accès pernicieux dyssentérique.

Ces préliminaires établis, exposons notre médication.

Après avoir prescrit le repos, la diète absolue et les boissons émollientes prises en petite quantité chaque fois, nous administrons 2 grammes d'ipéca unis à 2 grammes de calomel et dissous dans 120 grammes d'eau gommeuse. Autant que possible cette potion est donnée en deux fois, à une demi-heure d'intervalle. Nous ne craignons pas de recourir à la même potion le lendemain et même le soir à la contre-visite; mais si les symptômes principaux se sont déjà amendés, nous diminuons les doses. Nous en secondons les effets en faisant boire de l'eau tiède.

Sous l'influence de cette médication, des vomissements abondants, des selles copieuses ont lieu, une détente générale, suivie de faiblesse et de bien-être, soulage le malade, le ténesme diminue, les évacuations alvines sont moins sanguinolentes. Nous avons remarqué que plus les pertes par en haut et par en bas sont nombreuses plus la guérison est rapide et assurée. Peu à peu les selles se dépouillent entièrement du sang qu'elles contiennent, deviennent jaunâtres, leur quantité est moins grande et les douleurs abdominales disparaissent; en même temps la langue se nettoie, la soif se calme, l'appétit se réveille, et la convalescence se déclare du troisième au cinquième jour au plus tard.

Il est évident que la formule précédente ne peut être absolue; aussi, au printemps et surtout l'hiver, nous administrons des doses moins élevées, moins souvent renouvelées qu'à la fin de l'été et qu'à l'automne. A cette dernière époque où les dyssenteries sont plus graves et plus tenaces, il ne faut pas craindre de recourir, quand le danger se maintient, à l'ipéca, et de le prescrire *largâ manu*. Nous ajouterons que parfois, et principalement à l'automne, lorsque cette maladie attaque des hommes ayant plusieurs années de séjour et en ayant déjà été atteints, nous insistons moins longtemps sur la potion éméto-cathartique, et nous la remplaçons par un purgatif. Nous donnons la préférence au sulfate de soude à la dose de 40 grammes, purgatif doué d'une constance d'action remarquable.

Quand les douleurs abdominales persistent, quand nous redoutons qu'une péritonite ne s'ajoute à l'affection première, nous mêlons douze gouttes de laudanum au sel de soude.

Jamais dans la dyssenterie aiguë nous ne prescrivons de lavement; la raison de cette abstention sera donnée plus tard. Depuis que nous habitons l'Afrique, *jamais* nous n'avons ordonné une saignée générale, une application de sangsues ou de ventouses scarifiées.

Nous avons fait des expériences comparatives avec l'ipéca seul et avec l'ipéca uni au calomel: les résultats ont été les mêmes, ou du moins nous serait-il fort difficile d'indiquer la moindre différence tant soit peu importante.

Le calomel est un médicament infidèle et son administration doit être surveillée avec soin, à cause de la salivation qu'il produit parfois rapidement et aussi à cause de son insolubilité dans l'eau. Quant à son action spéciale sur le foie, nous croyons qu'elle ne doit être admise qu'avec une grande réserve. S'il est utile, c'est, suivant nous, en augmentant la puissance purgative de l'ipéca.

Ainsi, et pour nous résumer, notre méthode de traitement, en dehors des prescriptions hygiéniques, consiste exclusivement dans l'emploi de l'ipéca et du calomel, suivi, dans certains cas, d'un purgatif salin auquel nous mêlons parfois l'opium.

Maintenant justifions, vérifions cette méthode par les résultats statistiques.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA COAGULATION DU SANG PAR LE PERCHLORURE DE FER DANS LE TRAITEMENT DES ANÉVRISMES; par M. JEAN PRAVAZ, interne des hôpitaux de Lyon.

Monsieur le rédacteur,

Ce n'est pas sans un profond étonnement, je l'avoue, que j'ai lu, dans la GAZETTE MÉDICALE du 1er octobre dernier, les singulières réclamations de M. Pétrequin. N'eût-il pas mieux fait de revendiquer pendant la vie de M. Charles Pravaz les droits qu'il croyait avoir que d'attendre jusqu'à présent pour élever des prétentions aussi injustes qu'exagérées, en faisant planer sur la mémoire de mon père le soupçon d'une indélicatesse? Permettez-moi de rétablir les faits et de prouver que M. Pravaz a agi dans les limites de son droit et qu'il n'a nullement profité des travaux de M. Pétrequin.

Depuis 1845 M. Pravaz suivait avec sollicitude les progrès de la galvanopuncture. Préoccupé des inconvénients de la méthode qu'il avait créée à Alfort, il voulut en substituer une plus simple. Se fondant sur la propriété que possède l'électricité voltaïque d'opérer le transport de certaines substances, même à travers l'épaisseur des tissus, il résolut d'utiliser cette propriété remarquable pour coaguler le sang dans les tumeurs anévrismales. D'après ces idées, il institua l'expérience suivante:

« Ayant rempli, dit-il (1), un tube de verre d'une solution d'albumine, » j'en fermai les deux extrémités par un morceau de parchemin épais. » Ayant ensuite appliqué sur chacune d'elles une compresse imbibée de » solutions salines diverses, et mis les deux pôles de la pile en communi- » cation avec les deux bouts du tube, il me sembla que, dans quelques cas, » des stries opaques s'étendaient peu à peu d'une extrémité du tube à » l'autre, à travers la solution d'albumine. »

Peu satisfait de ce premier résultat, il varia le procédé par l'introduction d'une aiguille servant d'*électrode*, à travers l'un des morceaux de parchemin. Cette fois il vit un *coagulum* se former assez rapidement autour de ce corps étranger.

Pendant le cours de ces expériences, il remarqua avec quelle *instantanéité* l'une des substances qu'il essayait, le *perchlorure de fer*, déterminait la *prise en masse* d'une solution d'albumine. Considérant que les *martiaux*, à faible dose, sont en général inoffensifs pour l'économie, il renonça aussitôt à l'emploi du galvanisme et pensa à injecter directement le perchlorure de fer dans les sacs anévrismaux, au moyen d'un petit trocart explorateur. N'en trouvant pas d'assez fin chez les fabricants de Lyon, il alla à Paris à la fin de mars 1852, et fit faire par M. Charrière un trocart d'une ténuité extrême. Il se procura en outre une petite seringue, dont le piston était manœuvré au moyen d'un pas de vis, pour que l'injection fût continue et que l'on pût mesurer le nombre des gouttes à introduire dans le sac par le nombre des tours de piston.

De retour à Lyon, il essaya de coaguler le sang dans la carotide d'un lapin; mais la finesse de cette artère empêcha la réussite de l'opération. On ne pouvait introduire le trocart sans perforer l'artère d'outre en outre.

Ses essais en étaient là lorsqu'une maladie assez grave vint interrompre ses travaux. Peut-être eussent-ils été ajournés indéfiniment, et la science eût-elle été privée de cette importante découverte, si M. Lallemand, malade lui-même, ne fût venu, en novembre dernier, chez mon père rétablir sa santé par l'emploi de l'air comprimé. Mon père lui ayant fait part de ses essais, l'illustre professeur comprit aussitôt toute l'étendue de cette idée, et l'engagea vivement à poursuivre ses expériences. Ces messieurs invitèrent M. Pétrequin à participer à leurs essais, et firent successivement l'épreuve de la nouvelle méthode sur un mouton et trois chevaux.

Tel est, monsieur le rédacteur, l'exposé impartial des faits. Je crois qu'il prouve suffisamment que M. Pravaz est arrivé à la découverte du perchlorure de fer en partant d'idées bien différentes de celles de M. Pétrequin.

Examinons quel était le but que cherchaient à atteindre M. Pravaz et M. Pétrequin, quel problème ils se posaient, et par quelles voies ils cherchaient une solution.

M. Pétrequin cherchait purement et simplement un agent *chimique*, non dans le but de coaguler le sang dans les artères (2) (il en était encore en 1850, pour le traitement des anévrismes, à la première méthode de M. Pravaz), mais dans le but de coaguler le sang dans certaines tumeurs sanguines. Il n'est pas question des anévrismes dans les passages qu'il cite, et l'on peut s'en convaincre en les lisant avec attention. Lors même que M. Pétrequin eût appliqué, ce qu'il n'est pas, les injections d'acide citrique dans les artères, il n'aurait fait que suivre la voie que lui avaient tracée Monteggia et M. Leroy-d'Étioles. Ces deux médecins, en effet, ont proposé, comme lui et avant lui, de coaguler le sang par ces moyens seulement *chimiques*. M. Leroy-d'Étiolles l'a même essayé. Ils ont de plus sur M. Pétrequin l'avantage d'avoir appliqué cette méthode à la coagulation du sang dans les artères.

M. Pravaz, au contraire (3), a toujours eu en vue, dans ses premiers travaux sur la galvano-puncture, la guérison des anévrismes. C'est dans

(1) GAZETTE DES HÔPITAUX du 17 mai 1853, et REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE, mai 1853, p. 275.

(2) Voy. le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, juillet 1848, p. 66, et la CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON, par M. Pétrequin. 1850, p. 74 à 79.

(3) GAZETTE DES HÔPITAUX du 17 mai 1853.

ce but qu'il continuait ses recherches. Lorsqu'il a découvert le perchlorure de fer, il cherchait, à l'encontre de MM. Pétrequin et Leroy-d'Étiolles, un corps coagulant, qui pût être transmis à travers les tissus par l'électricité; il voulait unir les moyens *physiques* aux moyens *chimiques*; il voulait en un mot modifier et simplifier la galvano-puncture. Ce ne fut que lorsque, par suite de ses recherches propres et après l'essai d'un grand nombre de dissolutions salines, il eut trouvé la perchlorure de fer et remarqué les propriétés éminemment coagulantes, qu'il songea à supprimer l'électricité et à faire l'injection directement dans les sacs anévrismaux.

Il est facile de voir par là que M. Pétrequin et M. Pravaz ne s'étaient pas posé le même problème; toute la législation de M. Pétrequin n'a pu être d'aucun secours à M. Pravaz.

M. Pravaz a eu le mérite de trouver un corps qui, non-seulement atteint le but de la coagulation du sang dans les anévrismes, mais encore résout le problème de M. Pétrequin; de plus, il a, le premier, nettement formulé le mode opératoire et imaginé les instruments nécessaires à l'injection.

M. Pétrequin se plaint de n'avoir pas été nommé dans la première communication de M. Lallemand à l'Institut. Mais ses travaux n'avaient servi en rien à M. Pravaz; il n'était pour rien dans la nouvelle méthode; il n'avait trouvé ni le perchlorure de fer ni le mode opératoire; il n'était que l'habile chirurgien qu'on appelle à voir la première application d'une découverte. Il était donc de toute justice que, dans la première communication, le nom de l'inventeur fût seul prononcé. Du reste, M. Pravaz a indiqué la collaboration de M. Pétrequin, dans la lettre (1) qu'il a écrite à M. Marjolin, en lui exposant la suite de ses travaux sur la coagulation du sang.

M. Pétrequin eût dû réclamer du vivant de M. Pravaz la part qu'il croyait lui revenir, plutôt que d'attendre que l'éclat jeté par ses derniers travaux fût diminué par l'éloignement, pour venir disputer à sa mémoire l'idée d'une découverte légitime. L'opinion médicale jugera quel fut le véritable inventeur. Pour moi, je m'estime heureux d'avoir assisté aux premiers essais de mon père pour pouvoir rendre témoignage et soutenir ses droits. Quant à l'addition du perchlorure de manganèse au perchlorure de fer, on peut lui faire trois objections principales :

1° Il est douteux que le perchlorure ferro-manganique ait une force coagulante plus grande que celle du perchlorure de fer pur. Quand M. Pétrequin aura essayé l'action du perchlorure de manganèse pur sur le sang, alors seulement il pourra donner des résultats positifs. Il est tant de circonstances qui peuvent faire varier l'activité d'une liqueur composée, que l'on ne peut être sûr des résultats que lorsqu'on a essayé séparément les corps dont elle se compose. Il faut donc attendre des expériences directes pour se prononcer définitivement.

2° La solution de perchlorure ferro-manganique est une liqueur infidèle. Les persels de manganèse sont tellement décomposables qu'au bout d'un certain temps on n'est nullement sûr que le manganèse soit resté à l'état de perchlorure dans la dissolution.

3° C'est un médicament plus compliqué et d'une préparation plus difficile. Or à quoi bon surcharger la matière médicale d'une préparation douteuse, dont l'activité, en supposant qu'elle soit plus grande, n'est pas constante, et qu'il n'est pas facile de se procurer partout.

Je terminerai cette lettre, où je crois avoir suffisamment établi l'indépendance d'idées de M. Pravaz, en vous priant, monsieur le rédacteur, d'excuser la longueur indispensable de cette réponse. J'espère que vous me le pardonnerez facilement en songeant que c'est un fils qui défend la mémoire de son père et la gloire de son nom.

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite.)

I. ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE.

ÉPIDÉMIE D'OPHTHALMIE GRANULEUSE OBSERVÉE EN 1853 A L'ÉCOLE DE RÉFORME DE RUYSSELEDE; HEUREUX EFFETS DE L'ACÉTATE DE PLOMB NEUTRE DANS TOUTES LES PÉRIODES DE LA MALADIE; par le docteur BUYS.

L'auteur raconte comment l'ophthalmie granuleuse fut importée dans l'établissement de Ruysselede par des enfants transférés des dépôts de mendicité. Cette affection, jusque-là inconnue dans cette maison, prit aussitôt de l'extension, et la majeure partie de la population ne tarda pas à en être affectée au mois de juin 1851.

Des 474 élèves qui habitaient l'école, 310 étaient frappés, et un grand nombre d'entre eux offraient les symptômes les plus graves : gonflement considérable des paupières; granulations charnues de la conjonctive palpébrale; conjonctive oculaire rouge, gonflée; photophobie des plus vives; écoulement de muco-pus; la cornée, enflammée et ternie chez plusieurs sujets, offrait des ulcérations profondes; chez deux sujets, elle était complétement ramollie.

L'acétate de plomb neutre a été appliqué immédiatement dans les cas légers comme dans les cas graves, avec un très-grand succès, puisque sur 310 malades, 304 ont quitté l'infirmerie radicalement guéris.

Le docteur Buys recommande d'imprégner de ce médicament autant que possible les quatre paupières, le meilleur moyen d'éviter la réaction étant d'étendre le plomb sur la plus grande partie possible de la muqueuse, et de renouveler cette couche là où elle a disparu avant que la phlegmasie ait complétement cédé.

DE LA MÉTHODE EXPECTANTE SUIVIE A L'HÔPITAL D'ANVERS DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU; par le docteur J. DEWALSCHE.

Le docteur Dewalsche ne fait que reproduire dans cet article les résultats du traitement institué à l'hôpital d'Anvers par M. Gouzée. Il cite six observations de rhumatismes traités par les moyens suivants : chaleur douce, égale et continue, repos absolu, boissons adoucissantes prises en abondance, bains locaux, diète sévère au début seulement, suivie bientôt d'une alimentation substantielle et de l'usage de toniques amers.

L'auteur déduit de ces faits les conclusions suivantes, que nous sommes loin d'adopter entièrement :

Le rhumatisme articulaire aigu a une tendance naturelle à se terminer dans le cours du premier ou du second septénaire.

Il n'est nullement prouvé que les traitements actifs préconisés contre cette maladie soient utiles et même toujours innocents.

Les bruits de souffle du cœur, que l'on observe assez fréquemment pendant le cours du rhumatisme, se dissipent spontanément dans la grande majorité des cas, à mesure que la maladie marche vers sa solution et sous l'influence des simples moyens qu'on lui oppose.

Il est loin d'être démontré que ces bruits soient toujours le signe d'une endocardite.

II. ANNALES ET ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE.

Les six numéros d'avril à septembre 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Dynanisme et vitalisme nerveux.* 2° *Falsification des substances alimentaires*; par M. Norbert Cille. (Suite.) Les autres travaux contenus dans ce recueil sont extraits en grande partie des ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE et des journaux français, hollandais et anglais.

III. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

Les numéros d'avril à septembre 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Emphysème pulmonaire sous-pleural; accidents aigus; mort rapide; autopsie; emphysème des parois du cœur;* par le docteur Retsin. 2° *Des anomalies congénitales de la coloration du voile irien*; par le docteur E. Cornaz, de Neufchâtel (Suisse). 3° *Cancer encéphaloïde d'un volume énorme*; par le docteur Verti. (Tumeur cancéreuse du bras; extirpation; reproduction.) 4° *Rupture de la matrice*; par le docteur A. Janssens. (Déchirure longitudinale de trois travers de doigt, s'étendant de la face postérieure jusque près du col, survenue au début du travail de l'accouchement, le fœtus ayant cessé de vivre peu de temps avant l'accouchement.) 5° *Vomissements nerveux opiniâtres; emploi de la strychnine; guérison*; par le docteur Van Dromms. 6° *Quelques observations de réduction facile et presque sans douleur de la luxation du fémur et de l'humérus*; par le docteur Claeysens. (Méthode par *flexion* pour les luxations du fémur et par *élévation du bras avec mouvement de bascule* pour les luxations de l'humérus.)

EMPHYSÈME PULMONAIRE SOUS-PLEURAL; ACCIDENTS AIGUS; MORT RAPIDE; AUTOPSIE; EMPHYSÈME DES PAROIS DU CŒUR; par le docteur RETSIN.

OBS. — Il s'agit dans cette observation d'un sujet de 41 ans qui, sans cause

(1) GAZETTE DES HÔPITAUX du 17 mai 1853.

connue, fut pris subitement de dyspnée et d'étouffement, avec peu ou point de toux, levres bleues, refroidissement des extrémités, 54 pulsations, et qui mourut trente-six heures après le début de ces accidents.

A l'autopsie, on trouva un emphysème sous-pleural très-marqué au poumon gauche. A la surface de cet organe se présentaient deux traînées bosselées, semi-transparentes, très-analogues à des circonvolutions intestinales; elles occupaient, l'une le voisinage du bord antérieur interne, l'autre le bord inférieur et la face concave du lobe inférieur. Ces bosselures s'affaissaient par une simple piqûre de la pointe du scalpel; elles étaient mobiles, quelques-unes atteignaient le volume d'un œuf de poule. Le poumon droit présentait des bulles moins nombreuses et moins grandes et également susceptibles de déplacement. La substance pulmonaire présentait une quantité considérable de petites vésicules demi-transparentes de la grandeur d'un grain d'orge et plus petites. Le cœur était volumineux et paraissait fort léger eu égard à son volume. Les parois ventriculaires donnaient la sensation d'une crépitation très-fine, fort distincte, et laissaient écouler par la pression des parties sectionnées un liquide sanguinolent mêlé d'une quantité considérable de petites bulles gazeuses. Les artères et les veines pulmonaires avaient leurs parois normales.

Le docteur Retsin attribue la mort à l'emphysème intercellulaire et sous-pleural; des cas de ce genre ont été rencontrés par M. Prus et bien appréciés par cet observateur, et jusque-là cette observation ne présenterait rien d'extraordinaire. Mais à quelles conditions rattacher l'emphysème du cœur? Cet emphysème est-il postérieur à la mort, ou bien produit pendant la vie? A-t-il contribué à la terminaison fatale? De plus, est-il à supposer que les gaz qui infiltraient les parois charnues du cœur provenaient de ces parois mêmes ou y étaient parvenus par le tissu cellulaire du médiastin? Toutes hypothèses qui ne nous paraissent pas avoir été posées ni élucidées dans l'observation que nous commentons.

J'en dirai autant des deux faits dont le JOURNAL DE BRUGES fait suivre celui du docteur Retsin. Dans l'un, il s'agit d'un colonel qui éprouvait des troubles fonctionnels de la circulation, de la respiration et de la digestion, et chez lequel on trouva, à l'autopsie, un anévrisme circonscrit de l'aorte ascendante, de l'endocardite, et un emphysème de la substance musculaire du cœur, accompagné de pneumo-péricarde. La substance musculaire des deux côtés du cœur était peu développée, surtout eu égard au volume et à la consistance des muscles du squelette. La graisse était très-abondante aux sillons et recouvrait, en outre, la substance musculaire des ventricules sous forme d'une couche non interrompue qui allait s'épaississant vers la pointe du cœur. La substance musculaire était pâle à l'excès, flasque, spongieuse, infiltrée d'air, et crépitant sous le doigt. On ne pouvait mieux la comparer qu'au tissu des poumons rempli d'air. Notons que le cadavre n'avait éprouvé qu'un très-léger degré de décomposition. L'autre fait, observé par le docteur Decoudé à l'infirmerie militaire d'Ostende, est relatif à un homme de 24 ans qui, « atteint de fièvre gastrique rémittente, présenta bientôt des symptômes d'affection cérébrale et succomba » après douze jours de maladie. » Les colonnes sanguines des vaisseaux du cerveau étaient divisées par des bulles gazeuses qu'aisément on faisait passer d'un vaisseau à l'autre. Les poumons étaient sains. Les vaisseaux veineux de la surface du cœur étaient gorgés d'air, et la substance du cœur, pressée sous l'eau, laissait échapper des milliers de bulles de gaz d'une excessive ténuité.

Dans aucune des observations que nous venons de citer, il n'est présumable que l'emphysème du cœur fût le résultat d'une simple décomposition après la mort. Dans aucune pourtant, les symptômes n'ont pu être enregistrés avec assez de soin pour permettre d'affirmer ou d'infirmer que l'emphysème ait débuté pendant la vie.

DES ANOMALIES CONGÉNIALES DE LA COLORATION DU VOILE IRIEN; par le docteur ÉDOUARD CORNAZ, de Neufchâtel (Suisse).

Le travail que nous avons sous les yeux, fort étendu, plein de recherches et d'appréciations minutieuses et exactes, mérite que nous en donnions aux lecteurs de la GAZETTE une analyse aussi étendue que le comportent les limites de cette revue.

Peu d'auteurs ont réuni et ont considéré dans leur ensemble les anomalies de coloration de l'iris; Caron du Villards a employé, pour les désigner, le terme de « *variations des couleurs de l'iris*; » Rau, Seiler, von Ammon, Beger, Wilde en ont parlé dans des traités qui s'appliquent à toutes les abnormités congéniales des yeux, et l'auteur du présent article les a signalés dans un opuscule sur les ANOMALIES CONGÉNIALES DES YEUX ET DE LEURS ANNEXES. (Lausanne, 1848.)

Remarquons en commençant que les recherches micrographiques sur l'état de l'iris présentant les vices de coloration manquent complétement. Elles seraient pourtant bien nécessaires pour faciliter l'étude de ces anomalies et éclairer leu classification. Le docteur Cornaz, partant du point de vue étiologique, divise toutes ces altérations en trois classes, suivant qu'elles tiennent à une variation quantitative du pigment de l'iris, à une disposition particulière des fibrilles ou rayons de cette membrane, à la production des tissus cicatriciels ou anormaux dont la nature est inconnue.

La première classe comprend les albinos, chez lesquels il y a absence totale ou partielle du pigment de l'iris et de la choroïde, et par suite teinte d'un rouge plus ou moins vif de l'iris et de la pupille, teintes qui peuvent passer par les diverses nuances intermédiaires, et prendre l'aspect bleuâtre ou grisâtre, suivant la quantité de substances pigmentaires que l'œil renferme. Une autre anomalie, qui rentre dans cette classe, est relative aux différences de coloration de l'iris chez le même sujet. La substance pigmentaire est généralement développée au même point dans les deux yeux; mais chez un petit nombre d'individus, tel n'est pas le cas, et l'on a alors ce que les anciens nommaient *hétérophthalmos* ou *hétéroglaucos*, comme l'a rappelé M. Sichel, et les modernes *heterophthalmia*, *dicorus*, quelquefois même *vairon*. L'auteur a rassemblé un grand nombre de cas dans lesquels les teintes différentes des deux iris se trouvent mentionnées. C'est ainsi que Borelli a vu, chez un individu, un iris brun et l'autre bleu; Sybel, un œil orange foncé et l'autre bleu; Schoen, une femme dont l'iris droit était brun et le gauche bleu clair; Seiler, un iris bleu ou gris et l'autre brun foncé; Wilde, un iris d'un bleu azuré et l'autre d'un vert de mer. Lenhossek a souvent observé cette anomalie chez les chiens; elle n'est pas rare non plus chez les chevaux et les lapins. D'après Wardrop, cette anomalie coïnciderait parfois avec des sourcils et des cils de différentes couleurs.

Enfin un seul et même iris peut présenter deux couleurs différentes, seconde forme de l'hétérophthalmos des anciens, qui, dans la grande majorité des cas, ne se montre que sur un seul œil. Les deux couleurs de l'iris sont alors séparées l'une de l'autre, dans la plupart des cas, par une ligne droite verticale ou horizontale, disposition qui rappelle celle de certaines armoiries. Les diverses réunions de nuances qu'on a observées sur un même iris sont le brun clair et le brun foncé, le brun clair et le brun jaunâtre, le gris et le brun, le bleu et le brun jaunâtre, le bleu clair et le brun jaunâtre, le gris bleu et le brun clair, le gris clair et brun, le gris bleuâtre et brunâtre. Il n'est pas rare de voir les deux zones, anneaux ou cercles de l'iris, présenter une teinte différente. Certaines de ces nuances de coloration sont même tellement fréquentes, qu'on ne saurait les considérer comme des anomalies: tels sont les yeux gris un bleus, à bord pupillaire jaunâtre ou d'un brun clair. Dans les cas analogues, suivant les uns, la zone excentrique ou externe serait toujours la plus foncée; suivant les autres, ce serait tout le contraire. Huschke pense que le petit cercle est généralement le plus foncé dans les iris bleus ou gris, et ordinairement plus clair et presque orangé quand cette membrane est brune.

Au bord de la pupille, en dedans du petit cercle irien, se trouve une ligne noire formée par une couche épaisse d'un pigment de même nature que celui de l'urée. Cette ligne, plus développée chez les enfants nouveau-nés que chez les adultes, ne se distingue généralement pas du noir de la pupille, si ce n'est dans les cas de cataracte. Wilde (REPORT ON THE PROGRESS OF OPHTHALMIC SURGERY FOR THE YEAR 1846) a vu chez un sujet un cercle irrégulier d'un pigment remarquablement noir qui occupait un cinquième de l'iris à sa partie inférieure, et paraissait faire une saillie au-dessus de la surface de cette membrane. Seiler a vu deux fois une bande noire s'étendre horizontalement de la pupille au bord ciliaire du voile irien. Ammon a représenté un iris qui offrait une coloration anormale, qu'il regardait comme composée de décoloration et de mélanose partielle. Quant à l'état que quelques auteurs ont appelé mélanose congénitale de l'iris, il correspondrait aux iris d'un noir intense que présentent quelques Européens, teinte qui n'est pas rare chez les nègres.

Enfin on rencontre fréquemment, surtout sur des iris clairs, des taches brunâtres ou rougeâtres qu'on a appelées taches de rouille. Ces taches tiennent peut-être à un développement vasculaire anormal, peut-être sont-elles le résultat d'une accumulation de pigment. Les recherches microscopiques pourront seules décider cette question. Quelquefois une bigarrure des sourcils et de cils accompagne cette anomalie, et d'après Blumenbach, ce serait chez les animaux tachetés qu'on rencontre les iris tiquetés. On cite une personne sur l'iris de laquelle se voyait un as de pique, une autre qui présentait une tache brune sur un iris bleu clair, une autre des deux pupilles de laquelle partaient des taches brunes qui allaient en s'élargissant, et formaient en quelque sorte de vrais rayons. Enfin M. Desmarres a trouvé, dans un cas, une tache congénitale parfaitement ronde qu'on avait prise pour une prunelle supplémentaire. Ces anomalies amènent parfois des phénomènes bien singuliers: on rapporte à ce sujet que sur l'iris d'un jeune garçon, on pouvait lire ces mots: « Love soit Dieu, » sur un autre sujet « Napoléon empereur, » etc., etc.

En terminant l'histoire des anomalies de l'iris, l'auteur cite quelques faits où les altérations de l'iris sont dues, tantôt à l'absence de pigment, tantôt à un arrêt de développement de l'un ou de l'autre élément constitutif de

l'iris, d'autres fois à la production de tissus nouveaux ou cicatriciels. Telles sont les taches blanches de l'iris qui forment souvent un ou plusieurs cercles concentriques; telles sont ces lignes semi-circulaires d'un jaune verdâtre que M. Desmarres a vues gravées en creux dans le tomentum irien. Dans d'autres cas, la surface antérieure de l'iris, au lieu d'être réticulée, reste complétement unie ou ne présente que quelques petites élévations de figures variées, ainsi qu'on en remarque dans l'œil du fœtus lors de la formation des zones iriennes.

IV. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les quatre livraisons de janvier à août 1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *De la détermination des os de l'épaule et du bassin chez les vertébrés*; par le docteur C. Poelman. 2° *Note sur l'atrophie musculaire progressive*; par le docteur Valérius. (Pour servir de développement à la question proposée par la Société de médecine de Gand, sur l'atrophie musculaire progressive.) 3° *Des vertus thérapeutiques de la belladone*; par le docteur de Breyne. 4° *Remarques sur l'introduction de corps étrangers dans les voies respiratoires*; par le docteur Lesseliers.

De la détermination des os de l'épaule et du bassin chez les vertébrés; par le docteur C. Poelman.

En anatomie comparée, toutes les pièces qui entrent dans la composition de la charpente osseuse des vertébrés sont assez bien connues, mais les auteurs ne sont pas toujours d'accord sur les noms qu'il convient d'appliquer à certains os. On sait que presque tous ces noms sont empruntés à l'anatomie de l'homme. Le docteur Poelman pense que pour que la comparaison établie soit exacte, il est nécessaire de prendre pour base, non pas tant la forme de ces parties qui varie considérablement, que les rapports mutuels des différentes parties du squelette. La détermination de l'omoplate, dit-il, ne présente aucune difficulté, quelle que soit la forme qu'elle affecte; mais il n'en est pas de même de la clavicule. Chez l'homme, celle-ci est en rapport, d'un côté avec le sternum et de l'autre avec l'apophyse acromion de l'omoplate, dont le développement est en raison directe de celui de la clavicule; elle ne contribue en rien à la formation de la cavité glénoïdale. C'est ce rapport et cette disposition, ajoute l'auteur, que l'on trouve chez tous les mammifères claviculés, si l'on en excepte la taupe; aussi pense-t-il, contrairement à l'opinion généralement reçue, qu'une véritable clavicule manque à cet animal. En prenant, d'une part, pour point de départ les rapports de la clavicule chez l'homme et chez tous les mammifères claviculés, de l'autre, les rapports de l'os coracoïdien chez les monotrèmes, les oiseaux et les reptiles, il est amené à considérer comme os coracoïdien l'os décrit chez la taupe sous le nom de clavicule par Cuvier, Meckel, Carus, etc., os remarquable par sa brièveté, sa grosseur et son articulation avec l'humérus. Chez les tortues, la cavité articulaire est formée par un os coracoïdien et par une omoplate; quelques auteurs ont donné le nom d'omoplate à l'os coracoïdien de ces animaux, et d'autres l'ont appelé clavicule. Chez les reptiles, la véritable clavicule manque.

Des vertus thérapeutiques de la belladone; par le docteur de Breyne. (Mémoire couronné par la Société de médecine de Gand au concours de 1852.)

Ce travail est divisé en trois chapitres. Dans le premier, l'auteur fait l'exposé abréviatif de l'histoire naturelle de la belladone, de ses effets physiologiques ou pathogéniques, et de ses effets toxiques. Le second chapitre traite avec détail des vertus thérapeutiques de la belladone, et indique sur ce point à peu près l'état actuel de la science. Le troisième chapitre a pour objet les principales préparations pharmaceutiques de la belladone, sa matière médicale, sa thérapeutique, sa posologie. Ce cadre, assez étendu, est rempli par des résumés substantiels et par des observations empruntées à différentes sources ou tirées de la pratique de l'auteur lui-même. Nous n'y trouvons pas de réflexions ni d'appréciations originales qui méritent de prendre place dans cette revue.

Remarques sur l'introduction des corps étrangers dans les voies respiratoires; par le docteur E. Lesseliers.

Les corps étrangers introduits dans le tube aérien offrent entre eux de grandes variétés de dimension, de forme, de composition intime; dans la plupart des cas, ils se sont introduits par la glotte dans un moment où leur présence dans l'arrière-bouche coïncidait avec un mouvement d'inspiration. Il en est qui ont pénétré par une plaie de la trachée, ou bien à travers les parois thoraciques et le tissu pulmonaire; et enfin il y a des observations qui prouvent que le corps étranger peut prendre naissance et se développer dans l'intérieur des voies aériennes (calculs, polypes, tumeurs fibreuses). L'auteur rappelle que lorsqu'un corps étranger séjourne dans le larynx ou dans la trachée, et que la nature ne parvient pas à l'expulser ou que l'art n'intervient pas pour l'extraire, il survient des désordres organiques ou des troubles fonctionnels qui sont de nature à compromettre sérieusement la vie du malade. La mort peut être, comme on le sait, instantanée, foudroyante, ou bien n'arriver qu'après plusieurs heures, plusieurs jours, plusieurs semaines. La nature réussit quelquefois à se débarrasser du corps étranger; on les a vus ainsi rejetés au dehors par une forte expiration; on les a vus traverser la trachée-artère pour tomber dans l'œsophage ou s'échapper par la peau du cou, ou bien cheminer à travers les bronches et le tissu pulmonaire pour venir former un abcès aux parois thoraciques, ou bien encore être rejetés par la bouche avec le pus de la vomique. Ces réflexions étaient nécessaires pour fixer la place de l'observation suivante, dont nous relatons seulement les principaux détails.

Obs — Un homme, en mangeant son potage, avait laissé pénétrer dans la trachée un fragment d'os ayant la forme d'un tétraèdre irrégulier dont la plus grande arête avait 2 centim. de long et la plus petite 11 millim. Il fut pris subitement de suffocation, d'aphonie, d'envies de vomir et d'accès de toux étouffés. Quelques minutes après, à la suite de violentes secousses au tronc, il sembla au malade que quelque chose se déplaçait de la gorge et descendait vers le sternum. Aussitôt la voix lui revient, et quelques instants après tout rentra dans le calme.

A partir de cet accident, pendant un an et demi, le malade, quoique continuant de vaquer à ses occupations, était constamment incommodé par une douleur locale au côté droit; de temps à autre il était pris d'accès de toux très-fatigants, à la suite desquels il rejetait une certaine quantité de mucosités claires et filantes; depuis trois ou quatre mois seulement, les matières expectorées sont devenues épaisses et jaunes, et il n'était pas rare d'y voir mêlé du sang. La percussion de la moitié gauche de la cage thoracique ne donne rien d'anormal; la même investigation à droite donne un excès de sonorité à l'endroit qui correspond au siége de la douleur (mamelon droit), et un son mat pour le reste du poumon de ce côté. L'auscultation fait entendre à gauche un bruit respiratoire naturel et des battements du cœur réguliers. A droite, on perçoit vers le point douloureux une respiration légèrement amphorique et un gargouillement obscur. Dans le reste de la moitié droite, l'oreille constate une diminution très-sensible dans le murmure respiratoire. Le malade se plaint d'une ceinture incommode qui semble lui étreindre la base de la poitrine. Depuis quelques jours il a dû cesser tout travail. Il éprouve un malaise général et une anxiété qui augmente la nuit à cause de l'aggravation dans les accès de toux. Peu de temps après il vomit une grande quantité de matières muco-purulentes mêlées à du pus (un demi-litre). On découvrit dans ce liquide le fragment d'os que nous avons décrit ci-dessus. Après l'expulsion de ce corps étranger, le rétablissement du malade ne se fait pas attendre. Deux mois après, il pouvait vaquer à ses occupations, et après sept mois sa santé était totalement rétablie.

(*La fin au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 novembre. — Présidence de M. Combes.

Sur la cause générale qui régit le développement de la taille dans les animaux d'un même ordre et d'un même type.

M. Ed. Robin adresse, sous ce titre, un mémoire qui offre, suivant lui, de nouvelles preuves à l'appui de la cause assignée dans un de ses précédents mémoires à la vieillesse et à la mort sénile.

D'après ses recherches sur les causes de la vieillesse et de la mort sénile, la taille manifeste l'intensité de la combustion intérieure exercée chez les différents animaux en état de vie, et, dès lors, traduit, dans les conditions ordinaires, l'activité des phénomènes d'incrustation qui amènent la vieillesse et la mort sénile. Petite, la taille entraîne une grande activité de combustion, une faible résistance à l'abstinence, une grande consommation d'aliments, un grand détritus minéral, une incrustation prompte, une vieillesse précoce, une courte durée de vie; grande, elle entraîne une combustion relativement faible, un pouvoir plus grand de résister à l'abstinence, une consommation alimentaire faible, un faible détritus de combustion, une lente incrustation, une vieillesse tardive, une longue durée de vie.

La raison du rapport qui existe entre le développement de la taille et l'activité des phénomènes de combustion intérieure est simple : dans chaque type, dans chaque ordre, et toutes choses égales, si plus est grande la quantité de matière alimentaire nécessaire au soutien de la combustion, plus, dès lors, le détritus opère promptement l'incrustation qui impose un terme à la vie, plus aussi la taille est petite; c'est que la minéralisation, qui met un terme néces-

saire à la vie est la cause générale qui met un terme nécessaire à l'accroissement...

(Comm. : MM. Serres, Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire, Andral, Velpeau.)

ÉTUDES D'ANATOMIE, DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES MALADIES DE L'OREILLE.

M. TRIQUET adresse sur ce sujet un mémoire dans lequel il se propose de démontrer que le labyrinthe peut s'enflammer, suppurer, comme l'oreille moyenne, etc. Un malade qui avait succombé avec les symptômes d'une surdité dite *nerveuse* lui a offert les traces d'une phlegmasie non douteuse dans l'oreille moyenne et interne; ce sujet intéressant réclame d'ailleurs de nouvelles recherches.

L'otite des phthisiques, jusqu'à présent dite *tuberculeuse*, ne lui a offert, dans ses dissections, aucune trace de tubercules enkystés ou infiltrés, mais une phlegmasie suppurative des cavités de l'oreille. Il a pu faire, d'une manière assez complète, l'anatomie pathologique de l'otite typhoïde et celle des fièvres graves.

Comme corollaire de cette description, il expose le mécanisme des perforations du tympan, et il fait voir comment le pus pouvait s'infiltrer de l'oreille moyenne dans les cavités de l'oreille interne.

Dans une deuxième partie, se trouvent émises les conséquences thérapeutiques de ces recherches, quelquefois en opposition avec les assertions des auteurs.

Le procédé nouveau de cathétérisme pour la trompe d'Eustache, qu'il soumet à l'appréciation de l'Académie, lui paraît destiné à vulgariser ce moyen de thérapeutique en le rendant plus facile et plus sûr.

(Comm. : MM. Roux, Andral, Velpeau.)

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA DIGESTION DES MATIÈRES AMYLACÉES, PRÉCÉDÉES D'UNE NOTICE SUR LA CONSTITUTION DE CES SUBSTANCES ET SUIVIES DE CONSIDÉRATIONS SUR LA DIGESTION EN GÉNÉRAL.

M. BLONDLOT communique sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

Les résultats, dit-il, auxquels je suis arrivé dans le cours de ces recherches me semblent surtout dignes d'intérêt en ce qu'ils viennent donner une confirmation remarquable aux principes généraux que j'ai établis dans mon TRAITÉ ANALYTIQUE DE LA DIGESTION, et me permettent ainsi de systématiser mes idées, sur cette importante question, autour de quelques points fondamentaux.

Le premier de ces points est que, de tous les fluides qui se déversent dans le tube gastro-intestinal, depuis son origine jusqu'à sa terminaison, un seul, le suc gastrique, mérite la dénomination de *fluide digestif*, car lui seul exerce une action véritablement chimique sur les aliments, tandis que les autres, savoir la salive, la bile, le suc pancréatique, en un mot les fluides muqueux de toute espèce, ne sont autre chose que des produits excrémentitiels qui, avant d'être expulsés définitivement de l'économie, lui rendent encore un dernier service, si je puis m'exprimer ainsi, soit en facilitant le glissement des matières ingérées, soit en protégeant les surfaces qu'ils lubrifient, soit même en s'interposant, par leur viscosité, entre les molécules des matières adipeuses, de manière à les diviser ou, autrement dit, à les émulsionner. Il résulte de là que, en définitive, le rôle qui est départi à ces derniers est exclusivement mécanique, et, du reste, tellement secondaire, qu'on peut les supprimer sans que la digestion cesse de s'accomplir assez régulièrement pour l'entretien de la vie pendant de longues années. Cette proposition, tout hétérodoxe qu'elle ait pu paraître d'abord, a déjà été mise hors de doute, comme l'on sait, en ce qui concerne la bile, c'est-à-dire celui de tous les fluides excrémentitiels dont il s'agit, auquel l'imagination des physiologistes s'était depuis longtemps complu à attribuer le plus d'importance. Or les nouvelles recherches auxquelles je me suis livré dans ce mémoire viennent encore concourir à la démonstration de la même vérité, en prouvant que la salive et le suc pancréatique sont aussi inertes dans la digestion des matières amylacées que relativement à celle de toutes les autres substances ingérées dans le tube digestif.

Le second principe fondamental qui ressort de mes précédents travaux est que le suc gastrique est sans action aucune sur les matières non azotées, à l'égard desquelles il se comporte à peu près comme ferait de l'eau simple ou de l'eau légèrement acidulée, tandis qu'il manifeste une activité des plus énergiques sur certains produits azotés, tels que l'albumine, la fibrine, etc., produits qui, à raison de leur composition élémentaire, semblent appartenir à une même famille naturelle. Il résulte de là que le suc gastrique intervient dans la chymification des divers aliments de deux manières bien différentes, savoir : directement, quand il attaque les substances mêmes dont les molécules doivent constituer la pâte chymeuse, ainsi que cela a lieu pour les matières animales; et indirectement, au contraire, quand il s'agit de certaines matières végétales, dont les derniers éléments organiques, complétement privés d'azote, et, par conséquent, réfractaires à l'action du suc gastrique, ne peuvent être mis en liberté que par la destruction de la trace presque imperceptible de principe azoté qui servait à les réunir. Or cette seconde proposition se trouve encore confirmée par le résultat de mes dernières recherches, puisque, comme je le fais voir, la fécule ne se réduit en granules, pendant la digestion, que consécutivement à l'altération subie par l'espèce d'enduit azoté qui réunissait ces derniers.

Le troisième principe fondamental concerne la manière d'agir du suc gastrique. J'ai établi, dans l'ouvrage déjà cité, que ce *modus faciendi* ne consistait ni dans ces transformations chimiques, sur lesquelles les physiologistes d'autrefois avaient donné si ample carrière à leur imagination, ni dans une simple dissolution de la matière alimentaire, ainsi que l'avaient pensé quelques expérimentateurs modernes. La vérité est entre ces deux opinions extrêmes; car l'action exercée par le fluide chymificateur n'est pas, à beaucoup près, aussi compliquée que l'avaient imaginé les premiers, ni pourtant aussi simple que se l'étaient figuré les seconds. C'est une action *sui generis*, en vertu de laquelle certaines matières, tout en conservant intégralement leur composition chimique, perdent une partie de leur cohésion, de manière à pouvoir se réduire en molécules plus ou moins ténues, sous l'influence des agents mécaniques les moins énergiques. Or il est-il nécessaire de faire observer que le résultat de mes dernières recherches rentre complétement dans ce principe général, puisque j'ai démontré que, contrairement à l'opinion généralement admise aujourd'hui, la matière amylacée proprement dite ne subit aucune espèce de décomposition ni de dissolution pendant le travail digestif?

Le dernier principe fondamental qui me reste à faire ressortir est, sans contredit, le plus important, du moins sous le rapport philosophique, c'est que, en dernière analyse, le suc gastrique lui-même n'est, après tout, que la cause prédisposante de la chymification. En effet, quel que soit le degré de ramollissement auquel cet agent chimique ait amené la matière alimentaire par son action intestine, il faut toujours qu'une force mécanique vienne terminer le travail, dans ce qu'il a d'essentiel, en amenant cette matière à un degré d'atténuation suffisante pour qu'elle puisse être absorbée. Or, ici encore, mon dernier travail fournit à ce principe une nouvelle application, puisque nous avons vu la fécule ramollir dans l'estomac, par l'action chimique du suc gastrique, mais soustraite, au moyen d'un tube, à l'action mécanique de ce viscère, rester sans se désagréger, jusqu'à ce qu'une force étrangère vienne suppléer d'une manière plus ou moins imparfaite au mouvement péristaltique. C'est donc à bon droit que, dans mon TRAITÉ DE LA DIGESTION, j'ai pu m'exprimer ainsi, page 252 :

On le voit, considérée d'une manière générale, la chymification n'est, en dernière analyse, qu'une dissolution ou une division de la matière, qui ne subit, dans ce changement d'état, aucune espèce de décomposition. Pris dans un sens large, le système des mécaniciens était donc, de tous les systèmes anciens, celui qui s'approchait le plus de la vérité; car, en définitive, il aboutissait à ce principe, que les matières alimentaires s'introduisent dans l'organisme avec toute leur intégrité de composition, et sans subir aucune de ces métamorphoses chimiques auxquelles les chimistes d'autrefois avaient recours pour expliquer les phénomènes digestifs.

(Commissaires : MM. Magendie, Flourens, Dumas.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. JACQUART.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Valenciennes, sur une angine gangréneuse ou couenneuse dont les communes de Raisme et de Trith-Saint-Léger viennent d'être affectées;

2° Un rapport de M. le docteur Fuzellier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montreuil (Pas-de-Calais), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Cleulen, du mois de mars au mois d'août dernier;

3° Une caisse d'eaux minérales provenant des sources situées au hameau des Fremades, commune d'Allègres (Gard), pour en faire l'analyse;

4° Une lettre de M. Berthé, pharmacien, qui demande à être autorisé à mettre en vente, par application du décret du 3 mai 1850, une huile iodée simple et une huile iodée phosphorée dont il est l'inventeur.

M. le ministre de la guerre adresse, pour la bibliothèque de l'Académie, un exemplaire des RECUEILS DES MÉMOIRES DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES.

Le même ministre transmet à l'Académie le rapport sur le service de la vaccination publique en Algérie en 1852.

— M. VOILLOT (de Rennes) transmet une copie du rapport qu'il a envoyé en 1850 au comité consultatif d'hygiène, sur le choléra de Beaune en 1849. L'auteur insiste, dans ce travail, sur deux points, savoir : sur la contagion du choléra et sur l'efficacité des purgatifs salins pour combattre la cholérine.

— M. VAN DE LOO, de Venlo (Hollande), soumet au jugement de l'Académie un nouveau mode de déligation pour fractures : il s'agit de l'appareil plâtré dont M. Matysen est l'inventeur. (Comm. : MM. Larrey, J. Cloquet, Gerdy.)

— M. MOREAU-BOUTARD adresse une lettre de réclamation relative à la trachéotomie, pour laquelle M. Chassaignac propose une nouvelle méthode opératoire qu'il appelle sus-cricoïdienne. M. Moreau-Boutard rappelle qu'il a publié sur cette opération, dans la GAZETTE MÉDICALE du 24 octobre 1853, une note sur le même sujet et sous le même titre. (Comm. : MM. Velpeau, Robert, Laugier.)

—M. LEROY-D'ÉTIOLLES adresse une lettre en réponse à celle que M. Mercier a adressée dans la dernière séance sur les incisions des valvules du col de la vessie.

L'auteur cherche à établir dans cette lettre que des scarificateurs ou inciseurs du col de la vessie en forme de brise-pierre ont été exécutés pour lui par M. Charrière à quatre époques différentes avec des modifications et des perfectionnements, et qu'ils ont été livrés le 19 avril 1836, les 5 et 9 novembre 1836, le 9 mars 1837 et le 15 juillet 1847.

— M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que la séance publique annuelle aura lieu dans quinze jours, le mardi 6 décembre, à l'heure ordinaire.

L'Académie se forme en comité secret à cinq heures moins un quart pour entendre les conclusions du rapport sur les médailles à accorder aux médecins des épidémies.

— M. MALGAIGNE demande la parole à l'occasion du procès-verbal, pour protester contre le mot *guérison* qui a été employé dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE en parlant du malade présenté dans la dernière séance par M. Maisonneuve. Il n'y a pas de guérison possible dans ce cas; on eût dû employer au moins une expression moins affirmative.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer. La parole est à M. Laugier.

TRAITEMENT DES ANÉVRISMES PAR L'INJECTION DE PERCHLORURE DE FER.

M. LAUGIER : Lorsque notre honorable confrère M. Malgaigne est venu, par la lecture si intéressante de son mémoire, attirer l'attention de l'Académie sur le traitement des anévrismes par le perchlorure de fer, il m'a paru que cette question était portée prématurément devant vous. Je pensais que, d'ici à peu de temps peut-être, des faits nouveaux pourraient changer le sens ou la portée des conclusions qui vous étaient demandées par notre collègue : c'est ce qui arrive souvent, en effet, quand les conclusions ne dérivent que d'un petit nombre de faits. Un ou deux faits nouveaux suffisent pour changer le sens des premiers résultats.

L'inventaire des faits dressé par M. Malgaigne a donné des résultats déplorables; toutefois une décision sur la valeur de ce traitement m'avait paru prématurée, et je ne croyais pas qu'au moment même où M. Malgaigne lisait son mémoire, on pouvait déjà citer le plus beau succès que M. Pravaz lui-même aurait pu rêver pour l'avenir de sa méthode.

La ligature compte des succès pareils, mais elle ne peut en revendiquer de plus complet : je veux parler de l'observation d'anévrisme de la brachiale guéri par M. Valette (de Lyon) par l'injection du perchlorure de fer. Quelque brillant que soit ce succès, je concevrais cependant que M. Malgaigne ne le regardât pas comme décisif. Notre collègue n'a pas nié la probabilité du succès; il en a regardé même l'existence comme hors de doute; mais cette éventualité rare lui a paru achetée par de graves accidents, et, dans l'état actuel des choses, contre-balancée par un grand nombre de revers, et même la mort des opérés. En conséquence il a conclu par la proscription de la méthode. Pour répondre à l'argumentation de M. Malgaigne, il ne suffit donc pas de citer un succès éclatant obtenu par le perchlorure de fer : il faudrait plutôt soumettre à un nouvel examen les faits qu'il a analysés, et après leur avoir trouvé une autre signification, en tirer des conclusions différentes des siennes. Une lecture attentive des observations publiées avant celle de M. Valette m'a conduit à penser que le rôle attribué au perchlorure de fer dans leur issue fâcheuse avait été un peu exagéré.

Si le perchlorure de fer doit être considéré comme responsable de tous les accidents observés, il faudrait, ce me semble, que les effets eussent été d'autant plus manifestes qu'il était plus concentré, que la quantité injectée a été plus considérable, et qu'enfin on a été plus sûr, pendant l'injection, d'avoir fait pénétrer la canule du trocart dans le sang liquide que contient la poche anévrismale.

En étudiant les faits publiés sous ces trois points de vue, on est surpris de les voir résoudre d'une manière opposée à ce qu'on devait attendre.

Dans la première observation de M. Malgaigne, le liquide injecté par un de ses élèves était un mélange de perchlorure et d'eau à parties égales; il n'était donc pas très-concentré. 5 gouttes furent injectées; à l'instant même la douleur fut atroce. Dix secondes après la main était froide et violacée, et le lendemain la gangrène déclarée. Nous verrons plus bas pourquoi; mais les accidents ne sont pas dus évidemment ici à la concentration du liquide.

Même observation pour le cas de M. Alquié : 5 gouttes de perchlorure de fer, étendu de quantité égale d'eau, sont injectées dans un anévrisme de l'artère cubitale. Dès la nuit suivante, douleurs lancinantes dans la tumeur; le lendemain, frisson, tuméfaction des doigts, phlegmon de l'avant-bras. Ce n'est pas ici encore la concentration du liquide qui a fait le mal. M. Velpeau injecte une première fois 8 gouttes de perchlorure apporté par M. Dubuisson lui-même. Cette fois il est pur; cependant aucun accident n'a lieu, et il n'en survient qu'après une seconde injection, faite vingt et un jours après la première.

Dans le fait de M. Lenoir, 7 gouttes de liquide non étendu d'eau, puis 16 gouttes, sont injectées sans aucun accident. Comment comprendre que ce soit le même liquide qui ait produit plus tard les accidents?

La lecture des mêmes observations prouve aussi que si ce n'est point la concentration du liquide qui causa les désordres, ce n'est point non plus la quantité. Pouvons-nous oublier l'injection de 50 gouttes de perchlorure faite par M. Barrier sans aucun résultat? Ce n'est qu'à une troisième injection de 25 gouttes que l'inflammation finit par s'emparer de la tumeur.

Ainsi les accidents ne sont pas proportionnels rigoureusement ni à la concentration ni à la quantité de perchlorure de fer injecté. Avec une solution étendue avec une moindre quantité, on a observé des désordres plus considérables.

Mais les observations recueillies jusqu'ici diffèrent entre elles par une circonstance regardée à juste titre comme capitale : dans les unes, l'extrémité de la canule plongeait dans le sang liquide de l'anévrisme au moment de l'injection; dans les autres, elle n'avait pénétré que dans le caillot déjà spontanément formé dans l'anévrisme. Comment des résultats identiques seraient-ils observés dans des circonstances si différentes? Une opération qui a pour but de coaguler le sang est sans objet, ce me semble, quand la canule du trocart reste engagée dans un caillot déjà formé : aussi a-t-on pu, dans ce cas, injecter indifféremment 6 gouttes, 7 gouttes, 16 gouttes, 25 gouttes, sans produire ni plus ni moins d'effet. On a vu de graves accidents survenir encore après ces injections; mais ce n'est point le liquide qui les a déterminés. Bornons-nous en ce moment à faire la remarque qu'ils ont été presque tous alors consécutifs, et se sont fait attendre quelquefois plusieurs jours.

Il n'en est pas de même quand la canule du trocart plongeait dans le sang liquide au moment de l'injection : c'est en cette circonstance, qui est réellement la seule où la méthode de Pravaz soit applicable, que les véritables succès et les plus effrayants revers ont été observés. On ne peut plus dire alors que la quantité et sans doute aussi que le degré du liquide soient indifférents; car ici il pénétrera au delà de l'anévrisme, et sans des précautions indispensables, il pourra produire, comme cela a eu lieu chez le malade mort à l'hôpital Saint-Louis, la gangrène immédiate, tandis qu'un éclatant succès pourra être obtenu, comme dans l'observation de M. Valette, si la compression de l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrisme est faite exactement et continuée pendant un temps convenable. Mais dans combien d'anévrismes il sera impossible de remplir ces conditions! et dès lors, je le dis avec M. Malgaigne, combien seront restreintes les applications de la méthode Pravaz! Elle est rationnellement inapplicable dans l'anévrisme poplité, dans l'anévrisme axillaire, dans celui de la sous-clavière, du tronc brachio céphalique et de la carotide. Pourra-t-on même toujours la mettre en usage dans celui de la brachiale au pli du coude? Un anévrisme des radiale et cubitale, près du poignet, celui des arcades palmaires superficielles ou profondes, y échapperaient encore.

Les cas les plus favorables seraient les anévrismes peu volumineux de la brachiale et de la crurale à la partie moyenne du membre.

Mais encore ce sera à une condition qui me semble établie par les faits, c'est que le succès sera obtenu en une seule injection comme dans l'observation de M. Valette (de Lyon), et ici j'arrive à un côté de la question qui n'a point été envisagé. Les réflexions qui suivent s'appliquent aussi aux observations de MM. Velpeau, Malgaigne, Barrier, Lenoir, Soulé (de Bordeaux); elles sont de nature, si je ne m'abuse, à poser des limites à l'emploi de la méthode, mais aussi à diminuer les reproches qui ont été adressés au perchlorure de fer. Toute tumeur anévrismale qui est ponctionnée plusieurs fois, que la canule reste engagée dans le caillot ou arrive jusqu'au sang liquide, sera à peu près sûrement envahie par l'inflammation. Il arrive ici d'ailleurs ce qu'on voit pour d'autres tumeurs enkystées, une première pourra ne les pas enflammer, une seconde ou une troisième ponction y détermine le mouvement inflammatoire. Mais pour ne pas sortir des anévrismes, ne sait-on pas là aussi les résultats déjà connus de l'électro-puncture? C'est dans les cas où l'inflammation a fini par s'emparer de la tumeur (et ces cas sont nombreux) les réintroductions d'aiguille qui en ont été la cause la plus évidente. Je crois qu'il en a été de même dans les tentatives d'injection de perchlorure de fer, lorsque la canule s'est arrêtée dans le caillot.

M. Laugier cite ici à l'appui les observations de M. Velpeau, de M. Malgaigne, de M. Barrier et de M. Lenoir; puis il se résume en ces termes :

En résumé, avant de juger la méthode de Pravaz dans le traitement des anévrismes, il me paraît indispensable de faire deux catégories de faits, suivant que la canule du trois-quarts est plongée dans le sang liquide, ou reste engagée dans les caillots déjà formés. Pour ces derniers, ils ne sont, à mes yeux, que des anévrismes traités par un mode particulier d'acupuncture. L'effet d'une seule ponction pourra être nul; mais des accidents auraient nécessairement lieu si on répète les ponctions, et ils seront en général proportionnels à leur nombre.

Dans les faits de cette classe, il est difficile de concevoir un effet réel du liquide injecté. Comment un fluide qui n'agit que par ses propriétés chimiques serait-il inerte à une première injection et d'une action violente à une seconde ou à une troisième? L'intoxication et la dissolution du caillot par le perchlorure de fer en excès ne sont encore que de véritables hypothèses. Cela est si vrai qu'une autre explication donnée par M. Velpeau tendrait à faire admettre que le caillot peut être, au contraire, par l'action du perchlorure, induré de manière à devenir un corps étranger dont l'élimination sera nécessaire. Ces oppositions, du reste, n'avaient pas échappé à notre collègue M. Malgaigne, et il les a signalées dans son mémoire. Pour moi, en lisant attentivement les observations d'anévrismes traités par le perchlorure, le galvanisme, et dont l'inflammation s'est emparée jusqu'à y produire une fonte purulente, je cherche en vain une différence dans les apparences du magma sanguin que contient la tumeur. Il en est de même de l'inflammation spontanée ou de celle qui a suivi la ligature de l'artère.

Les faits de la seconde catégorie me paraissent les seules applications de la méthode de Pravaz. C'est dans ces faits qu'il faut la juger, si on croit déjà aujourd'hui le pouvoir faire.

Ici encore, et je citerai l'observation de M. Soulé, bien qu'un jet de sang au moment où le poinçoin est retiré, indique que la canule est placée avantageusement pour l'essai de la méthode, on retrouve le perchlorure infidèle; il ne coagule pas toujours, ne produit rien, et ce ne sera qu'à une seconde ponction que les phénomènes d'inflammation seront produits. La méthode de Pravaz, mal faite il est vrai, et en s'éloignant de certaines règles qu'il avait posées, peut

avoir des effets terribles. Il suffit de rappeler la première observation où notre habile confrère M. Malgaigne n'est intervenu que pour réparer autant que cela était possible, les désordres causés par une injection peu méthodique.

La méthode exige alors, en effet, la possibilité d'une compression exacte et suffisamment prolongée tant au-dessus qu'au-dessous de la tumeur, pendant et même après l'opération un certain temps, de quinze à vingt minutes. Les injections de perchlorure de fer ne devront jamais être tentées hors de ces conditions. Il faut, comme M. Malgaigne, la proscrire absolument alors.

Reste donc le très-petit nombre de cas où la tumeur sera située d'une manière favorable à la réalisation de ces conditions. Tel a été l'anévrisme brachial traité par M. Valette. Comment proscrire pour de pareils cas une méthode qui peut réussir en une seule séance, sans aucun accident, et sans laisser après l'opération les éventualités fâcheuses de la ligature? Mais ce sera à condition que la première tentative aura réussi, une seconde ponction pouvant être suivie de cette inflammation qui menace le malade et conduit le chirurgien à l'emploi ultérieur de la ligature.

Tel serait donc le jugement qui, selon moi, pourrait être porté aujourd'hui. Mais le fait de M. Valette n'est-il pas un fait exceptionnel? Combien de fois, dans les mêmes circonstances, se reproduirait-il? Il est évident que c'est aux expériences répétées qui se feront forcément, quel que soit le jugement de l'Académie, que l'on devra la réponse à cette question. C'est pour cela qu'il m'a paru et qu'il me paraît encore prématuré de porter ce jugement définitif que M. Malgaigne attend de vous.

M. Gerdy exprime le regret qu'on ait pu penser qu'en formulant un blâme général contre les expérimentations en chirurgie, il ait eu en vue telle ou telle personne. Il n'a prétendu blâmer ni critiquer personne en particulier. Il convient même volontiers, en ce qui concerne le sujet en discussion, que la méthode Pravaz se présentait au premier abord comme une opération très-rationnelle; son inventeur lui-même y avait apporté tant de prudence et des précautions si minutieuses qu'il semblait que toutes les chances de succès dussent se trouver réunies en faveur des essais sur l'homme. Et cependant on connaît le tableau désastreux qu'a fait M. Malgaigne de ces essais. Cela prouve une chose, c'est ce que si, malgré l'excessive prudence qui a présidé aux premiers essais de cette méthode, il est arrivé d'aussi déplorables malheurs, que ne doit-on pas avoir à craindre de ces tentatives que l'on est quelquefois porté à entreprendre sans en avoir par avance bien étudié les chances de réussite! Je n'ai blâmé personne, ajoute M. Gerdy, mais j'ai dû dire qu'on s'était un peu trop pressé. Dans l'idée que j'avais en vue de déverser le blâme sur telle ou telle personne, on a fait descendre la question des hauteurs où l'avait placée M. Malgaigne, et où j'avais voulu la maintenir moi-même, aux proportions d'une question de personnes; cela est regrettable, et je désire qu'on ne voie dans tout ce que j'ai dit que le désir de rappeler à des règles de prudence dont on s'est écarté. Et il ne faut pas craindre pour cela qu'on arrête les progrès de l'art; il y a des règles pour l'avancement de l'art qui n'excluent point la prudence. J'ai dit, par exemple, et je saisis cette occasion de le répéter, qu'il y a un guide infaillible pour le chirurgien quand il s'agit pour lui de se déterminer à pratiquer une opération nouvelle: c'est de se demander s'il la pratiquerait sur son fils. Le cœur, en pareil cas, est le meilleur guide, il ne trompera jamais. Lorsque vous vous direz: Voilà une opération qui n'est pas compromettante pour la vie, un père la permettrait pour son fils, vous pouvez hardiment l'entreprendre. Mais en présence d'une opération qui n'aurait encore jamais été pratiquée sur l'homme et qui ne laisserait dans l'esprit qu'incertitude et indécision sur les chances de succès qu'elle peut avoir, soyez assuré qu'un père n'y consentirait jamais pour son fils, et ce que le père n'autoriserait pas, vous chirurgien vous ne devez pas vous le permettre. Je maintiens que c'est là le guide le plus sûr et le plus vrai pour un chirurgien.

Voyez, au contraire, l'inconvénient d'abaisser les questions d'art et de pratique au niveau des questions de personne; cela nous conduirait à exclure des discussions académiques la critique, cette chose sacrée et sainte quand elle est maintenue dans des limites convenables. Il faut, dans l'intérêt de la vérité, que les droits de la critique soient maintenus et respectés, et l'on doit surtout éviter d'y voir un prétexte à récriminations personnelles.

Au point où en sont les choses, le fait de M. Valette n'a rien changé à mes convictions. Je persiste à penser qu'il y a lieu de s'arrêter et de réfléchir longtemps avant de se demander s'il y a lieu de pratiquer une opération nouvelle sur l'homme vivant. Pour moi, je n'en ferais rien sans bien savoir ce qu'il y a de vrai ou de faux dans les faits publiés, et ce ne serait qu'après un grand nombre d'expériences sur les animaux bien concordantes, bien concluantes, que je me déciderais à transporter une opération sur l'homme. Alors on se sera conduit prudemment.

M. Malgaigne commence par établir le sens de ses conclusions telles qu'il les a formulées au début de cette discussion. Ces conclusions tendaient à dire que dans l'état actuel des choses il y avait imprudence à ce qu'un chirurgien exposât des malades aux dangers de l'injection de perchlorure de fer. En émettant cette opinion, M. Malgaigne n'a pas entendu préjuger l'avenir, et il croit être resté dans les limites d'une prudente réserve. Cette position lui a suscité deux sortes d'opposants, et lui a valu des reproches contradictoires. Les uns, avec M. Moreau, lui ont reproché de n'avoir pas assez formellement condamné la nouvelle méthode; d'autres l'ont accusé d'être allé trop loin et d'avoir prématurément suscité une discussion qui était en ce moment inopportune. Il pense, pour son compte, qu'il y avait nécessité de condamner ce qui a été fait jusqu'à présent, sauf à attendre de l'avenir de nouvelles lumières et à voir s'il y aurait lieu de reprendre plus tard de nouveaux essais de cette méthode après de suffisantes expériences sur les animaux. Aussi ne partage-t-il pas entièrement l'opinion de M. Gerdy, avec lequel il est en parfaite communion d'idées sur cette question; d'ailleurs sur ce point particulier, à savoir qu'il faut laisser faire les chirurgiens téméraires, non, il ne veut pas qu'on laisse plus longtemps se renouveler de semblables expériences sur l'homme, avant que les résultats de la méthode aient été bien appréciés sur les animaux, que les conditions et les règles de son emploi aient été bien établies; et ce sont à ses yeux des chirurgiens téméraires, ceux qui pratiqueraient aujourd'hui les injections de perchlorure de fer.

M. Malgaigne, revenant ensuite sur quelques points de la discussion qu'il lui paraît nécessaire d'éclaircir, rappelle qu'il a dit dans son mémoire que, sans prétendre diminuer en rien le mérite des hommes distingués qui avaient répété les expériences de M. Pravaz à Alfort, il fallait bien reconnaître qu'ils s'étaient écartés sans motif plausible des règles posées par l'inventeur; que leurs expériences prouvaient bien l'inefficacité du perchlorure de fer à petites doses et son danger à dose exubérante; mais que l'injection rationnelle était la seule qu'ils n'eussent point pratiquée. M. Giraldès a réclamé contre cette phrase et a répondu à cela en citant des expériences qui tendraient à infirmer cette assertion. Mais les expériences citées par M. Giraldès étaient inédites, il n'avait pas été possible d'en tenir compte, ce jugement avait été porté d'après les expériences publiées dans les comptes rendus de la Société de chirurgie qui en avait reçu la communication.

Un autre contradicteur que M. Malgaigne a rencontré dans cette discussion est M. Leblanc. M. Malgaigne avait dit que, dans des expériences faites par MM. Leblanc et Debout, on avait observé tantôt un raccourcissement de l'artère sans amincissement, tantôt un raccourcissement avec amincissement. M. Leblanc a nié ces faits. Comme M. Giraldès, M. Leblanc paraît avoir oublié ce qu'il avait dit dans la première relation qu'il a faite de ses expériences, de concert avec M. Debout, à la Société de chirurgie; car on lit dans le compte rendu de la séance où fut faite cette communication que, dans l'une des expériences, l'injection produisit le raccourcissement de l'artère, et que, dans une autre, le vaisseau fut aminci et se laissa distendre à la manière d'une veine variqueuse.

A l'occasion du fait de guérison d'un anévrisme par une injection de perchlorure de fer communiqué à l'Académie par M. Valette, fait que M. Velpeau semblait pressentir dans sa dernière argumentation, lorsqu'il disait que la série des expériences ne s'arrêterait pas là, et que d'un jour à l'autre on verrait surgir de nouveaux éléments propres à éclairer la question, M. Malgaigne se propose de répondre à la critique énergique que M. Velpeau a faite de son mémoire.

D'après M. Velpeau, il y aurait eu quelque chose de singulier et d'inexplicable dans le fait de gangrène du bras pour lequel M. Malgaigne a été obligé de pratiquer l'amputation; mais plus ce qui s'est passé, dans ce cas, était singulier et inexplicable, plus il y avait de raison de le mettre sur le compte du perchlorure de fer, sur l'action duquel on ne sait encore rien de précis. Ce fait, d'ailleurs, n'avait pas entièrement convaincu M. Malgaigne, et il a voulu s'éclairer lui-même sur la manière de faire des chirurgiens les plus habiles et les plus prudents. Il a vu opérer M. Velpeau. Les précautions les plus minutieuses ont été prises dans l'opération pratiquée par M. Velpeau, ce qui n'a pas empêché qu'il ait fallu aussi, dans ce cas, recourir plus tard à la ligature pour réparer les désordres causés par l'injection. Il en a été de même du fait de M. Jobert, dont on ne suspectera certainement ni l'habileté ni la prudence.

On a dit que rien ne prouvait que la gangrène qui s'est manifestée dans tous ces cas fût le résultat de l'injection; que ce n'était pas le perchlorure de fer qu'il fallait en accuser, mais l'inobservance des précautions exigées en pareil cas. Mais qui connaît les précautions qu'il faut prendre? qui sait en quoi elles consistent? où les règles de l'art sont-elles formulées? Personne ne le sait encore. N'a-t-on pas procédé, d'ailleurs, avec la plus grande prudence et les plus minutieuses précautions dans le cas de M. Lenoir, comme dans celui de M. Jobert et de M. Velpeau? Ainsi voilà trois opérations pratiquées dans les meilleures conditions, avec la plus grande prudence possible, et de ces trois cas, l'un est suivi de mort; chez les deux autres, les malades n'ont dû leur salut qu'à la ligature! Si l'on ne peut conclure de ces faits contre la méthode, à quoi sert la logique?

M. Velpeau a dit, en manière de concession, que l'opération nouvelle pourrait être conservée pour un certain nombre de cas, par exemple pour les anévrismes de la racine des membres, ou dans le voisinage des grandes cavités. Mais ce sont là, ainsi que M. Laugier l'a fait remarquer tout à l'heure, les circonstances où l'injection de perchlore de fer serait peut-être le plus nuisible. L'expérience s'est prononcée déjà, d'ailleurs, à cet égard. M. Velpeau a donc donné sur ce point des espérances qui ne se réaliseront jamais. S'il était possible de conserver encore l'espoir d'utiliser cette méthode, ce serait peut-être dans des cas de petits anévrismes des extrémités de la nature de celui qu'a opéré M. Valette.

Avant d'arriver à l'examen du fait de M. Valette, dont il a été fait tant de bruit depuis quelques jours, M. Malgaigne fait remarquer que lorsque, se fondant sur les faits malheureux observés, il s'est permis d'élever des doutes, dans son mémoire, sur l'innocuité du perchlorure de fer, on s'est écrié de toutes parts: Le perchlorure employé n'était point celui de M. Burin Dubuisson. C'est l'argument derrière lequel se retranchent tous les partisans de la nouvelle méthode, et la réponse qu'ils font à toutes les objections. Mais quel est ce fameux problème de M. Dubuisson, dont ce pharmacien a lui-même donné plusieurs formules différentes, et que personne ici n'a eu encore, à ce qu'il paraît, en sa possession? M. Soubeiran, consulté sur la pureté du perchlorure de fer de M. Dubuisson, a déclaré qu'il était détestable. C'est là une question à laisser débattre entre ces deux honorables chimistes.

M. Laugier a soumis à une très-habile critique les faits rapportés dans le mémoire. Suivant lui, ce ne serait ni à la concentration ni à la quantité du liquide injecté qu'il faudrait attribuer les accidents observés. Cela est possible; mais qu'est-ce que ça prouve? Que ce ne soit ni à l'état de concentration, ni à

la quantité, ni à la qualité du perchlorure de fer qu'on doit attribuer les accidents: c'est donc à une autre cause inconnue, et la difficulté de reconnaître d'avance les chances d'accidents n'en devient que plus grande. Que l'on suppose que cela dépende, par exemple, d'une idiosyncrasie particulière des malades, il sera bien plus difficile encore de prévoir et de prévenir ces accidents, et dès lors l'emploi du perchlorure ne peut plus être soumis à une règle fixe. M. Laugier pense que ces accidents doivent être attribués plutôt aux ponctions répétées qui ont dû être pratiquées dans quelques cas. M. Malgaigne ne partage point cette opinion. On fait tous les jours des ponctions répétées dans des tumeurs enkystées, sans produire ni inflammation ni gangrène c'est donc bien évidemment la substance introduite dans le sac anévrismal qui est la cause de tous ces désordres.

Examinant enfin le fait de M. Valette, M. Malgaigne est frappé tout d'abord d'une chose: c'est que cette opération a été faite contre toutes les règles et en dépit de toutes les prescriptions de la méthode de Pravaz. Tandis que M. Debrin Dubuisson considère comme devant être la dose réglementaire 5 gouttes de perchlorure par centilitre de sang, M. Valette en injecte 15 gouttes pour un anévrisme dont il évalue lui-même la capacité à 1 centilitre. On ne sait plus, en présence de pareilles incertitudes, à quoi s'arrêter. Quelle sera donc la règle pour ceux qui voudraient expérimenter à l'avenir? Combien de victimes faudra-t-il faire encore pour arriver à quelque chose de précis? Tout est obscurité et doute.

En résumé, la méthode Pravaz est détestable; elle n'est point applicable aux gros anévrismes, et quant aux petits anévrismes, les seuls auxquels elle pourrait convenir, la ligature donne de si brillants résultats que ce serait folie que d'y renoncer pour une méthode aussi incertaine et aussi dangereuse.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE.

DU MÉLANGE DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE FIÈVRE ET DES CONVERSIONS QUE L'ON OBSERVE QUELQUEFOIS ENTRE ELLES; par le docteur SAMUEL-HENRY DICKSON (de Charleston). (TRANSACTIONS OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, t. V, 1852.)

Si nous pouvions trouver dans la composition que nous allons analyser matière à quelque critique, nous nous garderions d'en parler ici, parce que nous approuvons tellement le fond de ce travail que nous ne voudrions point soulever des objections qui ne porteraient que sur la forme ou sur quelque point secondaire. Nous croyons qu'il y a assez à extraire de cette lecture pour suivre l'auteur sur le terrain même qu'il s'est choisi pour partir de son point de vue et arriver à ses conclusions. Aussi, afin de donner une idée plus exacte de ce mémoire, nous nous abstiendrons de réflexions sur plusieurs questions où nos opinions et notre manière de voir ne concordent pas tout à fait avec celles dont nous allons rendre compte. Il est pourtant nécessaire pour l'intelligence du sujet de poser la question d'une manière générale dans le sens qui nous paraît le plus répondre à l'état actuel de la pathologie.

Le docteur Dickson a eu soin d'éviter toute exposition dogmatique, et il le pouvait facilement, s'adressant à des médecins auxquels les questions relatives à la nature et à la marche, à la classification des fièvres des pays chauds, sont familières. Ces maladies ne sont guère connues chez nous que des médecins qui ont observé dans notre colonie d'Afrique, et il s'en faut de beaucoup que la plupart des idées qui ont été formulées à ce sujet il y a quinze ou vingt ans puissent soutenir aujourd'hui le contrôle des faits. On commence à reconnaître que toutes ces maladies, qu'on avait d'abord confondues sous le nom de *fièvres continues ou rémittentes des pays chauds*, diffèrent entre elles par la gravité, par la marche, par la nature. Les unes ont une allure éphémère, quoi qu'on dise, et la médication quinique n'est pas la seule à en triompher aisément; les autres sont plus tenaces; on en vient difficilement à bout après vingt, trente, quarante jours, et cela malgré l'administration du quinquina à haute dose. Ces différences tiennent-elles à la nature même de ces affections, ou bien correspondent-elles à des variations d'intensité? Tel est aujourd'hui le problème qui nous semble comprendre la plupart des questions les plus intéressantes de la pathologie des pays chauds.

Il est facile d'affirmer *à priori* que toutes les maladies qui naissent sur un même sol et dans une même localité sont des maladies identiques; mais quand on arrive à la démonstration on peut voir combien laissent à désirer les faits sur lesquels repose cette hypothèse qui tendrait à englober sous un même titre, à confondre dans une catégorie, non-seulement les fièvres intermittentes, les fièvres rémittentes et les fièvres continues, mais l'hépatite, la dyssenterie, le choléra, la fièvre jaune, la peste. Nous éliminons de cette énumération les maladies reconnues distinctes par leurs localisations, leurs symptômes, la spécificité de leur cause; il nous restera toujours à résoudre la question que nous posions tout à l'heure par rapport aux affections fébriles intermittentes, rémittentes et continues.

C'est surtout en vue de cette solution que le travail de Dickson nous paraît important à consulter: « La distinction établie entre les rémittentes et les intermittentes d'une part et les fièvres continues de l'autre est niée ou ignorée par les uns et admise par les autres; en Amérique pourtant, on s'accorde généralement à reconnaître qu'il y a entre ces affections des différences marquées. » A cette remarque nous ajouterons cependant que Bartlett, qui a donné une classification des fièvres observées en Amérique, reconnaît les espèces suivantes: typhoïde, typhus, fièvre jaune, fièvre périodique comprenant les intermittentes, les rémittentes, les *congestives*, et que Fenners, dans les SOUTHERN MEDICAL REPORTS, après avoir énuméré seize espèces de fièvres, ne craint pas d'avancer que pendant la saison endémo-épidémique toutes ces affections ne sont que des variétés d'une seule et même maladie. Bryson, qui a étudié les maladies qui règnent sur la côte occidentale d'Afrique, pense à son tour que les fièvres de ces pays peuvent être distinguées en rémittentes et en intermittentes, les premières étant endémiques, épidémiques ou contagieuses.

Nous ne citons que les principales de ces opinions, qui diffèrent à tel point que la synonymie de ces affections est une des plus compliquées, la même maladie recevant, suivant les auteurs, les dénominations les plus disparates. C'est ainsi que la fièvre rémittente bilieuse des uns devient pour les autres fièvre endémique, typhus ictérode, fièvre ardente, fièvre jaune, *congestive*, inflammatoire. Il en est aujourd'hui de la pathologie des pays chauds, avec toutes ses dénominations vagues et confuses, comme il en était chez nous de la classification des fièvres au commencement de ce siècle et de la distinction des fièvres muqueuses, ataxiques, adynamiques, putrides, etc. Même incertitude des causes, même manque de précision dans la description des symptômes, même ignorance des lésions anatomiques, même difficulté pour définir les variétés et pour expliquer les différences de marche et d'issue de la maladie.

Est-on curieux de savoir pourquoi, sur des questions en apparence semblables, la pathologie des pays chauds, éclairée par les travaux accomplis en Europe et en Amérique depuis les trente dernières années, n'a pas marché d'un pas égal et dans le même sens? C'est, il nous semble bien, parce qu'on est parti de l'hypothèse de l'identité de toutes ces affections. Cette hypothèse une fois admise et prise par beaucoup d'esprits pour une chose démontrée, la nécessité d'observer et de décrire les différences symptomatiques ne se présentait à personne. Avec cette idée qu'entre les fièvres continues, rémittentes, intermittentes, il n'y avait que des différences du plus au moins et que le sulfate de quinine était la panacée universelle, dans quel but se serait-on appesanti sur des différences symptomatiques qui ne touchaient, disait-on, qu'à la forme et non au fond même des maladies. Le fait est que les choses se sont passées ainsi depuis vingt ans et que les recherches se portant sur d'autres points, on ne trouve pas, dans le nombre considérable de faits publiés par les médecins de l'Algérie et ceux des colonies anglaises et américaines, un travail établissant au point de vue clinique l'histoire des affections dont nous nous occupons. Le mémoire du docteur Dickson fait voir mieux que tout autre ces desiderata, et sans les résoudre il indique bien que ce n'est qu'à l'aide de l'investigation clinique qu'on parviendra à les élucider.

L'ASSOCIATION AMÉRICAINE en formulant le titre du mémoire que nous analysons et en nommant une commission pour la solution des questions auxquelles il se rapporte, a par cela même protesté contre la doctrine de l'unicité des fièvres des pays chauds. « Nous pensons, dit le docteur Dickson, rapporteur de la commission, que chaque type ou chaque variété caractérisée de fièvre est le résultat d'une cause particulière, que ces causes peuvent varier beaucoup dans leur nature comme dans leurs effets, que des causes distinctes peuvent quelquefois coexister, et surtout quand elles ont des analogies de manière à produire des effets composés ou mixtes. » De là quelquefois fusion des types fébriles; de là le mélange fréquent des symptômes caractéristiques. Quant au passage d'un type à l'autre, *conversion des types*, l'auteur explique ce phénomène par la substitution d'une affection à une autre. Les relations de Burnett, Pym, Bryson, Landor, Mc William, sur les fièvres de la côte d'Afrique, les travaux importants de nos médecins de l'armée d'Afrique, nous font voir des fièvres intermittentes simples après un paroxysme grave dégénérer en fièvres rémittentes.

Mais, dira-t-on, dans la même localité, à bord du même vaisseau, il y a des sujets qui contracteront une fièvre intermittente simple, tandis que d'autres seront atteints de fièvre intermittente pernicieuse... Il en est de même des fièvres continues; on sait que la fièvre typhoïde et le typhus fever, qui ont été si bien distingués par Gerhard, Copland, Jackson et dernièrement par Jenner, se développent dans des circonstances à peu près

identiques, et que presque toujours à Londres et dans les grands hôpitaux de l'Angleterre ou de l'Écosse on rencontre en même temps, à côté les unes des autres, les affections désignées sous le nom de *fièvre typhoïde* et de *typhus fever*. C'est ce qui a pu faire dire à Southwood Smith qu'il n'y avait en Angleterre qu'une seule espèce de fièvre. Raisonnement analogue à celui qui a fait confondre quelquefois la fièvre jaune si distincte, si bien caractérisée, avec les autres fièvres dites palustres. Sans entrer dans l'examen de cette question, nous ne pouvons nous empêcher de signaler à ce sujet l'excellent travail de M. Dutrouleau sur la spécificité de la fièvre jaune, travail dont nous avons rendu compte, cette année, dans la GAZETTE MÉDICALE. On y voit comment l'étude exacte des circonstances étiologiques permet de différencier complétement des maladies qu'une connaissance très-vague de la matière avait permis d'abord de rapprocher et de confondre. Et pour en revenir maintenant au typhus et à la fièvre typhoïde, nous dirons que non-seulement ces deux affections se montrent en même temps dans les populations, mais qu'elles peuvent coexister chez le même individu. L'épidémie de la prison de Reims dont l'histoire a été conservée par M. Landouzy, quelques-unes des épidémies de 1804 à 1814 relatées par M. Gaultier de Claubry présentent des exemples de ce genre de combinaison ou plutôt de mélange. Ces faits, interprétés d'une façon toute différente, ont permis de soutenir qu'il y a identité entre le typhus et la fièvre typhoïde, question résolue aujourd'hui par l'opinion générale dans le sens négatif. Il est reconnu que certains typhus, de même que certaines fièvres typhoïdes présentent, dans quelques cas, des symptômes relevant à la fois de chacune de ces affections. Or l'une des hypothèses les plus probables qui se présentent pour expliquer ce fait consisterait à admettre, avec Dickson, qu'il y a là un mélange de deux affections qui se superposent l'une à l'autre, et dont quelques-uns des symptômes sont masqués, tandis que les autres deviennent plus visibles. Une fois cette hypothèse admise, ce que Dickson appelle « la conversion des types, » et qui n'est au fond que le passage d'une maladie dans une autre, s'explique très-facilement; des deux causes coexistant chez le même individu l'une pouvant facilement absorber l'autre. Si les deux causes se rapprochent par leur nature et leurs effets, le mélange des fièvres aura lieu; si, au contraire, les causes diffèrent ou sont de nature incompatible, les symptômes de l'affection la plus légère ou la moins tenace disparaîtront, et il y aura alors, après un temps plus ou moins long, passage d'une maladie dans une autre.

THOLOZAN.

VARIÉTÉS.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — CRÉATION D'UN SERVICE DE TRAITEMENT A DOMICILE POUR LES MALADES PAUVRES DE PARIS.

On lit dans le MONITEUR :

« Une importante et salutaire innovation vient d'être introduite, sous l'inspiration des hautes et généreuses pensées de l'empereur, dans l'administration des secours publics à Paris. Jusqu'ici, lorsqu'un indigent tombait malade, il n'avait guère d'autre ressource que de se faire recevoir dans un hôpital; encore n'était-il pas toujours assuré d'y trouver place, en raison de l'affluence des malades étrangers qui, grâce à la facilité des communications, viennent chaque jour, de tous les points de la France et même des autres payes, amenés pas les chemins de fer, occuper dans les hôpitaux de Paris les lits destinés aux pauvres de la ville.

» Cette situation, qui va toujours s'aggravant, révélait un besoin auquel M. Davenne, directeur de l'assistance publique, s'est occupé de pourvoir en organisant un service de traitement des malades indigents à domicile. Le conseil de surveillance et la commission municipale se sont empressés d'adopter ce projet, qui, après avoir été approuvé par M. le préfet de la Seine, vient de recevoir la sanction définitive de M. le ministre de l'intérieur.

» Voici très-sommairement en quoi consistent les dispositions arrêtées :

» Le nombre des médecins des bureaux de bienfaisance est fixé à 159; ils seront répartis entre les douze arrondissements en proportion de la population indigente, et leurs fonctions cesseront d'être gratuites. Ils recevront chacun une indemnité qui sera de 600 fr. dans les quartiers du centre, et de 1,000 fr. dans ceux, comme le quartier Popincourt, celui des Invalides, la Petite-Pologne, etc., où la population, généralement peu aisée, offre le moins d'avantages à un médecin sous le rapport de la clientèle, en même temps que les distances à parcourir rendent le service plus pénible. Il y aura en outre dans chaque arrondissement, selon les besoins, des sages-femmes qui seront également rétribuées.

» Les médecins seront nommés pour six ans, sur la présentation des bureaux de bienfaisance et la proposition de M. le directeur de l'assistance publique. Ils pourront être réélus.

» Des locaux devront être disposés dans les divers quartiers pour que les malades puissent venir réclamer les conseils des médecins, qui seront tenus de s'y rendre à des jours et heures déterminés et d'y rester tout le temps nécessaire pour donner les consultations qui leur seront demandées. Un membre du bureau de bienfaisance assistera toujours à ces séances.

» Les médecins visiteront chez eux tous les malades qui ne pourraient se rendre à la consultation.

» Un registre sera ouvert au secrétariat de chaque bureau de bienfaisance pour recevoir les noms et demeures de tous les malades, la date de leur entrée en traitement et toutes les autres indications nécessaires.

» Les malades atteints d'affections aiguës seront visités au moins une fois par semaine par un administrateur ou commissaire de bienfaisance porteur d'une feuille où il consignera ses observations, particulièrement en ce qui concerne les soins dont ces malades sont l'objet de la part du médecin.

» Une commission, composée du président ou d'un vice-président du bureau de bienfaisance, d'un administrateur ou commissaire du secrétaire-trésorier du bureau et d'un des médecins, se réunira toutes les semaines pour prendre connaissance de tout ce qui intéresse le service des malades, et notamment des feuilles de visite. Elle statuera sur les secours qui devront être accordés, tant en médicaments qu'en aliments, en linge ou autres effets, même en argent, s'il y a lieu. En cas d'urgence, pendant l'intervalle des séances, les secours les plus indispensables pourront être délivrés immédiatement sur bons du président, sauf à lui à en rendre compte à la commission.

» Pour les malades non inscrits au contrôle des pauvres, c'est-à-dire pour les ouvriers nécessiteux, pour les personnes chargées de famille, en un mot pour tous les individus notoirement dénués de ressources, le traitement à domicile sera commencé soit sur leur demande, soit sur la réquisition du maire ou d'un des administrateurs du bureau de bienfaisance de leur arrondissement, soit sur celle du directeur de l'assistance publique.

» Nous passons tout ce qui, dans le nouveau règlement, se rapporte aux mesures d'ordre purement administratives. Ce que nous avons voulu faire ressortir, et ce que la population nécessiteuse de Paris appréciera comme nous, c'est le bienfait qu'elle est appelée à en recueillir.

» Ainsi désormais les hôpitaux désencombrés s'ouvriront pour les individus isolés, pour les étrangers surpris par la maladie loin du lieu de leur domicile, pour toutes les personnes atteintes d'affections graves dont la guérison exige les soins assidus et dévoués que de savants médecins et de charitables sœurs y prodiguent à tous ceux qui souffrent; mais le père ou la mère de famille malade ne sera plus forcé pour se faire traiter de quitter le foyer domestique et de laisser à l'abandon ses enfants en bas âge ou de jeunes filles exposées aux dangereuses suggestions de la misère. Celui qu'une répugnance quelconque, bien qu'irréfléchie, éloigne de l'hôpital ne sera plus exposé à souffrir sans soulagement et à mourir sans secours. Ajoutons que, dans beaucoup de cas, les progrès du mal seront arrêtés par des remèdes administrés à propos, et que la guérison en sera d'autant plus prompte et plus sûre.

» Déjà cette utile organisation subsiste et fonctionne dans le 5e arrondissement, où elle a été introduite par les soins d'un administrateur habile autant que charitable, M. Vée, ancien maire de cet arrondissement, aujourd'hui l'un des deux inspecteurs généraux de l'assistance publique, et le bien qu'elle y a produit est une garantie certaine du succès qu'on doit espérer d'une semblable mesure étendue à tous les quartiers de Paris.

» Le nouveau règlement recevra son exécution à partir du 1er janvier 1854. »

— Le choléra et les fièvres intermittentes continuent à sévir à Bucharest (*Wanderer*). Il a complétement cessé à Dantzick : sur 953 malades, il y avait à la date du 12 novembre, 611 morts.

— On lit dans le MEDICINISCHE ZEITUNG RUSSLANDS : « Depuis l'apparition du choléra à Saint-Pétersbourg le 1er octobre 1852, on a compté dans cette ville 13,861 malades, 8,190 guérisous et 5,609 décès.

» En Écosse, on a compté 14 cas à Dundee, en deux jours, le 5 et le 6 novembre; 3, le 7 et le 8 novembre. Cette ville paraît jusqu'ici une de celles qui ont le plus souffert de l'épidémie après Newcastle. Quelques cas isolés ont eu lieu à Morpeth, Faversham, Gateshead, Heworth, South-Shields, Luton, Shood.

» En Irlande, le choléra a paru à Dublin, à Cork, à Belfast, et les journaux irlandais nous apportent le triste recit de deux navires chargés d'émigrants, le *Guiding star* et le *Kossuth*, qui ont été forcés de relâcher sur les côtes d'Irlande, après avoir perdu, le premier, 9 personnes; le second, 18 personnes.

» Il y avait encore à bord du premier navire 13 personnes affectées de choléra, et 50 à bord du second; les deux navires ont été mis en quarantaine, et les malades transportés à l'hôpital de Work-House.

» A Bruxelles, depuis le 13 septembre, il y a eu 12 malades et 9 morts. »

—M. Serres, professeur, membre de l'Institut, commencera son *Cours d'anthropologie ou d'anatomie d'histoire naturelle de l'homme*, au Muséum d'histoire naturelle, le samedi 26 novembre 1853, à deux heures et demie, et le continuera les mardis et samedis, à la même heure.

Le professeur exposera la théorie de la génération et celle du développement de l'homme, d'après les règles de l'organogénie et de l'embryogénie.

Les digressions sur l'anatomie comparée auront pour objet d'éclairer la structure de l'homme par celle des animaux, afin d'arriver à la détermination méthodique des divers races humaines, ainsi qu'à leur dissémination sur la surface du globe.

— L. le docteur Clerc, ancien interne de l'hôpital du Midi, commencera, le mardi 22 novembre à six heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, un cours public et gratuit sur les *Maladies vénériennes*, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

Les bureaux de la Gazette Médicale sont transférés rue Racine, n° 10, à la librairie de M. Hamel. — M. Hamel se met à la disposition de MM. les abonnés pour toutes les commissions de librairie, d'achat d'instruments, etc.

REVUE SANITAIRE.

NOUVELLES DU CHOLÉRA. — LOCALITÉS ENVAHIES. — AFFECTIONS DIARRHÉIQUES. — CARACTÈRES SYMPTOMATIQUES ET ANATOMIQUES DE LA MALADIE. — CONVERSIONS DE DIFFÉRENTES MALADIES EN CHOLÉRAS. — ISOLEMENT DES CHOLÉRIQUES DANS LES HÔPITAUX.

Il y a eu depuis le 23 une augmentation dans le chiffre des décès cholériques à domicile et dans les hôpitaux. Les derniers renseignements qui nous sont parvenus donnent la répartition suivante des malades et des décès pour le 30 novembre : hôpitaux et hospices, 32 malades nouveaux, dont 26 admis et 6 déclarés à l'intérieur de ces établissements ; décès, 20, dont 10 dans les hôpitaux et 10 déclarés aux mairies. Du 7 au 30 novembre inclus, on a compté dans les hôpitaux 234 cholériques, dont 168 admis et 66 survenus à l'intérieur. Sur ces malades, il y a eu 94 décès. Nous n'avons pas d'indications exactes sur le nombre des cholériques observés à domicile ; nous savons seulement que du 7 au 30 on a compté 57 décès enregistrés aux mairies sous la rubrique choléra.

En supposant que la proportion de la mortalité à domicile soit égale à celle des hôpitaux, ces 54 décès supposent un chiffre de 134 cas au moins à domicile. Telles sont les principales indications statistiques dans lesquelles se résume la situation actuelle ; on y voit que, dans cette dernière semaine, l'épidémie a suivi une marche légèrement ascendante ; toutefois elle est encore contenue dans des limites restreintes. Elle sévit presque exclusivement encore sur la classe pauvre ; elle appesantit souvent ses effets dans les mêmes familles, et elle affecte de préférence certains quartiers, parmi lesquels on mentionne surtout quelques localités du 8e arrondissement. La banlieue a aussi fourni un contingent de mortalité qu'il importe de noter : nous apprenons que Grenelle a donné 4 décès et la commune de Bercy 52 cas, dont 22 décès.

Depuis le 20 jusqu'à l'heure actuelle, Bercy est le centre d'un véritable foyer épidémique qui se relie avec les points les plus infectés du 8e arrondissement, tels que le faubourg Saint-Antoine. Le choléra sévit dans cette localité avec une intensité inquiétante, et pour donner une idée de sa force épidémique, nous citerons le document suivant, que nous empruntons au mouvement des hôpitaux militaires : sur 14 cholériques entrés au Val-de-Grâce depuis le 22 novembre, il y en a eu 8 provenant de la caserne de Bercy, habitée seulement par 120 hommes du train des équipages, tandis que les grands centres militaires habités par 1,000 ou 1,500 hommes, tels que les casernes de Lourcine, Napoléon et le fort de Vanves n'ont fourni qu'un ou deux cholériques. Nous ajouterons à ces renseignements que plusieurs cas de choléra se sont déclarés dans une maison insalubre du Bas-Meudon, et qu'il y a eu 4 décès dans cette localité.

Pendant que le choléra continue ainsi ses progrès, les affections diarrhéiques prennent plus d'extension, et ont une tendance à se généraliser ; nous savons de source certaine que dans la population civile, dans plusieurs prisons, dans les hôpitaux et dans un grand nombre de casernes, les cas de diarrhée se sont singulièrement multipliés. Dans le poste de Bercy, dont nous parlions tout à l'heure, sur 120 hommes, plus de la moitié ont présenté des diarrhées plus ou moins rebelles, et dans cette même commune, on a pu voir plusieurs fois dans les familles frappées par l'épidémie, que presque tous les individus non encore atteints du choléra présentaient des dérangements intestinaux bien marqués.

Nous n'ajouterons rien aujourd'hui à ce que nous avons déjà dit des caractères symptomatiques de la maladie. En présence de quelques cas mal dessinés, de quelques phénomènes insolites, il a pu venir des doutes à quelques esprits au sujet de l'atténuation de la maladie ; nous avons déjà dit que cette atténuation résulte surtout de la moindre gravité de la période algide. Quant aux lésions cadavériques, sans croire y trouver la cause de la maladie, ni la maladie même, nous pensons qu'elles doivent être encore étudiées pendant cette épidémie, et pour notre part, nous avons déjà dirigé de ce côté des recherches qui nous ont permis de vérifier quelques faits déjà mis en lumière en 1849 à la clinique du Val-de-Grâce, à savoir : les ecchymoses du cœur, le ramollissement des parois du ventricule gauche, et l'injection de la substance grise centrale de la moelle dans la portion cervicale. Dans deux cas à réaction incomplète, l'éruption intestinale était peu marquée, et l'intestin grêle, malgré les évacuations abondantes qui avaient eu lieu pendant la vie, contenait un amas de matières filantes d'un jaune verdâtre. Il n'est pas fréquent de rencontrer les matériaux de la bile en si grande quantité, dans le tube intestinal des cholériques, vers le quatrième ou le cinquième jour de la maladie ; c'est pourquoi nous avons voulu signaler cette observation : si elle se vérifie dans d'autres faits, elle constituera un trait caractéristique de l'épidémie actuelle.

On a observé souvent, et on vient malheureusement d'en faire une triste expérience dans les hôpitaux, avec quelle facilité, pendant le règne des épidémies cholériques, différentes affections quittent tout à coup leurs allures naturelles pour revêtir le caractère de la maladie régnante ; entre elles toutes je signalerai la péritonite, qui s'accompagne alors assez fréquemment de crampes et d'une algidité très-prononcée. C'est surtout vers la période ultime de cette affection qu'on observe ce mélange de symptômes cholériques. D'autre fois ce n'est plus un simple mélange ou une simple addition de symptômes ; c'est la substitution de la maladie épidémique aux autres maladies qui sont alors complétement enrayées dans leur marche, annihilées dans leurs symptômes et quelquefois dans leurs lésions quand celles-ci n'ont pas eu le temps de se constituer complétement ; cette substitution a lieu surtout au début des maladies. Ces deux genres de phénomènes se sont présentés en grand nombre et se présentent encore fréquemment dans les salles de l'Hôtel-Dieu et de la Charité.

Sans entrer dans les interprétations différentes qu'on en peut donner, signalons les faits suivants dont nous garantissons l'authenticité : 1° La proportion énorme des choléras développés en 1849 et dans l'épidémie actuelle dans les salles des hôpitaux civils de Paris, où les cholériques étaient en contact avec les autres malades. 2° La proportion très-minime de cas semblables dans les hôpitaux militaires, où les cholériques sont traités dans des salles spéciales et

Feuilleton.

CHRONIQUE MÉDICALE.

Service médical des pauvres à domicile. — Dangers de l'*économie sociale*. — Le timbre et le docteur Piogey. — Le perchlorure de fer à l'Académie de médecine. — Mort du docteur Foureault. — M. Louis. — Le professeur Berard à Montpellier. — La gloire au rabais. Monument de Desault. — La chaire de pharmacie. — Le secret médical.

Le fait le plus important à inscrire sur nos tablettes est l'arrêté ministériel qui crée un service de *traitement à domicile* pour les malades pauvres de Paris. C'est à M. Davenne, directeur de l'assistance publique, qu'est échue naturellement la réalisation de ce projet, dont la pensée première remonte à l'autorité souveraine. Le plan d'organisation proposé par cet habile administrateur a été adopté et approuvé par les autorités compétentes, le conseil de surveillance, la commission municipale, le préfet de la Seine, et sanctionné enfin par le ministre de l'intérieur. Les principales dispositions de l'arrêté du gouvernement ont été publiées par le Moniteur, et nos lecteurs ont pu en prendre connaissance dans l'extrait textuel du journal officiel, inséré dans le dernier numéro de la Gazette Médicale. Le nouveau service sera installé le 1er janvier 1854.

Nous voudrions pouvoir, à notre aise, louer et commenter cette mesure, mais il n'est pas sûr que nous en ayons le droit. Le décret qui dispense les journaux scientifiques du timbre ne le fait qu'à condition que lesdits journaux s'abstiendront de disserter sur certaines matières, telles que la politique en général, les actes du gouvernement, la religion, et nommément *l'économie sociale*. C'est cette économie sociale qui nous rend perplexe. Ces termes ont on peuvent acquérir une élasticité dont il est difficile de mesurer d'avance la portée. S'il s'agissait de *l'économie politique*, il y aurait moins de difficulté. L'économie politique est une science dont les principaux objets sont à peu près déterminés, quoique nous en connaissions dix à douze définitions différentes ; on sait donc jusqu'à un certain point de quoi il ne faut pas parler pour n'être pas accusé de contrevenir à la prohibition. Mais à l'égard de *l'économie sociale*, on ne peut être assuré de rien ; car quel est l'objet d'étude qui, dans ses applications actuelles on possibles, ne touche pas à l'intérêt et à l'organisation de la société ? La médecine est particulièrement dans ce cas. Il n'y a pas de science plus sociale, pas même la jurisprudence. L'exercice privé et public de l'art, son enseignement, forment la matière d'une législation vaste et compliquée qui statue non-seulement sur la science, mais encore sur les personnes. La médecine entrant ainsi de tous les côtés dans la sphère de l'administration publique, il se pourrait bien qu'elle appartînt quelque peu à cette Économie qui ne peut paraître que sur papier timbré. Sans doute il n'est pas présumable que le législateur ait entendu interdire à la presse scientifique, en général, l'examen et la discussion des questions administratives directement liées à l'enseignement d'une science ou à la condition de ceux qui la professent ; qu'il

quelquefois même dans des pavillons isolés. Le rapprochement de ces deux faits constitue à lui seul un argument puissant en faveur de l'isolement des malades cholériques. Nous ajouterons, d'après des renseignements bien précis, que les premiers cas de choléra se sont développés cette année hors de l'enceinte des hôpitaux, et que ce n'est qu'après l'introduction des premiers cholériques dans les salles que le choléra y a étendu ses ravages. On répond à cela par des doutes, des hésitations, et l'on fait remarquer que depuis quelques jours, à mesure que le chiffre des admissions dans les hôpitaux s'est multiplié, le nombre de cas survenus à l'intérieur a diminué. Sans doute il devait en être ainsi, les épidémies même les plus meurtrières ralentissent souvent leur action quand elles ont frappé un certain nombre d'individus prédisposés. L'essentiel est de reconnaître cette classe de sujets prédisposés. Or la science fournit à ce sujet des données certaines. Les personnes convalescentes, débilitées, en proie à des maladies chroniques, les malades qui sont arrivés à la crise ultime des maladies aiguës, ceux qui sont encore au début de quelque affection grave, toutes ces catégories qui comprennent la presque totalité de la population des hôpitaux, voilà les sujets qui sont éminemment aptes à contracter le choléra. Que l'on considère maintenant cette dernière affection comme contagieuse ou infectieuse, ce qui est tout un, on arrive à comprendre l'impérieuse nécessité de l'isolement au point de vue scientifique.

Au point de vue administratif, et l'on comprend sous ce nom depuis la dispensation des soins du médecin jusqu'à ceux des infirmiers, des garde-malades, il y avait encore une nécessité plus urgente. Des cholériques disséminés au milieu des autres malades dans toutes les salles des grands établissements hospitaliers, y sont nécessairement l'objet d'une surveillance moins active, de visites moins fréquentes, de soins moins réguliers, moins continus, que s'ils étaient réunis dans un même bâtiment ou dans une même salle, confiés à des mains plus expérimentées, aux soins d'infirmiers dressés *ad hoc*. Disséminés, la surveillance est impossible, la plupart des soins sont donnés incomplétement, le matériel dont il faut pouvoir disposer à tout instant manque ou n'est pas sous la main; réunis dans un même local, il y a économie de temps, économie de force, économie de soins, profit pour la science et profit pour l'humanité.

Ces mesures que nous indiquons comme indispensables avant l'invasion de l'épidémie, et dont nous avions déjà traité à cette époque le point de vue économique et scientifique, viennent d'être complétement adoptées par l'administration de l'assistance publique. Si nous sommes bien informés, ce sont surtout les raisons administratives qui ont prévalu devant le conseil de l'administration. Nous ne nous en plaignons pas, car ce point de vue a aussi une importance considérable. Nous regrettons seulement que la partie médicale du conseil se soit laissé devancer dans cette voie par l'administration, qui a entrevu et nettement établi les conditions du progrès à accomplir et qui a pris des mesures urgentes pour qu'à l'avenir les cholériques soient réunis dans chaque hôpital, dans un certain nombre de salles choisies à cet effet, pourvues d'un personnel de médecins, d'internes, d'infirmiers, etc., et de tout le matériel nécessaire. En cela l'administration de l'assistance publique réalise un progrès qu'il était difficile d'accomplir sans elle, et elle a surmonté des obstacles dont elle seule pouvait triompher.

THOLOZAN.

PHYSIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE; par le docteur JOBERT (de Lamballe).

(Suite et fin. — Voir les numéros 36, 37, 41, 42 et 45.)

Après avoir mis sous les yeux du lecteur un certain nombre de faits d'éthérisation et résumé succinctement les conclusions que l'on peut en tirer, je vais exposer quelques observations relatives au chloroforme. Dans les sciences de faits cette méthode est la seule qui puisse conduire à des conclusions rigoureuses.

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE; OPÉRATION; INSPIRATIONS DE VAPEURS DE CHLOROFORME.

OBS. I. — Le 30 novembre 1847, je fus appelé par M. le docteur Duchenne (de Boulogne) auprès d'une dame âgée d'une soixantaine d'années, affectée d'une hernie crurale. Cette hernie s'étrangla une première fois en Italie et nécessita l'opération. Depuis lors elle n'avait été le siége d'aucun accident jusqu'au 29 novembre, époque à laquelle elle s'étrangla de nouveau.

La peau qui recouvre cette tumeur présente une cicatrice; la pression détermine de vives douleurs; l'abdomen est sensible, et la malade se plaint de coliques. Depuis la veille, il n'y a pas eu de selles, et elle a vomi plusieurs fois; la face est grippée. Malgré la gravité de ces symptômes, elle ne se décide pas à subir l'opération et veut attendre l'effet d'une saignée et d'un lavement de tabac. Toutefois, les accidents s'étant aggravés, l'opération est pratiquée vers six heures du soir, après que la malade a été soumise aux inhalations du chloroforme versé sur une éponge.

Les premières inspirations ne provoquent aucun accès de toux; au bout de deux minutes environ la malade s'endort avec ronflement sans présenter d'agitation, et la sensibilité est anéantie. Le sac est mis à découvert et ouvert; une anse intestinale, de couleur d'ébène, et l'épiploon se présentent à l'extérieur. Le débridement permet de faire rentrer l'intestin, et l'épiploon adhérent est coupé à l'extérieur.

Pendant le temps que dure cette opération, la malade ne donne pas le plus petit signe de douleur, et la figure, grippée avant l'opération, ne montre aucune souffrance. Cet état se prolonge pendant un quart d'heure, et le réveil se fait comme si elle sortait d'un profond sommeil. Elle reprend ses sens et dit n'avoir rien senti; elle manifeste sa joie d'être opérée; le pouls, qui avant l'opération était à 112, est tombé à 76 pulsations.

AMPUTATION DE LA CUISSE; INSENSIBILITÉ; CHLOROFORME.

OBS. II. — Le nommé Burat (Alexis), âgé de 22 ans, tailleur, entra à l'hôpital pour y être traité d'une ankylose angulaire du genou. Au moyen d'une machine à extension, on essaya en vain d'étendre le membre. Le malade ne pouvant se servir de sa jambe demanda lui-même avec instance l'amputation, qui fut pratiquée le 25 novembre après l'emploi préalable du chloroforme. Avant l'opération, le pouls donnait 104 pulsations à la minute. Les premières inspirations parurent très-agréables au malade, qui les supporta sans accès de toux, la respiration restant normale.

Quelques instants suffirent pour déprimer le pouls en conservant sa fréquence. Après quelques nouvelles inspirations, tous les muscles tombent dans le relâchement, et la cuisse peut alors être maniée dans tous les sens. Le malade s'endort d'un sommeil profond; sa figure n'indique ni congestion, ni gêne dans la respiration, et de temps en temps seulement il fait entendre quelques plaintes

---

ait voulu, en particulier, retirer aux journaux de médecine la permission, qu'ils ont eue de tout temps, de donner un avis sur tout ce qui intéresse la constitution extérieure et publique de la science et de la profession, les hôpitaux, les écoles, le service de santé civil et militaire, le régime des prisons, les quarantaines, etc. Mais le timbre, qui, peu soucieux de pénétrer l'esprit des dispositions légales, s'en tient à la lettre, pourrait se figurer un jour ou l'autre que ces sortes de sujets font partie de cette économie sociale sur laquelle il a droit d'estampille, et nous jouer quelque mauvais tour. Nous et nos confrères avons marché jusqu'ici dans l'innocence de notre cœur sur ce terrain bordé de précipices que nous ne soupçonnions même pas. Un fait récent doit nous mettre sur le qui-vive. Un de nos jeunes confrères, M. le docteur Piogey, s'est aventuré à publier une brochure, non timbrée, pleine de renseignements curieux, d'aperçus judicieux, et de bons sentiments, sur le charlatanisme médical contemporain. Il cite et discute les mesures législatives et administratives, les ordonnances de police édictées pour la répression de ce grand scandale, et propose lui-même quelques remèdes contre cette peste. Il n'y a rien au monde de plus médical, de plus spécialement médical, que le fond et la forme de l'écrit de cet honorable confrère. L'administration du timbre l'accuse cependant d'économie sociale, et requiert, par toutes les voies de droit, contre l'auteur et l'éditeur, la peine de l'amende. Il y a lieu d'espérer que l'autorité supérieure, à laquelle appartient la décision de l'affaire, donnera gain de cause à M. Piogey; mais en attendant l'issue de ce procès, qui intéresse vivement la presse médicale, il faut se tenir sur ses gardes.

Nous n'entrerons donc pas trop avant dans l'examen du service des traitements à domicile nouvellement institué. Nous nous contenterons de dire, en termes très-généraux, que cette mesure est un progrès remarquable au double point de vue de l'assistance publique et de la profession médicale.

Comme mode d'assistance, la mesure n'est pas tout à fait nouvelle, elle n'est qu'une extension, une généralisation, une application plus complète de l'œuvre entreprise déjà par les bureaux de bienfaisance qui, établis dans les douze arrondissements de Paris, distribuent aussi à domicile des conseils, des remèdes et des secours de toutes sortes; mais cette extension, ainsi largement entendue, donne à l'institution un caractère nouveau; elle n'est plus exclusivement hospitalière; elle est générale et d'ordre public. Les bureaux de bienfaisance cessent d'être de simples annexes de l'administration des hospices, et leurs maisons de secours des succursales des grands hôpitaux. Ce n'est plus une entreprise privée, c'est une œuvre de haute administration. Le nombre des médecins visiteurs, le mode de leur nomination, surtout la rétribution qui leur est allouée, changent en partie aussi le caractère de leur ancienne position de médecins des bureaux de bienfaisance, quoiqu'ils en conservent le titre. Ils deviennent des fonctionnaires de l'État. Ainsi élevée à la hauteur des grands services publics, la profession médicale marche à son rang entre la magistrature et le sacerdoce. La science devient une institution. Les jeunes praticiens dont les débuts sont souvent si pénibles, trouveront là, à l'entrée de la carrière, un puissant encouragement. Ce sera pour eux une sorte de stage pour une future clientèle ou pour leur avancement hiérarchique.

Les conséquences de la mesure au point de vue purement médical ont à peine besoin d'être signalées. Elle tranche la question si souvent controversée des avan-

Après une minute et demie d'inspirations, l'insensibilité est complète et le pouls ne donne que 72 pulsations.

L'amputation est pratiquée et le malade n'en a pas conscience; il continue à dormir d'un sommeil profond en faisant entendre du ronflement. On enlève l'éponge encore imbibée de chloroforme, et l'insensibilité persiste pendant les ligatures des vaisseaux. Elle ne cesse qu'au moment où on applique les points de suture; mais son réveil est absolument tranquille et naturel. Il reprend connaissance, répond parfaitement aux questions qu'on lui adresse, dit n'avoir rien senti, et demande à plusieurs reprises si réellement il est opéré. Il raconte qu'au moment où on lui faisait aspirer le chloroforme, il lui semblait que tout le monde se battait. L'opération terminée, la figure du malade a une tranquillité telle qu'on ne se douterait pas qu'il vient de subir une aussi grave mutilation. Le pouls, tombé de 104 à 72, avait perdu 32 pulsations; dès les premières inspirations, il s'était déprimé sans perdre de sa fréquence. Le sang ne changeait pas de couleur pendant l'expérience. Comme chez les autres malades, il y eut bourdonnement dans les oreilles avant le sommeil.

TUMEUR CANCÉREUSE DU SEIN GAUCHE; ABLATION; INSPIRATIONS DE VAPEURS DE CHLOROFORME.

Obs. III. — La nommée Bader (Maria), âgée de 30 ans, entra à l'hôpital le 2 décembre 1847. Le 7 du même mois, je pratiquai l'ablation du sein après que la malade eut été soumise à l'influence des vapeurs du chloroforme. Les premières inspirations ne provoquèrent ni accès de toux ni suffocation. Cette femme, qui est Allemande, exécute mal les mouvements d'inspirations. Néanmoins, au bout d'une vingtaine d'inspirations à peine, on voit ses paupières se fermer, son regard perdre de sa vivacité, la pupille se dilater; après une minute et demie, elle est endormie et l'on commence à entendre un ronflement naturel. La sensibilité étant abolie, la tumeur est enlevée, quelques vaisseaux sont liés, trois points de suture entortillée sont appliqués sans que la malade ait manifesté la moindre douleur. Sa physionomie a conservé un calme parfait, aucune toux ne s'est produite, aucune gêne ne s'est fait sentir dans les mouvements de la respiration. Elle a été d'abord comme étourdie et a eu des bourdonnements dans les oreilles. La journée qui suivit l'opération fut calme et la nuit bonne.

CATARACTE OPÉRÉE PAR ABAISSEMENT; INSPIRATIONS DE VAPEURS DE CHLOROFORME.

Obs. IV. — Le nommé Pavert (Jean), âgé de 22 ans, entra à l'hôpital le 15 novembre pour y être traité d'une cataracte traumatique de l'œil droit. Le 25 novembre, il fut soumis aux inspirations chloroformiques.

Le pouls avant l'expérience donna 75 pulsations. Après quelques inspirations, le malade, sans pousser de gémissements, sans manifester de gêne dans la respiration, annonce qu'il va s'endormir. Il s'endort en effet avec tranquillité; le pouls, qui s'était d'abord déprimé en conservant sa fréquence, est maintenant descendu à 68 pulsations.

On enlève l'éponge chloroformique; après quelques instants, le malade reprend l'usage de ses sens et ne tarde pas à reconnaître les personnes qui lui adressent la parole. Il demande si l'opération est faite; il déclare qu'il n'a rien senti, que d'abord il a eu un poids sur la tête, puis un bourdonnement d'oreilles qui lui faisait croire qu'il entendait le bourdon d'une grosse cloche.

ENGORGEMENT DES SEINS; ÉLECTRO-PUNCTURE; INSPIRATIONS DE VAPEUR DE CHLOROFORME.

Obs. V. — Appelé à donner des soins à une dame affectée d'un engorgement des seins, compliqué de vives douleurs, je jugeai utile de recourir à l'électro-puncture. Le 29 novembre 1847 je fis respirer à la malade le chloroforme répandu sur un mouchoir qui fut placé à une certaine distance du nez.

Les premières inspirations ne provoquèrent pas de toux et la respiration s'exécuta sans difficulté, bien que chaque expiration fût marquée par une espèce de cri plaintif que l'on entendit pendant tout le temps que dura l'expérience. Au bout d'un instant, madame X... dit qu'elle se sent défaillir, comme si elle était sur le point de se trouver mal. La sensibilité n'étant pas suffisamment éteinte, on verse sur le mouchoir une nouvelle quantité de chloroforme, et à peine la malade a-t-elle fait quelques nouvelles inspirations qu'elle s'endort. La physionomie reprend du calme, de la tranquillité, mais l'expiration est accompagnée du même cri plaintif qui ferait croire que la malade ne dort pas, il n'en est rien cependant. Deux aiguilles à acupuncture sont enfoncées profondément dans les tissus malades; leurs extrémités libres sont mises en contact avec les deux pôles opposés de la pile, sept ou huit commotions électriques sont ainsi données sans que la malade manifeste de douleur. Les aiguilles sont retirées et enfoncées de nouveau, cinq ou six nouvelles commotions sont données. Pendant tout ce temps, madame X... dort paisiblement en continuant de respirer la vapeur chloroformique durant quatre minutes environ.

Au moment où l'on enfonçait les autres aiguilles dans l'autre sein, la malade se réveilla; malheureusement le chloroforme dont nous disposions était épuisé, de sorte que de ce côté les commotions ont été parfaitement senties, ce qu'attestaient les contractions douloureuses de la physionomie à chaque décharge électrique.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE; AUTOPLASTIE PAR GLISSEMENT; CHLOROFORME.

Obs. VI. — La nommée Harot, âgée de 27 ans, couturière, entra à l'hôpital pour y être traitée d'une fistule vésico-vaginale. La malade placée sur le dos, je saisis le col de l'utérus avec les pinces de Museux, et je l'attirai à l'ouverture de la vulve. Les inspirations du chloroforme versé sur une éponge, auxquelles on la soumit après cette première opération, ne provoquent ni toux ni suffocation. La sensibilité s'émousse en trois minutes. Les membres tombent en résolution complète; la malade est facilement maintenue en place, et devient insensible après la quatrième minute. Elle fait entendre un léger ronflement naturel. La figure est calme, les paupières sont abaissées, et en les relevant doucement, on voit que le globe de l'œil est porté en haut. Le regard est fixe et l'œil insensible à la lumière. Le ravivement, la suture et les incisions pour permettre le glissement des surfaces les unes sur les autres, sont exécutés pendant que l'anesthésie est complète.

Pendant l'opération, qui a duré seize minutes, le sang n'a pas cessé d'être rouge et vermeil. Aucun inconvénient ne s'est manifesté; seulement, à chaque fois que la sensibilité reparaissait, on avait soin de rapprocher du nez l'éponge imbibée de chloroforme. L'opération terminée, elle fait de légers mouvements indiquant le retour de la sensibilité; elle soulève les paupières, et l'on constate alors que les pupilles sont dilatées.

L'éponge une fois enlevée, on aperçoit sur la partie gauche de la lèvre supérieure une rougeur qui indique les points où le chloroforme est tombé sur la peau. Reportée à son lit, elle répond avec une grande exactitude aux questions qui lui sont adressées; cependant elle conserve encore le besoin de dormir, de la lourdeur sur les paupières, et pendant la première heure qui suit l'opération, elle reste plongée dans un sommeil sans agitation.

ARRACHEMENT DE TROIS DOIGTS DE LA MAIN DROITE; DÉSARTICULATION MÉTACARPO-PHALANGIENNE; INSPIRATIONS DE VAPEURS DE CHLOROFORME.

Obs. VII. — Le 30 novembre 1847, entra à l'hôpital le nommé Chopin (Jules), âgé de 10 ans et demi. Cet enfant, en travaillant dans une fabrique d'allumettes chimiques, avait eu l'imprudence d'approcher la main d'un engrenage qui lui avait broyé l'indicateur, le medius et l'annulaire. Le délabrement fut tel que je pratiquai immédiatement la désarticulation des trois doigts. Je le soumis préalablement aux vapeurs du chloroforme. Les premières inspirations ne furent nullement pénibles, et en cinq minutes, il parut endormi; mais ce sommeil ne dura pas. Quelques nouvelles gouttes de chloroforme furent versées

---

tages relatifs des grands et des petits hôpitaux, de la dispersion des malades ou de leur agglomération; question à plusieurs faces, dont la solution impliquait la réalisation, jusqu'ici impossible, de plusieurs conditions médicales, administratives, morales, économiques, très-diverses et même opposées. L'institution nouvelle concilie ces différents intérêts et les satisfait tous dans une certaine mesure. Elle ne supprime rien de ce qui existe dans le service actuel de la santé publique; mais en en renforçant et développant certains éléments, elle en corrige les défauts et en augmente l'effet utile. C'est là la seule bonne manière d'innover.

Les précédents et l'autorité de l'expérience ne manqueraient pas au besoin pour justifier ce service médical. Il est si conforme à la nature des choses, qu'il s'est constitué pour ainsi dire de lui-même dans tous les pays et dans tous les temps. Il a précédé partout la création des hôpitaux. Dans l'ancienne Grèce, des médecins publics, rétribués par l'État, visitaient et traitaient les malades nécessiteux à domicile. Cette institution existait aussi à Rome. Elle s'est perpétuée dans un grand nombre de villes et d'États en Italie, en Allemagne. Elle a reçu de nos jours un immense développement en Angleterre. Ce service était déjà établi depuis quelque temps à Paris même dans le neuvième arrondissement. Le nouveau règlement ne fait qu'en consacrer le principe et généraliser l'application.

Bonne et utile en tout temps, cette institution acquerra, aux époques, malheureusement trop fréquentes, d'épidémie, une valeur inappréciable. On a pu tout récemment, et on peut encore en ce moment même, reconnaître l'étendue des services qu'elle a rendus et continue de rendre en Angleterre, à l'occasion du choléra. Tous les rapports officiels constatent que les visites d'enquête et de précaution sanitaires, faites sur une grande échelle, ont considérablement diminué les chances de l'explosion de la maladie qui, immédiatement combattue dans la période prodromique ou, comme les Anglais l'appellent très-bien, *prémonitoire*, si nettement signalée, décrite et formulée, dès 1832, par la Gazette Médicale, et aujourd'hui universellement admise, est le plus souvent enrayée par un traitement approprié. Il est peut-être à regretter que l'installation de ce service soit ajournée jusqu'en janvier. Le choléra est à nos portes. Les cas en sont déjà assez nombreux pour n'être plus considérés comme isolés, et le caractère épidémique se dessine. Qui sait les proportions qu'il peut prendre d'un jour à l'autre!

— A propos du choléra, il est bon de faire savoir au plus tôt au public médical que l'Académie des sciences vient d'être mise en possession du magnifique legs de *cent mille francs*, qui lui a été fait par un généreux philanthrope, M. Bréant; lesquels cent mille francs seront donnés en récompense à l'heureux inventeur du *remède* du choléra. Mais comme cette trouvaille peut se faire trop attendre, on propose provisoirement un prix annuel de 4,500 à 5,000 francs, représentant les intérêts du capital, en faveur de la découverte la plus utile sur le choléra. On peut, sans se croire grand prophète, prédire que le grand prix de cent mille francs ne sera jamais, sinon mérité et gagné, du moins décerné. Si la découverte d'un traitement ou remède héroïque du choléra n'est pas à la rigueur impossible, sa vérification ou démonstration l'est au plus haut point. La constatation d'un fait thérapeutique de ce genre exigerait un ensemble d'expériences si nombreuses, si prolongées, si compliquées, des difficultés de tout genre embarrasseraient tellement la recherche, que l'imagination la plus en-

sur l'éponge, et trente secondes à peine écoulées, on entendit un ronflement naturel.

La physionomie était calme, le globe de l'œil tourné en haut; les pupilles étaient dilatées, l'insensibilité était complète. Le petit malade ne témoigna aucune douleur pendant l'opération, qui fut faite en laissant à la face antérieure de la main un lambeau destiné à recouvrir les surfaces articulaires. Le sang fourni par les vaisseaux s'échappait par jets rouges et saccadés. La durée de la chloroformisation avait été de trois minutes. Une rougeur se faisait remarquer dans les points où le chloroforme avait été en contact avec la peau. Lorsque le jeune homme se réveilla, au bout de douze minutes environ d'insensibilité, les paupières étaient pesantes; il ouvrait péniblement les yeux, et ne se rendait pas compte de ce qui lui était arrivé. Reporté à son lit, il éprouva le besoin de dormir; les pupilles étaient dilatées et immobiles.

Pendant cette expérience, le pouls, d'abord fréquent et plein, ne tarda pas à se déprimer et à perdre de sa fréquence. L'opération terminée, il est resté d'une lenteur remarquable.

TUMEUR CANCÉREUSE DU SEIN GAUCHE; EXTIRPATION; INSPIRATIONS DE CHLOROFORME.

OBS. VIII. — La nommée Charton (Alexandrine), âgée de 43 ans, domestique, entra à l'hôpital le 30 octobre 1847, pour y être traitée d'une tumeur cancéreuse du sein gauche dont elle était affectée depuis trois ans. Cette tumeur était douloureuse à la pression et mal circonscrite. Avant d'en pratiquer l'extirpation, je me décidai à la combattre par de petites saignées dérivatives, des purgatifs, des applications topiques émollientes, et à attendre qu'elle fût exactement limitée.

Le traitement prescrit eut le résultat qu'on en attendait, et le 7 décembre 1847, la malade se trouvant dans des conditions convenables, je pratiquai l'opération, après l'avoir soumise à l'influence du chloroforme. Les inspirations furent supportées sans difficulté, sans toux et sans gêne dans la respiration. Deux minutes suffirent pour endormir la malade. Les paupières, abaissées, étaient soulevées sans résistance; le globe de l'œil était porté en haut et le regard était fixe. La sensibilité, éprouvée de différentes manières, était complétement anéantie.

L'ablation de la tumeur étant faite, on cessa les inhalations chloroformiques, et on appliqua des ligatures sur les vaisseaux qui fournissaient un sang *rutilant*. Pendant les quatre minutes que dura l'opération, la malade ne cessa de dormir d'un sommeil profond, accompagné d'un ronflement naturel. Au moment où l'on rapprochait les lèvres de la plaie pour les réunir par la suture entortillée, l'opérée se réveilla tout à coup et poussa des cris qui annonçaient le retour de la sensibilité. On approcha de nouveau l'éponge imbibée de chloroforme, et après une demi-minute d'inspirations, elle se rendormit, recommença à ronfler, et perdit de nouveau la sensibilité. Ce nouvel état permit d'appliquer les points de suture sans douleur.

Les traits de la physionomie étaient calmes, la figure reposée. Au moment où l'opération venait de finir, le réveil eut lieu et les sens recommencèrent à fonctionner. Tout à fait revenue à elle, interrogée sur ce qu'elle avait ressenti, la malade répondit que l'odeur du chloroforme ne lui avait pas paru désagréable; qu'il lui avait semblé que tout tournait, et qu'elle entendait un bourdonnement. La journée fut très-calme, et le sommeil fut complet pendant la nuit.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE UTÉRIN; INSPIRATIONS DE VAPEURS DE CHLOROFORME; INSENSIBILITÉ.

OBS. IX. — M. le docteur Foville, mon ami, qui donnait des soins à une dame affectée de manie aiguë, voulut bien me demander mon avis sur l'état de cette malade, à laquelle il portait un vif intérêt. Ce médecin éclairé ayant remarqué qu'à l'époque de la menstruation les symptômes d'aliénation mentale étaient portés à un haut degré, et sachant, d'ailleurs, que les affections utérines douloureuses produisent souvent des troubles fonctionnels graves dans le système nerveux, se demanda s'il n'existait pas quelque lésion qui pût aggraver la position de son intéressante cliente. C'est dans ce but que nous l'examinâmes ensemble. Le col utérin était, en effet, considérablement rétréci. Pour lever l'obstacle à l'écoulement menstruel, on fut d'avis d'agrandir le col, et c'est dans cette intention que nous nous réunîmes, le 29 décembre 1847, pour pratiquer l'opération. Soumise à l'influence des vapeurs chloroformiques, la dame X..., assise sur une chaise qu'elle ne voulait pas quitter, commença par se livrer, à différentes reprises, à un accès de rire particulier, nous opposant, d'ailleurs, une résistance telle que nous fûmes obligés d'employer la camisole de force. Après trente secondes d'inspirations de chloroforme, elle s'endormit sans qu'on remarquât aucune gêne dans la respiration. Elle demeura insensible pendant l'opération, ne poussa aucune plainte et dormit d'un sommeil profond, en faisant entendre un ronflement fort et caractéristique. La figure, parfaitement reposée, offrait la coloration naturelle; la respiration était normale, et notre savant confrère nous dit que depuis qu'il donnait des soins à madame X..., elle n'avait pas encore goûté un pareil repos.

GANGRÈNE DE TOUTE LA PHALANGE ONGUÉALE DU POUCE DROIT; DÉSARTICULATION; INSPIRATIONS DE CHLOROFORME.

OBS. X. — La nommée Simoneau, âgée de 50 ans, domestique, entra à l'hôpital le 21 novembre 1847, pour y être traitée d'une gangrène de la phalange onguéale du pouce, survenue dans les conditions suivantes. Cette femme, habituellement bien portante, soignait une dame amputée d'un sein : c'était elle qui avait soin des linges à pansements. Pour qu'il ne s'en égarât pas, elle avait l'habitude de coudre et de réunir ceux qui avaient servi. Un jour qu'elle rassemblait ces linges imprégnés de matière putride, elle se piqua avec son aiguille, et n'y fit point d'abord attention; mais il survint de la fièvre, du malaise, des symptômes généraux qui forcèrent cette malheureuse à entrer à l'hôpital. Bientôt l'extrémité du pouce devint noire et offrit tous les caractères de la gangrène sèche, qui se limita enfin après avoir envahi la totalité de la phalange onguéale. Ce fut alors que je procédai à la désarticulation.

La malade fut soumise, le 7 décembre 1847, aux vapeurs du chloroforme. Les premières inspirations ne provoquèrent point de toux. La respiration était normale. Au bout de deux minutes, elle s'endormit d'un sommeil naturel. Le globe de l'œil s'éleva en haut; le regard prit une direction fixe; les pupilles se dilatèrent et la sensibilité disparut.

La phalange onguéale fut enlevée, en laissant à la face dorsale du pouce un lambeau destiné à recouvrir les surfaces articulaires. Le sang qui s'écoula pendant l'opération était rouge. La malade dormit paisiblement, et ronfla même pendant le pansement. La figure resta calme et reposée. Son sommeil dura environ cinq minutes. Interrogée sur ce qu'elle avait éprouvé, elle répondit qu'il lui avait semblé être comme entraînée en bas par une force invincible; qu'elle avait entendu comme des coups de canon, après quoi elle s'était endormie et n'avait rien senti de ce qu'on lui avait fait. La nuit et les jours qui suivirent l'opération n'offrirent rien de particulier.

Ainsi qu'on a pu s'en assurer par la lecture des observations qui précèdent, le chloroforme a sur l'économie animale une puissance qui ne varie guère dans ses effets. Après quelques inspirations, on voit les muscles se relâcher, l'insensibilité survenir et les renflements nerveux cesser de fonctionner. Trente secondes suffisent chez quelques sujets pour paralyser la sensibilité, le mouvement et l'intelligence. Sur d'autres, les phénomènes se produisent au bout de deux, de trois, de quatre minutes au maximum. Si plus de temps est exceptionnellement indispensable, cela tient à l'idiosyncrasie particulière de l'individu, au procédé qu'emploie le chirurgien pour administrer cet anesthésique.

Quoique les observations ne fassent pas toutes mention de l'état du pouls,

---

thousiaste ne saurait admettre la possibilité d'un résultat positif. Ces espèces de concours médicaux ne sont pas sans précédents; et il est avéré qu'ils n'ont jamais rien produit que des livres, des mémoires, un inutile fatras de polémique. On sait le sort du fameux prix, également de cent mille francs, sauf erreur, institué sous le premier empire pour le croup. On sait le sort de la vaste enquête entreprise il y a quelques années, à Paris, sur la valeur comparative des méthodes curatives de la fièvre typhoïde. Il faut s'attendre ici à la même déconvenue, si toutefois, ce qui est tout à fait improbable, on arrive même à un commencement sérieux d'examen. La pensée du legs n'en est pas moins louable, et si sa réalisation n'est pas possible dans la forme et aux termes imaginés par le testateur, elle pourra n'être pas stérile, si on la formule dans un sens plus pratique. A l'idée du traitement *curatif* du choléra, par exemple, il serait mieux peut-être de substituer ou du moins d'ajouter celle du traitement *préservatif*, ce qui va au même but, et plus sérieusement; car, en médecine comme en politique, il est plus facile d'ordinaire de prévenir que de réprimer. C'est dans la voie prophylactique, largement comprise, que se trouvent les chances de succès. L'efficacité des mesures préventives, constatée en Angleterre, le prouve. Sous ce rapport, la seconde clause de la fondation de M. Bréant est bien mieux entendue que la première; elle est une ouverture et un encouragement pour des vues pratiques de tout genre, dont l'application et la constatation seront relativement faciles ou du moins possibles. Il y a donc lieu d'espérer que son exécution, confiée aux lumières du corps illustre dépositaire du legs, provoquera ou consacrera des résultats importants.

— Nous devons maintenant quelques mots de souvenir à la controverse académique sur l'emploi du perchlorure de fer pour la guérison des anévrismes; nous disons de souvenir, car la discussion touche évidemment à sa fin, si même elle n'est pas définitivement close. Les débats ont été longs, animés; presque toutes les sommités chirurgicales et professorales y ont pris part. Après un réquisitoire en forme *contre*, on a entendu des plaidoiries *pour*, et enfin des dissertations générales *sur* la méthode en litige. Quel est le résultat net de la discussion ? Il serait difficile de le dire. L'Académie a eu une nouvelle occasion d'apprécier le talent, l'érudition, l'éloquence et même l'esprit de quelques-uns de ses membres, mais elle attend encore peut-être, avec le public, que la lumière se fasse sur la question. Il est même probable que la plupart des orateurs, dans un sens ou dans l'autre, se retirent de la lice aussi peu sûrs de l'opinion qu'ils ont défendue que de celle qu'ils ont attaquée. Nous avions déjà prévu et exprimé la crainte que la discussion aboutirait à une *impasse*. Nous avons même indiqué en partie la voie d'interprétation qu'il convenait de suivre pour résoudre les apparentes contradictions des faits et des expériences. Nous n'y reviendrons pas ici, ce problème de Logique médicale ne pouvant pas être abordé en passant, non plus que la question de Morale médicale traitée par quelques orateurs. Ce sont sujets trop hauts pour la CHRONIQUE.

— Il nous reste au fond du panier quelques menues nouvelles, bonnes et mauvaises, qu'il est du devoir de la CHRONIQUE d'enregistrer. Elle n'est pas tenue, on le sait, de les rendre intéressantes ou réjouissantes. La nécrologie en fournit toujours trop. Nous avons cette fois à annoncer la mort du docteur Fourcault, correspondant de l'Académie de médecine, auteur d'un grand nombre d'ouvrages de physiologie, de climatologie médicale, de pathologie, d'anthropologie

trois constatent d'une manière claire son abaissement de 112 et 104 pulsations à 76 et 72.

Dans un très-grand nombre d'observations dont je n'ai pas cru devoir faire mention ici, j'ai remarqué l'abaissement du pouls jusqu'à quarante, quarante-cinq pulsations, et je l'ai vu quelquefois devenir insensible, filiforme et d'une effrayante rareté. Dans tous les cas, le sang a conservé sa rougeur et sa couleur rutilante. Une des propriétés les plus remarquables du chloroforme, c'est que ses inspirations se font pour ainsi dire à l'insu du malade, sans douleurs, sans fatigue, dans les organes de la respiration, et surtout sans antipathie aucune pour le médicament. Je dirai plus, c'est qu'à mesure que les malades respirent le chloroforme, ils y prennent goût et éprouvent un véritable plaisir.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on voit des malades ressentir pour le chloroforme un dégoût qui ne permet pas d'en continuer l'emploi.

Lorsque de pareilles exceptions se présentent, elles sont dues à une agitation morale, à une exaltation et à un trouble nerveux comme fébrile.

On a dû être frappé des effets chloroformiques qui cessent le plus ordinairement aussitôt que le chloroforme est éloigné des ouvertures qui le conduisent dans les poumons. Par une heureuse propriété, les renflements nerveux ne sont, pour ainsi dire, maintenus apprimés que si les vapeurs de chloroforme continuent. Aussi, au moment où l'expérience cesse, les malades ouvrent les paupières, reconnaissent les assistants, tantôt gais et tantôt calmes. Il est cependant des circonstances dans lesquelles les choses ne se passent pas ainsi; c'est lorsque la chloroformisation a duré trop longtemps, et que l'intoxication est portée au delà des limites voulues. Les organes étant alors saturés avec excès, le chloroforme continue son action sur l'appareil nerveux ou circulatoire, et le malade est en péril si les expirations n'amènent pas bientôt l'expulsion d'une mousse à odeur de chloroforme qui sort par les ouvertures naturelles. Il est donc important que l'expérimentation ne soit pas portée au delà de certaines limites. Comme on a pu le voir dans ce qui précède, les âges n'ont apporté que peu de différence dans l'action du médicament, tant elle est instantanée et énergique.

Il résulte aussi des observations précédentes que la meilleure manière de faire inspirer le chloroforme consiste à le répandre sur une éponge concave et mamelonnée ou sur un linge d'où il peut s'évaporer et se mêler à l'air inspiré. C'est le procédé le plus simple et le meilleur, c'est la méthode qui offre le plus d'avantages, puisqu'elle permet de surveiller le médicament, de le mêler à l'air respirable et de lui laisser sa puissante action, sans le modifier d'une manière quelconque, comme cela peut arriver quand on fait usage des appareils.

Quelle merveilleuse découverte que celle de cet agent qui, sans apporter aucune altération dans les organes, a la vertu de produire une insensibilité telle que les malades cessent même d'avoir conscience de l'opération à laquelle ils sont soumis, quelle qu'en soit d'ailleurs la durée et quelles que soient les mutilations pratiquées!

PARALLÈLE ENTRE LE CHLOROFORME ET L'ÉTHER.

Bien que la supériorité du chloroforme sur l'éther soit établie d'une manière incontestable, il nous a paru intéressant de signaler ici leur caractère tranché et leur différence d'action.

1° Le chloroforme est très-volatil, d'une odeur agréable, plus lourd que l'eau, au fond de laquelle il se précipite sous forme perlée, ce qui est un moyen d'apprécier son degré de pureté.

L'éther est aussi très-volatil et d'une odeur assez peu agréable pour les personnes qui le respirent comme moyen anesthésique.

De leur composition qui n'est pas la même, il résulte naturellement des effets essentiellement différents. Ainsi l'éther, qui appartient à la famille des alcools, présente dans son action sur l'économie animale quelques-uns des caractères de l'esprit-de-vin et des liqueurs vineuses.

L'éther irrite, agace les voies qu'il parcourt et est ordinairement désagréable aux personnes qui le respirent; fréquemment il provoque de la toux et quelquefois même de la suffocation.

Le chloroforme n'agace aucunement le trajet muqueux qu'il parcourt; les malades éprouvent même un certain plaisir à en faire usage.

Le chloroforme ne produit qu'*une faible excitation organique musculaire* et l'éther paraît en occasionner une assez violente, puisque ses inspirations produisent beaucoup d'agitation dans le cœur et dans les autres muscles.

L'éther ne provoque les effets anesthésiques que lentement, et ces effets se prolongent souvent sous forme d'ivresse, de douleurs de tête, de petitesse du pouls et de froid du corps. L'action du chloroforme, au contraire, cesse généralement avec l'expérience et ne se prolonge que dans certains cas particuliers, lorsque la saturation a été portée à un degré extrême.

L'éther altère la couleur, la consistance du sang; il n'en est pas de même du chloroforme, qui ne le modifie ni dans sa coloration ni dans sa nature.

Nous avons remarqué que le chloroforme ne diminuait aucunement les produits du travail de la cicatrisation et qu'il n'en altérait pas la consistance.

L'éther nous a paru produire des effets contraires en rendant la lymphe plastique moins consistante et moins vivante. Le chloroforme et l'éther exaltent d'abord l'appareil vasculaire en précipitant les battements du cœur, à la manière d'un corps étranger; mais l'éther produit ces effets à un bien plus haut degré que le chloroforme, et les continue pendant une grande partie de la durée de l'expérience.

L'éther, en agissant sur les organes qu'il parcourt sous forme de vapeur, a de la tendance à les enflammer; le chloroforme ne produit rien de semblable.

Dans leur seconde action, ils stupéfient l'un et l'autre le système nerveux, et partant abolissent les fonctions des muscles de la locomotion et de la vie organique.

Les effets du chloroforme sont d'une instantanéité quelquefois effrayante; ils se produisent en trente secondes, en une minute et demie, en deux, trois et quatre minutes au plus. L'éther, au contraire, ne détermine l'insensibilité qu'en treize, quinze, dix-huit, vingt minutes et davantage. J'ai cependant vu l'éthérisation produire l'insensibilité au bout de trois, cinq et huit minutes; mais alors l'air respiré ne se mêlait à l'éther qu'en très-faible quantité.

Le chloroforme calme les organes et l'éther les trouble violemment, même pendant le sommeil, qui est accompagné de rêves agréables ou pénibles.

L'éther agit souvent sur les organes génitaux en produisant des phénomènes érotiques que j'ai particulièrement remarqués chez les femmes, et le chloroforme, au contraire, donne de la gaieté, sans agir sur la partie *matérielle de la génération.*

---

et d'hygiène. Il s'est fait particulièrement connaître par des expériences originales sur les effets de la suspension des fonctions de la peau au moyen des enduits imperméables; il en consigna les résultats dans un livre qui valut à l'auteur une récompense de l'Académie des sciences. Les travaux de M. Fourcault tendaient en général à démontrer la nécessité d'établir la physiologie et la médecine sur les principes des sciences physiques. Son dernier écrit, publié cette année même, est un mémoire, lu à l'Académie des sciences, SUR LES MOYENS D'AMÉLIORER LES CONDITIONS PHYSIQUES ET MORALES DES PEUPLES. C'était un esprit curieux et chercheur, qui s'écartait volontiers des routes battues. On trouverait dans ses nombreux écrits, parmi beaucoup d'idées très-hasardées, quelques vues ingénieuses dont la science pourrait tirer parti. Ses études, disséminées sur trop d'objets, n'ont guère produit que des essais. Il faut excepter cependant ses deux volumes de NOUVEAUX PRINCIPES DE PHYSIOLOGIE, ouvrage important et pas assez connu. On peut dire de M. Fourcault, comme de beaucoup d'autres hommes distingués, que la réputation qu'il s'était acquise et qu'il laisse est inférieure à son mérite.

— Voici une nouvelle plus agréable et dont nous sommes heureux d'avoir la primeur. La santé du fils de M. Louis s'est sensiblement améliorée sous le climat du Midi, et les graves inquiétudes paternelles, déjà bien diminuées, seront bientôt, espérons-le, complétement dissipées. On sait que M. Louis a tout quitté, tout sacrifié pour se vouer exclusivement aux soins réclamés par l'état maladif de ce fils tendrement chéri. On dit que la place, purement nominale du reste, offerte à M. Louis dans le service médical du chef de l'État, vient d'être donnée à l'honorable docteur Daralde, médecin des eaux dans les Pyrénées. Les sympathies universelles accompagnent notre excellent confrère dans l'œuvre touchante de dévouement qu'il accomplit loin de nous; elles l'accueilleront aussi avec bonheur, lorsqu'il sera rendu à la science qu'il illustre, à la profession qu'il honore, à la clientèle qui le regrette, à l'amitié qui le réclame.

— Nous ne pouvons que mentionner en passant la visite officielle que M. Bérard vient de faire à Montpellier en qualité d'inspecteur général de l'Université. L'occasion était solennelle. Il s'agissait de la séance de rentrée des Facultés. C'est le professeur de Paris qui l'a présidée et inaugurée par un discours plein d'élévation, de sel, de grâce et d'esprit, qui a charmé les oreilles et séduit le cœur des plus rebelles. Il a fait beau voir un professeur, une des colonnes de l'École de Paris, obtenir un tel triomphe dans le sanctuaire de cette école rivale, si féconde elle-même en beaux discours. Espérons que nous pourrons bientôt offrir à nos lecteurs une édition authentique de ce rare morceau d'éloquence.

— La gloire des hommes illustres est sujette, après leur mort comme pendant leur vie, à des épreuves parfois assez fâcheuses: telle est celle que, après plus d'un demi-siècle, vient de subir celle de Desault, ce fameux rénovateur de la chirurgie, dans l'École de Paris, dont le nom brilla si longtemps à côté de celui de Bichat. La ville de Lure, en Franche-Comté, aux portes de laquelle naquit Desault, dans le petit village de Magny-Verneil, a voulu participer à l'illustration du grand homme par un monument élevé à sa mémoire. Un comité composé de hautes notabilités administratives et médicales ouvrit, il y a quelques années, une souscription dans toute la France. La GAZETTE MÉDICALE, dépositaire d'une grande page in-folio destinée à recevoir les offrandes des admirateurs du grand chirurgien, fit savoir à son public que le registre était ouvert; mais elle a le

Les accidents consécntifs prodnils par l'éther sont des phénomènes d'inflammation, et les accidents consécutifs provoqnés par le chloroforme sont des symptômes d'affaissement et d'affaiblissement organique.

L'éther ne pent produire que difficilement la mort pendant l'expérience; il n'en est pas ainsi do chloroforme qni peut faire cesser la vie instantanément, lorsque le malade n'est pas surveillé on que la manœovre inspiratrice n'est pas bien exécntée.

ACCIDENTS PRODUITS PAR LE CHLOROFORME.

Quelqnes mots suffiront snr cette question qui nous semble à peu prés élucidée par l'ensemble des phénomènes que nous avons exposés dans le conrant de ce travail. Quel qne soit le procédé que l'on metle en usage pour mesnrer la qnantité de chloroforme nécessaire à une opération, qnelle que soit la méthode dont on se serve ponr l'administrer, quel que soit l'instroment ingénieux que l'on emploie, il est impossible, dans toutes les circonstances qui peuvent se rencontrer, de soustraire complétement les malades anx inconvénients des inspirations anesthésiqnes.

M. Doyére (1) a construit un instrument avec lequel on peut mesurer les plus petiles qnantités des anesthésiqnes; mais quelque parfait et quelqne ingénienx qne soit cet instrument, il ne sanrait garantir complétement des phénomènes toxiqnes, lesqnels dépendent dn degré de résistance vitale qui varie essentiellement suivant les individns, les natures et les âges, et qni fait varier, en conséquence, la susceptibilité du médicament.

Il est permis d'avancer qne le chloroforme pent être exempt de dangers à force de prodence. Il n'en est pas moins vrai qne son incontestable énergie et sa tendance à déprimer le système nervenx et à abaisser le principe vital penvent déterminer la mort dans certaines circonstances, en tronblant l'organisme et en cansant nne pertnrbation générale que le malade épnisé n'a pas la force de surmonler. Le principe de la vie est tellement écrasé qu'un instant ranimée elle cesse tout à coup. C'est ce qui arrive d'ailleurs chez les animanx lorsqn'on lenr fait respirer nn excès de chloroforme. Supposons que le chloroforme soit approché avec trop d'abondance des ouvertures naturelles et que sa pénétration dans le poumon favorisée par les dispositions anatomiqnes de l'organe, telles qne de larges commnnications médiates nes bronches avec les vaisseaux pnlmonaires, se fasse en trop grande quantité, l'intoxication sera si rapide qne le systéme nerveux sera stupéfié instantauément, d'où suspeusion de la sensibilité, de la motitité, d'où arrêt de la circnlation, d'où enfin cessation de la vie sans secousses et sans orages. Il est évident qne le chlorofnrme doit être absorbé plus rapidement dans les bronches chez certaines personnes que chez d'autres, et c'est une des raisons qui font que ses effets ne se produisent pas tonjours avec la même intensité. Suivant nous, les accidents sont d'autant plus redoulables que l'absorption a été plus rapide, qne la susceptibilité nerveuse est plus grande et que l'action de l'anesthésique se prolonge davantagè. N'onblions pas d'ailleurs que cette action est d'autant plns persistante que le malade éprouve plus de difficullé à rejeler le chloroforme par les surfaces mnqueuses, et surtout par la muqueuse bronchique.

Il ne faut cependant pas mettre sur le compte du chloroforme tous les accidents qni peuvent survenir pendant une opération. Une erreur chirnrgicale est bientôt arrivée, le bistouri peut s'égarer et commetire des fautes irréparables. D'nn autre côté, la série des coïncidences est nombreuse, et des phénoménes d'une nature innattendue peuvent se déclarer tout à conp, et jeter de l'inquiétude dans l'esprit de l'opérateur le plus habile. C'est ainsi que la maladie qui est sur le point de se terminer fatalement recevra une solution plus prompte par un abaissement subit de la vitalité; c'est ainsi que la perte du sang laisse peu à faire au chloroforme; c'est ainsi que l'innervation, depuis longtemps épnisée par la douleur, sera abolie par

(1) « Le premier point qu'il faille établir, c'est la dose ntile dans les opéra- » tions chirurgicales. Nous n'avons encore ancune donnée précise à cet égard; » mais la lettre que MM. Bonnet et Ferrand (de Lyon) ont adressée à l'Académie » des sciences le 1[er] mars nons fonrnit des Indications précieuses. Ces messieurs, » en effet, ont mesuré les quantités d'éther en poids qu'ils ont employé pour » produire l'insensibilité chez six malades. Or il résulte clairement de ces quan- » tités et du temps que les inhalations ont duré que la dose de vapeurs d'éther » ne s'est très-probablement jamais élevée au-dessus de 10 pour 100 dans l'air » que les malades ont respire, et qu'elle a été le plus souvent de 3 à 7 seule- » ment. Je donnerai ces calculs dans mon mémoire. Si l'on compare ces nom- » bres si faibles à ce résultat vraiment effrayant qu'à 15 degrés de température » l'air traversant un des appareils actuels, y peut prendre 45 pour 100 d'après » la loi de Dalton, et jusqu'à près de 50 pour 100 d'après mes expériences, on » restera convaincu que la variabilité qui a été signalee dans les effets des inha- » lations, ainsi que les accidents qui en ont été la suite, n'ont souvent pas eu » d'autre cause que la variabilité dans les doses fournies par les appareils, et » *l'excès de ces mêmes doses dans un grand nombre de cas.* » (Doyère, BULLETIN DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, t. XXIV, p. 425. 1847.)

« En partant de ce nombre de 10 pour 100, et m'appuyant sur les tables que » j'ai obtenues, je suis conduit à proposer un mélange d'une partie d'éther en vo- » lume dans sept parties et demie d'alcool a 40 degrés et dans neuf parties d'alcool à » 36 degrés; mais cette dose est pent-être trop faible. On obtiendrait 20 pour 100 » avec une partie d'ether et trois parties et demie d'alcool à 40 degrés, ou six » parties d'alcool à 36 degrés. Du reste, je ne donne ces nombres que provisoi- « rement, l'une des tables qui me les fournissent devant être soumise à une ré- » vision scrupuleuse.

» Ces doses ont été calculées dans l'bypothèse d'une température de 15 de- » gres. 5 degrés de plns ou de moins ne les feraient, d'ailleurs, varier qne de » 3 à 5 pour 100.

» Il est inntile d'ajouter, d'ailleurs, qne des précautions doivent être prises » pour que la quantité de vapenr dégagée soit le maximum que puisse fournir » chaque mélange : on y parviendra probablement en faisant plonger profon- » dément dans le liqnide le tube d'introduction de l'air, terminé par une pomme » d'arrosoir. Un réservoir, disposé pour projeter une plnie dans l'intérieur dn » flacon, remplirait cette indication plus sûrement encore.

» L'huile offre l'avantage de donner de la vapeur d'éther pnre; mais elle a des » inconvénients que je signalerai dans mon mémoire. D'ailleurs, les trois tables » que j'ai construites pour cette sorte de mélange ne me permettent pàs d'assi- » gner les proportions à employer ponr obtenir les doses citées plus haut. Une » partie d'éther et quatre d'huile donnent, à 15 degrés, 27 pour 100 : c'est la » proportion la plus pauvre en éther que j'aie etndice.

» Un autre procédé pour donner de la vapeur d'éther pnre en employant de » l'éther pur repose snr l'emploi d'un robinet à double effet, et d'un thermo- » mètre indiquant la température à laquelle l'air se sature dans le flacon. Une » table à double entrée, tracée au bord de l'orifice extérieur, permettra de mé- » langer l'air pur et l'air saturé dans les proportions nécessaires pour donner » la dose voulue, à qnelque température que l'on soit. Du reste, n'ayant pas en- » core fait construire l'appareil d'une manière définitive, je me réserve de le dé- » crire complétement dans un mémoire que j'aurai l'honneur de présenter à » l'Academie dans sa prochaine séance. »

---

regret d'avoir à déclarer que ses appels répétés sont restés sans écho. Un seul souscripteur se présenta, un seul! Le nom de ce courageux citoyen mérite d'être transmis à la postérité : c'est M. L. A. Bohlet. Son offrande était de 2 francs; lesquels 2 francs même, — ô néant des grandeurs humaines et chirurgicales ! — furent repris par le donateur, comme il en conste par son acquit en bonne et due forme, du 27 novembre 1850! *Vanitas vanitatum et omnia vanitas!*

— La transformation de la chaire de chimie organique en chaire de pharmacie est un fait à peu près accompli. La Faculté a adopté à une forte majorité l'avis en ce sens de la commission qu'elle avait instituée pour examiner la question. Nous avons précédemment exprimé notre opinion sur cette modification, qni, du reste, ne sera définitive qu'après l'approbation du ministre de l'instruction publique.

— Un fait de grande importance et qni touche à la dignité de la profession, est la solution que vient de recevoir la question du secret médical. On sait que M. Cazeaux a refusé, dans nne circonstance récente, de témoigner sur des faits dont il avait eu connaissance en qualité de médecin. Menacé de poursuites pour ce refus, il invoqua l'avis de l'Association des médecins de Paris, qui approuva sa conduite, et rédigea une formule de réponse négative, applicable dans l'espèce et dans toutes les circonstances semblables, laquelle réponse a été agréée par le ministère public, qui s'est désisté de ses poursuites.

Cette décision consacre le principe du secret médical, fort contesté par les légistes, mais toujours, et à bon droit, défendu par le sentiment religieux de l'honneur professionnel.

Le REGISTRAR GENERAL, dans un supplément au rapport hebdomadaire, démontre que les eaux ont déterminé dans tous les districts, en 1849, une mortalite cholérique proportionnelle en quelque sorte à leur mauvaise qualité.

— Du 12 au 19 novembre, il y a eu à Londres une mortalité de 72 *cholériques* et de 36 *diarrhées*. Dans les trois premières semaines de novembre les décès cholériques sont représentés par les chiffres 102, 98, 72. La *scarlatine* a causé dans une semaine 52, 56, 50 décès; le *typhus* 49, 43, 51; la *diarrhée* et la *dyssenterie* 42, 50, 36.

Le mouvement récapitulatif des villes de la province se résume ainsi : *Dundee* 2,885 diarrhées, 417 choléras, 142 mort; *Workintgon*, 9 décès; *Liverpool*, du 11 au 22, 13 décès, 10 cas nouveaux.

— BERLIN. Le 17 octobre on comptait dans cette ville 832 morts du choléra, 323 guérisons, 431 malades en traitement.

STETTIN. Le 14 octobre, 1,009 cas et 232 morts.

GOTTENBOURG. 956 cas et 533 morts.

CHRISTIANA. 1,600 décès.

HELSINGFORS (Russie). 1,328 cas, plus 1,607 décèsr

SAINT-PÉTERSBOURG. 13,121 cas et 5,351 décès.

— On lit dans la PRESSE MÉDICALE BELGE :

« Le choléra paraît complétement éteint à Bruxelles. Depuis notre dernier bulletin, on ne nous a signalé que trois nouveaux cas. »

l'administration du liquide anesthésique; c'est ainsi que la section d'un gros nerf, la division d'un tronc veineux, favorisant l'entrée des stupéfiants, peut déterminer une mort plus rapide. Dans toutes ces circonstances, le chloroforme ne fait qu'accélérer le passage de la vie à la mort sans en être la cause déterminante, qui se trouve dans la lésion elle-même ou dans l'état d'affaiblissement des organes.

Les accidents produits par le chloroforme peuvent-ils être distingués de ceux que provoque le bistouri ou de ceux que l'altération a déterminés?

C'est ce que l'on ne saurait affirmer d'une manière absolue, et ce n'est, dans tous les cas, qu'après une dissection attentive qu'il sera permis d'émettre une opinion à cet égard.

Dans une première catégorie d'accidents déterminés par le chloroforme, nous placerons les paralysies musculaires, et en particulier celles du cœur.

Dans une seconde, l'affaiblissement de la circulation, affaiblissement tel que le sujet ne peut plus se remettre et se rétablir complétement, la vie est chez lui malade, comme la flamme d'une bougie sur le point de s'éteindre, qui vacille jusqu'au moment où l'aliment de la combustion cesse de l'entretenir.

Dans une troisième, l'épuisement du système nerveux définitivement éteint par l'action anesthésique, l'asphyxie peut être le résultat d'une fausse manœuvre dans l'administration du chloroforme. Lorsque, par exemple, une compresse mouillée est appliquée sur les ouvertures naturelles, et qu'elle empêche la pénétration de l'air, lorsqu'on se sert d'un appareil mal confectionné, et qui ne fournit pas la quantité d'air voulu pour l'oxygénation du sang, il y a alors véritablement intoxication, l'air ne pouvant pénétrer dans les voies aériennes, l'anesthésique agit, et la mort arrive par deux causes : la première par l'absence de l'air, la seconde par l'intoxication chloroformique.

Mais si l'expérimentation est dirigée avec prudence et habileté, si l'opérateur et les aides se tiennent constamment sur leurs gardes et savent s'arrêter à temps, on est sûr d'arriver à d'heureux résultats, pourvu qu'il n'existe aucune lésion grave des appareils nerveux ou circulatoires.

Je me résume en disant :

Que tous les efforts tentés à des époques éloignées de nous pour diminuer la sensibilité pendant les opérations, sont demeurés infructueux;

Qu'au dix-neuvième siècle seulement ce problème a reçu une complète solution;

Que c'est d'abord en Amérique qu'au moyen de l'éther on est arrivé à épargner au malade les douleurs qui accompagnent une opération;

Que M. Flourens en France et M. Simpson en Angleterre ont introduit dans la science, le premier par ses expériences sur les animaux, et le second par l'application qu'il en a faite sur l'homme, un anesthésique précieux, le chloroforme;

Que le premier effet des anesthésiques sur les voies qu'ils parcourent est une action irritative (excitative);

Qu'ils agissent ensuite sur le système nerveux en abolissant momentanément les fonctions sensoriales et motrices;

Qu'ils produisent leurs premiers effets sur le cerveau, le cervelet, la moelle épinière, les racines postérieures, les racines antérieures, et enfin sur la protubérance annulaire, qui est la dernière à perdre son influence nerveuse; ainsi le cerveau, organe de perception, est d'abord paralysé, puis le cervelet, organe d'équilibre des mouvements, puis la moelle, puis les racines sensitives, puis les racines motrices, et enfin la protubérance annulaire, centre vital du système nerveux;

Que les anesthésiques agissent sur le système nerveux par l'intermédiaire de la circulation;

Que les anesthésiques mis en contact avec la substance nerveuse ne font que la modifier localement sans porter atteinte au reste de l'arbre nerveux. C'est ainsi que le chloroforme, en contact avec les nerfs dépouillés de leurs membranes et de leurs vaisseaux, ne produit aucun phénomène anesthésique général; c'est ainsi que l'acide hydrocyanique, mis en contact avec la substance nerveuse, ne produit aussi qu'une action locale, sans amener de phénomènes généraux;

Que les anesthésiques n'agissent pas, comme on l'a prétendu, en modifiant la nature et la couleur du sang, puisque le chloroforme ne fait éprouver à ce liquide aucun des changements dont il s'agit;

Que le mode d'action des anesthésiques sur le système nerveux nous est tout aussi inconnu que celui de la belladone, de l'opium, etc.;

Que les anesthésiques, en abolissant les fonctions du système nerveux, anéantissent celles des organes qui sont sous sa dépendance, d'où résulte l'abolition de la sensibilité tégumentaire et de la contraction musculaire;

Que les anesthésiques peuvent affaiblir la sensibilité et la motilité, et les faire disparaître complétement;

Que les anesthésiques portent leur action aussi bien sur le cœur que sur tous les muscles de l'organisme animal;

Que l'action du cœur diminue d'abord progressivement, comme la contraction des muscles en général, et qu'ensuite elle s'affaiblit avec une rapidité effrayante, puisque les battements de cet organe tombent tout d'un coup de 112 à 72, 60, etc.;

Que les effets des anesthésiques ne sont pas aussi remarquablement prompts chez tous les individus;

Que chez les jeunes sujets et certains adultes, l'absorption se fait avec une rapidité surprenante dans les voies respiratoires, d'où abolition prompte de la sensibilité et du mouvement;

Que les larges communications *médiates* qui peuvent exister exceptionnellement chez certains individus, entre les bronches et les vaisseaux pulmonaires, favorisent instantanément l'anesthésie; c'est sans doute pour ne pas avoir fixé sa pensée sur le mot *médiate* que notre distingué confrère, M. le docteur Robert, nous a fait commettre une erreur analomique qui n'existait que dans son esprit.

Que le chloroforme introduit dans les canaux vasculaires par la respiration, peut être rendu par la même voie sous forme d'écume et de vapeur ayant l'odeur du chloroforme, lorsque la saturation de l'organisme a été trop considérable;

Que le médecin doit constamment surveiller le malade pour éviter tous les phénomènes, et ne pas s'en rapporter à des mouvements irréguliers, à de la loquacité pour juger le degré d'action de l'anesthésique; car il arrive que l'insensibilité est produite, lors même qu'il existe de l'agitation des membres et des paroles incohérentes;

Que dans l'emploi du chloroforme, les battements du cœur doivent toujours servir de guide pour suspendre et continuer l'expérience; c'est le meilleur moyen d'apprécier la saturation du système nerveux par cet agent, et de juger l'étendue de son influence;

Que l'emploi des anesthésiques doit être suspendu lorsque les battements du cœur diminuent tout à coup en puissance et en nombre, ou lorsque le pouls est descendu à 55, 50 pulsations, sous peine de voir subitement le malade s'affaiblir et succomber par la paralysie du cœur;

Que les personnes qui ont les battements du cœur habituellement lents doivent être sérieusement surveillées pendant l'opération, car d'après mes expériences, les pulsations du pouls tendent à s'anéantir promptement chez ces individus;

Que, dans aucun cas, on ne doit recourir aux inspirations chloroformiques, quand il existe un trouble fonctionnel grave, dépendant d'une lésion profonde des organes centraux de la circulation ou des renflements nerveux. On comprend qu'un trouble fonctionnel nouveau, s'ajoutant au premier, peut produire une mort rapide et pour ainsi dire instantanée. La vie cesse alors par deux causes, qui concourent ensemble à l'anéantissement complet du travail organique des instruments les plus importants à la vie;

Que le chloroforme ne peut, en conséquence, convenir, lorsque le système nerveux est affaissé par un ébranlement violent, comme un coup de feu, ou lorsque les malades sont épuisés par une longue et abondante suppuration, par des pertes de sang, ou par un état chlorotique porté à un degré très-avancé;

Que lorsque le chloroforme a anéanti les forces vitales, et que la mort est apparente, le chirurgien ne doit jamais abandonner le malade sans avoir épuisé tous les moyens de rappeler les sources de la vie. C'est alors qu'il convient d'exciter partiellement la peau avec de l'eau froide, d'agacer cette membrane par des frictions faites avec les alcoolats, l'alcali, etc., de ranimer les organes par des courants d'air dirigés sur la face et les membres pendant qu'on agite la poitrine, en lui communiquant de légers mouvements, de donner au malade la position la plus favorable au rétablissement de la circulation, en le plaçant horizontalement sur le dos ou obliquement sur un des côtés du tronc. Les excitants portés dans la bouche, comme l'eau de menthe, les antispasmodiques introduits sur la surface rectale, favorisent le rappel des mouvements du cœur réduits à l'état d'oscillation ou de résolution complète. Les cautérisations faites sur la bouche ou le pharynx avec l'ammoniaque, comme l'a conseillé M. J. Guérin, peuvent contribuer à ranimer la vie sur le point de s'éteindre. Notre ami et confrère Ricord a conseillé l'insufflation d'air bouche à bouche. J'aime mieux exciter les organes animateurs que de m'occuper des organes secondaires. Ainsi, réveiller les nerfs stupéfiés et les muscles qu'ils animent, est de première nécessité; faire cesser l'action toxique du chloroforme est la seconde indication importante à remplir.

Dans une circonstance où l'opéré, soumis à l'influence du chloroforme, revenait à lui par instants pour retomber bientôt dans une sorte d'anéantissement syncopal qui présentait un caractère alarmant, j'ai eu recours à l'électricité, qui a fait cesser instantanément tout cet appareil de symptômes.

Je raconterai ultérieurement les expériences que j'ai faites sur les animaux chloroformés, et sur lesquels j'ai employé l'électricité sous différentes formes.

ÉTIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LES ACCIDENTS MORBIDES PRODUITS PAR L'USAGE DES COSMÉTIQUES QUI ONT LE PLOMB POUR BASE (BLANC DE FARD); par M. le docteur FIÉVÉE.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

OBS. II. — Mademoiselle V..., âgée de 18 ans, jouissant d'une parfaite santé et d'une humeur gaie et enjouée, changea subitement. Elle devint triste et morose; les ris firent place aux larmes.

Un trouble général ne tarda pas à se manifester; les fonctions digestives furent les premières perverties. A un relâchement momentané succéda une constipation opiniâtre. Divers phénomènes nerveux hystériformes se manifestèrent.

Plusieurs médecins furent consultés; de l'homœopathie jusqu'au magnétisme, tous les systèmes furent mis à contribution. Chaque médecin émit un avis et des conseils différents, suivant qu'il était plus particulièrement frappé de tel ou tel symptôme : tous méconnurent la vraie cause du mal. Cette cause, le hasard la révéla, ou plutôt je contribuai à la faire découvrir. Consulté par la famille, je me livrai à une exploration méthodique, procédant par voie d'exclusion. Je trouvai tous les organes souffrants, mais aucun en particulier n'était lésé. Le centre rachidien me parut être le point de départ et le siége des principaux phénomènes morbides. Sachant que cette jeune personne avait occupé, dans ces derniers temps, un appartement fraîchement mis en couleur, ma pensée se porta naturellement sur les émanations de plomb. Je fis part de cette idée, convaincu que la maladie avait pour cause une intoxication saturnine. Ce fut alors que cette jeune fille me confia un secret qu'elle n'avait jusque-là voulu confier à personne.

Elle m'avoua qu'un jour elle avait voulu essayer de faire usage de blanc de fard pour rehausser l'éclat de la beauté dont la nature l'avait douée. Elle se servait de ce cosmétique depuis un mois, lorsque les premiers accidents se manifestèrent.

La cause de la maladie fut dès lors évidente pour tout le monde.

OBS. III. — M. Ph..., artiste dramatique, âgé de 32 ans, d'un tempérament lymphatique, ayant eu une jeunesse très-rangée, fut pris de désordres gastro-intestinaux qui paraissaient accuser l'existence d'une lésion grave du tube digestif : constipation, vomissements, digestions difficiles. Il existait une tuméfaction à la région épigastrique, qui faisait soupçonner soit une dégénérescence squirreuse de l'orifice pylorique de l'estomac, soit une coarctation du colon. La peau était froide, frappée d'insensibilité; toute exhalation était supprimée; les urines, irrégulières, tantôt rares, tantôt abondantes, au lieu d'être projetées avec force comme dans l'état normal, étaient versées goutte à goutte. Le malade, enfin, éprouvait une sensation de réfrigération le long du rachis.

Soupçonnant depuis longtemps une intoxication saturnine par le blanc de fard, je m'attachai toutefois à explorer le malade sans idée préconçue. Comme il avait une toux sèche et opiniâtre, que sa maigreur était assez considérable et qu'une hypostase muqueuse rendait le poumon droit mat et peu bruissant, je pensai qu'il pouvait bien exister une tuberculisation. Je prescrivis en conséquence l'usage de l'huile de foie de morue et de l'eau Bonnes; mais une circonstance fortuite me fit bientôt découvrir la cause principale de tous ces désordres, et vint justifier mes premiers soupçons. Une éphélide presque universelle s'étant manifestée, je soumis le malade à des lotions d'eau hydrochlorique. La tache disparut. Je n'hésitai pas alors à reconnaître l'intoxication saturnine. J'appris, en effet, que cet artiste employait depuis longtemps le blanc de fard avec excès.

OBS. IV. — Madame G..., cantatrice célèbre, connue par sa magnifique voix et par sa méthode digne des premiers maîtres, avait perdu cette voix, naguère si remarquable par son étendue et par la beauté de son timbre. Il faut encore placer l'usage de ce cruel cosmétique au nombre des causes de ce fatal accident. Madame G..., en effet, usait du fard avec profusion. Chez elle, comme chez la plupart des personnes en proie au même genre d'accidents, nous avons remarqué une paresse manifeste dans l'action mécanique de la dilatation de la poitrine, circonstance si favorable à l'hypostase muqueuse des poumons, et qui se lie ordinairement à la paralysie ou à l'affaiblissement fonctionnel des pneumogastriques, et par suite à la névrose pulmonaire et à la dyspepsie. Sous l'empire d'un traitement spécifique et général, la santé est parfaitement revenue et la voix a retrouvé tout son éclat. Là, comme ailleurs, nous avons remarqué une sorte d'action organique spéciale due au plomb; là encore nous avons pu constater l'irradiation pathologique provenant de la moelle épinière, premier siége des impressions morbides. Et sans craindre aucune contestation dans nos appréciations étiologiques, nous pouvons formuler d'une manière presque générale cette proposition, savoir : que le carbonate de plomb, ainsi que toutes les préparations de même base, porte son action toxique sur le centre spinal et sur le nerf trisplanchnique : d'où tous ces troubles fonctionnels de la vie organique, d'où ces altérations organiques profondes si souvent au-dessus des ressources de l'art.

Dans l'observation qui vient d'être rapportée, il est donc facile de reconnaître que l'altération de la voix était le résultat d'un empoisonnement lent et constitutionnel; ce qui est confirmé encore par son retour inespéré, et regardé même par quelques personnes comme impossible.

OBS. V. — M. G..., un des artistes dramatiques les plus appréciés il y a une vingtaine d'années, éprouvait de loin en loin un trouble général qui se traduisait par une grande difficulté dans l'émission des urines, une paresse extrême dans la défécation; il éprouvait souvent un sentiment de gêne, une sorte d'anxiété dans la région précordiale; tous les organes sécréteurs et excréteurs semblaient ne remplir qu'imparfaitement leurs fonctions; elles s'accomplissaient toutes, mais d'une manière en quelque sorte passive, et cependant on ne constatait aucune lésion organique. Il y avait comme une sorte d'impuissance générale accusant une énervation profonde. En sa qualité d'acteur, on se crut fondé à faire sur l'origine de cette affection toutes sortes de suppositions plus ou moins calomnieuses, et à l'attribuer à des excès dont, en réalité, il ne s'était pas rendu coupable. La seule cause réelle de ce grave état était l'abus que faisait M. G... du blanc de fard.

Dès cette époque, j'avais compris tout ce qu'il y a de funeste dans l'usage de ce cosmétique; j'aurais pu, dès lors aussi, m'élever contre ce fatal usage, mais trop jeune encore à cette époque, je désespérai de faire prévaloir mon expérience contre le despotisme de la mode.

OBS. VI. — Madame D..., artiste dramatique nomade, à la quatrième année de l'exercice de sa profession, ressentait déjà depuis plusieurs années un affaiblissement dans la région sacrée se propageant jusqu'aux membres pelviens, accompagné par moments de mouvements cloniques qu'elle pouvait cependant parvenir à maîtriser. Une volonté ferme et soutenue lui permettait encore de paraître sur la scène. Mais toujours préoccupée du danger de tomber, elle voulut enfin savoir la cause d'un état qui menaçait de compromettre sa carrière. Elle vint me consulter, et je reconnus que sa maladie était une névrose ayant son point de départ ou son siége à la terminaison de la moelle spinale. Cette localisation paraissait parfaitement justifiée par les sensations spéciales que la malade éprouvait dans la région lombaire et dans tous les organes desservis par les dernières paires nerveuses émanant de la moelle. Tel était effectivement le siége de l'affection; mais quelle en était la cause? Elle me fut révélée lorsque j'appris que cette artiste faisait un grand abus du blanc de fard, et qu'elle y joignait l'usage de la magnésie et de la farine de riz, mélange qui avait pour résultat d'accroître encore l'action du toxique en le fixant plus intimement sur la peau.

La guérison de cette malade fut obtenue, mais au bout d'un temps très-long et après l'emploi d'une multitude de moyens qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Nous allons rapporter maintenant une observation qui prouve combien est variée et protéique l'action toxique du plomb en raison des constitutions, des tempéraments et des modifications organiques infinies que présentent les divers individus, soit dans la sensibilité du tissu cutané, soit dans la prédominance de certains viscères, soit en raison des conditions dans lesquelles les préparations plombiques pénètrent dans l'économie, soit enfin en raison des influences plus ou moins favorables à son intromission, telles que l'état moral des sujets, etc.

OBS. VII. — Madame D... allait régulièrement dans le monde en hiver. Son organisation morale, l'irritabilité physique, qui paraissait faire le fond de sa constitution, semblaient accuser une vitalité en excès. Cette dame faisait largement usage du cosmétique de plomb. Au bout de trois mois de ce fatal usage, madame D... devint paraplégique au premier degré; toutes les régions sous-sacrées étaient frappées à divers degrés d'engourdissement. Les pieds ne sentaient plus l'impulsion du sol. Le mal me parut évidemment incurable. En effet, toutes les médications et les soins les plus actifs et les plus multipliés vinrent échouer devant un état qui avait débuté de prime abord d'une manière aussi grave.

OBS. VIII. — Nous avons donné, il y a très-longtemps, des soins à un artiste dont le talent a attiré tout Paris. M. P..., entré au théâtre à 22 ans, ressentait déjà à 26 ans les atteintes d'une affection qui devait le conduire beaucoup plus tard au tombeau. Dans toute sa vie artistique de vingt ans, il n'eût peut-être pas, de son aveu, vingt bonnes digestions. Causant un jour avec lui, je lui demandai : N'avez-vous pas été empoisonné? Ma question d'alors prouvait que je ne soupçonnais pas encore le fatal poison qu'il absorbait chaque soir. Vers la fin de la vie, reconnaître la cause du mal, importait bien peu, car nous avions affaire à une lésion cancéreuse de l'estomac et à un rétrécissement squirreux du gros intestin. Alors, mais trop tard, je m'expliquai les tortures que ce malheureux avait dû éprouver pendant vingt ans, et l'inefficacité des traitements nombreux qu'il avait subis. M. P... mourut, jeune encore, victime d'un empoisonnement chronique que je me promis, dès cette époque, de poursuivre avec toute l'ardeur de ma conviction et de ma conscience.

J'aurais encore bien d'autres observations d'un grand intérêt à consigner ici; mais celles que je viens de rapporter paraîtront sans doute suffisantes pour le but que je me suis proposé dans ce travail, qui est d'appeler l'attention des médecins sur les conséquences d'un usage aussi funeste. J'ai parlé rapidement des lésions organiques des viscères qu'engendre l'usage du fard à base de plomb. Je pourrais ajouter ici, pour compléter l'histoire de ses funestes effets, les atteintes profondes qu'en éprouvent souvent les organes des sens, en particulier ceux de la vue et de l'ouïe; on peut en quelque sorte déduire de tout ce qui précède toutes les altérations susceptibles de se produire sous l'influence d'un agent doué d'une action dépressive de la vie aussi énergique. Il est à remarquer que, bien qu'on lui ait attribué une sorte d'action spécifique élective sur certains organes, il agit

incontestablement, soit d'une manière active, soit d'une façon passive sur tous les points de l'économie, quelle que soit la variété des tissus qui entrent dans leur composition et quelles qu'en soient les fonctions; sans doute, il est vrai, que le tube intestinal a paru généralement plus impressionnable que les autres viscères, mais ce n'est que symptomatiquement que cet organe paraît seul ou principalement affecté. L'organe principalement lésé est la moelle épinière, et ce n'est secondairement que par contre-coup que tous les organes qui dépendent de ce centre de la vitalité organique ou viscérale en accusent les effets. Maintenant que mon attention a été attirée sur ce point, à l'aspect seul du visage et de la peau du malade, de la rigidité des articulations, de l'expression morne du regard, de l'air inquiet et chagrin empreint sur leur physionomie, de l'incertitude de leurs mouvements et de la gaucherie de leur démarche, je reconnaîtrais ce genre d'empoisonnement. En mettant sur le compte de l'intoxication saturnine jusqu'à l'amaurose et la cataracte même, nous n'outre-passons pas ce que montre l'observation et ce que la raison permet de déduire de la connaissance de l'action toute spéciale du plomb sur les propriétés dynamiques de nos tissus. Cette action sédative profonde résultant de l'influence toxique sur la vitalité a pour effet d'annihiler toutes les forces réactionnelles; dès lors, congestions, stases, engouement, suspension des lois physiologiques, enfin dégénérescence, transformation et destruction des tissus, ramollissement des centres nerveux, folie, idiotisme, paralysie, telle est la série d'affections par laquelle doit nécessairement passer l'empoisonné par les préparations cosmétiques à base de plomb.

Nous exposerons ici un exemple de cette dernière terminaison.

CAS DE FOLIE ET PARALYSIE FINALE.

OBS. IX. — Madame X..., âgée de 32 ans, belle, grande et jouissant d'une santé parfaite, avait eu deux enfants. Relevée de ses dernières couches avec les apparences d'une constitution délabrée par suite de chagrins, elle voulut reparaître dans le monde, non avec l'éclat de son teint primitif, mais avec le secours du cosmétique pour réparer les désordres qu'avait subis son visage. Un mois ne s'était pas écoulé qu'il survint des douleurs de tête, un embarras manifeste dans les organes de la locomotion et une sorte d'engourdissement avec sensation de réfrigération le long du rachis. On ignorait la cause de ce fâcheux état; on l'attribuait à une suite de l'état puerpéral. Les mots de maladie laiteuse, de rhumatisme, de goutte furent prononcés. Les médications les plus rationnelles au point de vue symptomatique furent administrées sans succès. La maladie s'aggrava au point de devenir incurable. Ce fut alors que je fus consulté. Je n'avais rien à espérer d'un traitement méthodique. Tout préoccupé de la cause qui me paraissait avoir porté une atteinte profonde aux centres nerveux, je prononçai le mot de ramollissement, et, comme je cherchais quelle pouvait être la cause qui avait dérangé la raison, produit la paralysie et atteint la vie de cette jeune femme, on m'apprit qu'elle avait depuis quelque temps contracté l'habitude de se farder; c'était encore une victime du plomb.

Une affection qui semble dominer toutes les autres, à la suite de l'intoxication dont nous achevons l'histoire, est l'hypocondrie avec hallucinations. La vie est tellement déprimée, les sensations tellement troublées, les fonctions réparatrices dans un tel état de dépérissement, que l'homme victime de cet empoisonnement chronique perd toute espérance; il ne sent plus la vie ni les jouissances qu'il en pouvait espérer. Comme anéanti, n'ayant plus ni ressort matériel, ni ressort moral, tourmenté par des hallucinations, incapable de se livrer à un travail d'analyse mentale, s'il lui reste encore une force de volonté, c'est pour conspirer contre lui-même; et il ne tarde pas à se laisser entraîner à ce penchant au suicide, si un reste de sentiment religieux ne vient pas le protéger contre cette agonie de la raison et le forcer à tenter le dernier effort possible pour lutter contre ce penchant à la destruction.

En commençant ce mémoire sur l'intoxication saturnine, nous ne comptions pas nous occuper des moyens de la combattre. Nous nous bornerons ici à un simple exposé succinct des moyens qui nous ont paru les plus propres à modifier, à neutraliser ou à annihiler les effets de la substance toxique sur tous les appareils où elle aura porté son action. Trois sortes d'obligations ressortent des indications que présente la constitution morbide spéciale engendrée par le plomb.

La peau est-elle active ou passive dans sa virtualité physiologique? les centres nerveux sont-ils impressionnés adynamiquement, et l'irradiation des systèmes nerveux a-t-elle cessé de porter au loin la vie dans tous les organes? l'irrigation vitale est-elle tombée dans la confusion, et a-t-elle abandonné certains viscères en proie à une négation fonctionnelle? Dans tous les cas énoncés, on voit qu'il y a haute importance et urgence à recourir à des moyens, spécifiques ou non, capables d'opérer la résolution d'un état morbide aussi grave et de porter sur l'agent toxique des agents de nature à le détruire ou à le neutraliser. La chimie doit être invoquée à cet effet, afin de seconder les moyens curatifs ou modificateurs. Ceux ci devront être choisis parmi les moyens propres à rétablir l'irritabilité nerveuse ou l'action électro-magnétique et la caloricité. D'autres devront favoriser la vitalité de la périphérie, afin de faire triompher la vie excrétionnelle de toute la surface cutanée. Les frictions électro-magnétiques, les rubéfiants presque universellement appliqués, les préparations sulfureuses et hydrosulfureuses, etc., etc., sans oublier une série d'applications de ventouses sèches le long du centre nerveux rachidien, tels sont les moyens que nous croirions devoir conseiller en pareil cas.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA GALVANO-PUNCTURE ET DES INJECTIONS COAGULANTES OU HÉMOPLASTIQUES; par J.-E. PÉTREQUIN, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Monsieur le rédacteur, je viens de lire dans votre numéro du 26 novembre une singulière attaque de M. Jean Pravaz fils contre un mémoire que j'ai publié dans la GAZETTE MÉDICALE de Paris (1er octobre) sur le perchlorure ferro-manganique étudié comme hémostatique et hémoplastique.

Je ne m'arrêterai point aux formes blessantes de cette attaque que l'honorable docteur Ch. Pravaz eût désavouées. On ne peut que plaindre un polémiste qui s'éloigne des convenances, et je me garderai bien de suivre cet exemple: l'injuste agression du fils ne m'empêchera pas de rendre hommage à la mémoire du père, ainsi qu'à ses remarquables travaux. Il s'agissait du perchlorure de fer; M. Jean Pravaz parle aussi du galvanisme; je le suivrai sur l'un et l'autre terrain. Toutes ses critiques peuvent se résumer en deux points: 1° que le docteur Ch. Pravaz a créé la galvano-puncture dont la découverte lui appartient, et que j'en étais encore, en 1850, pour les anévrismes, à sa première méthode; 2° qu'il n'a point profité de mes travaux pour l'application du perchlorure de fer, et qu'il n'a nullement suivi ma méthode et mon procédé pour les injections coagulantes. Nous allons voir jusqu'à quel point toutes ces prétentions sont fondées.

Et d'abord, le docteur Pravaz n'a jamais appliqué la galvano-puncture aux anévrismes; il ne fit qu'en entrevoir la possibilité: « Mais, dit-il, ne » pouvant soumettre personnellement à une épreuve véritablement déci» sive l'idée que j'avais conçue, je fus réduit à la communiquer, en 1831, » à quelques jeunes chirurgiens. Cet appel... pour faire passer dans l'art » une méthode curative qui n'était qu'une conception de la science, *resta » sans effet* » (GAZETTE DES HÔPITAUX, 17 mai 1853). Aussi MM. Marjolin et Bérard écrivaient-ils en 1833: *Cette idée*, qui est due à M. Pravaz, *n'a point encore été connaissance été mise à exécution* (DICT. EN 30 VOL., *Anévrisme*). M. Vidal de Cassis en a dit autant. La *méthode* n'était donc pas créée; c'était une idée ingénieuse, mais ce n'était qu'une *idée* sans réalisation; et en 1835, il n'en est même plus question à l'article *Électricité* du dictionnaire précité, non plus qu'en 1844 à l'article *Sang*. En 1845, je m'adressai à M. Pravaz lui-même, qui m'assura que *l'expérience n'avait encore jamais été faite pour les anévrismes ni sur les animaux ni chez l'homme*. Je fus donc autorisé à l'écrire, en 1846, dans la GAZETTE MÉDICALE, p. 737, et à le répéter, en 1850, dans ma CLINIQUE CHIRURGICALE, p. 63.

Tel était l'état de la question avant nos premières recherches: on conviendra que la *méthode* était loin d'exister. Jamais M. Pravaz n'a réclamé contre cette série chronologique de jugements; c'est qu'en effet il n'avait pas de réclamation à faire: autre chose est une idée (quelque ingénieuse qu'elle soit) qu'on jette en passant, à titre de simple vue de l'esprit, sans s'y attacher soi-même, puisqu'on ne juge plus à propos de s'en occuper pendant vingt ans; autre chose est de créer une méthode, d'en inventer les procédés et d'en formuler les règles, en fondant le tout sur des réalisations cliniques, comme je l'ai fait pour la galvano-puncture dans les anévrismes.

Il y a plus: l'idée première n'appartiendrait pas exclusivement à M. Pravaz; de son propre aveu, elle est commune à plusieurs auteurs: « Dans mes expériences, dit-il, j'eus occasion de remarquer, *après Brandt et Scudamore*, avec quelle rapidité le rapprochement des deux électrodes déterminait la coagulation du sang. Le galvanisme me parut dès lors un agent hémostatique qui pourrait avoir son utilité dans certaines circonstances. Mais je n'entrevis formellement l'opportunité de son application dans les anévrismes que lorsque M. Velpeau eut fait connaître les expériences d'acupuncture. » On voit donc que pour l'idée première il a été devancé par Brandt et Scudamore, comme il a eu besoin pour l'opportunité de son application d'être éclairé par les recherches de M. Velpeau. Arrivé là, il s'est arrêté. Il m'en coûte infiniment d'entrer dans ces détails; mais du mo-

ment qu'on m'y oblige, j'ai dû donner la parole aux faits historiques. Tout cela diffère quelque peu des prétentions actuelles de M. Jean Pravaz.

Concluons que si M. Ch. Pravaz a le mérite de l'idée première, *comme je le lui attribuais*, il le partage toutefois avec des écrivains antérieurs, mais que la méthode de la galvano-puncture, le procédé opératoire et les règles à suivre n'ont été ni créés ni appliqués par lui.

Passons au second point. Peut-on soutenir que M. Pravaz n'a nullement profité de mes travaux sur les injections coagulantes pour les tumeurs sanguines? C'est ce que nous allons voir en indiquant les principes de ma méthode, l'agent coagulateur et le procédé opératoire. 1° En 1846, j'imaginai de faire servir à la guérison à la fois le sang de ces tumeurs et la membrane d'enveloppe. Je partis de cette observation, d'une part, que partout le sang se coagule quand les parois qui le contiennent viennent à s'enflammer, et réciproquement que la coagulation du sang enflamme la membrane pariétale; d'autre part, que les inflammations artificiellement provoquées dans un but curatif ne deviennent dangereuses que si elles dépassent les limites physiologiques. 2° Il restait à trouver le moyen de coaguler le sang sans danger : j'établis qu'il fallait un agent liquide, d'un petit volume, qui coagulât le sang sans le carboniser, qui ne produisît sur les parois de la poche qu'une excitation modérée, et qui pût être résorbé sans péril pour l'économie. Telles étaient les conditions de la méthode; j'expérimentai les deux acides végétaux qui me semblaient le mieux les remplir. Toutefois, l'acide *acétique* coagulant sur toute la fibrine du sang sans agir de même sur l'albumine, je reconnus que l'acide *citrique* qui coagule à la fois la fibrine et l'albumine était préférable. 3° *Procédé opératoire :* Je ponctionne la tumeur avec un trocart à robinet; j'en retire d'ordinaire un peu de sang; puis je fais une injection coagulante avec une solution concentrée *d'acide citrique*. Ma méthode a obtenu la sanction de l'expérience dès 1846 et 1847 (1).

Comment M. Jean Pravaz prouve-t-il que mes travaux n'ont nullement servi à son père? Voici comment il procède : « M. Pétrequin cherchait purement et simplement un agent chimique... dans le but de coaguler le sang dans certaines tumeurs sanguines;... M. Ch. Pravaz, au contraire, a toujours eu en vue la guérison des anévrismes; il voulait unir les moyens *physiques* aux moyens *chimiques*; il voulait modifier et simplifier la galvano-puncture. » La façon dont M. Jean Pravaz prétend qu'on a abouti est si extraordinaire que, pour ne rien ôter au mérite de la chose, je crois devoir le laisser parler lui-même : « Mon père, dit-il, songea à supprimer l'électricité et à faire l'injection directement dans les sacs anévrismaux. » On avouera que c'est un étrange moyen de perfectionner la galvano-puncture que de supprimer l'électricité, et pour unir les moyens *physiques* aux moyens *chimiques*, que de retrancher tout d'abord les premiers. En fin de compte, il ne me reste donc plus que le perchlorure de fer qui n'est qu'un moyen chimique comme ceux que *je cherchais purement et simplement*.

M. Jean Pravaz n'est pas plus heureux dans ses prétentions touchant la théorie : « Se fondant sur la propriété que possède l'électricité voltaïque d'opérer le transport de certaines substances même à travers l'épaisseur des tissus, M. Pravaz résolut d'utiliser cette propriété remarquable pour coaguler le sang dans les anévrismes. » Par malheur cette ingénieuse tentative échoua tout à fait; il eut beau varier les procédés, il resta, dit son fils, « peu satisfait du résultat. » Qu'aurait-il fait alors s'il s'était engoué des doctrines qu'on lui prête? Il eût sans doute cherché à perfectionner le *modus faciendi!* Mais pas le moins du monde; M. Ch. Pravaz avait trop de sagacité pour s'obstiner dans une fausse voie : « Il renonça aussitôt (c'est son fils qui le répète pour la seconde fois) à l'emploi du galvanisme, et pensa à injecter directement le perchlorure de fer dans les anévrismes. » Et voilà par quelle logique M. Jean Pravaz s'imagine de montrer que son père n'a nullement profité de mes procédés, qu'il se trouve au contraire avoir copiés dans leurs plus légers détails! On objecte que M. Pravaz y est arrivé « en partant d'idées bien différentes des miennes. » D'accord; mais voilà précisément ce qui fait la condamnation de ses idées et la justification des miennes. S'il en est venu en définitive à employer exclusivement ma méthode, c'est assurément parce qu'il l'a trouvée préférable à celle par laquelle il avait débuté; car s'il a abandonné ses propres errements pour suivre les règles que j'avais formulées, il a fallu sans aucun doute qu'il les estimât meilleures que les siennes. Voici un parallèle qui mettra le lecteur à même d'en juger : Nous avons opéré sur des tumeurs sanguines différentes, mais au fond c'est identiquement sur le même corps, c'est-à-dire le sang que nous avons tous les deux pour objet de coaguler. Ce but, je l'ai atteint cliniquement; pour M. Pravaz, il est encore à l'état de projet. Je ponctionne la tumeur; M. Pravaz, renonçant à ses premiers essais, propose aussi une ponction. J'injecte un liquide coagulateur; M. Pravaz en vient aussi à l'injection. J'emploie l'acide citrique; il substitue le perchlorure de fer. Cet honorable confrère, je me hâte de le signaler, réalisait ici deux progrès, auxquels je tins le premier à applaudir; sa seringue est un perfectionnement, et le perchlorure de fer une importante découverte. Mais enfin il n'a réussi qu'en abandonnant la marche première pour adopter ma méthode (introduction directe d'un liquide coagulateur) et pour suivre mon procédé (ponction et injection).

J'arrive ici à un point délicat que j'aborde à regret. M. Ch. Pravaz appelle à collaborer l'auteur des injections coagulantes : il expérimente avec lui; on emploie sa méthode; on opère par son procédé; puis, dans un enthousiasme facile à comprendre pour l'heureux perfectionnement qu'il vient d'apporter, il se hâte de publier, mais il oublie de mentionner et la méthode primitive et l'auteur lui-même qui a été son collaborateur. Ne pouvait-il donc m'être permis d'en manifester quelque étonnement? M. Jean Pravaz lance à ce sujet une insinuation grave : « M. Pétrequin eût dû réclamer du vivant de mon père les droits qu'il croyait avoir. » Le lecteur m'autorisera à omettre la fin de cette phrase, dont les bienséances en usage dans toute polémique scientifique repousseraient les termes. Mon critique devrait savoir que son accusation est tout à fait fausse. Je n'avais pas attendu ses conseils pour agir; j'en avais chargé un tiers qui avait avec son père des rapports incessants pour le perchlorure de fer; j'en possède la preuve écrite que je publierai quand il sera besoin.

M. Jean Pravaz termine par trois objections contre le perchlorure ferro-manganique. Il est douteux pour lui qu'il ait une force coagulante plus grande que celle du perchlorure de fer. Au lieu de le prouver, il se borne à dire : « Quand M. Pétrequin aura essayé l'action du perchlorure de manganèse pur, alors seulement il pourra donner des résultats positifs. » Ce qui est douteux pour nous, c'est la justesse de ce raisonnement; car enfin il s'agit d'un fait expérimental qu'on doit juger *de visu*, sans idée préconçue. Ce n'est pas l'avis de M. Jean Pravaz, qui, au lieu d'expériences, nous donne des assertions : « Tant de circonstances peuvent faire varier l'activité d'une liqueur composée, que l'on ne peut être sûr des résultats que lorsqu'on a essayé séparément les corps dont elle se compose. » Voilà une étrange logique! Aurait-il donc oublié que les composés binaires ou ternaires ont souvent des propriétés différentes de celles de leurs parties constituantes. On savait que l'air atmosphérique est respirable bien avant de connaître les qualités de ses éléments; il est douteux que M. Jean Pravaz veuille jamais admettre le contraire pour ses malades avant d'avoir séparément essayé sur eux l'azote qui asphyxie et l'oxygène qui irrite les poumons. Seraient-ce donc là les nouveaux principes de son institut pneumatique? Je ferai grâce au lecteur des autres critiques; car que dire d'une objection comme celle-ci, que le perchlorure ferro-manganique ne se rencontre pas partout? Eh mon Dieu! il suffira de le prendre là où il se trouve. On de cette autre? que c'est une liqueur décomposable. J'en conserve depuis trois mois sans la moindre altération. Il suffira de rejeter celle qui est mal préparée. On aura à bien choisir ici, comme en toute chose.

Qu'un fils préfère la découverte de son père à toute autre, rien de plus naturel; mais il ne convient pas que cela aille jusqu'au dénigrement. En médecine on a liberté entière pour le choix des médications; c'est une affaire de tact, et c'est même une source de progrès. Est-ce à dire, parce que le perchlorure de fer est un progrès, que ce soit le dernier mot de la science, et que l'art soit désormais fermé aux investigateurs? On a cherché mieux que l'acide citrique (que j'avais appliqué); on a bien fait. On a trouvé le perchlorure de fer; c'est encore mieux. Mais en présence des insuccès qu'on lui reproche déjà et de la réprobation qui le menace, doit-il être défendu d'entreprendre de nouvelles recherches? Je connais aujourd'hui d'autres agents hémostatiques et hémoplastiques qui peuvent rivaliser avec le perchlorure de fer, sinon le détrôner : on ne démériterait pas de la science en les faisant connaître au monde médical.

Lyon, 28 novembre 1853.

---

(1) Le 15 mars 1846, j'opérai ainsi une fille de 24 ans portant au front une large tumeur sanguine qui datait de plus de vingt ans; deuxième injection le 26 avril. Succès complet le 3 mai. L'opérée part guérie le 17 mai. Le 17 avril 1847, même opération sur une fille de 23 ans, atteinte d'une ancienne et volumineuse tumeur sanguine de la main, traversant de la paume qu'elle remplit jusqu'au dos palmaire, de manière à empêcher les fonctions des doigts et du poignet : succès complet le 30 mai. L'opérée part le 3 juin, ne conservant plus qu'un peu de roideur et de faiblesse. On la revoit le 17 juin; la guérison est définitive. (Je renvoie pour les faits cliniques au BULLETIN THÉRAPEUTIQUE, juillet 1848, et pour l'exposé de ma méthode à ma CLINIQUE CHIRURGICALE, 1850, p. 74.) Depuis lors j'ai obtenu d'autres cures que je pourrais citer. La GAZETTE MÉDICALE, en rendant compte de ma méthode, la jugea assez importante pour citer en détail deux des principales observations. (1848, p. 775.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX BELGES.

(Suite et fin.)

VII. ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE.

Les huitième, neuvième, dixième et onzième livraisons de l'année 1852-1853 contiennent les articles originaux suivants : 1° *Quelques considérations sur la suette miliaire*; par le docteur l'Hermitte; 2° *Note sur le prurit de la vulve*; par le docteur Vaneeden. (Pommade à la fleur de soufre et au borax, avec adjonction d'acétate de morphine et de chloroforme.) 3° *Faits et observations de thérapeutique*; par le docteur Vanoye. 4° *Des pulsations abdominales idiopathiques*; par le docteur Macario. 5° *Un cas de cirrhose*; par le docteur Lesuenr. 6° *Observation de glucosurie consécutive à une fracture des os du crâne*; par le docteur Szokalski. 7° *Nouvelles observations relatives au délire fébrile*; par le docteur Liégey. 8° *Érysipèle de la face, suivi de phénomènes insolites du côté du cerveau*; par le docteur Macario. 9° *Getah lahae, nouvelle substance pharmaceutique*; par le docteur Vanhengel. 10° *Note sur l'influence des pyrexies sur la marche des organopathies*; par le docteur Liégey.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA SUETTE MILIAIRE; par le docteur L'HERMITTE.

En 1850, l'auteur a publié, dans les ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE LA FLANDRE OCCIDENTALE, une relation de l'épidémie de suette observée cette année dans la commune d'Hotton (Luxembourg); depuis lors, la même maladie ayant reparu chaque année, l'auteur a pu faire sur cette affection de nouvelles remarques dont nous indiquerons les parties les plus importantes.

Un grand nombre d'observateurs ont constaté l'influence malfaisante de l'humidité relativement à la suette; le docteur l'Hermitte, dans sa relation de l'épidémie de 1850, fait voir que cette maladie envahit d'abord les maisons restées longtemps inondées par suite du débordement des eaux de l'Ourthe. A ce premier fait il en ajoute un autre d'une immense importance, celui de la transmission d'un individu à l'autre, par l'intermédiaire des parents, des amis, des garde-malades, atteints eux-mêmes par leur contact avec les premiers malades. Il cite plusieurs exemples de ce mode de développement; ensuite il ajoute que, dans les apparitions successives de la suette à Hotton, cette maladie s'est toujours montrée d'abord dans les mêmes habitations qu'à la première invasion, ou dans des habitations qui se trouvaient dans des conditions hygiéniques identiques. C'est de 20 à 50 ans que la maladie a été observée un plus grand nombre de fois. Très-rare chez les enfants, elle ne s'est pas montrée sur les vieillards. Les trois quarts des personnes atteintes étaient des femmes; l'affection a été pourtant plus meurtrière chez les hommes.

Dans tous les cas observés par l'auteur, il y avait pendant un, deux ou plusieurs jours, un certain nombre de symptômes précurseurs, dont les plus constants étaient le malaise, l'inquiétude, l'abattement, l'anorexie, les nausées, la céphalalgie. Assez souvent aussi on observait une douleur à l'épigastre, des coliques, quelquefois des palpitations fugaces, des douleurs dans quelques articulations; puis l'invasion s'annonçait par un frisson quelquefois d'une violence excessive, d'autres fois à peine marqué, mais qui n'a jamais manqué totalement. Assez souvent les malades comparaient cette sensation à celle que produirait un corps froid appliqué sur telle ou telle partie. Cette sensation de froid, bornée quelquefois à une partie tout à fait circonscrite, paraît en rapport, quant à sa durée et son intensité, avec la gravité de la maladie dont elle annonce l'invasion. Ordinairement le premier frisson avait lieu la nuit, et il se répétait avec régularité les jours suivants, souvent même deux fois en vingt-quatre heures, jusque vers le quatrième ou le cinquième jour. A ce frisson succédait une sensation de chaleur quelquefois très-ardente, qui jetait les malades dans un malaise inexprimable. Cette sensation de chaleur faisait place à une transpiration presque toujours excessivement abondante, d'autres fois modérée, mais qui ne manquait jamais. La peau, macérée, donnait au toucher une sensation particulière. La sueur avait une odeur d'une fétidité pénétrante, comparable à celle de l'argile séchée au feu, ou à celle des marais contenant des végétaux en décomposition. On sait que M. Rayer a comparé cette odeur à celle de la paille pourrie, M. Ménière à celle de l'eau légèrement chlorurée. Lepecq de la Clôture avait dit que c'était une odeur d'aigre pourri, de putréfaction acide; Scbahl et Hessert l'ont en effet trouvée acescente; M. Robert, aigre et semblable à celle du vinaigre pourri. Cette odeur se répand dans les appartements; elle est tellement pénétrante et caractéristique que le docteur l'Hermitte, d'accord sur ce point avec d'autres observateurs, prétend qu'il suffit de la percevoir pour être certain que le malade est atteint de suette.

L'éruption commençait à se montrer après trois ou quatre jours de durée des symptômes que nous avons énumérés ci-dessus; elle consistait en boutons vésiculeux entremêlés de papules rouges, dures, souvent plus abondantes que les vésicules. Cette éruption se termine en trois ou quatre jours par desquammation; mais elle ne se fait pas en même temps sur tout le corps : elle se présente d'abord à la partie interne de l'avant-bras, à la partie supérieure de la poitrine et du dos, en dernier lieu sur les membres inférieurs et le reste du corps.

Les sueurs ne diminuaient qu'une fois l'éruption bien établie; quelquefois alors elles cessaient même complétement. Les frissons devenaient de moins en moins marqués, sans cesser complétement.

Parmi les autres symptômes, il faut citer la constipation, que l'auteur n'a vue manquer qu'une seule fois sur un total de soixante-trois malades. Presque toujours il a vu les malades se plaindre de pesanteur sur le sternum ou de constriction épigastrique. « Souvent ils font des inspirations profondes, comme pour se débarrasser de cette constriction incommode. Dans presque tous les cas, on remarque des palpitations parfois très-violentes et revenant par intervalle. Lorsque les battements du cœur sont forts, précipités et pour ainsi dire confus, cet état indiquait souvent un danger prochain, surtout lorsqu'il coïncidait avec le délire. Souvent les malades accusaient une grande faiblesse, et on constatait de véritables lipothymies. » La durée de la maladie est de deux et même de trois septénaires dans les cas terminés par la guérison. La mort, qui était, au commencement de l'épidémie, assez fréquente (11 décès sur 28 cas), et qui a ensuite diminué peu à peu, de manière à devenir fort rare, a eu lieu une fois en vingt-quatre heures, les autres fois du quatrième au neuvième jour.

Le *pronostic* a été très-difficile, impossible même, à cause de la nature éminemment insidieuse de la maladie. On trouvera à ce sujet, dans la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI (1851), d'excellentes indications tracées par le docteur Fuster. Il ne s'agit bien sûrement ici que de la suette *maligne*, la suette *bénigne* parcourant régulièrement ses périodes sans complications, et se terminant, dans l'immense majorité des cas, par guérison.

Quant au *traitement*, les émissions sanguines, générales, employées en 1850 dans trois cas, ont paru avoir une influence fâcheuse; depuis lors elles ont procuré un succès dans un cas désespéré. Ces faits sont d'accord avec ceux qui ont été observés en France, et sur lesquels a insisté le rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE dans son rapport sur la suette, lu en 1851 à l'Académie de médecine. A Hotton, on a observé aussi qu'au début de la maladie, lorsqu'il y avait des nausées ou un état saburral, l'émétique ou l'ipécacuanha paraissait agir d'une manière favorable. Les lotions tièdes ont été pratiquées avec succès dans le cas de sécheresse, d'aridité de la peau. Le sulfate de quinine, d'après le docteur l'Hermitte, d'accord en cela avec le professeur Fuster, doit être donné à haute dose, et même pendant les exacerbations, quand le danger paraît imminent.

Des quatre observations qui suivent le mémoire que nous venons d'analyser, il n'y en a aucune qui présente quelque intérêt au point de vue clinique, aucune qui nous donne même l'exposé exact et complet des symptômes observés. Nous nous bornerons à cette remarque critique, qui, sans attaquer les conclusions de ce travail, donne une idée défavorable de la manière dont l'auteur enregistre les faits médicaux.

DES PULSATIONS ABDOMINALES IDIOPATHIQUES; par le docteur MACARIO, médecin à Sancergues (Cher.)

Après avoir rappelé un mémoire du docteur Vanoye, sur les pulsations abdominales, inséré en 1851 dans les ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE, l'auteur fait remarquer qu'il n'y est pas question des pulsations abdominales idiopathiques; on y traite, en effet, seulement des pulsations abdominales qui surviennent dans le cours des maladies aiguës, et de celles qui accompagnent certaines affections chroniques. Il cite ensuite, en détail, huit observations qui lui sont propres, et les fait suivre du récit de faits analogues empruntés à Morgagni, Albers, Laennec, les docteurs Leriche et Vanoye. Rapprochant ensuite ces observations, il s'efforce d'établir, avec les données suivantes, l'histoire générale des pulsations abdominales. *Sexe*. Les hommes sont plus souvent atteints de pulsations abdominales que les femmes; sur 25 cas, on trouve douze hommes et neuf femmes. L'*âge* des sujets atteints était compris entre 18 et 60 ans; dans 15 cas, il y en avait 12 de 20 à 50 ans. Les *causes occasionnelles* sont fort obscures, on a cité les affections morales, la suppression des règles, des hémorrhoïdes, etc., l'embarras gastrique, les fièvres intermittentes, la dyspepsie, la grossesse. La *symptomatologie* de cette névrose est consti-

tuée presque exclusivement par l'impulsion plus ou moins violente de l'aorte abdominale. Tous les autres symptômes ne seraient que secondaires, suivant M. Macario, et seraient sous la dépendance de cette impulsion morbide. Cette assertion est loin de trouver sa démonstration dans les faits; on constate en effet que les pulsations sont assez souvent précédées de symptômes précurseurs ou prodromiques, tels que les troubles variés des fonctions digestives, les digestions pénibles et laborieuses, les tiraillements d'estomac, les éructations fréquentes, les vomissements spasmodiques, une constipation opiniâtre, ou bien les lassitudes, l'oppression, les douleurs aiguës des lombes et des hypocondres, les palpitations de cœur, les défaillances, les étourdissements. Les pulsations elles-mêmes s'étendent ordinairement depuis l'appendice jusqu'à l'ombilic, et parfois même jusqu'à la bifurcation de l'aorte; on les perçoit facilement en plaçant la main dans cette région, quelquefois même on les voit à l'œil soulever les parois abdominales. Elles siégent toujours un peu à gauche de la ligne médiane, le long du trajet de l'aorte. L'auteur y a constamment trouvé des battements isochrones à ceux du cœur, sans y constater de bruits anormaux. Chez tous ses malades il a pu parfaitement circonscrire l'aorte abdominale, et lui a constamment trouvé un calibre normal dans toute la partie occupée par les pulsations morbides. On sait que quelques observateurs rapportent des faits de tumeurs épigastriques passagères, simulant, à s'y méprendre, des tumeurs anévrismales (Morgagni, Baillie, Albers, Allan-Burns, Hodgson, Rubini, Laennec).

Ces pulsations sont souvent très-incommodes et très-pénibles, les malades accusent ordinairement un sentiment d'oppression, de plénitude, de gonflement; rarement il y a en des douleurs locales. Chez plusieurs malades, on a vu concurremment de la céphalalgie, des vertiges, des étourdissements, des tintements d'oreille fort pénibles.

On sait que la durée de ces pulsations abdominales est indéterminée; tantôt, en effet, elles disparaissent au bout de quelques jours, tantôt elles persistent pendant un temps très-long. Il a été constaté que le dérangement fonctionnel dont il s'agit peut exister pendant de longues années sans porter une atteinte sérieuse à la santé; mais il n'est pas impossible que le retour trop fréquent de ces altérations fonctionnelles des organes de la circulation ne puisse donner lieu quelquefois à des affections organiques. C'est surtout quant aux causes et à la signification des pulsations abdominales que les auteurs ont émis les opinions les plus divergentes; M. Vanoye rappelle que Morgagni les faisait dépendre de la diathèse anévrismale ou d'un spasme hystéro-convulsif; Senac d'une lésion du cœur; Laennec et Davies d'une névrose artérielle; Parry d'une réplétion des vaisseaux du bas-ventre; Schmidtman d'une oscillation fibrillaire de la membrane charnue de l'estomac; Allan-Burns des contractions nerveuses du diaphragme; suivant M. Sandras, les pulsations abdominales dépendent d'un état chlorotique. Nous pensons, avec M. Vanoye et le docteur Macario, que l'opinion qui prédomine aujourd'hui est celle qui considère les battements épigastriques comme des pulsations artérielles réelles résultant d'une anomalie d'innervation qui accompagne quelquefois diverses affections morbides, et qui dans d'autres cas, assez rares du reste, peut être assez prononcée pour constituer à elle seule une affection morbide, au lieu de se présenter comme un simple symptôme.

Il résulte des considérations qui précèdent et des faits d'expérience qui suivent, que le traitement de cette affection n'est pas assis sur des bases rationnelles. Morgagni, Laennec, le docteur Lericbe ont employé avec succès les émissions sanguines. D'autres ont employé les purgatifs avec non moins de réussite : Hobnbaum les purgatifs salins, Frank les pilules de Saiffert qui agissent par la scammonée.

Quant aux opiacées, aux antispasmodiques et aux analeptiques, ils sont naturellement indiqués dans cette affection.

OBSERVATION DE GLUCOSURIE CONSÉCUTIVE A UNE FRACTURE DES OS DU CRANE; par le docteur SZOKALSKI.

OBS. — Un vigneron de 38 ans, en tombant d'une roche escarpée, se blessa gravement à la tête. Fracture avec enfoncement du pariétal gauche, au milieu de la suture sagittale. Le malade remuait bien ses membres et sentait bien le contact des corps, les piqûres, le chatouillement, etc.; mais il se plaignait d'engourdissement et de fourmillement dans le côté droit, le pied et les orteils de ce côté n'obéissaient plus à la volonté, et la sensibilité déjà engourdie au genou diminuait encore davantage au mollet et devenait presque nulle à la plante du pied. Il y avait aux téguments du deltoïde droit une exagération de la sensibilité. (Saignée.) Somnolence entremêlée d'agitation et de délire. Augmentation notable des boissons. L'urine rendue dépasse à peine d'un demi-litre la quantité de liquide ingérée; elle fournit les réactions caractéristiques des urines diabétiques.

Cinq semaines après l'accident le malade ne se plaignait plus, ni de fourmillement, ni d'engourdissement dans la moitié droite du corps; les urines, bien que copieuses, fournissaient déjà une quantité moins notable de glucose.

Quelque temps après, le malade est presque entièrement rétabli, et on ne trouve plus de glucose dans ses urines dont la quantité est normale.

GETAH LAHAE, NOUVELLE SUBSTANCE PHARMACEUTIQUE; par le docteur VANHENGEL, de Hilversum (Hollande).

Cette substance, remise à l'auteur de cette note par l'un des directeurs de la Société de commerce des Pays-Bas, provient d'un arbre connu dans les Indes sous le nom de *lahae*. C'est une matière résineuse, solide, légèrement onctueuse au toucher, d'un gris sale, brûlant facilement, se dissolvant bien dans diverses *huiles*, mais non dans l'éther ni dans l'alcool. On pourra tirer parti de cette substance, qui est très-abondante et d'une valeur vénale très-peu élevée, pour la confection des substances emplastiques, de l'onguent basilicum, etc.

V. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

Les livraisons d'avril à septembre 1853 contiennent les articles suivants : 1° *Du traitement des fièvres des polders;* par le docteur Deconde. 2° *Observations sur l'avortement provoqué;* par M. Mommaerts. (Critiques au point de vue théologique et religieux.) 3° *Réponse à ces critiques au même point de vue;* par le docteur Von Meerbeck. 4° *Observations d'ablations du maxillaire supérieur;* par le docteur Heylen.

DU TRAITEMENT DES FIÈVRES DES POLDERS; par le docteur DECONDÉ.

Ce médecin propose d'administrer le sulfate de quinine pendant l'incubation de la maladie. Quand la maladie est déclarée, il prétend qu'il y a avantage à administrer le sel fébrifuge peu de temps avant l'accès. Le quinquina, uni soit au tartre émétique, soit au muriate d'ammoniaque, lui a paru aussi très-utile. Il parle ensuite de l'administration du sulfate de quinine par la méthode endermique, l'inoculation et la méthode iatraleptique, indications qui constituent des procédés plus ou moins ingénieux mais non pratiques, et qui sont loin de valoir même l'administration du sulfate de quinine en lavement, ou incorporé dans un suppositoire de beurre de cacao. La partie physiologique de ce travail traite de l'action du sulfate, que l'auteur considère comme hyposthénisante, et de l'influence de ce sel sur le sang extrait de la veine dans des phlegmasies.

OBSERVATIONS D'ABLATION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR; par le docteur HEYLEN (d'Herenthals).

Les observations rapportées sont au nombre de trois : 1° kyste osseux de l'os maxillaire supérieur droit; resection de la voûte palatine et de la paroi externe de l'os sans lésion à la peau; guérison; 2° tumeur fibreuse siégeant dans le sinus maxillaire supérieur droit : extirpation de la tumeur et resection partielle de l'os; guérison; 3° tumeur cancéreuse prenant son origine à la base du crâne, envahissant le sinus maxillaire droit, l'orbite et la fosse temporale; désorganisation du maxillaire supérieur et de l'os malaire : double extirpation de la tumeur; récidive; resection du maxillaire supérieur et de l'os malaire; modifications au procédé opératoire.

VI. JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACOLOGIE, PUBLIÉ PAR LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Les numéros de juillet à septembre 1853 contiennent les articles suivants : 1° *Quelques considérations pratiques sur l'accouchement provoqué dans les cas d'angustie du bassin;* par le docteur Vaust. 2° *Note sur la ventilation naturelle des hôpitaux et des édifices publics en général;* par le docteur A. Uytterhoeven. (L'auteur pense que le chauffage et la ventilation des édifices publics au moyen des appareils de physique les plus ingénieux ne constitue que des systèmes encore à l'état d'essais et qui présentent l'immense désavantage d'exiger des dépenses considérables.) 3° *De la péritonite aiguë et de son diagnostic chez les enfants à la mamelle;* par le docteur S. Henriette. (L'auteur signale la grande fréquence des maladies du système séreux chez les enfants à la mamelle, le début rapide de la péritonite et les symptômes suivants : sensibilité excessive, ballonnement, vomissement, constipation, accélération de la respiration; trois observations dont une compliquée de volvulus.) 4° *Note sur le traitement de la fissure à l'anus par l'emploi topique de l'onguent de la mère;* par le docteur E. Putégnat, de Lunéville. (Une observation à ajouter à celles que l'on connaît déjà sur l'efficacité des mèches enduites d'onguent de la mère d'après la méthode du docteur Campaignac.) 5° *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles pendant l'année* 1852-53; par le docteur J. Crocq. 6° *Trois observations de chirurgie;* par le docteur Uytterhoeven. (*a.* Fracture du fémur et de la rotule du côté gauche, fracture double de la mâchoire, commotion cérébrale. *b.* Luxation complète du tibia en avant. *c.* Plaie de l'articulation radio-carpienne gauche, extirpation du semi-lunaire et d'un

fragment radial du carpe, guérison. *d.* Rétrécissement du canal de l'urètre produit par une prostatite aiguë. *e.* Rétrécissement traumatique d'une portion considérable du canal de l'urètre. *f.* Description d'un glossocôme modifié, appareil pour la réduction des luxations anciennes de l'humérus.) 7° *Laryngo-bronchite membraneuse, trachéotomie, mort trois jours après l'opération; bronchite capillaire pseudo-membraneuse et purulente.* 8° *Un mot à M. Burggraeve à propos de l'histoire contemporaine des amputations;* par le docteur Soupart. 9° *Des avantages du traitement de certaines affections chirurgicales (entorses) par l'appareil amovo-inamovible de M. le professeur Seutin;* par le docteur Philipeaux.

VII. LA PRESSE MÉDICALE BELGE.

Les numéros du 3 avril au 25 septembre 1853 contiennent les travaux suivants: 1° *Ablation d'une tumeur cancéreuse du creux de l'aisselle; mort; autopsie; examen microscopique;* par le docteur Deroubaix. 2° *De la non-contagiosité des accidents secondaires de la syphilis.* (Résumé de la discussion ouverte à ce sujet à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.) 3° *Recherches nouvelles sur la nature des blennorrhagies spécifiques ou chancreuses.* (L'auteur de ces considérations pense avec M. Ricord que toute blennorrhagie qui donne naissance à des accidents syphilitiques, soit secondaires soit tertiaires, est une blennorrhagie spécifique, qu'il y a eu un chancre larvé, et que, de plus, ce chancre s'est terminé par induration.) 4° *De l'emploi du thlaspi bursa-pastoris dans le traitement des hémorrhagies;* par le docteur Hannon. (Le docteur Lejeune, cité par Méral et Delens en 1822, et récemment les docteurs Lange, Dubois (de Tournay) et René Vanoye, ont employé, dans quelques cas, la *bourse à pasteur* contre l'hémoptysie et les métrorrhagies; le docteur Hannon, qui veut étendre l'usage thérapeutique de cette plante crucifère, indique les préparations suivantes: suc, eau distillée, tisane, alcoolat, teinture, vin, bière, conserve, sirop, extrait; il pense que leur administration est indiquée dans les hémorrhagies par altération du sang, comme il arrive dans les fièvres graves, le typhus, la fièvre jaune, le scorbut.) 5° *De l'embryotomie et de son importance pratique; observations d'application du forceps-scie;* par le professeur Van Henfel. 6° *Balano-posthite chancreuse, phlegmon gangréneux de la verge, caractère pernicieux; administration du sulfate de quinine; guérison;* par M. Van Roosbroech, interne. 7° *Du musc végétal comme succédané du musc animal;* par le docteur J. Hannon. (La moscatelline, la mauve musquée, le mimulus moschatus.)

VIII. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE LA PROVINCE D'ANVERS.

Les livraisons de janvier à novembre 1853 contiennent les articles suivants: 1° *Des changements et des améliorations que réclame la législation médicale des campagnes en Belgique;* par le docteur Petit, de Walon. (Mémoire couronné.) 2° *Observations pratiques sur l'emploi thérapeutique de la reine des prés (spiræa ulmaria);* par M. H. Bonnewyn, pharmacien. 3° *Topographie et statistique médicale du canton de Duffel;* par le docteur Vranken. (Mémoire couronné.) 4° *Compte rendu des travaux de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers établie à Willebroek;* par le docteur H. Van Berchem.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

DES PRINCIPES IMMÉDIATS DU SON DE FROMENT; DE LEUR RÔLE DANS LA PANIFICATION ET DANS LA NUTRITION DES ANIMAUX.

M. CHEVREUL lit, au nom d'une commission, un rapport sur un mémoire de M. H.-M. Mouriès sur ce sujet. M. le rapporteur expose en ces termes ce que le travail de M. Mouriès ajoute à nos connaissances sur un des principaux aliments:

Le son renferme de l'amidon, des matières azotées et une pellicule colorée que l'on considère comme ligneuse.

On sait que la farine brute, dont on n'a pas séparé de son, fournit un pain que beaucoup de médecins prescrivent aujourd'hui contre la constipation habituelle et la disposition aux congestions cérébrales.

On sait encore, d'après M. Magendie, que des chiens vivent de pain de son, tandis qu'ils périssent par l'usage du pain blanc.

Pourquoi cette différence entre les effets des deux aliments?

Comment le son intervient-il dans l'alimentation?

Ce ne peut être seulement par l'azote de ses principes immédiats; car ceux-ci ne s'y trouvent que dans une faible quantité relativement à celle qui fait partie constituante de la farine blanche. M. Mouriès a reconnu que la surface interne du son renferme plusieurs principes azotés qui restent à isoler et à caractériser comme espèces. Mais l'ensemble de ces principes, que l'eau tiède dissout, possède, comme la diastase, la propriété remarquable de liquéfier l'amidon en le changeant en dextrine et en sucre; c'est donc surtout en intervenant de cette manière comme ferment que le son agit dans la panification, et par suite dans la digestion.

Que l'on divise en deux moitiés une certaine quantité d'empois chauffé de 40 à 45 degrés; qu'on ajoute à la première de l'eau de son préparée à tiède, et à la seconde un volume d'eau distillée égal à celui de l'eau de son, et la première moitié de l'empois se liquéfiera en grande partie, tandis que la seconde ne changera pas. L'eau d'iode colorera celle-ci en bleu et la première moitié en pourpre.

Cent d'amidon réduit en empois avec 1,500 parties d'eau mêlée à 100 grammes d'eau de son préparée à tiède avec 20 grammes de son, sont liquéfiés après vingt minutes à la température de 40 degrés; après deux heures, le résidu solide est de 15gr.,13, et l'eau évaporée laisse 85 de dextrine et de sucre.

La matière active de l'eau de son diffère de la matière active de l'orge ou de la diastase, en ce que son activité est détruite quand on la précipite par l'alcool, tandis que celle de la diastase ne l'est pas; en ce qu'une température de 75 degrés suffit pour le même effet, tandis que la diastase exige une température de 98 à 100 degrés.

L'effet du son dans le pain est conforme aux réactions précédentes; car 130 de ce pain supposé sec, broyé avec 520 grammes d'eau, se divisent avec facilité, et au bout de trois heures d'une température de 40 degrés, le mélange a l'aspect laiteux et pourrait être filtré.

Ce pain est représenté par

Matière soluble séchée à 100 degrés.	59gr.,35
Matière insoluble.	69 75

130 grammes de pain blanc supposé sec, broyé avec 520 grammes d'eau, ne forment, par une longue trituration et à la température de 40 degrés, qu'une masse demi-soluble représentée par

Matière soluble.	9gr.,03
Matière insoluble.	120 25

Il paraîtrait que l'effet du son sur la farine blanche commence dans la confection de la pâte, se propage durant le commencement de la cuisson, mais qu'il ne s'accomplit que dans l'estomac.

Maintenant il est facile d'expliquer comment une température supérieure à 75 degrés ne détruit pas l'activité du ferment du son, lorsqu'on sait que l'albumine solide peut être exposée assez longtemps à 100 degrés sans se cuire.

Les expériences de M. Mouriès expliquent donc la différence existant entre le pain bis et le pain blanc par l'influence sur l'amidon du son qui se trouve dans le premier et manque dans le second.

La commission propose à l'Académie de remercier M. Mouriès de sa communication, et de l'encourager à continuer des expériences qui ne peuvent qu'être utiles au double point de vue de l'application et de la science. C'est surtout la nature du principe ou des principes actifs du son qu'il importerait de connaître, et nous ne doutons pas, ajoute M. le rapporteur, de l'intérêt qu'aurait cette recherche entre les mains de M. Mouriès.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées (1).

OSTÉO-MYÉLITE.

M. CHASSAIGNAC lit sur l'ostéo-myélite un mémoire dont il déduit les conclusions suivantes:

1° L'ostéo-myélite s'accompagne inévitablement et très-promptement de périostite suppurative aiguë et de phlegmon diffus.

2° Dans l'ostéo-myélite suppurante, le décollement de la toile médullaire dans la paroi qu'elle tapisse est un phénomène constant.

3° La propagation de l'ostéo-myélite d'une section de membre à celle qui est immédiatement au-dessus s'effectue par la perforation du cartilage, l'envahissement de la synoviale, et par la rupture du cul-de-sac supérieur de celle-ci.

4° Les perforations cartilagineuses, dans l'ostéo-myélite, diffèrent beaucoup les unes des autres, suivant qu'on les examine dans les cartilages épiphysaires ou dans les cartilages diarthodiaux: dans les premiers, la perfora-

(1) On se rappelle que M. Poggiale a présenté à l'Académie des sciences, le 1er août 1853, un long travail sur la composition chimique du son, qu'il a entrepris dans une autre direction. Il a démontré, en effet, dans ce mémoire, par une foule d'expériences, qu'on ne doit pas considérer comme substance alimentaire tout ce qui est enlevé au son par les acides, les alcalis et les dissolvants qu'on emploie pour avoir la cellulose pure. Il résulte des analyses de ce chimiste que le son contient 44 pour 100 de matières assimilables et 56 pour 100 de substances qui ne peuvent pas servir à la nutrition. Cette proportion si élevée de matières réfractaires à l'action des organes digestifs justifierait donc l'élimination du son de la farine en totalité ou en partie, et devrait faire admettre comme nécessaire la perte qui résulte de l'opération du blutage.

M. Poggiale a reconnu, du reste, que le son cède à l'eau froide 5,615 pour 100 de principes azotés. (NOTE DU RÉDACTEUR DES SÉANCES.)

tion est de forme canaliculaire; dans les autres, elle ressemble à des trous faits à l'emporte-pièce.

5° L'ostéo-myélite s'accompagne toujours d'arthrite purulente; les articulations sont généralement envahies de bas en haut, c'est-à-dire sur le trajet ascendant du membre.

6° L'arthrite purulente causée par l'ostéo-myélite ne se déclare presque jamais avant le douzième jour de la maladie.

Les conclusions suivantes sont relatives au diagnostic:

1° La circonstance d'un œdème dur et douloureux qui s'arrête par une coupe abrupte sur le trajet d'un membre, est un caractère pathognomonique de la maladie.

2° Le pus sous-aponévrotique, dans l'ostéo-myélite, est constamment mélangé de globules huileux.

3° Les caractères différentiels de l'ostéo-myélite et de l'abcès sous-périostique sont les suivants:

A. Dans l'abcès sous-périostique, la fluctuation précède l'empâtement; dans l'ostéo-myélite, c'est tout le contraire.

B. L'œdème douloureux qui accompagne l'ostéo-myélite se termine brusquement par un rebord saillant et dur, juste à la hauteur où l'os cesse d'être malade.

C. L'ostéo-myélite s'accompagne de phlegmon diffus et de périostite suppurative: l'abcès sous-périostique ne détermine ni la suppuration médullaire de l'os ni l'infiltration purulente du membre.

D. L'ostéo-myélite se propage d'un os à un autre par une marche ascendante sous la racine des membres; l'abcès sous-périostique aigu reste généralement confiné dans la section du membre sur laquelle il est apparu.

4° Les caractères différentiels de l'ostéo-myélite et du phlegmon diffus sont: 1° la nature de l'œdème; 2° la présence des globules huileux dans le pus.

Voici enfin les conclusions relatives au traitement:

1° Dans l'ostéo-myélite, les incisions doivent être employées dans un but diagnostique et dans un but thérapeutique. Si l'affection est seulement présumée, les incisions doivent pénétrer jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe inclusivement; si l'on trouve du pus sous l'aponévrose, elles seront immédiatement conduites jusqu'à l'os.

2° Dans l'ostéo-myélite, l'amputation du membre est la seule chance de salut.

3° L'amputation doit être faite aussitôt que le diagnostic est certain.

4° Le procédé opératoire indiqué dans ce cas est la méthode à lambeaux.

5° Le lieu d'élection est la première articulation saine au-dessus de l'os malade.

6° Il y a contre-indication dans le cas de suppuration de mauvaise nature d'ostéo-myélite développée sur plusieurs membres, et d'empoisonnement typhoïde général.

DÉVELOPPEMENT DES VERS INTESTINAUX.

M. VAN BENEDEN, professeur à l'Université de Louvain, adresse de nouvelles observations sur le développement des vers intestinaux, notamment sur le *tænia dispar*, que l'auteur a trouvé en abondance dans la *rana temporaria*.

L'objet principal de ce travail est de faire connaître le mécanisme suivant lequel les embryons du proglotis pénètrent dans l'épaisseur des tissus et se frayent une voie jusque dans l'intérieur de tous les organes de la grenouille. L'auteur étudie en outre la question de la transformation de l'embryon en cysticerque, etc.

— M. COURTILHES, à l'occasion d'un mémoire présenté à la séance du 10 octobre dernier par M. Courty, fait remarquer qu'il a lui-même, en 1843, dans une dissertation inaugurale, traité de la cautérisation du col de l'utérus chez les femmes enceintes dans les cas fréquents où des ulcérations de cet organe viennent compliquer la grossesse.

(Renvoi à l'examen de la commission nommée pour le mémoire de M. Courty.)

— M. GUILLON adresse une nouvelle lettre relative à des questions de priorité d'invention pour diverses parties de ses recherches sur le traitement des affections des organes génito-urinaires.

Cette lettre est renvoyée à titre de document aux commissions nommées pour les communications qui ont donné lieu aux réclamations de M. Guillon.

— Dans cette séance, l'Académie a procédé, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission chargée de préparer une liste de candidats pour la place de secrétaire perpétuel, vacante par suite du décès de M. Arago.

Cette commission doit se composer de six membres pris dans les sections de sciences mathématiques et du président de l'Académie, qui, à quelque section qu'il appartienne, fait de droit partie de la commission.

D'après les résultats du scrutin, cette commission se composera de MM. Biot, Mathieu, Duperrey, Poinsot, Poncelet, Chasles, et de M. Combes, président en exercice.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet:

1° Un rapport de M. le docteur Fuzellier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montreuil, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Beussent depuis le mois de juin 1853 jusqu'au mois d'août de la même année;

2° Un rapport de M. le docteur Campmas, médecin de l'hôpital militaire de Baréges (Hautes-Pyrénées), sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cette localité ont été appliquées pendant l'année 1852;

3° Une demande d'avis de l'Académie sur une source minérale de Sainte-Élisabeth à Cusset (Allier).

— M. PEIXOTO adresse la table de mortalité de la ville de Rio-Janeiro (Brésil) depuis le 1er octobre 1852 jusqu'au 1er octobre 1853. Le tableau spécial consacré à la mortalité par la fièvre jaune, montre que ce n'est que pendant les six mois de chaleur que la mortalité dépasse la moyenne. (Commissaire: M. Gérardin.)

— M. ESPIAN, médecin aide-major au 75e de ligne, adresse la relation d'une épidémie diphthéritique qui a sévi sur le 77e de ligne en garnison à Avignon, depuis le 14 août jusqu'au 31 octobre 1853. (Comm. des épidémies.)

— M. BEAUREGARD, de Graville (Havre), adresse un mémoire sur le choléra. (Comm. du choléra.)

— M. CHARRONNIER soumet à l'examen de l'Académie deux modèles, l'un d'une nouvelle ceinture hypogastrique, l'autre d'un bandage pour hernie crurale. (Comm.: MM. Malgaigne, Velpeau, Bégin.)

URÉTROTOMIE PÉRINÉALE.

M. MAISONNEUVE adresse sur ce sujet la lettre suivante:

Dans la séance du 15 novembre, vous avez bien voulu me permettre de présenter à l'Académie un malade que je suis parvenu à guérir d'une oblitération complète du canal de l'urètre au moyen de l'urétrotomie périnéale.

Je viens d'apprendre que M. Malgaigne, qui n'avait pas eu le loisir d'examiner ce malade, avait exprimé devant l'Académie des doutes sur la réalité et même sur la possibilité de la guérison.

Je vous serais donc reconnaissant de vouloir bien adjoindre cet honorable membre à la commission chargée de constater l'exactitude du fait.

Le bureau propose d'adjoindre à la commission déjà nommée MM. Malgaigne et Ségalas.

PERCHLORURE DE FER.

M. GIRALDÈS adresse une lettre dans laquelle il présente quelques observations au sujet du dernier discours de M. Malgaigne sur le perchlorure de fer.

M. Malgaigne ayant cité des expériences faites à Alfort d'après le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, M. Giraldès fait remarquer, d'une part, que les expériences citées par M. Malgaigne ne sont pas les seules qu'il ait faites, qu'il en a fait beaucoup d'autres depuis, et, d'autre part, que le reproche qu'il lui adresse de s'être écarté des règles formulées par l'inventeur tombe de lui-même, puisqu'on chercherait en vain ces règles précises posées par l'inventeur.

Enfin M. Giraldès demande d'après quelles données M. Malgaigne reconnaît que ces expériences ont été mal faites. Il s'agissait, dit M. Giraldès, de constater que quelques gouttes de perchlorure de fer injectées dans les vaisseaux déterminaient la coagulation immédiate du sang; or l'expérience a réussi; mais pour apprécier si quelque chose avait manqué à l'expérimentation, il aurait fallu connaître le degré de densité du perchlorure employé par Pravaz et par nous, la quantité de sang contenu dans l'artère comprimée, etc. M. Malgaigne ignorait tout cela; néanmoins de sa propre autorité, sans plus ample informé, il déclare hautement devant l'Académie que ces expériences ont été très-mal faites. Cette manière de procéder a quelque chose d'étrange; mais, Dieu merci, l'Académie n'a accordé à aucun de ses membres, si haut placé qu'il puisse être, le droit de blâmer les choses qu'il ne connaît qu'incomplétement.

— M. BURIN DUBUISSON adresse une lettre sur le même sujet dans laquelle il réfute plusieurs des assertions contenues dans l'argumentation de M. Malgaigne.

— A l'occasion de la correspondance, M. MALGAIGNE donne communication d'une lettre d'un médecin de Lyon qui renferme la rectification de plusieurs assertions inexactes avancées par M. Burin Dubuisson, notamment en ce qui concerne l'opération de M. Barrier. Cette lettre ferait connaître, en outre, un cinquième cas de mort causé par le perchlorure de fer.

VACCINATIONS.

M. CAZEAUX lit, au nom de la commission de vaccine, un rapport officiel sur un ouvrage intitulé: MANUEL DU VACCINATEUR DES VILLES ET DES CAMPAGNES, par M. Adde-Margras.

La commission propose de répondre à M. le ministre que l'Académie ne reconnaît pas au livre de M. Adde-Margras ce caractère d'utilité pratique qui seul peut mériter à un pareil ouvrage l'approbation et l'appui du gouvernement, et qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de M. Adde-Margras. (Adopté.)

URÉTROSCOPIE.

M. J. DÉSORMEAUX lit une note sur un instrument à l'aide duquel on voit dans l'intérieur de l'urètre.

Pour obtenir un urétroscope qui donne les résultats désirables, la difficulté consistait à livrer passage à la lumière par un orifice étroit, tout en réservant une espace suffisant pour les rayons visuels. Ce résultat est obtenu, dans l'instrument que M. Désormeaux a fait construire au moyen du miroir percé à son centre, que M. Léon Foucault avait déjà appliqué à l'éclairage des corps opaques sous le microscope. Ce miroir, placé sur le prolongement de l'axe d'une sonde droite à bec, ou pour mieux dire d'une longue canule introduite dans l'urètre, est incliné de façon à réfléchir dans la direction de la canule les

rayons qu'il reçoit d'un foyer lumineux situé sur le côté, et qui sont préalablement rendus convergents par l'interposition d'une lentille. En même temps, l'ouverture du miroir répondant au centre de l'instrument, livre un passage suffisant aux rayons visuels qu'aucun point lumineux intermédiaire n'empêche d'arriver jusqu'à l'objet que l'on veut observer.

M. Desormeaux s'occupe en ce moment d'apporter à différentes pièces de l'appareil des modifications dont l'expérience lui a fait sentir l'utilité. Mais tel qu'il est, il lui a déjà donné des résultats satisfaisants. Sur un malade affecté de rétrécissement dans la région du bulbe, on a pu voir distinctement une cloison transversale, avec un pertuis excentrique entouré d'un bourrelet circulaire légèrement saillant. Sur un malade de l'hôpital du Midi, on a pu observer le déplissement de la muqueuse au devant de la sonde, et la coloration rouge de cette membrane atteinte d'inflammation chronique.

M. Desormeaux rapporte, entre autres, cette expérience, dont le résultat lui a paru assez frappant.

Si l'on place à l'extrémité de la sonde un papier sur lequel se trouvent des lettres, en ayant soin de le mettre à l'abri de la lumière extérieure, les lettres sont aperçues d'une manière aussi distincte que dans les conditions ordinaires de la vision. Il en est encore de même pour des détails moins faciles à saisir, tels que les sillons concentriques de la pulpe des doigts les différences de coloration des ongles, etc.

D'après cela, ajoute M. Desormeaux, je pense non-seulement que dans certains cas l'uréthroscope pourra éclairer le diagnostic, mais qu'il pourra servir à juger certaines questions de doctrine, telles que celles qui se rapportent aux ulcérations urétrales, et en particulier au chancre, objet de tant de controverses.

Il est un point sur lequel mes recherches n'ont pas encore pu porter d'une manière suffisante. J'ai constaté qu'une ouverture latérale faite à la sonde ne diminue pas sensiblement l'éclairage, et cette ouverture qui sert à l'introduction d'éponges pour absterger les parties, peut aussi permettre le passage de divers instruments. A l'aide d'un stylet à manche coudé, j'ai traversé un rétrécissement étroit. J'ai fait faire, d'après le même système, un bistouri à l'aide duquel on peut pratiquer des incisions, en se rendant compte du résultat beaucoup mieux qu'avec les instruments qui agissent hors de la vue.

Des porte-caustiques appropriés permettraient d'agir avec certitude sur les points malades, et d'appliquer à l'urètre une médication dont on tire un parti si utile dans le traitement des affections du col de l'utérus et du vagin, etc.

(Le mémoire de M. Desormeaux est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Ricord, Ségalas, Robert et Laugier.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer.

La parole est à M. Roux.

TRAITEMENT DES ANÉVRISMES PAR L'INJECTION DE PERCHLORURE DE FER.

M. Roux : A en juger par tout ce qui a été dit dans le cours de cette discussion, il semblerait que la chirurgie a été entièrement désarmée jusqu'ici contre les anévrismes, et que la méthode des injections de perchlorure de fer devrait être accueillie comme une heureuse innovation, comme une conquête nouvelle de la chirurgie. Je me suis borné moi-même, au début de cette discussion, à reprocher à M. Malgaigne de s'être trop pressé de porter un jugement sur cette méthode ; mais en faisant ce reproche, j'ai assez donné à entendre que je n'avais pas une grande confiance dans ce nouveau moyen. L'Académie me permettra maintenant de présenter quelques considérations desquelles il résultera, je l'espère, que la nouvelle méthode ne peut être mise en parallèle avec les moyens dont la chirurgie est en possession. Mais auparavant, je désire répondre quelques mots à une question soulevée par M. Velpeau.

M. Velpeau a dit que la méthode des injections n'était pas nouvelle, il a fait voir qu'elle n'était en quelque sorte qu'une application d'une idée générale mise depuis longtemps en avant. L'acupuncture, la galvano-puncture, les injections alcooliques de M. Leroy-d'Étiolles, et enfin les applications réfrigérantes, qu'il a essayées lui-même dans le temps, seraient autant d'applications de cette idée générale.

Je dirai, à cette occasion, que l'emploi des réfrigérants comme moyen de déterminer la coagulation du sang n'est ni aussi nouveau ni aussi insignifiant que paraît le croire M. Velpeau. J'ai vu dans le temps, avec notre honorable vice-président M. Nacquart, un malade chez lequel l'usage des réfrigérants produisit une diminution considérable de la tumeur, qui pouvait être presque considérée comme une guérison. Cette méthode, comme on le sait, a été imaginée par Guérin (de Bordeaux); elle devint à cette époque le sujet d'une assez vive polémique, qui fit dire plaisamment alors à un chirurgien de Paris, Deschamps, qui n'en avait pas retiré d'aussi bons effets que Guérin, « que l'eau de la Seine n'avait probablement pas les mêmes propriétés que l'eau de la Garonne. » Quoi qu'il en soit, cette méthode a donné, dans quelques cas, de beaux résultats, et je m'étonne que M. Velpeau l'ait traitée aussi légèrement. Je signalerai aussi une omission que M. Velpeau a faite dans cette énumération des méthodes de traitement des anévrismes : je veux parler de la compression dont les chirurgiens anglais assurent avoir retiré de bons résultats.

M. Velpeau a insisté beaucoup sur les droits de priorité d'Anel à la découverte de la méthode connue sous le nom de méthode de Hunter. Je n'ignore pas qu'Anel avait proposé cette méthode cinquante ans avant Hunter; mais l'idée d'Anel, restée perdue dans un petit livre oublié, n'avait nullement frappé l'attention des chirurgiens, lorsque Hunter, sans connaître l'idée d'Anel, a le premier pratiqué l'opération qui porte son nom. Il y aurait donc de l'injustice à refuser à Hunter l'invention d'une méthode qu'il a instituée, et définitivement fait entrer dans la pratique chirurgicale.

Je reviens au sujet de la discussion. Il me semble qu'on a beaucoup trop considéré jusqu'ici, dans cette discussion, la méthode de Pravaz comme une méthode absolue, qu'il s'agissait d'appliquer désormais au traitement des anévrismes, comme s'il n'existait pas déjà une méthode éprouvée. Je veux admettre un instant, par hypothèse, que le perchlorure de fer ait réellement toutes les propriétés qu'on lui attribue, que ce soit le meilleur plastique, et que les essais qui en ont été faits jusqu'ici soient de nature à encourager de nouvelles expériences ; je suppose encore que l'on connaisse bien toutes les conditions de son administration, ses indications spéciales, les circonstances inhérentes aux divers anévrismes plus particulièrement favorables à son emploi; je me demanderai encore si ce serait là réellement une conquête de l'art, si nous serions arrivés à une de ces époques où la chirurgie aurait réalisé un grand progrès. Eh bien ! j'en douterais encore; car, pour admettre que ce fût un progrès, il faudrait comparer ses résultats à ceux que l'on obtient par la ligature, et démontrer qu'elle peut lui être supérieure.

M. Roux, partant de cette supposition, oppose aux partisans des injections, tant dans les varices que dans les anévrismes, les résultats des procédés en usage; et en ce qui concerne en particulier la ligature, il fait un long dénombrement des opérations qu'il a pratiquées dans sa longue carrière chirurgicale, et en conclut que ces résultats sont supérieurs à tout ce qu'on pourrait attendre de la nouvelle méthode.

M. Velpeau : Ce que vient de dire M. Roux a considérablement agrandi le champ de la discussion. Je n'avais que quelques mots à dire à la fin de la dernière séance; je me trouve aujourd'hui dans l'obligation de réclamer un moment d'attention de plus de la part de l'Académie pour quelques explications devenues indispensables. (Une voix: Tant mieux.)

Il s'agissait jusqu'ici de discuter la valeur de la méthode nouvelle : ce n'est plus de cela qu'il s'agit maintenant, mais bien de l'histoire entière des traitements des anévrismes. D'un autre côté, j'aurais aussi à répondre à un autre point de vue de la question, au point de vue moral qui a été posé par M. Gerdy. Mais M. Gerdy, à qui j'avais cru voir d'abord l'intention de jeter le blâme sur quelques-uns de ses collègues, s'en est défendu. Il n'a voulu blâmer personne en particulier, a-t-il dit, mais il a blâmé tout le monde. Puisque la conciliation est partout en ce moment, je ne demande pas mieux que d'accepter ces paroles comme un gage de conciliation. Je reviens donc au point de départ de la discussion, d'où j'aurais voulu ne la point voir s'écarter.

M. Malgaigne, qui malheureusement ne se trouvait pas à la fin de la dernière séance, m'a fait dire, sans doute d'après des rapports inexacts, autre chose que ce que j'ai dit. Il a cru voir, par mes paroles mal interprétées, que je révoquais en doute la réalité du fait qu'il nous a rapporté comme y ayant pris une part active. Je n'ai nullement contesté la réalité de ce fait : on ne saurait le nier, il n'est malheureusement que trop vrai, puisque le malade qui en est l'objet a dû subir l'amputation. J'ai dit seulement que je trouvais ce fait étrange; j'ai dit qu'il ne me paraissait pas fournir des éléments suffisants pour résoudre la question qu'on a prétendu résoudre à son aide. J'ai dit enfin que la ligature n'était pas applicable partout, et qu'il serait à désirer qu'on trouvât un moyen différent qui pût suppléer la ligature pour les anévrismes et pour les régions où elle n'est pas applicable. Je n'ai pas dit que le perchlorure fût ce moyen, et qu'il pût remplir l'objet qu'on s'en est proposé ; j'en doute; je suis même plutôt disposé à ne pas le croire; mais enfin c'est là même une question qui n'a pas encore été suffisamment examinée, à mon avis, et je ne voudrais pas qu'on traitât de téméraires les chirurgiens qui se livrent à des essais dont l'objet est aussi légitime.

D'un autre côté, je ne comprends pas, ai-je dit encore, que ce soit là un moyen aussi dangereux qu'on l'a prétendu; il m'est impossible, d'après ce que j'en ai vu moi-même maintes et maintes fois, après m'en être servi pour tamponner des plaies saignantes, sans le moindre inconvénient, de ne pas reconnaître que le perchlorure de fer est un agent peu dangereux.

Mais maintenant y a-t-il lieu d'espérer qu'en obtenant la coagulation du sang à l'aide de cet agent, cette coagulation sera suivie de l'oblitération du sac anévrismal? C'est là le point à examiner. Je dis que s'il en devait être ainsi, il faudrait poursuivre les expériences, non pas sur l'homme, les faits connus jusqu'ici ne sont pas assez encourageants, mais sur les animaux.

Enfin une autre raison qui m'a fait tenir ce langage, c'est qu'il y a en un cas de succès, un succès incontestable, et que personne ne conteste. Je dirai à cet égard que je suis fâché d'une chose : c'est que M. Malgaigne ait trouvé matière à blâme dans ce fait, et qu'il ait cherché à en atténuer la valeur. Il a dit que l'opération avait été faite en dépit des règles de la méthode. Mais ces règles, où existent-elles? L'événement ne prouve-t-il pas, d'ailleurs, qu'il a mieux fait que s'il avait suivi strictement les règles formulées par Pravaz?

En supposant, d'ailleurs, que les injections de perchlorure de fer ne réussissent pas contre les anévrismes, ce ne serait pas encore une raison pour les rejeter de la pratique chirurgicale; car elles pourraient s'appliquer à d'autres maladies. Déjà on a cité quelques exemples de succès de l'emploi de cette méthode dans des cas d'hémorrhagies utérines. Il y a bien d'autres circonstances encore, pour lesquelles depuis si longtemps on cherche des hémostatiques, où le perchlorure de fer pourrait rendre des services. On l'a essayé contre les varices à Lyon et à Paris. Il en est résulté ce fait, c'est que si le perchlorure ne guérit pas les varices, je n'expliquerai tout à l'heure là-dessus, il n'a pas du moins les inconvénients ni les dangers qu'on pourrait lui supposer; on a même dit avoir obtenu des guérisons.

De ce que je viens de dire, je ne voudrais pas que l'on tirât cette conclusion que j'approuve ce mode de traitement pour les varices. Je commencerai par déclarer tout de suite qu'on ne guérit pas les varices, qu'on ne peut pas les guérir. Je me suis beaucoup occupé de ce sujet; j'ai expérimenté un grand

nombre de moyens; j'ai opéré par différentes méthodes plus de 250 individus, et sauf un seul cas de mort, sans aucun accident grave; mais jamais je n'ai obtenu un résultat durable et définitif. J'ai employé, entre autres moyens, le séton, la ligature, soit à nu, soit sans découvrir la veine. J'ai réussi quelquefois; mais il faut s'entendre sur ces succès, c'est-à-dire que j'ai réussi à oblitérer la veine. Mais les veines ont des ressources sur lesquelles je n'avais pas compté; elles ne sont point comme les artères : elles ont des ramifications à l'infini. Il y a des myriades de veines collatérales; de sorte qu'une veine n'était pas plus tôt oblitérée qu'aussitôt une nouvelle veine se dilatait à côté, et tandis que je croyais mes malades guéris, je les voyais revenir plus tard avec les cicatrices, témoignages des opérations que j'avais pratiquées, mais aussi avec de nouvelles varices aussi volumineuses que les premières. J'ai vu, entre autres, un malade auquel j'avais excisé la veine variqueuse dans une étendue de 5 centimètres. Il n'y avait pas moyen de compter que le cours du sang pût se rétablir. Eh bien! cet homme est revenu dix ans après avec les mêmes varices. Depuis cet époque, j'ai complétement renoncé à traiter les varices par n'importe quelle méthode. Je crois donc que les chirurgiens qui tenteraient de traiter les varices par le perchlorure de fer perdront probablement leur temps.

Il y a un autre point sur lequel je veux saisir l'occasion de donner un avis aux expérimentateurs : je veux parler du caillot. J'ai vu des caillots produits sur les chevaux par M. Leblanc; j'en ai vu qui permettent d'espérer qu'ils pourraient finir par s'organiser, adhérer et se confondre par la suite avec les parois du vaisseau et former à la longue une sorte de cordon imperméable au sang. Mais voici une difficulté à laquelle on ne me paraît pas avoir assez songé. Quand on injecte du perchlorure de fer ou tout autre agent dans un vaisseau normalement organisé, les conditions ne sont pas les mêmes que lorsqu'on fait cette injection dans une poche anévrismale. Ici la poche est déviée du cours naturel du sang; il y a des couches concrètes de sang devenues en quelque sorte des matières inorganiques, et qui sont en contact avec les parois du sac ou du vaisseau. Ce n'est donc plus sur du sang normal que l'on agit. D'un autre côté, et ceci n'est pas une difficulté moindre, la lumière de l'artère ne répond plus au centre de la tumeur ou du vaisseau altéré. Elle est plus ou moins déviée; j'ai vu même des cas où il était impossible de retrouver l'orifice du vaisseau dans la masse de la tumeur, tant le trajet était devenu tortueux et irrégulier. Or, quand vous injecterez du perchlorure de fer, vous pourrez bien obtenir un caillot, mais rien n'indique que ce caillot oblitèrera le calibre de l'artère anévrismatique, et comment, au milieu de ces trajets sinueux, pourra-t-on espérer diriger convenablement la canule? C'est là une des causes les plus probables d'insuccès. C'est une considération que je soumets à l'appréciation des expérimentateurs. A cela près de ces difficultés, qui me font croire que la méthode est mauvaise et qu'elle ne réussira pas, je n'en conclus pas qu'il ne faille pas encourager les recherches et les expériences dans ce sens; je suis même porté à croire, au contraire, qu'il en ressortira quelque chose d'utile.

M. Leblanc présente quelques pièces anatomiques résultant d'expériences qu'il a faites de concert avec M. Debout sur l'action du perchlorure de fer injecté dans les vaisseaux, et il dépose en même temps sur le bureau une note où ces expériences sont relatées en détail. Nous en extrayons ce qui suit :

Ces expériences, faites sur deux artères, la zygomatique et la plantaire externe, et sur deux veines, la jugulaire et la saphène, avec la solution de perchlorure de fer à 30°, préparée par M. Burin Dubuisson, ont donné les résultats suivants :

1° 23 gouttes injectées dans l'artère sous-zygomatique, sans compression, n'ont produit aucun accident. La circulation a été interrompue dans l'artère, où l'on a trouvé à l'autopsie, qui a eu lieu dix-sept jours après l'injection, un caillot mou, peu adhérent.

2° 8 gouttes injectées dans l'artère plantaire externe, comprimée pendant cinq minutes dans deux points éloignés l'un de l'autre de 6 centimètres, ont amené, sans accident subséquent, la formation d'un caillot très-consistant.

3° 27 gouttes injectées dans la jugulaire, comprimée au-dessous de la piqûre du trocart pendant cinq minutes, n'ont produit aucuns symptômes généraux notables. La circulation n'a pas été complétement interrompue. Des plaques de magma se trouvaient attachées à quelques points de la membrane interne de la veine, près de la piqûre.

4° 15 gouttes introduites dans la saphène, avec une compression de cinq minutes au-dessus de la piqûre, ont oblitéré complétement la veine dans une étendue de 6 à 7 centimètres. Nous avons trouvé un caillot très-ferme et adhérent. L'autopsie du cheval a été faite seize jours après l'injection.

Ces nouveaux faits viennent corroborer les conclusions que nous avions données dans notre précédente lecture, c'est-à-dire qu'ils nous autorisent à déclarer que l'introduction, dans les artères et dans les veines du cheval, d'une quantité de solution à 30°, plus que suffisante pour former un caillot obturateur solide ne détermine pas d'accidents mortels ni même d'accidents de quelque gravité.

Quoique nos expériences précédentes, ajoute M. Leblanc, nous aient prouvé que l'on pouvait injecter une assez grande quantité de solution à 45°, 34° et 30°, nous avons commencé une nouvelle série d'expériences à l'effet de savoir si du perchlorure plus dilué pourrait donner un caillot assez solide pour oblitérer le vaisseau.

Nous désirions aussi étudier l'action d'un perchlorure préparé avec toutes les garanties de savoir possible. M. Debout a mis à contribution l'obligeance de l'honorable M. Soubeiran, qui a préparé des solutions à 45° et à 15°.

Nous avons d'abord essayé ces solutions sur du sérum de sang humain et sur du sang artériel de cheval sorti du vaisseau à l'instant même. Nous avons constaté que la solution à 15° coagulait même un peu plus vite que celle à 45°, à quantités égales; seulement le magma du solutum à 15° était un peu moins consistant; mais nous espérons que ce magma suffira pour produire l'oblitération du vaisseau.

Nous le saurons incessamment par le résultat d'une expérience que nous avons faite, dimanche dernier, sur la carotide d'un cheval, en présence de notre collègue M. Burdin et de M. Amédée Latour. 30 gouttes de solutum de perchlorure à 15°, préparé par M. Soubeiran, ont été injectés dans le vaisseau fortement gonflé de sang, et lié préalablement avec des anses de fil en deux points distants l'un de l'autre de 10 centimètres. La coagulation a été presque immédiate. M. Burdin et M. Amédée Latour l'ont constatée. Le maximum de densité du magma a eu lieu après dix minutes.

Aujourd'hui le cordon artériel est encore beaucoup plus dur. Le caillot remplit complétement le vaisseau. Tout porte donc à croire que le solutum à 15° suffira pour produire l'oblitération. Nous avons maintenu la compression pendant vingt-quatre heures. Nous ferons connaître les suites de cette expérience.

Nous avons aussi injecté dans la carotide d'un autre cheval 12 gouttes de perchlorure à 45°, préparé par M. Soubeiran. La compression a été de cinq minutes. Le magma s'est formé promptement. M. Burdin et M. Latour l'ont aussi constaté. Deux heures après l'injection, le caillot était très-dense, nu peu inégal; l'artère était rétractée comme toujours.

Les nouveaux éléments que nous avons recueillis de nos dernières expériences m'autorisent à conclure encore aujourd'hui qu'il y a lieu d'espérer dans l'avenir de la méthode de traitement de certains anévrismes, par les injections de solutum de perchlorure de fer convenablement faites. Il y a lieu de croire que l'on arrivera dans un temps peu éloigné, à formuler un mode opératoire rationnel, non pas d'une manière mathématique, cela ne peut se faire en chirurgie, surtout dans la question dont il s'agit, où les modifications des lésions sont si communes, mais de façon qu'une main habile et intelligente puisse être utilement guidée.

On peut déjà dire :

1° Que l'on ne devra employer la méthode que lorsque le sac anévrismal contiendra du sang liquide;

2° Que les solutions de 30° et au-dessous, aussi neutres que possible, devront seules être injectées.

3° Que l'on devra éviter de faire plusieurs ponctions rapprochées;

4° Que pour prévenir l'infiltration dans les parois de la tumeur du solutum resté au bout de la canule, il faut, avant de retirer l'instrument, faire rentrer ce solutum dans la canule en faisant faire un tour en arrière à la tige du piston de la seringue;

5° Qu'il est nécessaire d'établir une compression assez prolongée sur le trajet d'un vaisseau malade;

6° Qu'il est très-probable qu'une très-petite quantité de solutum très-délié suffira pour provoquer la coagulation du sang maintenu en stagnation.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

SÉANCE DU 25 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX

L'Académie reçoit l'ampliation des arrêtés royaux qui agréent la nomination de M. le docteur Fiévée comme membre honoraire de la compagnie, de M. le docteur Mareska et de M. le docteur Bellefroid comme membres titulaires.

Le ministre de l'intérieur soumet à l'Académie un avant-projet de loi, destiné à remplacer les dispositions actuellement en vigueur concernant l'organisation médicale et l'exercice des différentes branches de l'art de guérir.

L'Académie reçoit en outre un grand nombre de mémoires sur les questions de prix qu'elle a proposés pour le concours 1851-1853.

EAUX MINÉRALES DE TONGRES ET DE BRÉE.

M. Martens lit une note sur les eaux minérales de Tongres et de Brée, deux communes de la province de Limbourg, dont les chimistes paraissent s'être peu occupés jusqu'ici. L'analyse de l'eau de Tongres, à laquelle Pline avait attribué des propriétés qui font supposer qu'il l'avait confondue avec celle de Spa, a démontré que cette eau n'était guère saline, nullement alcaline et très-faiblement diurétique, et qu'elle ne pouvait offrir par conséquent aucune vertu médicale bien prononcée.

Quant à l'eau de Brée, M. Martens pense, d'après l'analyse qu'il en a faite, qu'elle doit être une excellente eau potable, meilleure que celle de Tongres, mais sans propriétés médicales bien marquées.

PLEUROPNEUMONIE EXSUDATIVE DES BÊTES BOVINES ET DE L'INOCULATION PRÉSERVATIVE.

M. A. Didot (de Liége) fait une nouvelle communication sur ce sujet qui a déjà été l'objet d'une longue discussion devant l'Académie. M. Didot s'est surtout proposé de combattre le rapport de M. Verheyen. Son travail étant très-étendu, il l'a divisé en trois parties distinctes : dans la première, il expose les faits tels qu'il les a recueillis, en s'entourant de toutes les garanties possibles; dans la deuxième, il décrit le procédé de M. le docteur Willems et indique ses résultats matériels; dans la troisième, enfin, il présente quelques idées qui lui sont propres et cherche à déduire les conséquences positives acquises à l'histoire de l'inoculation.

Voici à peu près en quels termes l'auteur résume son importante argumentation :

L'inoculation telle que la pratique M. le docteur Willems a fait ses preuves. Elle a rendu l'espoir et la sécurité aux agriculteurs ; elle a fait disparaître la pleuropneumonie exsudative des lieux où elle s'était implantée au point de constituer une enzootie redoutable. Et cependant on lui conteste encore son utilité ! On prétend que l'épizootie touchait à sa fin quand on a commencé à inoculer. Il y aurait injustice, suivant M. Didot, à contester davantage les bienfaits d'une pratique que la France, l'Angleterre, la Hollande, le Piémont, l'Italie accueillent avec faveur, avec reconnaissance, parce que dans ce pays on a reconnu qu'elle seule peut mettre fin aux dévastations d'un fléau qui se rit de la science ; il y aurait injustice flagrante à s'obstiner, malgré l'évidence des faits, à contester à un compatriote, à un Belge, l'honneur d'avoir le premier appliqué et généralisé une méthode qui doit enrichir l'agriculture en rehaussant la gloire scientifique du pays ; il y aurait enfin plus que de l'injustice à dénier l'efficacité d'une pratique que les agriculteurs et les engraisseurs se sont empressés d'adopter, et dont les bienfaits sont attestés par des milliers de succès.

En résumé M. Didot se rallie aux conclusions adoptées par M. le docteur Willems, et qui résument parfaitement, suivant lui, l'état de la question. Ces conclusions sont :

1° Que les expériences n'ont pas été dirigées de façon à permettre de porter un jugement définitif quant à la vertu préservatrice de l'inoculation ;

2° Que les épreuves instituées et contrôlées par la commission centrale elle-même ont eu une réussite complète ;

3° Que les rapports de MM. les vétérinaires isolés ne peuvent en aucune façon servir de preuve contre l'inoculation ;

4° Que les accidents survenus à la suite de l'inoculation sont presque toujours dus à la manière vicieuse de procéder à cette opération ;

5° Que la pleuropneumonie n'était nullement à sa période de déclin quand on a commencé à inoculer ;

6° Enfin, qu'il est à désirer que la commission centrale commence de nouvelles expériences et complète les notions qui lui ont manqué pour apprécier convenablement un moyen que l'observation pratique recommande à la science, après que des milliers de succès l'ont fait acclamer par l'agriculture.

DU SIÉGE ET DES CAUSES LES PLUS ORDINAIRES DES MALADIES DU CŒUR ; TRAITEMENT GÉNÉRAL ET MOTIVÉ (1).

M. Graux termine sa lecture sur les maladies du cœur par les considérations suivantes sur leur traitement général et motivé :

Les cavités du cœur étant, dans les conditions morbides comme dans l'état de santé, sous l'action immédiate du sang qui les traverse, c'est en opérant sur les agents qui le composent, par conséquent sur sa qualité et sur sa quantité, en prévenant l'action des agents qui lui sont contraires, en éliminant ceux qu'il peut contenir, ou en introduisant en lui d'autres agents propres à le modifier et à agir directement sur les principaux organes de la circulation, que le traitement des maladies du cœur devient rationnel et efficace.

Si l'affection se borne à une susceptibilité qui rend le cœur trop impressionnable, si elle consiste dans une simple irritation de cet organe, l'observance d'une hygiène bien entendue, une alimentation ménagée et adoucissante et les boissons délayantes ou mucilagineuses suffiront au rétablissement.

Ces affections sont-elles accompagnées de pléthore ou d'une constitution sanguine trop prononcée, la saignée proportionnelle occupe la première place dans le traitement. Les boissons délayantes et une diététique en rapport avec cette médication en sont inséparables.

La saignée suffisante modifie constamment la force du pouls ; mais elle peut ne pas en modérer instantanément la fréquence, soit parce que l'irritation du cœur persiste même après la diminution de la quantité de son excitant fonctionnel, soit parce que le fluide renferme encore trop de principes stimulants ; c'est à la diététique émolliente et soutenue pendant un temps suffisant qu'il appartient d'apaiser les troubles de la circulation. Si la pléthore est la seule cause de l'excitation organique, la saignée suffit au complet rétablissement.

L'affection a-t-elle pris les proportions de l'endocardite aiguë, toujours accompagnée d'insuffisance temporaire, produit-elle des troubles dans le rhythme du cœur et dans la force de son action, la gêne de la respiration, l'engorgement de la base des poumons, l'arrêt ou le ralentissement du sang dans la circulation veineuse, etc., la saignée générale, même répétée, est encore le moyen auquel il faut d'abord avoir recours pour diminuer les accidents consécutifs à l'affection principale et en même temps l'état d'excitation du cœur. M. Graux n'est pas d'avis que dans le traitement des maladies du cœur et des poumons, les ventouses et les applications de sangsues, même à l'anus, puissent jamais être mises en parallèle avec la saignée générale, et par conséquent lui être substituées. Cependant lorsque les accidents consécutifs ont disparu et que l'affection est circonscrite au cœur, il retire des avantages marqués des saignées locales dans la région supérieure de l'angle épigastrique ou à la fourchette sus-sternale.

Lorsque les affections du cœur sont arrivées à ce point que l'induration phlegmasique de l'appareil valvulaire a amené l'insuffisance et l'hypertrophie excentrique et consécutivement la disposition aux congestions, aux apoplexies pulmonaires et aux infiltrations générales, M. Graux pense que l'usage de la saignée ne doit pas encore être proscrit. Il prescrit encore dans ce cas la saignée générale, même appliquée à la jugulaire, lorsque l'infiltration rend impossible l'ouverture de la veine au pli du coude. La diète rigoureuse est ici inséparable d'un tel traitement.

Quant aux diurétiques, ce n'est qu'après avoir porté remède aux altérations de la circulation et alors que la peau se réchauffe, que les urines tendent à se rétablir, en un mot quand un mieux se manifeste, qu'ils trouvent leur application pour combattre les effets consécutifs et favoriser la tendance au rétablissement des fonctions générales.

Les révulsifs appliqués aux maladies du cœur donnent des résultats peu avantageux, excepté dans les affections des enveloppes du cœur. Dans ce cas, c'est au séton que M. Graux donne la préférence. Il n'en est pas de même des purgatifs minoratifs salins, dont l'administration, plus ou moins rapprochée, a été fréquemment suivie d'heureux effets.

L'introduction dans les voies respiratoires et dans le sang artériel des vapeurs de substances sédatives, telles que la digitale, la belladone, est d'une heureuse application, lorsque la fréquence du pouls appartient exclusivement à l'irritabilité musculaire des cavités gauches du cœur.

Telles sont les bases du traitement que M. Graux propose d'appliquer aux lésions des principaux organes de la circulation.

HÉMORRHAGIES TRAUMATIQUES PROVENANT DES ARCADES PALMAIRES SUPERFICIELLES ET PROFONDES.

M. Seutin lit, au nom de la troisième section, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Laurent intitulé : Observations suivies des réflexions sur quelques hémorrhagies traumatiques provenant des arcades palmaires superficielles et profondes.

Dans la première observation il s'agit d'une fracture comminutive du cinquième métacarpien, occasionnée par un éclat de mine. Il n'y avait pas d'hémorrhagie ; M. Laurent conseilla l'amputation du cinquième métacarpien... Une hémorrhagie survint et se reproduisit opiniâtrément malgré le tamponnement. On comprima l'artère humérale au moyen du tourniquet ; mais les douleurs qui résultèrent de son application et la couleur bleuâtre des parties sous-jacentes forcèrent à en suspendre l'usage. Le vingt-deuxième jour M. Laurent conseilla la ligature de l'artère cubitale ; cependant l'hémorrhagie reparut aussitôt après, et l'on fut obligé également de lier la radiale. L'hémorrhagie se reproduisit encore, et l'on fut de nouveau obligé de recourir au tamponnement et à la compression.

Cette observation, qui peut donner une idée des mécomptes et des difficultés qu'on se prépare lorsqu'on se hâte trop d'opérer, doit, suivant M. le rapporteur, servir de salutaire exemple aux praticiens.

Cette conclusion se trouve confirmée par la deuxième observation, où il s'agit d'une amputation du cinquième métacarpien ayant aussi amené une hémorrhagie, qui heureusement put être arrêtée par le tamponnement.

Dans la troisième observation, il s'agit d'une blessure de l'artère palmaire profonde guérie par les seules forces de la nature. Il n'avait été employé que quelques compresses imbibées d'eau froide et un bandage roulé.

La quatrième observation relate un fait de blessure de l'artère radiale guérie par la compression exercée au moyen d'une pièce de monnaie et d'un bandage roulé.

Conclusions : voter des remerciements à l'auteur et déposer son travail aux archives.

Une courte discussion s'engage sur ce rapport.

M. Didot prend la parole pour appuyer les conclusions et confirmer les réflexions du rapporteur. Il présente, à cette occasion, quelques considérations sur les difficultés que présente souvent le traitement des lésions de la face palmaire de la main et sur les bons effets que l'on pourrait retirer, dans ce cas, des moyens hémostatiques récemment préconisés, tels que le perchlorure de fer et l'eau de Pagliari.

M. Burggraeve déclare ne pas s'associer à la critique sévère à laquelle s'est livré le rapporteur sur la communication de M. Laurent. Un jugement est difficile en pareil cas, et pour sa part il ne voudrait en aucune manière décider jusqu'à quel point l'auteur a eu tort ou raison d'amputer.

M. Burggraeve exprime en outre le regret qu'un moyen bien simple et qui s'est montré plusieurs fois efficace en pareil cas, la flexion forcée et la position élevée, n'ait été ni employé par l'opérateur ni mentionné dans le rapport.

M. Seutin maintient et justifie, par des exemples qui prouvent la gravité de l'opération faite par M. Laurent, la critique qu'il a cru devoir en faire.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

SUITE DE LA DISCUSSION RELATIVE AUX GANGRÈNES SPONTANÉES.

M. Fossion : La gangrène spontanée est une maladie grave qui a beaucoup exercé la sagacité des anciens pathologistes ; mais nonobstant les nombreuses recherches auxquelles ils se sont livrés, ils ne sont parvenus ni à en saisir les causes ni à en pénétrer la nature. M. Fossion se propose de démontrer l'influence que le système nerveux exerce sur la production des gangrènes spontanées. Suivant lui, la gangrène spontanée n'est en définitive que la *paralysie du système nerveux* de la vie organique ; c'est une maladie spéciale. M. Fossion puise les preuves de cette assertion dans les expériences sur les animaux qui démontrent que les nerfs exercent une influence prépondérante sur la nutrition et les sécrétions. Des expériences qu'il rapporte il résulte, en effet, que tous les nerfs de la sensibilité générale sans exception possèdent à leur racine un ganglion plus ou moins volumineux ; que la présence de ce ganglion est tellement constante qu'on peut, par cette seule circonstance, distinguer un nerf sensible d'un nerf moteur ; les racines postérieures des nerfs rachidiens qui sont mixtes présentent également un ganglion. Or il résulte d'expériences sur le nerf trijumeau, rapportées dans ce travail, qu'en opérant la section de la racine avant la formation du ganglion, on ne détermine jamais la gangrène, tandis qu'elle se présente constamment quand on coupe le nerf mixte lui-même.

(1) Suite et fin ; voir le numéro du 6 août.

D'un autre côté, on voit des faits d'où il résulte que la gangrène a succédé à une maladie du système nerveux : tel est l'ergotisme gangréneux qui, à son début, consiste dans un état d'excitation cérébrale accompagné de convulsions auxquelles succède la gangrène des extrémités. La gangrène spontanée elle-même succède habituellement à des douleurs vives, lancinantes, siégeant dans la profondeur du membre qui doit en être atteint. On observe quelquefois la gangrène spontanée chez des individus qui ont présenté préalablement des phénomènes d'excitation cérébrale, tels que la fièvre et le délire. Enfin, c'est à des médicaments nervins, tels que l'opium, que l'on a recours pour diminuer les douleurs qui se déclarent dans les membres atteints de gangrène.

Enfin, en ce qui concerne le rôle attribué à l'inflammation et à l'ossification, M. Fossion le considère comme très-exagéré, et même sans fondement dans la plupart des cas.

En résumé, il n'est plus possible de rattacher toutes les gangrènes spontanées à l'inflammation des artères. La gangrène spontanée est habituellement la suite de l'interruption du courant nerveux de la vie organique; quand dans la vieillesse l'activité vitale est épuisée dans un membre, la gangrène se manifeste à ses extrémités. Dans un âge moins avancé, une maladie du système nerveux de la vie végétative détermine encore l'affection dont il s'agit. Cependant M. Fossion ne refuse pas d'une manière absolue aux artères une certaine part dans sa production; il croit seulement qu'elle est infiniment plus restreinte qu'on ne l'a pensé jusqu'à ce jour.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

—M. Craninx dépose sur le bureau une proposition consistant à demander que l'Académie nomme une commission qui serait chargée d'examiner l'utilité qu'il y aurait d'appliquer en Belgique la loi qui vient d'être votée en Angleterre sur la vaccine, et jusqu'à quel point on pourrait recommander ou ordonner la revaccination.

La proposition de M. Craninx, après une courte discussion, est prise en considération et renvoyée à une commission qui sera nommée par le bureau.

CASTRATION DES VACHES LAITIÈRES.

M. Charlier, médecin vétérinaire à Reims, entretient l'Académie du nouveau procédé de castration des vaches qu'il a imaginé dans le but d'obtenir de ces animaux tout à la fois du lait et un engraissement facile. Il termine sa communication en annonçant à l'Académie la possibilité de faire cette opération aussi bien sur la jument que sur la vache.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES PENDANT LE MOIS D'AOUT 1853; par M. le docteur Charcot, secrétaire.

PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

I. — Physiologie.

1° SUR LA DESTRUCTION DES GLANDES AU MOYEN D'INJECTIONS DE MATIÈRE GRASSE; par M. Cl. Bernard.

M. Bernard a communiqué à la Société de biologie, il y a un an environ, des observations relatives à la destruction du pancréas chez les animaux vivants. On sait, d'après ces observations, que l'ablation complète de cette glande est à peu près impossible, et que, d'ailleurs, elle entraîne presque nécessairement la mort des animaux sur lesquels on l'a pratiquée. Il n'en est pas de même si l'on pousse dans le pancréas une injection de matière grasse. La glande pancréatique s'atrophie; mais alors l'animal survit à l'opération et permet d'étudier tous les phénomènes qu'entraîne l'interruption absolue de la sécrétion du suc pancréatique.

M. Bernard a cherché à étendre à d'autres glandes ce procédé de destruction à l'aide d'injections de graisse. Il a injecté de la graisse (l'huile produit un résultat identique) dans les glandes salivaires d'un chien. Au bout de huit jours, l'animal fut sacrifié. On put alors reconnaître que ces glandes salivaires étaient détruites et réduites à l'état d'espèces de poches d'un aspect rougeâtre, contenant dans leur cavité une matière comme sanguinolente. Les conduits excréteurs étaient intacts, mais un peu dilatés. A l'examen microscopique, la matière formant le contenu des kystes paraissait principalement composée de globules du sang non altérés.

Parmi ces globules, nageaient les cellules de la glande, faciles à reconnaître, bien qu'elles présentassent un aspect spécial, dû à la présence, dans leur cavité, de nombreuses gouttelettes de graisse qui leur donnaient une apparence granulée. Ces cellules ressemblaient beaucoup aux cellules hépatiques du foie gras. On rencontrait en outre, dans la même préparation, des globules d'huile, des cristaux de forme variable, mais en général fort analogues à ceux qui ont été représentés dans l'atlas de MM. Robin et Verdeil, et considérés par ces auteurs comme étant composés de carbonates. (Séance du 9 juillet.)

2° NOTE SUR LE PASSAGE DU SUCRE DANS LES URINES, A PROPOS D'UNE NOTE DU DOCTEUR HARLEY SUR LE MÊME SUJET; par M. Alvaro Reynoso.

Partant des belles expériences de M. Bernard sur la production du sucre dans l'économie animale, et guidé par des idées théoriques préconçues, mais confirmées plus tard par de nombreuses expériences, j'ai été amené à examiner les différents cas de passage du sucre dans les urines. Je commençai, pour prendre date, par publier dans les Comptes rendus de l'Académie des sciences trois notes dans lesquelles je précisai mes idées et mes recherches à ce sujet. Entre autres faits, je citais celui du passage du sucre dans les urines d'un animal éthérisé. Depuis, j'ai continué mes recherches, et j'ai constaté la présence du sucre dans les urines des animaux auxquels on faisait respirer du chloroforme, de la liqueur des Hollandais, de l'éther iodhydrique, de l'éther bromhydrique, de la benzine, de l'acétone, de l'éther chloramylique, de l'aldéhyde, de l'éther nitrique, de l'éther acétique.

Le même fait se produit lorsqu'on asphyxie lentement les animaux par l'hydrogène sulfuré, l'acide carbonique ou l'acide cyanhydrique (à l'état de vapeur).

De toutes ces expériences, j'ai cru pouvoir conclure que *toutes ces substances qui causent l'anesthésie et les gaz irrespirables déterminent le passage du sucre dans les urines*.

Quelque explication qu'on donne de ces faits, qu'on dise que, sous ces diverses influences, la force glucogénique du foie est augmentée, ou bien qu'on attribue le passage du sucre dans les urines à une combustion incomplète, je crois, dans tous les cas, les avoir le premier signalés, et si M. le docteur Harley n'a pas cité mon nom, c'est, je le pense, qu'il ne connaissait pas les résultats de mes recherches.

Les expériences de M. Harley et les miennes ne diffèrent que par un point peu important : il introduit directement les substances dans le torrent circulatoire, au lieu de les faire pénétrer par l'acte de la respiration.

J'ajouterai que si M. Harley, au lieu de choisir la veine porte pour introduire l'éther, etc., avait pris toute autre veine, les résultats eussent été les mêmes.

Des circonstances particulières m'ont empêché jusqu'aujourd'hui de mettre au jour l'ensemble de mes recherches; mais je compte sous peu publier un mémoire détaillé sur ce sujet intéressant.

II. — Anatomie anomale.

REIN UNIQUE LATÉRAL CHEZ UN FOETUS HUMAIN; par M. Lorain.

Sur un fœtus mâle né au terme de 9 mois, viable, et qui a succombé à une phlegmasie aiguë (péritonite), nous avons trouvé un rein unique. Ce rein est situé du côté droit, dans sa situation normale. Sa forme ne diffère en rien de la forme ordinaire du rein; son volume est d'un tiers supérieur au volume d'un rein de fœtus ayant le même âge et le même poids. L'artère rénale et la veine rénale qui se rendent à ce rein n'offrent aucune anomalie. L'uretère, volumineux, suit le trajet habituel. Il est unique; il contient un peu d'urine qu'on peut faire refluer dans la vessie.

La capsule surrénale de ce côté a sa situation et son volume ordinaires; elle reçoit une artère et une veine dont les dimensions et la direction n'offrent rien d'anormal.

De ce côté, les vaisseaux spermatiques sont normaux.

A gauche, la capsule surrénale seule existe. On ne trouve pas de traces du rein.

La capsule surrénale a le volume et la situation habituels; elle reçoit une veine assez volumineuse provenant de la veine cave et une artère provenant de l'aorte. *De cette veine capsulaire naissent les veines spermatiques.* Il n'y a ni veine ni artères rénales de ce côté.

Les deux testicules ont franchi l'anneau et sont contenus dans les bourses; ils n'offrent aucune anomalie.

L'examen de la vessie nous a montré qu'on ne trouvait aucun rudiment de l'uretère gauche.

La vessie était bien conformée et contenait une urine assez abondante, très-colorée.

A la coupe, *ce rein* présente tous les caractères ordinaires... Il n'y a pas dilatation du bassinet.

Ce rein est bien unique, et l'on cherche vainement, soit dans son intérieur, soit à sa surface, un autre rein rudimentaire.

III. — Anatomie pathologique de l'homme.

SUR LA STRUCTURE DES CONCRÉTIONS INTRASPLÉNIQUES; par le docteur Verneuil.

Les anciens traités d'anatomie pathologique contiennent de nombreux exemples d'ossifications et de concrétions calcaires de la rate ; on sait que ces lésions siégent presque exclusivement dans la capsule fibreuse de cet organe, qui est tantôt épaissie et hypertrophiée, tantôt de consistance cartilagineuse ou incrustée de matière calcaire, mais très-rarement envahie par une véritable ossification.

Ces altérations sont disposées sous forme de plaques plus ou moins épaisses, ou bien même une véritable coque entoure plus ou moins complétement la rate, dont le parenchyme offre des altérations variées ou a conservé son état normal.

Mais on rencontre aussi les dépôts pierreux sous une autre forme ; ils occupent l'intérieur de l'organe et s'y montrent en concrétions variables en nombre et en volume, et ils ont été jadis désignés sous le nom de calculs de la rate.

Dans quelques cas, elles paraissent résulter de l'hypertrophie et de l'incrustation du tissu cellulaire qui accompagne les vaisseaux, ou n'être que l'extension de l'altération de la capsule du tissu fibreux qui cloisonne la rate; mais d'autres fois elles sont tout à fait isolées, uniques ou multiples, et siégent au milieu du tissu splénique, qui paraît tout à fait sain au voisinage.

J'ai déjà rencontré plusieurs fois cette lésion, sur laquelle je vais fournir quelques détails.

Les concrétions intraspléniques sont presque toujours très-régulièrement sphériques; elles égalent en volume un grain de chènevis, un pois. Je n'en ai guère vu de plus grosses; mais je pense qu'elles peuvent acquérir des dimensions plus considérables; car dans un cas rapporté par Morgagni et qui me paraît incontestablement de la même nature, la production avait les dimensions d'une châtaigne.

Elles occupent tous les points de la rate, et sont quelquefois assez superficielles pour devenir visibles sous l'enveloppe fibreuse, on au moins pour être senties avec le doigt à une profondeur très-minime. Tantôt uniques, tantôt multiples, elles sont en général éparses et isolées. J'ai pu tout récemment en compter plus de douze sur une rate d'un médiocre volume. Leur consistance est très-considérable et égale à celle d'un calcul. Elles rebondissent en tombant sur le sol; il faut une pression violente pour les écraser.

A l'extérieur, elles ont une coloration d'un blanc jaunâtre et sont hérissées d'une foule de petits prolongements celluleux, ce qui est dû à ce qu'elles adhèrent fortement au tissu ambiant, qu'on est obligé de déchirer pour les isoler; elles ne sont donc ni libres ni enkystées et énucléables. Elles ne paraissent pas avoir de connexions immédiates avec de gros vaisseaux.

Une coupe, pratiquée avec un fort scalpel, montre que ces concrétions sont formées de plusieurs couches concentriques très-denses, très-cohérentes, emboîtées les unes dans les autres, d'apparence fibreuse, et formant une coque solide, élastique et coriace.

Dans l'intérieur existe une cavité remplie par un noyau dur de matière calcaire, d'un jaune d'ambre ou d'un blanc sale, qu'on réduit en fragments par une pression plus ou moins forte. Le dépôt enlevé, la face interne de la coque est assez lisse, régulière et concentrique aux tuniques emboîtées.

La structure des parois de ces petits corps est assez difficile à étudier, en raison de leur cohésion; cependant on constate qu'elles sont formées par une substance striée et granuleuse, dans laquelle on reconnaît çà et là des fibres qui ont quelque analogie avec celles du tissu fibreux, mais qui ne sont point onduleuses et sont empâtées par une matière unissante très-cohérente. Aussi est-ce à grand'peine qu'on peut isoler quelques fibres dans une petite étendue.

L'acide acétique rend la préparation un peu plus claire; mais elle ne montre pas le noyau de ces fibres et ne les dissout pas, non plus que la substance qui les réunit.

La masse calcaire qui occupe le centre est formée par des fragments obscurs amorphes, des granulations d'apparence graisseuse et un assez grand nombre de petits cristaux assez irréguliers, en forme de plaques rectangulaires ou en pentagone allongé. On rencontre encore des plaques beaucoup plus grandes, déchiquetées sur les bords, et dont la forme géométrique, assez difficile à saisir, paraît toutefois se rapprocher du parallélipipède. Ces cristaux ne se dissolvent pas dans l'eau ni dans l'acide acétique; ils ne sont pas effervescants par les acides faibles, et ne se dissolvent pas davantage dans l'éther. Je crois qu'on doit les rapporter au phosphate de chaux.

Les caractères extérieurs, aussi bien que ceux qu'on tire de l'examen microscopique, rapprochent les concrétions intraspléniques des corps étrangers libres qu'on trouve dans le péritoine et des phlébolithes, si communes dans les veines ovariques et dans celles qui, chez l'homme, entourent le col de la vessie.

Si l'on compare, en effet, la description qui précède à celle qui a été attribuée à ces dernières productions par M. Lebert (COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, 1852, p. 91, QUELQUES REMARQUES SUR LES CORPS ÉTRANGERS DES MEMBRANES SÉREUSES), on trouve une identité de structure presque complète : mêmes tuniques emboîtées, même noyau calcaire et mêmes particularités histologiques et chimiques.

La situation profonde qu'occupent les concrétions intraspléniques nous conduit naturellement à penser qu'elles ne sont autres que des phlébolithes de la veine splénique. Il est vrai que ces corps ne paraissent point se continuer avec les vaisseaux; qu'ils ne sont pas libres et isolables, et enfin qu'ils n'ont pas la forme ovoïde, caractères qu'on retrouve dans la plupart des phlébolithes. Malgré ces objections, nous persistons dans notre opinion; car si on compare la forme du réseau veineux de la rate et les veines ordinaires dans lesquelles les phlébolithes se montrent, on peut se rendre compte des différences que ces concrétions peuvent présenter dans les deux cas.

Je ne suis pas le premier à constater la singulière composition des corps pierreux intraspléniques : j'ai trouvé dans la trente-sixième lettre de Morgagni une description aussi remarquable par le volume de la production que par la précision des détails.

Il s'agit de la rate d'une dame belle et jeune qui renfermait une pierre de la grosseur d'une châtaigne, pesant plus de 2 onces et demie. Elle était formée de lames semblables à des coquilles d'œuf enveloppées par écailles les unes dans les autres; en sorte qu'il n'y avait point d'espaces intermédiaires libres. Cette observation est tirée du SEPULCHRETUM, ainsi que plusieurs autres dans lesquelles on parle de rates pleines de pierres très-blanches et de calculs, etc. (Voy. Morgagni, DE SEDIBUS ET CAUSIS MORBORUM, lettre 36, DES TUMEURS ET DE LA DOULEUR DES HYPOCONDRES, p. 14.)

En résumé :

1° Il se développe dans le milieu du parenchyme splénique des concrétions sans connexions avec la tunique fibreuse extérieure.

2° Ces concrétions sont formées de couches concentriques, et renferment dans une cavité centrale un dépôt calcaire.

3° La structure des parois et du dépôt pierreux assimile ces productions aux phlébolithes.

4° Les phlébolithes de la rate se développent probablement dans les dilatations aréolaires du réseau veineux de la rate.

IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOLOGIE DES ANIMAUX.

LÉSIONS TROUVÉES DANS LES ARTICULATIONS SCAPULO-HUMÉRALES D'UN CHEVAL; par M. ARM. GOUBAUX.

M. Goubaux présente à la Société de biologie des articulations que M. Broca a bien voulu examiner, et dans lesquelles on remarque des lésions assez intéressantes :

1° L'articulation scapulo-humérale du côté gauche présente les lésions de l'arthrite sèche ou de l'arthrite rhumatismale chronique.

2° *Articulation scapulo-humérale du côté droit.* — Au centre de la cavité glénoïde, on remarque un îlot de cartilage d'une largeur de 0m,008 et d'une longueur de 0m,0015, détaché de toutes parts du cartilage environnant, et limité par un sillon très-étroit qui va jusqu'à l'os. Il adhère fortement à l'os par sa face profonde.

La structure du cartilage autour de l'îlot est normale. Il y a *absence totale de tissu fibreux* dans la gangue. Les cavités ont en moyenne 0m,02 de largeur; les plus grandes ont jusqu'à 0m,03. La couche la plus superficielle de la paroi périphérique du sillon a été examinée avec soin; il n'y avait rien de particulier.

L'îlot de cartilage, à l'œil nu, a une couleur jaunâtre, non uniforme, et sa surface libre a un aspect légèrement mamelonné. Sa structure fibrillaire est évidente; toutes les fibrilles sont dirigées obliquement vers l'os.

A l'examen microscopique, cet îlot offre *beaucoup de tissu fibreux*. Dans quelques endroits, le tissu fibreux manque complétement, et alors on trouve la structure du cartilage, mais du cartilage altéré. La gangue est grenue; les cavités sont agrandies et à noyaux multiples. Les cavités ont de 0m,05 à 0m,07, et même davantage. Plusieurs fois on a rencontré des cavités voisines qui entraient en fusion. Il y a jusqu'à vingt noyaux dans certaines d'entre elles.

Sur la tête de l'humérus, le cartilage est parfaitement sain; cependant, sur les limites de la surface cartilagineuse, on remarque une dépression profonde, régulière, au niveau de laquelle le cartilage a disparu. Cette cavité loge assez exactement un corps étranger entièrement libre, aplati, long de 0m,02, large de 0m,015 et épais de 0m,006, d'une figure assez régulière.

La surface de ce corps étranger est recouverte de cartilage vrai. Est-ce un corps détaché par une fracture? Non, car : 1° la couche cartilagineuse existe sur la surface du corps étranger; 2° en faisant une coupe, on trouve que ce corps se compose : *a*, au centre, d'un noyau de cartilage; *b*, d'une couche osseuse; *c*, enfin d'une couche cartilagineuse qui enveloppe la couche osseuse.

Ces deux articulations provenaient d'un même cheval.

2° DÉFORMATION DES ANGLES MÉTATARSO-PHALANGIENS CHEZ UN CHEVAL; par le même.

Le jeudi 21 juillet un cheval hongre, de race méridionale, propre à la selle, très-vieux, de taille moyenne, servit au cours pratique des opérations chirurgicales. Ce cheval avait un renversement en arrière assez prononcé des deux boulets postérieurs. Les deux pieds portaient normalement sur le sol; il n'y avait aucune augmentation de volume appréciable dans les canons et dans les phalanges. Cet animal paraissait beaucoup souffrir; il piétinait alternativement des membres postérieurs. La douleur paraissait être beaucoup plus forte surtout quand on levait les pieds pour ferrer l'animal, et qu'on le forçait à appuyer seulement sur l'un des membres postérieurs.

Cette déformation n'était pas aussi prononcée que celle que j'ai observée, il y a quelque temps, sur les membres antérieurs d'un cheval (voy. BUL. DE LA SOC. DE BIOL., année 1853); mais en rappelant ce que j'avais vu antérieurement dans des dissections, je m'attendais à trouver une rupture du tendon du muscle fléchisseur profond des phalanges dans la région phalangienne de chacun de ces membres. Voici ce que j'ai trouvé en disséquant les deux membres de ce cheval peu de temps après la mort.

1° MEMBRE POSTÉRIEUR GAUCHE. — Une infiltration séro-sanguinolente jaunâtre, peu abondante, enveloppe les tendons fléchisseurs vers le quart inférieur de la longueur du métatarse. Au même niveau, cette infiltration recouvre aussi la face postérieure du ligament sésamoïdien postérieur et un peu ses bords latéraux. A ce même point, ce ligament ou ligament suspenseur du boulet est plus volumineux que partout ailleurs; sa surface est rouge, recouverte d'une couche plastique. Une section pratiquée dans son épaisseur, de sa face postérieure à sa face antérieure, montre que ce ligament a été rompu dans sa continuité à 3 centim. environ au-dessus de sa bifurcation.

Sur la coupe dont il vient d'être parlé, on voit que, entre les extrémités rompues, se trouve une couche, d'une étendue d'un centimètre et demi environ de haut en bas, qui réunit ces extrémités de la même manière qu'on l'observe après la ténotomie.

Cette couche de cicatrice n'est pas très-ancienne, car elle a encore une couleur un peu rouge, mais elle offre déjà cependant une certaine résistance à la traction.

Toutes les autres parties de ce membre sont saines.

2° MEMBRE POSTÉRIEUR DROIT. — Je trouve sur ce membre et au même endroit les mêmes lésions que sur celui du côté gauche. De plus, une rupture de la branche de bifurcation interne de ce même ligament.

L'allongement du ligament sésamoïdien supérieur consécutif à sa rupture explique d'une manière très-satisfaisante le renversement en arrière des deux boulets que présentait ce cheval pendant la vie.

3° NOTE SUR UN CHEVAL BOITEUX; par le même.

Un cheval hongre, sous poil rouan, âgé de 10 ans environ, qui servit au cours pratique des opérations chirurgicales le 11 juillet 1853, portait des traces de feu autour de l'articulation métatarso-phalangienne du membre postérieur droit. Au repos, le pied postérieur droit ne posait que sur l'extrémité de la pince. Le sabot était usé en pince sur sa face antérieure. Le pied était bien conformé, ne portait aucune trace d'opération; toutes les articulations et tous les rayons de ce membre étaient sains. Pendant la marche, le pied portait sur le bout de la pince, comme s'il y eût eu un raccourcissement des tendons fléchisseurs des phalanges, et de temps en temps, mais rarement, il portait sur la face antérieure de la paroi.

Les élèves m'ayant demandé mon avis sur la cause de cette claudication, j'examinai ce cheval, j'explorai le trajet du petit sciatique, et comme la pression déterminait de la douleur au niveau de l'extrémité supérieure du fémur, je conclus, de l'ensemble de ces symptômes, à l'existence d'une lésion de ce nerf, laquelle siégeait probablement à l'endroit où la compression déterminait de la douleur. Pour examiner comparativement, je fis la section du nerf petit sciatique sur un autre cheval, et cet animal boita immédiatement avec tous les caractères que j'ai indiqués dans mon MÉMOIRE SUR LES PARALYSIES LOCALES OU PARTIELLES (REC. DE MÉD. VÉTÉR.); l'appui sur le sol était franc; mais de temps en temps le sabot venait poser sur le sol par sa face antérieure.

En observant comparativement les symptômes de la claudication chez ces deux chevaux, il y avait certainement une différence, mais je m'arrêtai cependant à l'idée qu'il y avait chez celui dont je m'occupe spécialement une lésion du nerf petit sciatique : il n'en était pas ainsi.

L'élève qui pratiquait une opération sur la face plantaire de ce pied avait supposé qu'un clou avait pénétré dans la face inférieure ou postérieure du petit sésamoïde. Il remarqua en faisant cette opération qu'il n'existait pas de petite gaîne sésamoïdienne; je le constatai aussi.

A l'autopsie qui fut faite immédiatement après la mort de l'animal, nous disséquâmes le tronc sciatique et ses divisions, les articulations de tout le membre : toutes ces parties étaient saines; mais voici ce qu'il y avait de remarquable :

Les tendons des muscles fléchisseurs des phalanges, à partir de la face postérieure de la première phalange, étaient soudés. La grande gaîne sésamoïdienne était enflammée; les franges synoviales étaient très-développées et rouges. Il n'y avait pas de petite gaîne sésamoïdienne, et le tendon du fléchisseur profond adhérait presque dans toute son étendue à son passage sur la face inférieure ou postérieure du petit sésamoïde.

Ces lésions m'ont paru assez intéressantes pour que j'en prisse note; je ne sache pas qu'on les ait jamais constatées.

V. — BOTANIQUE.

1° NOTE SUR DES SYNANTHIES D'EREMOSTACHYS LACINIATA; par MM. ALEX. LABOULBÈNE et LÉON SOUBEIRAN.

L'*eremostachys laciniata* (*Bunge*) est une labiée dont les fleurs sont réunies en verticilles assez serrés, et qui présente assez souvent des fleurs soudées entre elles ou synanthies.

Sur un pied de cette plante cultivé au jardin botanique de la Faculté, nous avons trouvé dans un même verticille deux synanthies, l'une double, l'autre triple.

La première synanthie résulte de la soudure de deux fleurs entre elles et nous présente une fusion complète des divers verticilles. A la partie la plus extérieure est une enveloppe unique, de couleur verte, à huit divisions, caractérisées chacune par une épine médiane et qui est le calice des deux fleurs soudées. Le nombre des pièces calicinales ne correspond pas à celui des pièces des fleurs normales, et semble indiquer qu'il y a eu avortement de deux sépales.

Les deux corolles, intimement unies, occupent un volume plus considérable que celui d'une fleur simple, mais moindre que celui de deux corolles normales. Les parties analogues de chaque fleur se sont soudées ensemble et donnent une lèvre supérieure extrêmement large formée par l'union des deux lèvres supérieures. A la partie inférieure sont quatre divisions bien distinctes, mais dont les deux médianes sont soudées jusqu'à la moitié de leur longueur, tandis que les deux latérales divergent librement.

Les étamines sont au nombre de quatre; mais on trouve les filets de deux autres étamines avortées, ce qui nous indique la disparition de deux étamines, et nous donne une corrélation avec les faits que nous a présentés le calice.

Les ovaires intimement soudés ensemble présentent huit carpelles réunis quatre par quatre comme les fleurs normales et très-peu développés, mais la soudure des styles n'a pas eu lieu, et ils se dressent parallèlement entre les étamines.

Dans la seconde synanthie, nous avons trois fleurs soudées, mais il n'y a pas fusion complète; une des fleurs est simplement accolée aux deux autres par sa corolle.

Le calice unique pour les trois fleurs présente dix divisions, et le nombre des épines saillantes sur son bord libre est de dix-huit. Dans l'intérieur de ce calice sont trois corolles soudées et présentant l'aspect de deux fleurs accolées, l'une d'elles étant simple et l'autre formée par les soudures de deux corolles.

La corolle, simplement accolée, est déviée vers la droite et soudée à la synanthie voisine par le bord dorsal de la lèvre supérieure jusqu'au milieu de sa hauteur. La lèvre inférieure ne diffère pas sensiblement de celle des fleurs normales.

La corolle de la synanthie offre les deux lèvres supérieures soudées et fondues en une seule large, étalée et renfermant les étamines. La lèvre inférieure de la corolle médiane est déjetée à droite et placée sur la ligne médiane et paraît plutôt latérale qu'inférieure. Celle de la fleur de gauche, analogue à celle des fleurs simples, est seulement rejetée sur le côté.

Les étamines de la fleur solitaire sont au nombre de quatre, et au centre se trouve le style qui part d'un ovaire normal assez développé.

Dans la fleur double, les étamines sont au nombre de six, par avortement complet de deux d'entre elles. Quant aux ovaires, ils sont simplement juxtaposés, et du centre de chaque tétrakène part un style libre qui passe entre les étamines.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE. — Année 1852, t. XLVII.

Les quatre fascicules du t. XLVII des ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE contiennent, pour l'hygiène : un mémoire de M. Bouchut *sur l'industrie et l'hygiène de la peinture au blanc de zinc*, suivi du rapport dont il a été l'objet à l'Académie de médecine par M. Chevallier (la GAZETTE MÉDICALE a inséré une analyse de ce mémoire ainsi que du rapport, voy. année 1851); cinq mémoires de M. Chevallier : le premier, *sur les urines, les moyens de les recueillir et de les utiliser*; le deuxième, *sur la fabrication du blanc de céruse*; le troisième, *sur la santé des ouvriers qui s'occupent de la préparation du sulfate de quinine et sur les moyens de prévenir les maladies auxquelles ils sont sujets*; le quatrième, en collaboration avec M. Mabier, *sur les ouvriers qui travaillent les coquilles de nacre de perle*; le cinquième, *Sur l'hygiène des ouvriers en général et sur celle des cérusiers en particulier*; deux mémoires de M. Boudin, l'un, *sur la circulation de l'eau considérée comme moyen de chauffage et de ventilation* (ce travail a été également inséré en partie dans la GAZETTE MÉDICALE); le deuxième, *sur la statistique de la population de la France et de ses colonies d'après les derniers recensements*; une note de M. Trébuchet, *sur l'organisation du conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine; la statistique des décès de la ville de Paris en 1849 et 1850*, par le même; un *mémoire statistique sur l'asile d'aliénés de Lommelet, près Lille*, par M. Joire; un mémoire de M. Gaultier de Claubry *sur le chauffage et la ventilation des grands édifices, et en particulier des hôpitaux*; un mémoire de M. Guérard *sur le tabac et les principales substances enivrantes*.

ESSAI SUR LA SANTÉ DES OUVRIERS QUI S'OCCUPENT DE LA PRÉPARATION DU SULFATE DE QUININE ET SUR LES MOYENS DE PRÉVENIR LES MALADIES AUXQUELLES ILS SONT SUJETS. — MÉMOIRE SUR LES OUVRIERS QUI TRAVAILLENT LES COQUILLES DE NACRE DE PERLE.

Parmi les nombreuses occupations scientifiques auxquelles M. Chevallier se livre avec un zèle et une activité si dignes d'éloges, l'étude des maladies causées par les métiers insalubres est un des objets qu'il poursuit avec la plus louable persévérance. La science et l'art lui doivent déjà, sous ce rapport, plus d'un résultat intéressant. Mais ce genre de recherches, dont l'utilité est si évidente par elle-même, présente des difficultés de plus d'une nature contre lesquelles M. Chevallier, par le fait de la spécialité de ses études les plus familières, n'est peut-être pas toujours suffisamment prémuni. Pour établir l'existence d'une affection nouvelle ou spéciale, pour en rattacher légitimement l'origine aux influences diverses inhérentes à telle profession et pour ne s'exposer point à prendre de simples coïncidences pour des rapports étiologiques et à confondre des affections communes auxquelles les ouvriers d'une certaine catégorie peuvent être exposés comme les autres, avec des affections qui leur seraient exclusivement propres, il faut réunir certaines conditions d'observation et une somme de connaissances nosologiques, sans lesquelles les résultats manquent de ce caractère d'exactitude et de rigueur logique que réclament de semblables recherches. L'absence de ces conditions laisse malheureusement planer parfois du doute et de l'incertitude sur les conclusions que M. Chevallier est amené à déduire de ses laborieuses investigations sur ce sujet. C'est ce qui nous a particulièrement frappé dans le premier des mémoires dont nous venons d'inscrire le titre.

Ce mémoire, dont la première partie a été présentée en 1850 à l'Académie des sciences, et dont nous avons reproduit à cette époque les conclusions, a été complété par une seconde partie destinée à confirmer ces conclusions par de nouveaux faits. Nous croyons devoir les rappeler ici afin qu'on puisse juger de la portée et de la valeur de ces faits et de l'ensemble de ce travail.

Voici ce que M. Chevallier concluait de ses premières recherches : 1° Les

ouvriers qui travaillent à la fabrication du sulfate de quinine sont exposés à être atteints d'une maladie cutanée qui les force à suspendre leurs travaux pendant quinze jours, un mois et plus. 2° Il est de ces ouvriers qui ne peuvent continuer ce travail, et qui sont forcés de quitter les fabriques où ils étaient employés. 3° Il a été reconnu que les ouvriers qui étaient occupés à la pulvérisation du quinquina dans la fabrique étaient atteints d'une fièvre particulière, qui a été désignée par le nom de *fièvre de quinquina*. 4° Cette maladie cutanée sévit non-seulement sur les ouvriers qui sont employés à divers travaux, mais encore elle peut atteindre des personnes qui se trouvent en contact avec les émanations de la fabrique. 5° Elle atteint les ouvriers sobres comme ceux qui se livrent aux excès. 6° Il n'est pas bien démontré qu'il y ait des causes qui prédisposent les ouvriers à être atteints de cette maladie.

Ces premières conclusions reposaient sur des renseignements recueillis auprès de divers fabricants de sulfate de quinine. Ayant eu connaissance par l'un d'eux que des ouvriers travaillant à la fabrication du sulfate de quinine éprouvaient des accidents plus ou moins graves par suite de ce travail, M. Chevallier avait posé aux divers fabricants les plus connus les questions suivantes, très-bien posées d'ailleurs : Les ouvriers qui s'occupent de la fabrication du sulfate de quinine sont-ils sujets à des maladies particulières? — Quelles sont ces maladies? — Frappent-elles tous les ouvriers indistinctement ou seulement ceux qui se livrent à des opérations particulières? — Y a-t-il des moyens que l'on puisse mettre en pratique pour préserver les ouvriers de ces maladies?

Voici les réponses que M. Chevallier a reçues : Des divers fabricants français, aucun n'a eu à signaler de maladie particulière qui pût être attribuée à la fabrication du sulfate de quinine, si ce n'est cependant une éruption sur l'existence de laquelle tous s'accordent, mais dont les caractères sont trop mal définis pour qu'il soit possible de la rapporter à aucune espèce déterminée ; on peut cependant présumer, d'après les données vagues contenues dans ces divers renseignements, qu'il s'agit d'un exanthème pustuleux.

Les renseignements parvenus d'Allemagne sont plus explicites. M. Zimmer, l'un des principaux fabricants de Francfort, signale deux maladies distinctes et particulières aux ouvriers qui travaillent le sulfate de quinine : la première est une fièvre assez semblable à la fièvre intermittente, qu'il désigne sous le nom de *fièvre quinique*; la seconde est une maladie exanthémateuse qui est sans doute la même que l'on trouve signalée dans les déclarations des fabricants français.

A cela se borne à peu près en résumé le résultat de cette première enquête. Elle constate d'une part, et ceci d'un commun accord, l'existence d'une éruption pustuleuse chez les ouvriers qui travaillent au sulfate de quinine, mais sans qu'il en résulte la preuve que ce soit au sulfate de quinine lui-même qu'il la faille attribuer, et non à l'action des acides ou de l'alcool que les ouvriers ont à manipuler dans quelques-unes des opérations que comporte cette industrie. Quant à l'existence d'une prétendue fièvre spéciale analogue aux fièvres d'accès, et qui mériterait le nom de fièvre quinique que lui a donné M. Zimmer et qu'a adopté M. Chevallier, elle est loin de ressortir d'une manière bien évidente d'un examen tant soit peu rigoureux des faits énoncés dans ce mémoire.

La seconde enquête à laquelle s'est livré M. Chevallier serait-elle plus concluante? On en va juger par le résumé rapide de la seconde partie de ce travail.

Voici quels sont les nouveaux documents que M. Chevallier a réunis dans cette seconde partie de son travail. C'est d'abord une observation relative à un ouvrier employé à la fabrication du sulfate de quinine, qui avait été atteint dans la fabrique même d'une fièvre tierce contre laquelle le sulfate de quinine échoua complètement. On fit prendre alors de la salicine qui détermina la guérison.

C'est ensuite l'observation communiquée par M. Reclus, pharmacien de Vaugirard, d'un ouvrier occupé à soigner la pulvérisation du quinquina, et à en transporter des masses dans des vases destinés à la préparation du sulfate de quinine, qui vint le consulter pour une fièvre qui l'assiégeait depuis longtemps. Dans la pensée que l'aspiration incessante de la poudre de cette écorce était la cause première de la maladie, M. Reclus, d'après l'axiome homœopathique, *similia similibus*, crut devoir conseiller le sulfate de quinine à très-faible dose (5 centigrammes dissous dans 325 grammes d'eau distillée, à prendre une cuillerée le matin). La fièvre avait cédé dès le troisième jour.

Il suffit de rapprocher ces deux observations pour qu'elles se détruisent mutuellement. Qu'est-ce que deux fièvres quiniques, réputées telles, l'une parce qu'elle résiste au quinquina, l'autre parce qu'elle est guérie par une dose homœopathique de sulfate de quinine?

Que dirons-nous de cet autre fait, rapporté d'après une autorité allemande, que tous les chevaux réputés comme *poussifs*, qui avaient été employés à mettre en mouvement les moulins à broyer le quinquina, avaient été guéris par suite de ce travail!...

Mais passons à d'autres faits. Nous laisserons de côté la série des accidents que l'on dit avoir été causés par les échardes du quinquina, et qui consisteraient en une affection cutanée dont les caractères ne sont pas indiqués. Ayant eu connaissance, par un fabricant de sulfate de quinine, que les ouvriers de la fabrique y contractaient parfois une maladie dont ils allaient se faire soigner dans les hôpitaux, M. Chevallier a pris à cet égard, auprès des médecins des hôpitaux, des renseignements qui se réduisent à ceci.

M. Bouchut ayant eu à soigner plusieurs rhumatismes dans l'un des services de la Pitié dont il était temporairement chargé, et les ayant traités par le sulfate de quinine à haute dose, a constaté, chez la plupart d'entre eux, des accidents qu'il a cru devoir attribuer à ce médicament. Ces accidents ont consisté principalement en une éruption de taches rosées, sorte de roséole plus ou moins abondante sur la poitrine et sur les membres, éruption ordinairement précédé d'une assez vive démangeaison, et qui se dissipe au bout de quelques jours par le seul fait de la cessation du médicament.

M. Chevallier eût pu ajouter encore à ces faits les quelques exemples, heureusement assez rares, d'accidents beaucoup plus graves causés par l'administration à haute dose du sulfate de quinine. Mais la conclusion à tirer de ces faits, par rapport à l'influence délétère de la fabrication du sulfate de quinine, acquerrait-elle par là une plus grande valeur? Nous ne le pensons pas. En admettant qu'il y ait une analogie légitime entre les effets du sulfate de quinine administré à dose médicamenteuse et l'absorption présumée des poussières de quinquina ou des émanations du sulfate de quinine, d'où résulteraient les accidents observés chez les ouvriers en question, il resterait à se demander ce qu'il y a de commun entre cette sorte de roséole observée chez les premiers et l'éruption pustuleuse accompagnée de douleurs que l'on dit avoir été constatée chez ceux-ci ; quel est le rapport nosologique qui existe entre les symptômes nerveux cérébraux observés sur les sujets soumis à l'action médicamenteuse du sulfate de quinine à haute dose et la fièvre quinique dont parlent les fabricants allemands.

Nous en demandons pardon à l'honorable M. Chevallier, mais il ne nous paraît pas que les faits qu'il a groupés dans cette seconde enquête ajoutent une valeur bien réelle à ceux qui ressortent de la première partie de son travail. C'est dire que l'admission d'une affection spéciale produite par la fabrication du sulfate de quinine, ne reposant que sur des renseignements vagues, qui manquent de précision dans les détails et dans la description des effets observés, est encore pour nous un fait à démontrer.

Le but du second travail que M. Chevallier a fait avec le concours de M. Mahier, nous paraît avoir été plus heureusement atteint. Il s'agit de l'influence de la fabrication des objets de nacre de perle sur la santé des ouvriers employés à ce genre d'industrie. Ce n'est pas qu'il y ait eu lieu de constater ici l'existence d'une maladie nouvelle, particulière à ce genre de travail, la nacre ne constitue point en soi une substance nuisible et capable de donner lieu à des accidents morbides d'une nature spéciale. Mais il résulte des détails de manipulation minutieusement décrits dans ce mémoire, que les poussières qui s'échappent en grande quantité de la matière élaborée produisent par une action mécanique sur les muqueuses avec lesquelles elles sont en contact, des bronchites aiguës ou chroniques, des ophthalmies, et chez les sujets qui y sont prédisposés, le développement de la phthisie tuberculeuse. Cette profession peut être rapprochée, sous ce rapport, de celle des éguisiers, par exemple, dont il a été question dans le temps dans ces colonnes. Les moyens proposés par M. Chevallier et M. Mahier pour remédier à ces inconvénients, et qui consistent à appliquer aux établissements industriels destinés à la fabrication des objets de nacre un bon système de ventilation propre à enlever les poussières, et à modifier quelques-unes des manipulations, telles que celles du tour, par exemple, de manière que les poussières, au lieu d'être dirigées par le mouvement du tour vers la face de l'ouvrier, prennent une direction inverse; ces prescriptions, disons-nous, ne pourraient qu'amener de très-bons résultats, et méritent, par conséquent, toute approbation. Nous en dirons autant, d'ailleurs, des mesures analogues conseillées par M. Chevallier pour les ateliers destinés à la fabrication du sulfate de quinine, mesures qui ne peuvent qu'être également utiles, alors même qu'il serait démontré que les accidents attribués à ce genre de fabrication en sont indépendants, ou du moins qu'ils n'ont rien de spécial.

STATISTIQUE DES DÉCÈS DANS LA VILLE DE PARIS, 1849, 1850. — STATISTIQUE DE LA POPULATION DE LA FRANCE ET DE SES COLONIES D'APRÈS LES DERNIERS RECENSEMENTS.

Les travaux statistiques occupent toujours une large place dans ce

recueil. Si le plus souvent les recherches de ce genre ne portent pas avec elles de déduction immédiate, et si l'on n'en entrevoit qu'obscurément les conclusions, elles n'en ont pas moins un intérêt et un but d'utilité réels, bien que souvent éloignés. Ce sont comme autant de pierres d'attente pour un édifice à venir. C'est là même un mobile suffisant pour stimuler le zèle des hommes laborieux qui les entreprennent et pour nous un motif de nous montrer reconnaissants pour leurs efforts. Au premier rang de ces intrépides et infatigables chercheurs, nous sommes toujours sûrs de rencontrer les noms de MM. Trébuchet et Boudin. Le premier, continuant ses recherches sur la mortalité dans la ville de Paris, dont il a déjà fait ressortir, dans ses précédents travaux, quelques déductions intéressantes que nous avons eu l'occasion de signaler, apporte chaque fois, dans la confection de ses tableaux, quelque perfectionnement ou quelque modification susceptible d'en élargir la signification. Telle est, par exemple, l'heureuse innovation qui a été introduite dans le dernier relevé statistique de la mortalité pour 1849-1850, innovation qui consiste à établir la statistique des décès par profession, par âge et maladie pour chaque profession. Ces nouvelles recherches, appliquées à une seule année, ne peuvent avoir encore aucune valeur significative, mais on comprendra aisément le parti qu'il sera possible d'en tirer pour l'hygiène des professions, lorsqu'elles embrasseront un certain nombre d'années.

M. Boudin poursuit, dans un mémoire étendu sur la population de la France et de ses colonies, l'étude des diverses questions qui se rattachent au mouvement de la population.

Nous nous bornerons à extraire du travail de M. Boudin quelques-unes des principales propositions qui ressortent de ses tableaux.

Il résulte du tableau général de la population en France en 1851, comparée aux autres États de l'Europe, que notre pays tient le troisième rang, le premier étant occupé par la Russie et le second par l'Autriche.

L'étude de la répartition des sexes montre qu'à l'exception de la Sardaigne et de l'Amérique, le sexe féminin prédomine dans tous les États. M. Boudin pense que cette prédominance exceptionnelle du sexe féminin s'explique à la fois et par les émigrations plus nombreuses des hommes et par la moindre mortalité des femmes.

D'après le relevé des naissances dans leurs rapports avec les mariages, on voit que la France est un des pays où le nombre des naissances, comparé aux mariages, est le plus faible. Mais en revanche il résulte des relevés comparatifs des décès que la France est un des pays du monde où la mortalité est la plus faible.

M. Boudin revient dans ce travail sur l'un de ses sujets de prédilection, le mouvement de la population en Algérie, d'où il est invariablement conduit à conclure à l'inacclimatation de la race européenne en Afrique. Et comme si la loi de mortalité des colons algériens ne suffisait pas encore à sa thèse, il la renforce subsidiairement des résultats analogues constatés dans les diverses colonies américaines.

Nous ne terminerons pas cette première partie de la revue du t. XLVII des Annales, sans mentionner l'intéressant mémoire de M. Guérard sur le tabac et les principales substances enivrantes, où l'on trouvera des détails très-instructifs sur les causes d'accidents inhérents à l'usage du tabac et sur les moyens de les éviter ou de les prévenir, ainsi que des rapprochements intéressants entre les effets narcotiques du tabac et ceux que produisent les diverses substances enivrantes telles, que l'opium, l'alcool, le haschich, etc.

VARIÉTÉS.

— Les Cafres au muséum d'histoire naturelle. — La présence à Paris de douze Cafres, parmi lesquels sont une femme et un enfant, fournit en ce moment aux anthropologistes l'occasion depuis longtemps désirée d'étudier l'une des variétés les plus imparfaitement connues du genre humain. Sans prétendre devancer les résultats d'observations qui se poursuivent en ce moment même, nous consignerons du moins ici quelques renseignements recueillis durant une visite que les Cafres viennent de faire au muséum d'histoire naturelle.

Il n'y a pas bien longtemps encore qu'on représentait l'Afrique comme peuplée dans toute son étendue par deux races seulement ; au nord, la race blanche ou caucasique ; partout ailleurs (en faisant abstraction des invasions arabes et des colonies européennes plus ou moins récentes), la race noire ou éthiopique. On a bientôt reconnu que le problème de la distribution des races en Afrique est loin d'être aussi simple, et qu'on avait confondu sous le nom d'éthiopiques ou de nègres des types extrêmement différents. Au nord-est de l'Afrique, dans le bassin du Haut-Nil, sont des peuples noirs qui, malgré leur couleur, ne sont pas moins de véritables Caucasiques par les traits de leur visage et par la conformation caractéristique de leur crâne. Dans les régions moyennes de l'Afrique et jusque dans ses parties occidentales, on trouve disséminés parmi les véritables nègres, les Foulahs, noirâtres plutôt que noirs, qui M. Gustave d'Eichthal a montrés liés par des affinités beaucoup plus intimes avec les Malais et les Océaniens qu'avec les peuples de race éthiopique. Enfin, dans l'Afrique australe, sont les Hottentots et les Cafres, les premiers nettement séparés par de nombreux et très-remarquables caractères, des nègres avec lesquels personne ne les confond plus depuis un travail célèbre de Cuvier en 1815 ; les seconds, beaucoup moins bien étudiés jusqu'à ce jour, mais que l'on sait avec certitude différer à la fois des Hottentots, leurs voisins à l'ouest, et des nègres.

Tous les voyageurs qui ont étudié sur les lieux les Cafres, et dont le dernier surtout, madame Ward, a tracé de ce peuple et de ses mœurs un tableau plein d'intérêt (1) ; tous les naturalistes qui, en Europe, se sont livrés à des recherches comparatives sur les races humaines de l'Afrique, sont d'accord pour représenter les Cafres comme très-supérieurs aux nègres et aux Hottentots, à la fois comme conformation physique et comme développement intellectuel et moral.

Sous le premier point de vue, leurs traits, dit M. Hollard, dans le remarquable ouvrage qu'il vient de publier sur l'homme, sont une combinaison de ceux des nègres avec ceux de la race caucasique et avec les traits mongols des Hottentots. Tels, en effet, sont les Cafres récemment arrivés à Paris. Avec des cheveux crépus et laineux, comme ceux des nègres, ils ont la face moins saillante, les lèvres moins épaisses, le front plus haut, la voûte du crâne plus large et plus élevée. Leur nez, élargi mais non déprimé et épaté, se rapproche de la forme droite. Leur peau n'est pas noire, mais seulement foncée et comme bronzée. Leur taille, celle de la femme exceptée, est élevée, et leurs membres sont richement développés. En voyant s'avancer les Cafres et surtout le jeune chef qui marchait à leur tête, un des assistants s'écriait, et il rendait ainsi très-justement l'impression qu'on éprouve à leur vue : on dirait de vivantes statues de bronze.

Il résulte des renseignements recueillis par les voyageurs sur les Cafres, que, bien loin de se renfermer comme les nègres dans le plus grossier fétichisme, ils ont des notions morales, des croyances religieuses d'un ordre élevé, ils admettent ou du moins (car il y aurait lieu ici à des distinctions secondaires) quelques tribus admettent l'existence d'un Dieu suprême et l'immortalité de l'âme ; croyances auxquelles ces peuples allient d'ailleurs les superstitions les plus grossières et les habitudes les plus féroces. Leur perfidie est devenue proverbiale parmi les Anglais de la colonie du Cap ; mais comment la guerre de destruction que ceux-ci font presque constamment aux Cafres ne les retiendrait-elle pas dans la barbarie ? C'est en vain que de courageux missionnaires catholiques et protestants ont pénétré parmi eux : les Cafres sont restés et restent presque partout ce qu'ils étaient.

La tribu, celle des *Zuluhs*, dont quelques membres sont en ce moment parmi nous, n'est d'ailleurs pas de celles contre lesquelles les Anglais soutiennent une guerre si cruelle. Cette tribu, qui habite entre les 27e et 30e degrés de latitude sud, entretient avec ses puissants voisins des relations très-pacifiques ; elle fait avec eux des échanges, et assez fréquemment pour qu'un grand nombre de *Zuluhs* comprennent la langue anglaise ; plusieurs la parlent même très-intelligiblement, non sans altérer cependant quelques mots, assure-t-on, par le singulier *claquement*, si ordinaire aux Hottentots, et dont leurs voisins ne sont pas entièrement exempts. La possibilité de communiquer avec les Cafres, et de recueillir d'eux sur eux-mêmes tous les renseignements nécessaires, ajoutera sans nul doute le plus grand intérêt aux observations faites en Angleterre et en France.

Une circonstance remarquable de la visite des Cafres au muséum est l'impression produite par leur vue, ou, plus vraisemblablement, par leur odeur, sur les animaux féroces. Les uns ont donné des signes marqués de crainte, d'autres de colère, à l'aspect de ces visiteurs africains. La plupart des Cafres sont, au contraire, restés impassibles en présence même des plus redoutables habitants de la ménagerie. On a remarqué cependant l'un d'eux apprêtant, à la vue d'un lion, une arme dont il était porteur, et il a rappelé aux assistants une circonstance qui a failli, il y a deux ans, priver le muséum d'une de ses plus belles panthères. Un jeune sauvage de l'Amérique du Nord, presque encore un enfant, avait à peine aperçu la panthère dans sa loge, qu'il bandait son arc, et allait décocher à l'animal une flèche empoisonnée, qu'on eut à peine le temps d'arrêter.

Les Cafres doivent revenir prochainement au muséum pour être soumis au savant examen du professeur d'anthropologie, M. Serres, et afin que quelques-uns d'entre eux puissent être moulés, à l'aide de fonds que M. le ministre a bien voulu accorder, ou plutôt qu'il s'est empressé d'offrir spontanément à l'illustre professeur. Les bustes moulés des Cafres viendront ainsi remplir une des dernières lacunes de cette précieuse *Galerie des races humaines*, dont M. Serres poursuit si activement, depuis tant d'années, la création au muséum, et qui, digne maintenant des autres collections de ce grand établissement, va être, sous quelques semaines, ouverte au public.

I. G. S. H.

— M. le docteur Edouard Langlebert commencera son cours public sur les maladies syphilitiques mercredi prochain 7 décembre, à midi, et le continuera à la même heure les lundis, mercredis et vendredis suivants, dans son amphithéâtre, 8, rue Larrey.

(1) The Cape and the Kaffirs ; ouvrage qui a eu plusieurs éditions en Angleterre, et dont on prépare une traduction française.

Les renseignements à l'aide desquels a été rédigé cet article sont dus, outre madame Ward, à M. Gaimard et à un honorable colon du Cap, M. Caldecott, qui est venu à Paris avec les Cafres.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

REVUE SANITAIRE.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Les chiffres qui vont suivre, et que nous empruntons soit à des renseignements particuliers, soit à la statistique des hôpitaux, présentent la situation exacte de l'état sanitaire de la capitale par rapport au choléra.

JOURNÉE DU 7 DÉCEMBRE.

Hôpitaux et hospices. — Admis		32
— — Déclarés à l'intérieur		7
Total des cas		39
Décès des hôpitaux et hospices		8
Décès à domicile déclarés aux mairies		7
Total des décès		15

Dans la commune de Bercy, il y a eu, pour la journée du 7, 3 nouveaux cas et 2 décès.

Du 1er au 7 décembre inclus, on a compté dans les hôpitaux et hospices 210 cholériques, dont 165 admis et 45 survenus à l'intérieur, et en même temps il y a eu dans ces établissements 100 décès de choléra.

A domicile, la mortalité a été dans cette semaine de 92, c'est-à-dire à peu près le double des trois semaines précédentes.

Du 7 novembre, jour de l'invasion, au 7 décembre inclus, il y a eu :

Dans les hôpitaux, 333 admissions,
Et 111 cas déclarés à l'intérieur.

Total. ..... 444 cas enregistrés.

sur lesquels on compte déjà 194 décès.

A domicile, on calcule qu'il y a eu 334 attaques.
Et le chiffre des décès s'élève à... 146

Nous ne comprenons pas dans ce total 38 décès de Bercy, 4 de Grenelle, 2 de Puteaux et 1 de Meudon.

Il ne nous a pas semblé qu'il y eût intérêt à donner la répartition de quelques-uns de ces chiffres suivant les hôpitaux : c'est là une donnée statistique purement administrative, et nous ne pouvons pas inférer, de ce que la Charité ou l'Hôtel-Dieu auront reçu plus de malades, que tel quartier aura été atteint plutôt que tel autre. Le mode de distribution de l'épidémie dans les différentes parties de la ville a déjà été de notre part l'objet de quelques recherches qui, sans être très-précises, ont cependant pu donner une idée du mode de progression et de développement de la maladie dans l'espace. Depuis le 30 novembre, les décès se sont disséminés dans un très-grand nombre de localités; on ne les a pas vus se grouper autour de certains points pour constituer de nouveaux foyers.

Le 8e arrondissement, l'un des quartiers les plus populeux, il est vrai, est celui qui fournit le plus de décès; après lui viennent le 7e et le 9e arrondissement. Le 12e est jusqu'ici l'un des plus favorisés. Les renseignements plus précis sur le nom des rues et les numéros des maisons envahies par l'épidémie, ainsi que sur les conditions de salubrité de ces habitations, nous manquent tout à fait; nous pouvons seulement annoncer que l'administration s'efforce de rassembler à ce sujet toutes les indications importantes, celles qui sont de nature à l'éclairer dans les mesures d'assainissement qu'elle peut être appelée à faire exécuter, comme celles qui sont relatives à des questions de prophylaxie et de science.

Pour donner une idée plus exacte de l'épidémie, nous allons la comparer d'abord à celle de 1849; ensuite nous étendrons quelles sont actuellement les conditions de la mortalité générale par rapport à celle des années antérieures.

En 1849, dans les trente premiers jours de l'épidémie, il est entré dans les hôpitaux 1,349 cholériques, et il est mort, tant à domicile que dans les hôpitaux, 1,001 cholériques ;

En 1853, les trente premiers jours de l'épidémie donnent seulement les chiffres suivants :

Nombre de cas dans les hôpitaux. 444
Nombre total des décès cholériques. ... 340

Ce qui donne pour l'épidémie actuelle une diminution de plus de 900 cas dans les hôpitaux et une différence de 661 décès sur l'épidémie antérieure. Ces données numériques traduisent mieux que tout autre fait la lenteur du développement de l'épidémie actuelle ou sa bénignité.

Quant à la mortalité générale, elle est pour la ville de Paris, d'après les documents publiés par M. Trébuchet et d'après les calculs de cet habile statisticien pour les dix années de 1839 à 1848, de 70 en moyenne par jour pour le mois de novembre, de 79 pour le mois de décembre et de 80,5 en moyenne pour les douze mois de l'année. La moyenne des décès du mois de novembre 1852 a été de 71 par jour, et celle du même mois de 1853 a été de 86. Ce qui donne

Pour novembre 1852. . 2,130 décès
Pour novembre 1853. . 2,580 —

Différence en plus de. . 450

Il importe de savoir maintenant que tout cet excédant de mortalité ne tient pas au choléra; cette affection n'a donné en effet, comme nous l'avons enregistré dans le dernier numéro de ce journal, que 151 décès dans le mois de novembre. Reste donc à reporter sur les causes diverses de la mortalité autres que le choléra, 300 décès. Remarquons ici que cet excédant de mortalité ne relève en aucune façon de l'épidémie actuelle; la mortalité de 1853 s'est montrée très-forte et exceptionnelle même dès le mois de janvier, et il est plus que probable qu'elle dépassera, cette année, de 4 à 5,000, indépendamment des décès cholériques, la mortalité des années antérieures. Ces données générales ne concordent point avec quelques-unes des opinions que nous avons émises, dans un précédent article, d'après les relevés de décès des premiers jours de novembre, dans lesquels, par exception, la mortalité n'a pas été considérable.

Sans entrer maintenant dans la description symptomatique du choléra actuel, disons en quelques mots que dans ces derniers jours la mortalité a semblé décroître dans les hôpitaux par rapport au chiffre des entrants, ce qui a accumulé dans les salles un grand nombre de cholériques, et ce qui témoigne de la gravité moindre de la maladie. Pour mesurer cette intensité

Feuilleton.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

ÉLOGE D'ORFILA.

Nous regrettions dernièrement que l'*éloge* s'introduisît dans les habitudes de la Faculté. Ce n'est pas à dire pour cela que cette forme de discours soit ce qu'il y a de mieux pour l'Académie impériale de médecine. Cette savante société se conforme en ceci aux usages établis dans les anciennes académies royales et conservés dans le moderne Institut. Cet usage est essentiellement et presque exclusivement français. Les corps scientifiques et académiques des autres pays ne l'ont pas adopté. Chez nous il est devenu, non-seulement une coutume, mais encore une sorte d'obligation. L'éloge n'est plus facultatif; il figure en première ligne dans le cahier des charges des fonctions académiques du secrétaire perpétuel.

Nous ne savons pas si les hommes, d'ordinaire fort distingués, auxquels le devoir de leur place impose cette besogne, y trouvent leur compte, pour la satisfaction de leur esprit et l'emploi de leur talent. Plusieurs s'y sont fait remarquer, et s'y sont acquis une réputation d'écrivains. Dans l'ordre de la médecine, notamment, on cite Vicq-d'Azyr, Desgenettes, Pariset. Cela prouve seulement qu'on peut avec de l'esprit tirer parti de tout. Qui sait ce qu'on eût pensé de ces hommes pendant qu'ils vivaient, qui sait si on eût parlé d'eux après leur mort, s'ils n'avaient eu d'autre titre que ces morceaux de littérature académique? Que seraient Fontenelle, d'Alembert, Cuvier, réduits à ce bagage? et que serait ce bagage même s'il n'était pas garanti par la valeur supérieure d'œuvres et de travaux dont il n'est que l'appoint?

Quoi qu'il en soit, il faut, avec Fontenelle, se garder de mépriser la plus petite vertu. Plus la tâche d'un panégyriste officiel d'Académie est ingrate, plus est méritoire le dévouement qu'il met à l'accomplir, et si, par aventure, il est assez habile pour pallier le vice radical de la chose, et provoquer à son profit les applaudissements qu'il demande pour son héros, il y aurait plus que de la mauvaise grâce à ne pas l'amnistier.

Mais amnistier l'orateur, ce n'est pas justifier le genre. On n'en doit pas moins regretter que, parmi tant de beaux textes de disquisition scientifique et oratoire, qu'il est si facile d'imaginer, on se soit obstinément attaché à ce cadre banal et monotone, dont les formes prévues et comme stéréotypées s'imposent avec une roideur inflexible au talent le plus souple, à l'esprit le plus inventif. Nous remarquions naguère, à l'occasion de la séance de rentrée de la Faculté—qui, bien malencontreusement cette fois, inaugurait sa bienvenue par un éloge et

il faut avoir égard à l'ensemble des faits, et non pas seulement à quelques cas graves. Nous avons vu ces jours passés un malade qui a succombé après cinq heures; l'invasion cholérique avait été précédée chez lui de quarante-huit heures de diarrhée prémonitoire; il présentait tous les traits du choléra asiatique. A côté de quelques cas semblables s'en placent bon nombre d'autres dans lesquels les symptômes du choléra se retrouvent caractérisés, quoiqu'à un degré moindre; il faut évidemment comprendre ces faits dans la statistique générale du choléra en les désignant par les épithètes de choléra léger et de choléra de moyenne intensité. Or nous avons remarqué que le nombre de ces cas était plus considérable en 1853 que dans les autres épidémies. Il y a plus, même par rapport aux cas graves, nous avons cru voir que jusqu'ici ils étaient souvent plus accessibles aux influences médicatrices dirigées contre la période algide.

Les mesures préventives dont nous avons déjà parlé sont-elles la cause du peu de progrès que fait l'épidémie? ont-elles contribué à ralentir sa marche ou à arrêter son développement? Nous pensons que les moyens prophylactiques, si sagement adoptés par la préfecture de police et l'administration de l'assistance publique, ont dû contribuer en partie au résultat que nous avons annoncé. Il y a aussi à tenir au grand compte de la saison d'hiver, en général peu favorable à l'évolution des germes morbides. Du reste, l'appréciation du système des visites à domicile nécessiterait ici une exposition complète de cette question, qui a besoin d'être traitée *in extenso*, ce que nous ferons dans un prochain article.

THOLOZAN.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

RECHERCHES SUR LES INCRUSTATIONS CALCAIRES DU CŒUR, DES ARTÈRES ET DES VEINES; par le docteur M. H. DESCHAMPS.

(Suite et fin. — Voir les numéros 44 et 46.)

VII. — TROISIÈME PÉRIODE. — INCRUSTATIONS CALCAIRES.

Le fluide ossenx, mou, pulpeux, caséiforme, épanché sous forme de plaques ou de gouttelettes jaunâtres, dans l'intervalle des fibres élastiques rompues, augmente peu à peu de consistance, de densité; il se durcit, il se concrète devenant calleux, sec, coriace; il se transforme finalement en un petit corps dur, solide, très-résistant, assez semblable à un fragment de coquille qui se brise en craquant sous les doigts, ou bien pareil à une écaille qui, frappée de la pointe du scalpel, devient sonore comme un os véritable. Il est très-fréquent de trouver réunies sur un même système artériel toutes ces altérations à divers degrés de développement et de cohésion. Parvenu à ce dernier point de solidité, le fluide osseux se nomme indifféremment *concrétion calcique*, *induration calcaire*, et même par suite d'une analogie forcée avec les phénomènes de l'ostéogénie, il s'appelle *ossification sénile* des organes de la circulation du sang.

Haller trouve l'expression d'ossification appliquée aux concrétions artérielles doublement fautive, parce que, d'une part, on n'y observe pas de porosités, et, d'autre part, à cause que leur dureté surpasse de beaucoup celle des os. Il juge qu'il y a pourtant une certaine analogie quand il dit: « *Caseosa primo, indè callosa, quasi coriacea, demùm osseæ squammæ fit semillima.* » (ÉLÉM. PHYS., t. VIII, p. 316). La concrétion calcaire diffère de l'os par des propriétés spéciales recherchées par Hodgson; ainsi elle n'est pas précédée d'un cartilage: caractère propre à l'ossification; produit hétérogène, elle ne possède pas d'ailleurs la texture fibreuse des os; enfin sa formation est irrégulière et assez semblable à la cristallisation. Bichat avait déjà fait remarquer que l'ossification sénile ne suit pas les voies ordinaires de l'ostéogénie.

Aucune altération morbide, phlegmasique, ne s'élevant au pourtour des dépôts de sels calcaires dans le plus grand nombre des faits observés chez les vieillards, les Andral, les Rostan, les Béclard, etc., ont admis une *ossification sénile*, graduelle, causée par les ravages du temps, et venant troubler le jeu de notre hydraulique animée. Quelques auteurs ont de plus cherché l'explication de ces incrustations singulières. Les os des vieillards étant saturés de sels calciques et le phosphate de chaux devenant libre et de plus en plus abondant, il en résulte, selon Cloquet, que les sels se portent sur les autres parties du corps. « Si cette matière terreuse, disent Richerand et M. Bérard, envahit toutes les parties du système animal, c'est que les forces digestives graduellement affaiblies cessent de frapper les substances alimentaires du caractère qui leur convient. » (PHYSIOL., t. III, p. 440.) Fidèle observateur de la nature, Buffon considérait comme un acheminement vers la mort, l'incrustation successive des parties molles qui arrêtait peu à peu le mouvement et la vie.

Si les concrétions calcaires étaient le résultat des seuls progrès de l'âge, les artères des vieillards devraient toujours en renfermer; ce qui n'a pas lieu. Leur étendue, leur quantité devraient également être proportionnelle, à l'époque avancée de l'existence, suivant la juste observation de Hodgson, qui cite à l'appui de son opinion l'exemple de l'éléphant et de l'aigle, animaux doués d'une grande longévité et qui n'offrent jamais de plaques osseuses. Les organes circulatoires des reptiles et des poissons me paraissent également privés de concrétions calcaires.

Cependant l'ossification sénile des parois vasculaires et du cœur est tellement fréquente, selon Baillie, que les incrustations calcaires dominent la structure des organes circulatoires des vieillards; c'est également l'opinion de M. Bricheteau. « Je puis assurer que, dit Bichat, sur 10 sujets, il y en a au moins 7 qui présentent des incrustations au delà de la soixantième année. » (ANAT. GÉN., t. II, p. 63.)

Le climat, le régime, le sexe, les exercices violents et certaines causes intenses inhérentes à la structure des organes ont sans doute plus d'influence sur la formation des concrétions calcaires que la succession des âges. Boerhaave et Morgagni font observer que l'aorte des cerfs sauvages est souvent parsemée d'incrustations calcaires, tandis qu'elles sont rares dans l'aorte des cerfs paisibles de nos parcs de réserve. Occupé de travaux hippiatriques, j'ai trouvé quelquefois, chez des animaux jeunes encore, surmenés et morts à la peine, des incrustations calcaires dans les grosses artères. Un cheval de 4 ans, qui avait été abattu pour cause de morve, présentait dans l'aorte une foule de petites élévations pustuleuses, disséminées, jaunâtres, et des plaques convergentes de diverses grandeurs. Incisées, ces plaques laissaient sortir de leur intérieur le fluide osseux par la pression, et les ruptures des fibres élastiques devenaient évidentes. La tunique interne conservait toute son intégrité sur un grand nombre de plaques jau-

même par deux éloges—le peu de portée et l'insignifiance de ces exhibitions de rhétorique au point de vue des intérêts de la science, de l'enseignement et de l'autorité intellectuelle et sociale de l'institution. Nous tracions en même temps, avec l'humilité qui nous convient, l'esquisse d'un programme plus varié, à coup sûr, plus fécond, plus élevé, plus digne du rôle supérieur du corps, comme organe officiel de la doctrine et de la profession. Il serait aisé de faire, sans grands frais d'invention, si on en avait le temps, un programme analogue pour l'Académie de médecine, qui, elle aussi, a quelque chose de mieux à faire que de s'entenser solennellement dans la personne de ses membres. Ce serait un service à rendre à son secrétaire actuel et à ses successeurs. Pourquoi, par exemple, ce secrétaire perpétuel, qui est comme l'administrateur scientifique et littéraire de la Société, son chargé d'affaires vis-à-vis de l'opinion, de l'État et de la profession, ne viendrait-il pas, dans cette séance de fin d'année, régler les comptes et dresser le bilan des travaux de tout genre de l'Académie pendant l'année écoulée? Tracer d'une main ferme l'histoire des discussions, en fixer le sens et en déterminer la portée pour la solution des questions de théorie ou de pratique, signaler, caractériser et apprécier les actes, les décisions, les mesures dans l'ordre scientifique, administratif ou professionnel, émanés de l'Académie, délibérant et agissant comme autorité constituée: n'est-ce pas là un grand et riche texte de discours? Et plût à Dieu que tel ou tel secrétaire d'Académie, Cuvier, si vous voulez, Arago, Pariset, eût adopté cette méthode! Que de beaux morceaux d'exposition historique et de critique nous aurions! Et combien ces *comptes rendus* élaborés par des hommes compétents, bien renseignés, pleins de lumières, de discernement et d'autorité, seraient plus instructifs, plus féconds en enseignements de tout genre, plus utiles au progrès de la science, plus dignes d'occuper et d'intéresser des esprits sérieux et les membres d'un corps savant, que ces lieux communs d'éloquence par lesquels on essaye, *invitâ Minervâ*, d'élever, à force d'engins, une statue colossale à une personnalité souvent assez mince! Car enfin les grands hommes sont rares, dans les Académies comme ailleurs, et il ne suffit pas, que nous sachions, d'être mort pour passer à l'état de dieu, comme les empereurs romains. Ce serait là vraiment l'*histoire* de l'Académie, dont les *éloges* ne donnent que des lambeaux infidèles et sans suite. Ce serait également celle des académiciens; car, vivants ou morts, ils se présenteraient inévitablement à l'histoire, non point sans doute dans leur existence privée et dans les détails, le plus souvent puérils, de leur biographie, mais dans leur vie intellectuelle, scientifique et académique. Ce serait enfin louer l'Académie, non par ricochet, dans la personne de tel ou tel de ses membres, mais directement et de la meilleure manière, par le récit de ses actes. Le foyer lumineux serait par là déplacé. L'illustration viendrait du corps aux membres, et non plus des membres au corps. Ce travail, on autre analogue, exigerait sans doute du secrétaire perpétuel une grande variété de connaissances, une intelligence flexible et étendue, un jugement solide, beaucoup de tact et d'indépendance, une juste dose de ce qu'on appelle l'esprit de corps, le zèle de la science, l'amour de la vérité, et, ce qui est de rigueur en toute œuvre d'art et de plume, le talent. Ces qualités sont peut-être difficiles à réunir; cependant plus d'un secrétaire académique, parmi

nâtres. Je n'ai point vu d'incrustations calciques, après un examen rapide il est vrai, sur les organes circulatoires de plusieurs animaux amenés jeunes et morts vieux à la ménagerie de Paris.

La forme, le volume, le nombre, l'étendue, l'aspect des surfaces et le siége des incrustations calciques, aussi bien que l'ordre de fréquence des organes circulatoires envahis, présentent les plus grandes variétés.

Plates et rugueuses à leur surface, les lamelles d'incrustation physiologique prennent des configurations diverses : elles sont pointillées, courbes ou rectilignes, bosselées, striées, stellacées ou étoilées; elles s'arrondissent en cerceaux bien caractérisés (Blandin); ou bien en anneaux distincts unis et comme articulés les uns avec les autres par des portions membraneuses (Hodgson).

Les concrétions profondes, peu volumineuses, conservent à la membrane interne son aspect lisse et poli. Devenues plus épaisses, plus grosses et superficielles, elles font un relief quelquefois très-grand à l'intérieur du canal sanguin, et rendent la surface rugueuse, âpre au toucher, et comme calleuse.

Il est rare de trouver des concrétions solitaires dans le système artériel : elles sont ordinairement multiples et se lèvent en lamelles quand on déploie le vaisseau, ce qui donne à sa face interne un aspect de tissu écailleux. Les membranes élastiques du cœur et des veines sont particulièrement le siége des plaques calcaires isolées.

L'étendue des incrustations se mesure plutôt par la quantité de fluide osseux épanché que par la grandeur de l'intervalle qui résulte de la rupture des fibres élastiques, la sécrétion du suc osseux étant toujours supérieure à l'intervalle qu'il est nécessaire de combler. Riolan et Harvey ont vu le système artériel ossifié tout entier. Les artères des corps étaient tellement incrustées de phosphate calcaire chez un homme de 52 ans, que Portal ignore comment la circulation a pu avoir lieu. « Rarement la totalité de l'artère forme un tube solide continu. » (Bichat, ANAT. GÉN., t. II, p. 64.) Cependant Hunand cite le fait curieux de l'ossification complète de l'aorte jusqu'aux iliaques. Crell a vu l'artère coronaire entièrement ossifiée. (OBS. IN DISP. AD MORB., Haller, t. II, n° 66). Un fragment de l'aorte, dit Harvey, était changé en un os rond. Paré a trouvé la surface interne de l'artère pulmonaire ossifiée dans un anévrisme. J'ai observé l'artère iliaque primitive droite transformée en un cylindre osseux, dans une grande partie de son trajet; l'aorte était tapissée de petites pièces calcaires multiples et combinées entre elles comme une pièce de marqueterie peu irrégulière. Les incrustations aux artères radiales et pédieuses des vieillards sont des indices presque certains qu'il existe de semblables altérations dans l'aorte et ses principales divisions. Criselius fait mention d'une transformation très-rare; c'est une partie de l'aorte devenue friable, sablonneuse. Haller rapporte que des plaques et des lames osseuses existaient dans le système artériel, à des intervalles plus ou moins éloignés les uns des autres jusqu'aux plus petites artères.

Les distances qui séparent les plaques calcaires d'incrustation varient à l'infini : aucun ordre, aucune marche régulière ne président à cette délimination. Il n'y a pas deux artères de même nom, incrustées de sels calcaires, qui soient parfaitement identiques. Toutes ces petites pièces ostéocrétacées, unies les unes avec les autres et comme articulées par le tissu jaune intermédiaire, jouissent d'une mobilité qui permet le jeu élastique de l'artère incrustée. Contre cette digue calcaire, l'effort latéral de l'ondée sanguine se brise, et le cours du sang est maintenu.

Béclard a cherché à établir l'ordre de fréquence relative des incrustations. Il dit : « Le système aortique en est beaucoup plus souvent affecté que le pulmonaire. Les éperons intérieurs des artères et les valvules de leurs troncs en présentent souvent; l'aorte et ses branches principales en sont souvent le siége; les artères des membres inférieurs plus souvent que celles des membres supérieurs; les artères des muscles du cœur, du cerveau assez souvent, celles de l'estomac et du foie rarement. » (ANAT. GÉN., p. 358.)

Les sels calcaires envahissent de préférence les valvules à toutes les autres parties du cœur; elles forment là un petit tubercule connu sous le nom de *corpus arantii*. Les valvules sygmoïdes de l'aorte, suivant Lieutaud, étaient métamorphosées en une glotte osseuse. Sénac est persuadé que ces soupapes organisées renferment quelquefois des os imparfaits et mal formés. Dans les affections graves du cœur, on trouve, de même que Vieussens, les orifices auriculo-ventriculaires rétrécis et presque bouchés par des végétations calcaires. Des médecins ont attribué l'asthme à l'ossification des artères coronaires, altération organique quelquefois coïncidente de cette maladie. Smétius a vu une oreillette écailleuse à sa face interne. Boerhaave a constaté l'ossification de la cloison ventriculaire et des parois du cœur. On a trouvé les colonnes d'un ventricule ossifiées et aussi dures que des cailloux. J'ai déjà signalé, dans une autre partie de ces recherches sur le tissu fibreux élastique, les observations de Dionis et de Le Meilleur touchant l'ossification complète de l'organe central de la circulation. (V. GAZ. MÉD., 7 mars 1840.)

Les artères utérines me paraissent réfractaires aux incrustations calciques.

Bichat soutient que le système veineux se soustrait à l'ossification. Il dit : « Jamais cette membrane commune (du sang noir) ne s'ossifie chez le vieillard, comme il arrive dans les artères; son organisation paraît répugner à se pénétrer ainsi de phosphate calcaire. » (ANAT. GÉN., t. II, p. 213.)

Les annales de la science renferment plusieurs exemples de plaques osseuses trouvées dans les veines. Marcellus, Walter et Portal citent des faits d'ossification des veines. Macartney a découvert des dépôts de matière calcaire dans la veine saphène externe; une de ces concrétions de la longueur d'un pouce était située à la face interne du vaisseau. Les valvules des veines ont assez souvent des petits points d'incrustation calcique. On a vu la veine cave inférieure, près de sa bifurcation en iliaques, contenir, dans l'épaisseur de ses membranes, une ossification considérable. Deux fois j'ai observé des concrétions calcaires à l'embouchure de la veine cave inférieure. Béclard a trouvé la veine fémorale d'un vieillard ossifiée du côté correspondant à l'artère, qui elle-même était incrustée dans toute sa circonférence et suivant une grande longueur. Lassaigne s'est occupé de la composition des concrétions veineuses. (J. DE CHIMIE, t. III, p. 157.)

Quel est le siége de l'ossification sénile? La membrane interne, la tunique jaune ou élastique, la membrane fibreuse et même l'intervalle celluleux qui sépare les tuniques entre elles ont été tour à tour considérés comme le siége exclusif des incrustations calcaires. L'incertitude règne encore relativement à ce point de fine anatomie pathologique. Bichat place dans la *membrane commune du système à sang rouge* le siége constant des plaques osseuses. Il caractérise la tunique interne du cœur et des artères, précisément « par la singulière tendance qu'elle a à s'ossifier chez le vieillard. » Dans un autre passage de son ANATOMIE GÉNÉRALE, il prétend que la substance saline se dépose à l'extérieur de la membrane commune

---

les morts et les vivants, en a offert l'exemple, et il faut dans tous les cas, par convenance, les supposer dans tous.

Tout ceci, du reste, n'est que de la pure utopie. La réalisation de cette réforme dans les usages académiques changerait complètement le caractère des séances annuelles, en en déplaçant le but. Dans ces jours de représentation solennelle, l'Académie n'est plus, à proprement parler, maîtresse chez elle; elle reçoit et se doit toute à ses hôtes. Son public habituel, exclusivement scientifique, est remplacé par un public fort mélangé, qu'il faut servir selon son goût, ses habitudes. La civilité l'exige. Quel secrétaire aurait le front et l'inhumanité de développer une thèse de pathologie ou d'anatomie, d'agiter le problème du perchlorure de fer, du chloroforme, ou d'entrer dans les détails techniques de la question proposée par le digne marquis d'Argenteuil, en face d'un triple rang de chapeaux féminins? La science et le technique endormiraient ou mettraient en fuite l'auditoire. L'*éloge* n'a pas ces inconvénients. Il peut ennuyer assurément— c'est l'effet, hélas! de toute lecture un peu longue—mais du moins il se laisse écouter et en grande partie comprendre. C'est un canevas sur lequel l'orateur peut, s'il est disert, coudre çà et là quelques fleurs artificielles qui brillent un moment à l'œil; il peut faire jaillir de temps en temps du fond sourd et monotone du discours une note aiguë qui réveille en sursaut les esprits, comme ferait une prise de tabac. Pariset excellait dans l'art de placer ces touches scintillantes que les peintres appellent des Réveillons. Il y ajoutait, comme adjuvant, l'accent et la mimique, et manquait rarement son effet. Ceci est l'affaire du talent, et *non omnia possumus omnes*. L'éloge a, en outre, un élément particulier d'intérêt dans sa partie biographique. La vie d'un homme, quelque unie qu'on la suppose, présente toujours quelques incidents attachants ou piquants, dont se contente aisément la sensibilité ou la curiosité superficielle d'un auditoire. De là la tendance des panégyristes à recueillir les anecdotes, à citer les traits de caractère ou d'esprit, à raconter tout ce qui a un air d'aventure. Arago faisait grand usage de ces moyens détournés; il s'en aidait pour faire passer plus aisément les appréciations scientifiques. Il avait d'ailleurs le goût anecdotier. Il était excusable; c'est une des nécessités du genre, une des conditions du succès. Or quel est l'écrivain si guindé dans sa dignité qui ne la sacrifie au premier des besoins, celui de se faire lire? et quel est l'orateur si solennel qui consentira à élaguer de son discours ce qu'il sait, par expérience, devoir le faire écouter et applaudir?

L'éloge académique est donc tout ce qu'il doit et peut être dans les conditions et dans le milieu où il se produit. Il faudrait, pour transformer ce genre et lui donner une valeur sérieuse et scientifique, changer d'abord ce milieu et ces conditions; mais dans ce cas il vaudrait mieux le supprimer tout à fait. Or c'est là une révolution qu'il ne nous sera pas donné de voir, ni non plus à nos fils et à nos petits-fils. Les trônes, les gouvernements, les empires auront changé dix fois de face avant que l'Éloge disparaisse du programme académique. Il durera peut-être, soigneusement empaqueté, comme une momie égyptienne, sous les bandelettes sacrées de la routine, autant que les académies mêmes. Le dernier Éloge sera prononcé par le dernier secrétaire perpétuel.

Il nous reste à peine assez de place pour adresser, comme la justice le veut, à

par la voie des exhalants. Mérat partageait cette dernière opinion touchant le rôle actif des exhalants dans la formation de l'ossification sénile. Hodgson dit : « Ces incrustations paraissent toujours commencer dans la substance de la membrane interne, et en général sur la surface externe de ce feuillet. »

Parmi les transformations de tissu, une des plus curieuses, suivant Corvisart et Blandin, est la métamorphose des anneaux fibreux plastiques en cerceaux osseux ; le dernier auteur ajoute que les concrétions osseuses prématurément développées se trouvent au-dessous de la tunique interne. En étudiant les plaques jaunes, Haller s'exprime ainsi : « Je les ouvris, car *la membrane interne conservait son intégrité*, et je trouvai une humeur jaune épanchée dans la couche celluleuse qui sépare cette membrane des fibres musculaires de l'artère. » J.-F. Meckel et H. Cloquet ont considéré la tunique interne comme le siége exclusif des concrétions calcaires.

Les plaques osseuses, selon Morgagni, sont très-souvent placées sous la membrane interne qui reste adhérente aux incrustations. C'est dans le tissu cellulaire qui unit la tunique interne et la tunique moyenne, que se font les dépôts de sels calcaires, d'après Laennec, Breschet, Bertin, etc. « L'ossification de la membrane interne des artères, dit Marjolin, et quelquefois les incrustations entre la tunique interne et la tunique moyenne sont une cause de l'anévrisme spontané. »

Le docteur Chévers Norman commet une triple erreur en voulant que les dépôts athéromateux soient situés entre les lames de la tunique fibreuse ; en trouvant aux concrétions un aspect laminé ; enfin, en croyant qu'il ne se développe pas de plaques calcaires au-dessous des séreuses viscérales privées de tissu fibreux sous-jacent. (Gaz. Méd., 27 juin 1840.)

Des médecins plus habiles dans leurs recherches ont établi une différence entre l'ossification sénile et l'ossification accidentelle ; c'est le premier pas fait vers la découverte du siége de cette singulière altération. M. Andral rapporte l'ossification sénile du système artériel à la membrane fibreuse, et les incrustations calcaires à une autre situation : entre la membrane interne et la tunique moyenne. Le siége de l'ossification sénile, suivant M. Cruveilher, est dans la tunique élastique, et celui des incrustations ordinaires dans la membrane interne. Béclard établit la position de l'*ossification sénile* dans la *membrane moyenne*, et de l'*ossification accidentelle entre la membrane interne et la tunique moyenne*, tels sont, en effet, les points précis où se déposent les sels calcaires chez les vieillards et dans les ostéophlegmasies.

Les *propriétés chimiques* des incrustations séniles et physiologiques rappellent celles du fluide osseux qui les précède toujours. Quand on fait dissoudre les plaques concrètes dans les acides minéraux étendus, les sels calcaires se précipitent et le canevas celluleux flotte dans le liquide, canevas organique de nouvelle formation, bien différent du tissu fibro-cartilagineux des ostéophlegmasies, bien différent surtout du tissu élastique, qui ne subit pas, comme on l'a dit, la transformation osseuse.

Hodgson a fait connaître l'analyse suivante des incrustations calcaires par Brand :

Phosphate de chaux.	65,5
Matière animale.	34,5
	100

La nature de la matière animale qui recèle les sels calciques est de l'albumine combinée à des traces de gélatine.

Chauffées à l'air libre, les incrustations prennent d'abord une teinte légèrement noirâtre, et sont ensuite décomposées en une substance blanche, très-friable. Soumises à la distillation, elles donnent les produits d'une substance azotée et un résidu terreux. L'action de l'air humide les attaque lentement ; elles se désagrègent graduellement et tombent en une poussière blanche semblable à la poussière des os. Placées dans un endroit sec, plongées dans l'alcool ou recouvertes par un vernis, par l'essence de térébenthine, elles résistent efficacement à la destruction.

VIII. Les os du squelette, les ostéides et les ostéophlegmasies diffèrent essentiellement des incrustations séniles, tant par leur organisation que par leur mode de développement.

De l'albumine, quelques traces de gélatine et du phosphate de chaux constituent les éléments des incrustations séniles. Une organisation commune à l'os, à l'ostéide et à l'ostéophlegmasie, bien différente de la précédente, réside dans un canevas identique fibro-cartilagineux. Ce tissu mixte est toujours facile à retrouver, en plongeant les organes osseux dans les acides qui séparent le fibro-cartilage des sels calcaires qui en font la solidité, la cohésion.

Le mécanisme de l'évolution des plaques calcaires des vieillards est fort simple. Un fluide osseux est épanché dans l'intervalle des fibres élastiques rompues, et peu à peu il se durcit, il se concrète, il devient dur comme un os.

L'os véritable ne se développe pas ainsi : il obéit à des lois d'ostéogénie fixes, régulières, ayant une certaine symétrie épigénétique ; il est toujours squelette fibro-cartilagineux avant de devenir squelette osseux.

Les ostéides, productions accidentelles semblables aux os quand elles sont formées, ont un mode de développement spécial que j'ai fait connaître. Jamais le tissu fibreux simple, jamais le tissu cartilagineux ne s'ossifient directement ; il y a toujours combinaison réciproque entre eux, sous forme de tissu mixte fibro-cartilagineux, pour constituer la trame organique de l'ostéide. La même loi préside à la formation régulière de l'os.

Une ostéophlegmasie est le dernier terme des modifications que subissent les productions accidentelles des séreuses enflammées. L'épigénèse de ce genre d'ossification, bien différente de l'ostéogénie, de la formation des ostéides et de l'ossification sénile, est toujours très-lente et fort compliquée : elle se caractérise par une suite de phénomènes préalables, phlegmasiques, que j'ai signalés dans mes Recherches sur les pseudomembranes. Devenue vasculaire, la fausse membrane des séreuses suit une marche fatale de métamorphoses successives : elle devient peu à peu indurée, concrète, plus dense, plus résistante ; enfin elle perd sa vascularité en augmentant de cohésion sous forme de cartilage, se transforme en fibro-cartilage et finalement en tissu osseux.

Le siége exact des ostéophlegmasies se trouve à la surface des séreuses, et jamais dans la séreuse elle-même. Cependant on a soutenu, après un examen superficiel, que cette membrane subissait la transformation osseuse. Il est toujours aisé de soulever la tunique séreuse au-dessus des incrustations calcaires ; elle est, il est vrai, très-souvent atrophiée et pellucide.

Dans les organes de la circulation, on découvre la situation constante des ostéophlegmasies au milieu des intervalles cellulaires qui unissent les membranes. L'incrustation phlegmasique siége entre la tunique interne et la tunique jaune des artères, et quelquefois entre celle-ci et la tunique externe ; pour le cœur, dans l'intervalle qui sépare la tunique interne de la

---

M. Frédéric Dubois quelques paroles amies pour son discours sur Orfila. Ce qu'il a pu y avoir de défectueux, d'insuffisant dans son étude historique et critique de cette brillante et vigoureuse individualité, nous venons de l'expliquer et en même temps de l'excuser, par les nécessités mêmes de la chose, du lieu, de l'occasion, du public. Ce qu'il y a eu d'heureux et de louable lui appartient. Les difficultés générales de toute nature, inhérentes à ce genre ingrat, étaient augmentées par une circonstance qui se présente souvent : la brièveté du temps écoulé depuis la mort de l'homme éminent dont l'Académie, la science et la France déplorent la perte. On n'est véritablement mort en ce monde que lorsqu'on n'est depuis longtemps. Tant que vivent tous les proches, les collègues, les amis, les ennemis, tant qu'existe l'entourage et, pour ainsi dire, la scène sur laquelle un homme public a exercé son activité, cet homme est vivant encore. Ce qu'on appelle la postérité n'apparaît que sur les tombes couvertes de mousse, et celle d'Orfila vient à peine de se fermer. Le temps de le louer est arrivé, sans doute pour l'Académie dont il est le bienfaiteur, pour la science qu'il a servie et fait progresser, pour les écoles de médecine qu'il a dotées de moyens d'instruction et largement contribué à réformer ; il est toujours temps de payer une dette. De son vivant même Orfila avait déjà reçu le prix de ses efforts et de ses travaux. Il avait aussi subi les oppositions, les attaques, l'hostilité, le dénigrement, l'injustice. Il avait savouré toutes les joies et éprouvé toutes les douleurs de la célébrité. C'est le droit ou le sort commun. Mais cette double manifestation de sentiments, de passions, de jugements contraires qui l'a accompagné dans toute sa carrière, qui continuait au moment de sa mort, qui gronde encore sur sa tombe, n'est, dans aucun sens, l'expression de la vérité. Il n'y a donc place, aujourd'hui comme hier, pour Orfila, qu'au panégyrique ou à la satire. Le temps de le juger, ou du moins de promulguer le jugement, n'est pas venu. La satire, nous l'espérons, se cachera par pudeur. Le panégyrique, M. Dubois l'a fait comme il convenait de le faire en présence d'un public sympathique, qui ne venait point chercher et n'avait pas besoin d'une enquête raisonnée pour légitimer son admiration pour le savant, mais qui lui demandait seulement de raviver, par un récit animé de sa vie, les sentiments de gratitude, de bienveillance, d'estime, qu'il avait pour la personne. Il n'y a donc pas à réclamer contre la multiplicité de détails intimes de biographie, dans lesquels M. Dubois est entré avec une complaisance qu'il savait devoir être payée de retour, et une curiosité qu'il partageait peut-être lui-même. Son étude embrassait d'ailleurs trop de points de vue pour être approfondie et complète. Il a dû se contenter, pour lui et pour les autres, dans certains endroits de sa peinture qu'il était forcé de négliger, d'un à peu près de ressemblance, et faire sciemment, par habileté, ce qu'a fait, probablement sans le vouloir, l'auteur du portrait en pied d'Orfila, qui décore, si on peut se servir de ce mot, une des parois du lieu des séances de l'Académie.

Nous n'avons rien de plus particulier à dire sur l'appréciation scientifique et morale que M. Fr. Dubois a faite d'Orfila. Nous l'acceptons en gros, comme le résultat de l'impression générale que ce personnage remarquable a dû faire, vu de loin, sur l'esprit de ses contemporains. Cette impression ne saurait être fausse, mais elle est vague. Il faudrait, pour la motiver et la préciser, une étude nouvelle, plus indépendante des circonstances, entreprise dans d'autres condi-

membrane élastique, et cette dernière de la couche musculeuse. Bertin a très-bien localisé les ostéophlegmasies de la membrane d'enveloppe du cœur; il dit: « Le péricarde présentait de nombreuses ossifications, qui avaient leur siége entre les membranes séreuse et fibreuse, d'une part, entre la séreuse et le cœur, d'autre part. » (T. DES MAL. DU COEUR, p. 264.) Les ostéophlegmasies péricardiaques sont moins fréquentes que celles du cœur et des vaisseaux sanguins. Sénac a observé une de ces productions accidentelles; il s'exprime ainsi: « La surface externe des oreillettes était légèrement ossifiée; la droite l'était un peu plus que la gauche. Il y avait une petite partie cartilagineuse environnée de l'ossification. » (T. DE LA STRUCT. DU COEUR, t. I, p. 283.)

L'étendue des ostéophlegmasies varie beaucoup; elle est quelquefois considérable. Sénac a trouvé la moitié du thorax revêtu intérieurement d'une couche pierreuse. Le J. DES CONN. MÉD.-CHIR. de 1834 renferme une observation curieuse de l'ossification de la plèvre. M. Parise a fait un mémoire spécial sur l'ostéophyte costal pleurétique (ARCH. DE MÉD.); MM. Bernard et Laboulbène viennent de publier une observation nouvelle de concrétions ostéocalcaires de la plèvre, suivie d'un examen des caractères microscopiques de cette production accidentelle (GAZ. MÉD., 26 fév. 1853.)

Les ostéophlegmasies sont un des nombreux produits pathologiques, une des formes nouvelles de l'irritation; elles ne restent pas stationnaires; elles attirent sans cesse les sels calcaires, au point de modifier sensiblement et de dénaturer même leur canevas primitif d'incrustation calcaire.

IX. Les ostéophlegmasies, les ostéides et les os ont tous un mode d'évolution différent et parfaitement déterminé. Aucun de ces modes divers de développement n'est applicable à l'ossification sénile: c'est pourquoi l'on a comparé l'incrustation physiologique à une espèce de cristallisation.

L'agrégation des sels calcaires, plutôt amorphe que cristallisée, est le propre des calculs. Elle tombe dans le domaine des lois physiques de l'attraction, tandis que les forces vitales président à l'épigénèse de l'ossification sénile. Les calculs soumis à l'action du feu ne dégagent pas, selon Sénac, l'odeur de matière animale brûlée, et se dissolvent en totalité dans les réactifs chimiques, sans laisser trace de canevas organique. Ces caractères différentiels suffiront pour ne pas les confondre avec les concrétions calciques. Broussais a fait la juste observation que, si les incrustations ne se forment pas à la manière des os, elles ne se font pas non plus comme une pétrification vicieuse. Nulle part nos organes ne se trouvent métamorphosés en pierres. Les calculs sont de véritables corps étrangers, inorganiques, engendrés dans le jeu des appareils, et par conséquent des parties qui ne doivent pas être douées de la vie. Sénac a substitué à la cristallisation une théorie inadmissible; il tombe, en effet, dans une étrange erreur en attribuant aux fibres du cœur un mouvement perpétuel qui les dispose à l'induration calcaire. « Il est certain, ajoute-t-il, que c'est cette cause qui ossifie les artères et les valvules. »

Les incrustations séniles sont le produit d'une sécrétion particulière, d'un fluide osseux destiné à combler le vide qui résulte de la rupture des fibres élastiques.

La sécrétion du fluide osseux est une propriété spéciale aux tissus fibreux élastiques et osseux. Tous deux, après leurs fractures, se réparent au moyen d'un cal provisoire et d'un cal définitif: tous deux ayant identité de fonctions mécaniques, ont identité de lésions de tissu. Toutefois il y a cette différence quant à la structure, c'est que la fibre osseuse se régénère, tandis que la fibre élastique, brisée, ne se cicatrise pas en tissu inodulaire des parties molles, ne se régénère jamais; elle emprunte, dans une espèce de cicatrice osseuse, le fluide calcaire, pour continuer son rôle mécanique dans l'économie animale.

Existe-t-il un organe sécréteur du fluide osseux? La tunique interne est-elle la membrane *calcigène?* On a effectivement comparé la tunique interne au périoste et l'incrustation à l'os. La comparaison eût été plus naturelle si la membrane fibreuse, qui est de même nature que le périoste, eût été choisie. Partout, en dehors des organes circulatoires, les tissus élastiques rompus se cicatrisent par une concrétion calcaire. La sécrétion du fluide osseux est donc inhérente à la fibre élastique.

X. Les plaques d'incrustation calcaire des vieillards sont évidemment les cicatrices du tissu élastique. La membrane interne qui les recouvre n'est ni plus fragile ni plus facile à rompre sur les concrétions que dans les autres parties de son étendue. Dans le principe de leur formation, elle conserve toutes ses propriétés de tissu. Les progrès de l'âge amènent des changements successifs et réciproques entre les plaques et la tunique interne. Devenues trop volumineuses, les incrustations pressent sur la membrane interne qui s'atrophie, devient pellucide et friable; elle s'éraille et se rompt quelquefois à leur circonférence. Les concrétions n'étant plus adhérentes que par leur côté externe à la tunique fibreuse, tombent tôt ou tard, entraînées par le torrent circulatoire, et il en résulte un anévrisme par érosion. Hodgson prétend que la tunique interne finit par se détruire en totalité, et que le sang se trouve en contact immédiat avec l'incrustation. Bichat n'a jamais observé ce point de contact direct. Portal a vu la concrétion s'avancer comme un polype dans le canal du vaisseau, et ne plus tenir à la paroi que par un faible pédicule membraneux. J'ai coutume de placer sous l'eau le tissu d'incrustation, pour faire flotter dans le liquide les lamelles éraillées de la tunique interne, et pour mieux juger du degré d'adhérence de l'incrustation à la tunique fibreuse. Il y a des plaques calcaires qui ne semblent tenir en place que par leur enclavement dans le tissu élastique.

L'intégrité de la tunique interne au moment de la sécrétion du fluide osseux, et même au début des incrustations, l'intégrité de la tunique fibreuse et les ruptures mécaniques du tissu jaune, ne permettent pas de douter que l'irritation inflammatoire ne joue aucun rôle dans l'ossification sénile. D'après certains auteurs, la phlegmasie, cause des incrustations, disparaît, et l'incrustation, accident inflammatoire, persiste comme une trace indélébile de sa cause génératrice: voilà pourquoi les membranes du cœur et des vaisseaux des vieillards paraissent saines autour des ossifications. Le raisonnement est plus spécieux que solide: en effet, le siége propre à l'incrustation physiologique et à l'ostéophlegmasie, la composition organique différente de ces deux productions accidentelles, leur mode inégal et particulier d'évolution, sont des caractères différentiels trop puissants pour maintenir dans la science cette confusion.

Il me reste à signaler un phénomène très-rare et fort curieux de coloration de la tunique interne, une espèce d'albinisme interne, de leucopathie. Deux fois j'ai trouvé des taches d'un blanc mat, longitudinales, sous forme de stries, dans l'épaisseur de la membrane interne de l'aorte, sans qu'il y ait aucun épanchement de fluide osseux. La couleur blanche mate était la seule altération apparente de texture de la tunique interne.

XI. Une inflammation consécutive, partielle ou générale s'empare très-souvent des organes qui sont le siége des incrustations physiologiques. Le ramollissement, la fragilité et les arborisations vasculaires rouges qui ré-

---

tions et un autre but que celle dont l'habile et savant secrétaire perpétuel a eu besoin pour la composition de l'Éloge justement applaudi à l'Académie de médecine mardi dernier.

L. PEISSE.

— Nous avons annoncé, dans le dernier numéro, la mort de M. le docteur Fourcault, dont les travaux nombreux et originaux ont été trop peu connus et dont la réputation est restée au-dessous de son mérite. Nous sommes heureux de pouvoir rendre un dernier hommage à la mémoire de ce laborieux médecin, en reproduisant quelques extraits d'un discours prononcé sur sa tombe par son ami M. le docteur Delasiauve, qui expriment la même pensée.

M. Delasiauve, après avoir rappelé les titres que M. Fourcault s'était acquis à la considération de ses confrères par ses services pratiques comme par ses travaux scientifiques, s'exprime en ces termes:

« Comment, avec de tels titres, M. Fourcault est-il resté à demi obscur? comment n'a-t-il pas pris la place éminente qui lui était due? Cette contradiction entre sa destinée et son mérite a tenu peut-être à ce que l'homme qui s'absorbe dans la jouissance des découvertes ignore l'art de les propager; nous l'avons dit d'ailleurs, l'ami que nous inhumons avait eu le malheur, presque toujours irréparable, d'une éducation classique imparfaite. Il n'a point connu le secret de cette polémique ardente et vigoureuse qui, sachant au besoin détruire pour édifier, est indispensable pour ainsi dire à celui qui proclame des vues nouvelles. Broussais n'a dominé un moment qu'environné de ruines. M. Fourcault se contenta de placer la vérité au milieu des erreurs dominantes, sans songer qu'en laissant planer ainsi des ombres sur la première, il nuisait au succès et à l'affermissement de son œuvre. Dans la candeur de son enthousiasme, il donnait aussi parfois à l'expression de sa pensée une apparence d'exclusivisme qui la rendait suspecte. Ajoutons qu'il eut le tort de fixer seulement ses regards vers les hautes sphères académiques, au lieu de chercher par une gradation ménagée le baptême de sociétés savantes moins illustres, mais également profitables, où la concurrence est moins sérieuse, l'égalité plus complète, où l'on se fait facilement entendre, écouter, apprécier, connaître; cette école préparatoire, cet échelon indispensable, il le négligea. Doué d'une parole sonore, d'une élocution facile, il aurait pu encore produire ses doctrines et ses expériences au jour de leçons publiques, qui certainement eussent été suivies; sa modestie ne lui permit pas d'en rechercher le retentissement et d'en tenter la fortune, tant il est vrai, messieurs, qu'abstraction faite de la capacité individuelle, les circonstances décident surtout des positions. »

— Le nombre des élèves inscrits jusqu'à ce jour à la Faculté de médecine de Paris s'élève à 1,065, dont seulement 287 nouveaux. L'année dernière, au 15 novembre, le nombre des élèves inscrits était de 1,434, et celui des élèves nouveaux, compris dans ce chiffre, s'élevait à 480. C'est une diminution assez considérable, qui paraît pouvoir être attribuée, au moins en partie, à la gêne de beaucoup de parents dans les campagnes, par suite de l'insuffisance ou de la mauvaise qualité des récoltes.

sistent au filet d'eau continu sont les signes indubitables de la complication phlegmasique. La coloration rouge de la tunique interne n'est pas toujours un signe certain d'irritation. Hodgson dit : « La surface interne des artères offre souvent un aspect rouge qui ne dépend pas d'une inflammation aiguë. » (MAL. DES ARTÈR., t. I, p. 8.) Laennec a produit de ces colorations insolites, artificielles, à différents degrés, en mettant du sang en contact avec l'intérieur du canal sanguin, naguère incolore. Le phénomène d'imbibition cadavérique est surtout remarquable dans les artères. Après une macération aqueuse prolongée, on observe aussi la coloration rouge du tissu jaune élastique, et cet effet est plus sensible, plus apparent aux artères du crâne.

Il y a une époque de l'inflammation du cœur, des artères et des veines qui ne s'accompagne plus de la rougeur morbide. La tunique interne est gonflée, ainsi que le tissu cellulaire sous-jacent, où il se fait un épanchement séro-albumineux plus ou moins étendu; elle devient très-friable par la perte de cohésion de son tissu : elle se décolle facilement et se brise sous la pression des doigts. La perte du poli de sa surface lui donne un aspect villeux et la rend rugueuse au toucher. Après les artérites et les cardites violentes, il n'est pas rare de trouver des concrétions fibrineuses dans la cavité de l'organe enflammé, et quelquefois des pseudomembranes adhérentes. Il est presque impossible de saisir des traces de pus autour des plaques calcaires, parce que ce produit pathognomonique de l'inflammation, à mesure qu'il est formé, se trouve entraîné dans le torrent circulatoire. Les accidents phlegmasiques sont moins fugaces dans la phlébite et moins rebelles à l'observation. L'étude comparative des incrustations séniles normales et compliquées d'irritations sur le même système artériel est une nouvelle preuve que l'inflammation est un épiphénomène, un accident ajouté aux cicatrices osseuses, et non pas la cause génératrice de ces cicatrices.

Des médecins célèbres, avides de généraliser les faits, ont abandonné la voie lente et sage de l'observation, pour attribuer, sans distinction aucune, toutes les incrustations calcaires à une cause unique, à l'inflammation. Ils ont invoqué l'analogie, le raisonnement et l'expérience directe sur les animaux vivants, au lieu d'étudier la composition, le siége et le mode d'évolution des plaques calcaires des vieillards, et ils se sont étrangement fourvoyés. N'est-ce pas commettre une pétition de principe que de dire : L'incrustation calcaire existe, donc il y a eu irritation inflammatoire? Qu'il y ait des ostéophlegmasies, aucun observateur exact ne le nie; mais qu'une plaque osseuse quelconque soit une ostéophlegmasie lors même qu'il n'y a aucune trace d'irritation, voilà qui est une erreur grave; c'est admettre comme démontré l'objet en litige; c'est préférer une idée hypothétique au fait qui est sous les yeux et que l'on ne veut pas voir. Monro, Hodgson, Bertin, Crell, etc., ont soutenu cette opinion erronée. Observateur plus sévère, Marjolin a senti qu'il y avait une différence, et il dit : « L'ossification accidentelle paraît être un effet de l'âge, mais le plus souvent elle est due à l'irritation et à l'inflammation chronique. » Les dépôts de matière calcaire, selon Richerand, Corvisart et Scarpa, résultent soit de l'action du virus syphilitique, soit du traitement mercuriel, soit enfin de la diathèse scrofuleuse. Laennec, esprit sagace et profond, soutient que le trouble organique qui produit le pus n'est certainement pas le même que celui qui détermine les inflammations. Béclard s'exprime à peu près ainsi : L'ossification sénile paraît le dernier terme des changements successifs que la membrane moyenne, d'abord molle et rougeâtre, éprouve durant la vie; l'ossification accidentelle est une véritable production nouvelle, une déposition de sucs calcaires.

XII. Les plaques calcaires séniles et pathologiques se traduisent par des signes sensibles mieux étudiés, mieux appréciés, et surtout mieux entendus depuis la découverte de l'auscultation. Les progrès de la séméiologie sont tels qu'il n'est plus permis, à propos de l'ossification sénile, de soutenir avec Bichat que « cette disposition n'entraîne aucun inconvénient chez les vieillards. » (ANAT. PATH., p. 261.) L'ossification progressive des artères, comme chacun sait, les dépouille de leur élasticité et de leur tonicité vitale. Elles deviennent des tubes inertes qui rendent la circulation languissante, qui amènent une vascularité moins grande, et souvent aux extrémités qui déterminent le refroidissement, l'engourdissement et la mort de la partie par *gangrène sénile*. (Voy. François, ESSAI SUR LES GANGRÈNES.) Les moindres concrétions osseuses dans les organes circulatoires des jeunes sujets produisent très-rapidement des symptômes fâcheux. Chaque organe troublé dans son mécanisme fournit des signes diagnostics particuliers, étrangers à ce travail d'anatomie médicale.

Arrêtons-nous à quelques accidents locaux fort importants. Tout organe de la circulation incrusté de sels calcaires ne concourt plus que faiblement à activer le cours du sang. L'artère transformée en canal osseux devient un tube inerte, et la colonne sanguine la traverse sous la seule influence des contractions du cœur. L'organe central de la circulation est-il lui-même totalement incrusté de sels calciques, le cours du sang est alors maintenu par le jeu élastique des parois des artères et des veines. L'oblitération du canal sanguin entraîne nécessairement la suspension ou l'arrêt du mouvement circulatoire.

Avant de traiter de ce grave accident, rappelons quelques conséquences pratiques qui résultent des concrétions calcaires. L'artère incrustée de sels calciques est une cause fréquente d'anévrisme, d'hémorrhagies souvent foudroyantes; elle ne reçoit plus les ligatures aussi sûrement et se brise par la torsion. Dupuytren fut obligé de faire une ligature médiate pour éviter l'hémorrhagie de l'artère brachiale ossifiée, chez une femme âgée à laquelle il venait d'amputer le membre : chirurgie plus éclairée que celle qui a porté un opérateur à faire pour un cas semblable deux amputations successives. Le perchlorure de fer est appelé à jouer un rôle non moins grand comme moyen hémostatique dans les hémorrhagies que dans les anévrismes comme moyen curatif. A cet égard, je partage la sécurité et l'espérance de M. Lallemand sur l'avenir médical de l'agent thérapeutique découvert par M. Pravaz.

Je reviens à l'oblitération des artères qui est le dernier terme d'accroissement de l'ossification sénile. Les portions du canal converties en cylindre osseux offrent habituellement un assemblage d'éminences et d'anfractuosités, et aussi des pointes en saillie dans l'intérieur de l'artère.

Les artères de moyenne et de petite grandeur sont le plus ordinairement oblitérées, quoique les gros troncs en fournissent des exemples. Hodgson a vu les artères rénales et fémorales complétement obstruées par un dépôt abondant de matière athéromateuse. L'artère rénale droite étant changée tout à fait en un tube ostéo-fibreux, imperméable au sang, j'ai en même temps constaté l'atrophie du rein correspondant et la transformation de l'uretère en un cordon fibreux percé d'une cavité capillaire. Ast. Cooper rapporte qu'il a observé, au niveau du canal artériel, un point rétréci avec épaississement et incrustations calcaires de l'aorte qui oblitérait presque sa cavité. Il existe à l'hôpital Saint-Thomas une aorte d'animal complétement oblitérée. Selon Bertin, l'ossification formait des masses tellement épaisses que l'aorte n'était presque plus perméable au sang dans une certaine étendue. Marjolin appelle l'attention sur le calibre du vaisseau ossifié qui est toujours rétréci, et il pense que ce rétrécissement pourrait bien être une des causes inconnues de la diathèse anévrismale. Le ramollissement cérébral qui arrive chez les vieillards n'a pas d'autre mécanisme, suivant M. Hasse, que l'oblitération qui est consécutive à l'ossification. (ARCH. MÉD. 1847.) M. Rostan a déjà émis cette opinion avec de sages réserves dans son TRAITÉ SUR LE RAMOLLISSEMENT.

Un dernier accident local, non moins important que l'oblitération des artères et généralement moins connu, est ce que je nomme la *migration calcaire*. Bichat révoque en doute ce phénomène ; il dit : « Jamais je n'ai vu ces plaques osseuses se détacher entièrement et devenir libres dans l'artère. » (AN. GÉN., t. II, p. 65). Les fragments calcaires suspendus à un faible pédicule membraneux seraient un indice suffisant pour mettre sur la voie de la migration calcaire, si les écrits de la science ne renfermaient pas une foule d'observations touchant de petites pierres, de petits calculs que l'on a improprement comparés à la gravelle des reins, parce que la véritable origine de ces incrustations calcaires était restée problématique. Les pierres du cœur ont particulièrement occupé les esprits. Portal a signalé des concrétions pierreuses trouvées dans le cœur et les artères. (*Loc. cit.*, t. III.) Schleiberus a recueilli dans les cavités du cœur une pierre de couleur cendrée et d'un volume énorme. Dans le cœur du pape Urbain VII, on découvrit un os triangulaire au rapport de T. Bartholin.

Lorsque les incrustations calcaires abandonnent leur siége primitif de formation, elles tombent dans la cavité du vaisseau, elles se brisent et se réduisent en fragments par des chocs réitérés contre les parois artérielles; elles parcourent les voies circulatoires dans la direction du sang qui les entraîne, et elles forment au loin, à l'endroit où elles se trouvent arrêtées, soit les pierres et les calculs signalés par les auteurs, soit aussi l'oblitération sablonneuse du canal sanguin. Il n'y a jamais de graviers ni de conches de sable calcaires sans incrustation préalable des organes circulatoires.

Il est plus fréquent de voir de petites concrétions dures, solides, très-résistantes, phosphatiques et libres dans les veines que dans les artères. Langstaff a constaté la présence de trois calculs pisiformes dans les veines de l'utérus. Les phlébolites ne sont pas très-rares dans les veines ovariques, où elles sont tantôt libres, tantôt comme enkystées entre deux rétrécissements valvulaires, tantôt enfin suspendues à un pédicule membraneux. Béclard a vu les veines hémorrhoïdales, les veines vésico-prostatiques, les veines des ligaments larges de l'utérus et même les veines sous-cutanées des jambes affectées de varices, devenir très-souvent le siége de concrétions arrondies, égales, moindres ou supérieures à un grain de millet. Ce savant anatomiste avait admis que les phlébolites étaient formés de couches superposées; qu'ils se constituaient dans le sang retardé ou arrêté dans son cours, surtout dans les veines les plus déclives et non dans les parois des veines. Hodgson dit : « Il est assez probable que des calculs se forment

dans les parties voisines et qu'ils entrent dans les veines par absorption progressive. » (*Loc. cit.*, p. 467.) Théorie bizarre qui ne souffre pas un examen sérieux; en effet, les incrustations mobiles ou les petits calculs erratiques sont toujours dans les veines où elles ont été formées. Dupuytren est le premier qui ait fait l'importante remarque que des concrétions pédiculées et osseuses flottaient librement dans le canal des veines, et que ce canal en était parfois oblitéré quand elles augmentaient de volume. Breschet se livra à une étude plus suivie de ce pédicule filiforme, auquel tenaient encore des calculs de la grosseur d'un pois et d'un noyau de cerise. Il vit le pédicule récemment rompu et la concrétion, abandonnée à elle-même, devenir libre dans l'intérieur des veines. Il trouva la raison d'être ou la théorie véritable des phlébolites.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA DYSSENTERIE D'AFRIQUE; par M. Emile Cordier, médecin aide-major de première classe aux ambulances de l'Algérie.

(Suite et fin. — Voir le n° 48.)

Nous n'avons emprunté à nos notes que les observations qui, rédigées par nous-même et revues avec sévérité, n'offrent aucun doute. Du 20 mars 1848 au 20 mars 1852, nous comptons 690 cas de dyssenteries aiguës; sur ce nombre, nous avons eu 10 morts, ou 1 sur 69.

Nous ferons même remarquer, au sujet de ces 10 morts, que plusieurs ont été apportés à l'hôpital dans un état presque désespéré. Nous avons traité un nombre bien plus considérable de dyssenteries à Tiaret, au Pont-du-Chélif, dans les colonies agricoles, dans les différents services dont nous avons été chargé, ainsi celui des femmes, des enfants; enfin, dans une clientèle civile assez répandue à Mostaganem, et datant de six ans, *constamment* nous avons appliqué cette méthode de traitement, *constamment* nous avons obtenu les mêmes résultats avantageux. Il nous serait impossible de signaler le moindre accident dépendant de son emploi. Jamais dans aucun cas, et nous insistons sur ce point, nous n'avons eu recours aux émissions sanguines, générales ou locales, et nous n'hésitons pas à déclarer ouvertement que, dans la dyssenterie aiguë primitive ainsi traitée, la guérison est la règle et la mort l'exception.

La marche que nous avons suivie pour arriver à l'emploi de cette méthode et les motifs qui nous y poussèrent peuvent être utiles ou curieux à connaître; aussi nous permettrons-nous de les raconter. Débutant à Tiaret au commencement de 1847, et encore neuf dans le traitement des maladies d'Afrique, notre embarras était grand, nous l'avouerons, devant ces dyssenteries qu'on disait si graves dans la province d'Oran. Notre premier séjour en Algérie, dans la province d'Alger et de Constantine, puis notre année passée à Mahon, nous avaient inspiré une répugnance invincible pour la médication antiphlogistique dirigée contre les maladies de ce pays. Sans nous en rendre un compte bien exact, nous avions conservé un triste et désespérant souvenir des effets de ce mode de traitement, qui nous paraissait presque aussi funeste que la maladie elle-même. En France, au moment de notre départ, nous nous étions promis de n'y avoir jamais recours. Nous vénérons les vieilles moustaches, et ce n'est qu'avec un respect mêlé de crainte que nous touchons à cette noble poussière de l'école qui brille encore sur quelques-uns de nos anciens uniformes; c'est donc avec l'humilité du conscrit rebelle que nous demandons pardon de notre irrévérence et de nos hérésies aux grognards de la médecine physiologique.

Sans guide et ne prenant conseil que des lectures que nous avions faites, nous résolûmes alors d'employer l'ipéca. Nos premiers essais nous donnèrent littéralement la colique, nous avions perdu faim et soif. Mais des résultats favorables nous rassurèrent, et des succès imprévus dissipèrent nos terreurs, car, à cette époque, confessons-le, nous redoutions aussi d'allumer, avec cet agent, un effroyable incendie inflammatoire qui aurait pu, qui sait! se propager à la triste baraque servant d'hôpital à Tiaret. Et comme aucun genre de pompiers n'existe dans cette localité, nous apercevions déjà, dans le lointain de nos prévisions, la grave responsabilité que notre imprudente audace allait nous attirer. Mais il n'en fut rien.

Plus tard, à Mostaganem, des conversations intimes avec M. Macser, un de nos dignes chefs et l'un de nos meilleurs amis, nous fortifièrent dans notre manière de procéder.

Ce n'est qu'à Mostaganem que nous avons uni l'ipéca au calomel: nous le répétons, cette alliance ne nous paraît conduire à aucun résultat digne d'attention. Dans des cas assez nombreux même; ainsi, chez des soldats d'une faible constitution, fatiguée par les privations; chez des colons malheureux que le défaut de ressources et la misère avaient débilités, nous étions obligé de renoncer au calomel, car une stomatite mercurielle, toujours douloureuse, se montrait rapidement. Nous avons noté le même inconvénient dans des cas de dyssenterie chronique.

Nous n'attachons à cette simple histoire aucun intérêt d'amour-propre, tant s'en faut; si elle peut servir d'exemple ou d'encouragement, nous nous en réjouirons. Comment agit cette méthode de traitement? Comme nous l'avons déjà dit, quelques explications deviennent nécessaires, mais nous tiendrons notre promesse, nous serons court.

Pour répondre à la question que nous nous sommes posée, il faut que nous possédions le mécanisme de la dyssenterie; l'étude des causes principales de cette maladie nous conduira à cette donnée. Sans entrer dans les détails, nous affirmerons qu'il résulte de l'examen attentif du territoire algérien que l'instabilité météorologique est un des caractères essentiels du climat; mentionnons ensuite la constitution bilieuse qui, en Afrique, est partout présente, dont l'influence s'étend sur tous les points, dont l'intensité seule varie avec les saisons, avec les localités. Quelle est la cause la plus active de la dyssenterie? Sans contredit, c'est le refroidissement, c'est le passage brusque du chaud au froid; nous avons donc raison de noter, comme un des traits tranchés du climat algérien, l'instabilité météorologique. Aussi est-ce à la fin de l'été et à l'automne que les dyssenteries présentent le plus de gravité et se montrent en plus grand nombre, c'est-à-dire à l'époque de fréquentes perturbations atmosphériques.

Quel genre d'action exerce la constitution bilieuse? Sous son empire, le système nerveux s'exalte, la sécrétion biliaire est augmentée, le foie se congestionne, enfin l'appareil biliaire devient le centre des mouvements organiques. L'élévation de la température, cette cause fixe, engendre la constitution bilieuse. Les causes secondaires sont la mauvaise qualité des aliments, des eaux, les excès de toutes sorte qu'entraîne si souvent la guerre, enfin les conditions défavorables auxquelles expose nécessairement toute colonie qui ne fait que naître, comme l'Algérie. Quant à l'infection palustre, elle complique la dyssenterie, mais elle ne la produit pas directement.

La constitution bilieuse donne naissance à l'embarras gastrique ou bilieux: pour notre part, nous n'avons pas rencontré une seule dyssenterie aiguë qui ne fût pas accompagnée de cet état morbide plus ou moins prononcé. L'instabilité météorologique ou le refroidissement provoque les évacuations alvines qui caractérisent cette affection. Mais, nous objectera-t-on, pourquoi la maladie principale se localise-t-elle plutôt sur le gros intestin que sur tout autre organe? Nous pourrions négliger cette question; au point de vue pratique, il suffit d'avoir constaté le fait. Toutefois, nous dirons que, dans les pays chauds, il est d'observation que la peau fonctionne et doit fonctionner beaucoup; or si une brusque répercussion de la transpiration, un refroidissement subit met obstacle à la sortie des matières qui traversent la peau, et s'oppose à son action éliminatrice indispensable, la muqueuse intestinale suppléera à cette action qui n'a plus lieu. C'est un résultat du balancement des actions organiques, une conséquence de la force de résistance vitale qui cherche à rétablir l'équilibre.

Maintenant, si nous mettons en présence de cette affection, ainsi décomposée dans ses éléments, la méthode que nous avons décrite, il nous semble assez facile de se rendre un compte satisfaisant de l'action de l'ipéca. L'ipéca, en effet, agit d'abord comme antiphlogistique par les secousses de vomissements qu'il provoque, par les pertes humorales abondantes qu'il produit, par la diaphorèse et la détente générale auxquelles il donne lieu; ensuite, il débarrasse les organes gastriques des sécrétions morbides qu'ils renferment, et exerce sur la muqueuse intestinale une irritation thérapeutique, ce que prouvent les expériences faites sur la peau avec ce médicament. Enfin, à cause de la sûreté de son action, l'ipéca nous paraît posséder sur le système nerveux ganglionnaire une influence spéciale qui a déjà été signalée, et qui échappe à toute explication. Les émissions sanguines sont funestes, parce qu'elles débilitent outre mesure, et qu'elles ne s'attaquent qu'à un élément secondaire de la maladie.

Les lavements sont nuisibles, parce qu'ils s'opposent à une élimination qu'il faut changer, modifier, mais non arrêter. Ainsi les anciens n'ignoraient pas que la diarrhée préserve de la dyssenterie. Cette vérité, base du traitement de cette maladie, a été complètement oubliée de nos jours: que voulez-vous? pour un grand nombre d'entre nous, le progrès ne date jamais que de l'époque où nous consentons à nous ouvrir à nos contemporains. L'oubli, dans ce cas, ne doit être considéré que comme une preuve de supériorité.

Nous ne pouvions nous dispenser d'entrer dans les considérations qu'on vient de lire, d'autant plus qu'une objection qui nous a été faite en Afrique pourrait de nouveau être présentée. Un de nos chefs, dont nous tairons le nom, homme d'expérience et de pratique, ayant longtemps habité l'Algérie, mais n'ayant exercé que dans la province d'Alger, où il n'employait contre la dyssenterie que la médication antiphlogistique, nous disait, surpris, émerveillé même des succès qu'il obtenait avec notre méthode, que

très-probablement l'ipéca n'agissait avec une efficacité aussi rapide et aussi grande que parce que la dysenterie de la province d'Oran cachait quelque chose de spécial qui cédait à cet agent.

Cette objection n'est que spécieuse : il suffit de jeter un regard attentif sur l'ensemble du territoire algérien, et sur les caractères météorologiques qui le distinguent, pour s'assurer que la dysenterie d'Afrique est partout de même nature, qu'elle reconnaît partout également les mêmes causes, qu'elle affecte la même allure, et que, sur tous les points où elle se montre, elle accuse une origine identique, un fonds commun d'influences productrices.

L'observation directe d'ailleurs confirmé ce que nous avançons.

Enfin, consultons les pays qui, sous le rapport du règne pathologique, ont une grande analogie avec l'Afrique, et voyons ce que les traditions nous racontent.

En 1760, les Français occupaient l'île Minorque, peu distante de l'Algérie, comme on sait, et lui ressemblant en beaucoup de points.

M. de la Chapelle, chirurgien aux armées du roi, en garnison à Mahon, fit paraître sur le climat et sur les maladies de l'île Minorque une brochure fort intéressante que nous avons eue dans les mains et qui est devenue fort rare, nous le pensons : or, contre la dysenterie, il employait les évacuants, l'ipéca, la rhubarbe, etc., et s'en trouvait fort bien. En 1798, l'île Minorque fut livrée aux Anglais par le gouverneur espagnol. La dysenterie fit des ravages considérables dans l'armée anglaise : les médecins de cette nation, appliquant la médication qu'on leur avait enseignée dans leur pays, arrivèrent à des résultats tellement malheureux que beaucoup d'officiers s'adressèreot alors à un émigré français, établi à Mahon depuis plusieurs années. Ce praticien ne faisait usage que de l'ipéca et de la rhubarbe, et il obtint des succès tels qu'il parvint à réaliser une assez brillante fortune. Beaucoup de médecins anglais l'imitèrent ensuite et réussirent comme lui. Nous tenons ces détails de notre compatriote, mort sans aucun doute aujourd'hui, et dont l'expérience et la fréquentation, à Mahon, nous furent très-utiles.

Pour nous conformer à cette habitude qui force presque tous ceux qui tiennent une plume à faire un jour ou l'autre leurs confidences intimes au public, et aussi pour rendre hommage à la mémoire d'un homme de bien, nous ajouterons en terminant que l'idée première de la méthode que nous avons suivie plus tard en Afrique remonte à cette époque.

Nous dirons peu de choses de la dysenterie chronique : au début, la même méthode peut être prescrite, mais avec une grande modération; il est préférable d'insister sur l'emploi de quelques purgatifs, ainsi la rhubarbe, suivie le soir d'une préparation opiacée, selon la manière de Pringle.

Malgré la persistance de l'affection gastro-hépatique, il serait souvent dangereux de trop user des évacuants. C'est alors qu'on doit avoir recours aux lavements avec le ratanhia, l'eau de chaux, le nitrate d'argent, etc., etc.

La dysenterie chronique, même simple ou non compliquée d'altérations graves du côté d'autres organes, constitue presque toujours une inaptitude radicale à l'acclimatement, à un séjour prolongé en Algérie, et exige une prompte évacuation sur France.

On s'est beaucoup occupé dans ces dernières années des affections hépatiques et de leur coïncidence avec la dysenterie ; on a même poussé l'hépatomanie jusqu'à présenter, la province d'Oran surtout, comme une véritable Californie hépatique. Nous ne pouvons ici traiter cette question : elle a été remuée, travaillée; elle n'a pas été résolue. Suivant nous, on a simplement exagéré ce qu'on désirait prouver. Nous en donnerons la démonstration un jour dans un ouvrage que nous préparons. Certes il faudrait être aveugle ou de mauvaise foi pour nier la fréquence et la gravité des affections du foie en Algérie, et leur coïncidence avec la dysenterie; nous nous bornerons donc à avancer que ces deux maladies exclusives, dans la majorité des cas, ne se montrent que dans la dysenterie chronique, et que, quant à leur nombre plus considérable et à leur intensité plus grande à une certaine époque déjà éloignée, cela tenait aux conditions spéciales où se trouvait alors l'Algérie, et beaucoup aussi au mode de traitement qu'on dirigeait contre la dysenterie aiguë.

La méthode que nous avons exposée ne nous appartient nullement. Il suffit d'ouvrir quelques livres pour s'en assurer. Nous nous appuierons même sur cette raison pour engager les praticiens à l'expérimenter, car nous concevons très-bien qu'on conserve de la défiance à l'égard des inventeurs modernes, nous compris, cela va sans dire.

Cette méthode est employée, dans toute la subdivision de Mostaganem, depuis plusieurs années, et nous croyons aussi, sans pouvoir l'affirmer cependant, dans la subdivision de Mascara.

Nous avons rencontré un grand nombre de collègues qui, d'abord réfractaires à ce mode de traitement, à cause de son côté absolu et exclusif, l'ont essayé sans prévention, ont obtenu d'incontestables succès, et ont ensuite abandonné toute autre médication.

Enfin, pour rendre une entière justice à l'ipéca, nous dirons que cet agent est un des rares médicaments qui nous aient donné des services réels, lors des épidémies cholériques de 1849, 1850, 1851.

La période d'incubation du choléra, dont la découverte appartient à M. J. Guérin, et qui, grâce à ses patients efforts, est aujourd'hui hors de toute contestation, nous semble en effet avoir une certaine analogie, une certaine relation avec la dysenterie.

Nous nous estimerons heureux si nous parvenons à tirer de l'oubli et à propager une méthode thérapeutique dont les effets salutaires ne nous ont jamais manqué ; nous l'espérons, sans chercher toutefois à nous faire illusion, car nous pensons, avec Voltaire, que rien n'est si difficile à dire aux hommes que la vérité.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. ZEITSCHRIFT FUR RATIONELLE MEDIZIN.

Par les docteurs Henle et Pfeufer (1).

Le tome X, et les tomes I et II de la nouvelle série de ce recueil renferment les articles originaux suivants : 1° *Description d'un nouvel appareil micrométrique*; par Hermann Welcker. 2° *Sur les nerfs de la cornée transparente*; par le professeur Luschka. 3° *Sur les sympathies nerveuses*; par le docteur Théod. Clemeos. (Il est question de crampes tétaniques qui surviennent le plus souvent chez des cordonniers et affectent la main droite d'abord, puis les deux mains et quelquefois l'extrémité inférieure droite. L'auteur relate l'histoire curieuse d'une jeune faiseuse de dentelles qui, injustement soupçonnée d'avoir soustrait de l'argent, reçut de son père un léger coup entre les épaules et fut prise subitement de crampes tétaniques; celles-ci affectèrent d'abord la main droite, puis les deux mains et les muscles du cou. Le lendemain, la maladie offrait le caractère d'une violente chorée, qui se termina par la mort au bout de vingt-quatre heures.) 4° *Les nerfs de l'utérus*; par le docteur Fr. Kilian. 5° *De l'hypérémie dans ses rapports avec la douleur*; par le docteur Pickford. (Études sur l'inflammation.) 6° *Sur la composition et sur l'origine des calculs biliaires*; par le docteur G. Seifert. (L'auteur a trouvé dans les calculs biliaires une assez forte proportion de fer et de cuivre. Les cellules épithéliales, infiltrées de molécules de matière colorante, forment, suivant lui, le noyau des calculs. Dans l'état actuel de la science, il n'existe aucun spécifique contre les calculs biliaires.) 7° *Cirrhose de la mamelle*; par le professeur A. Wernher. 8° *De l'influence des températures de l'eau sur les nerfs moteurs de la grenouille*; par C. Eckhard. 9° *Calcul intestinal chez un homme*; par le docteur Büchner. 10° *Addition à des recherches antérieures sur l'histologie du système nerveux*; par le docteur Schaffner. (L'auteur a étudié les globules ganglionnaires, dispersés dans la substance du cœur; il décrit les rapports de ces globules avec les nerfs qui en partent, et mentionne les rameaux courts et déliés qui unissent les globules ganglionnaires les uns aux autres. Il a trouvé aussi des globules nerveux dans les parois de l'intestin de la souris.) 11° *Cas d'anévrisme d'une valvule semi-lunaire de l'aorte*; par le docteur Dusch. (Les trois valvules semi-lunaires étaient épaissies; mais l'une d'elles portait une tumeur de la grosseur d'une noisette, faisant saillie dans le ventricule, et que l'auteur regarde comme anévrismale.) 12° *Sur l'avortement dans les premières périodes de la grossesse*; par le professeur Hermann de Meyer. (L'examen des môles expulsées dans les deux premiers mois de la grossesse ne permet pas, ordinairement du moins, de trouver le fœtus, parce que le plus souvent celui-ci est sorti de l'œuf par la rupture de ses membranes, et a été entraîné au dehors avec le sang.) 13° *Cas de perforation de l'appendice vermiculaire*; par le docteur Eimer. 14° *Sur le traitement de la dysenterie*; par le même. 15° *Sur le traitement de la pneumonie par les inhalations de chloroforme*; par le docteur Georges Varrentrapp. 16° *Kyste sous-cutané contenant de la graisse et des cheveux*; par le professeur Hermann Meyer. (Description d'un kyste qui renfermait une matière grasse, consistante, au milieu de laquelle se trouvaient mêlés une grande quantité de poils, fait qui montre que ces sortes de kystes sont formés aux dépens des éléments de la peau.) 17° *Notes pour servir à l'histoire des ossifications pathologiques*; par le même. (Ossification des muscles, des tendons, de la peau extérieure et des cartilages articulaires.) 18° *Études d'étiologie générale*; par P. Pickford. (Travail philosophique.) 19° *Sur le sang veineux de la rate*; par le docteur Otto Funke. (Recher-

(1) L'envoi de ce recueil a été interrompu pendant quelque temps, ce qui explique le compte rendu tardif des volumes dont il est ici question.

ches très-détaillées sur la constitution microscopique et sur la nature chimique de ce liquide.) 20° *Recherches sur les excitants vitaux; recherches sur l'air atmosphérique, suivies de remarques sur l'action de l'éther sulfurique;* par le docteur Pickford. 21° *Nouvelles expériences sur l'influence des nerfs dans la sécrétion de la salive;* par C. Ludwig. (Expériences sur le rôle des nerfs dans la sécrétion, comparativement au rôle qu'on attribue à la pression du sang dans les vaisseaux. L'auteur arrive à conclure qu'il faut renoncer à une explication purement mécanique du phénomène.) 22° *Communication d'une loi qui détermine la composition chimique de la salive de la glande sous-maxillaire, dans le chien;* par E. Becher et C. Ludwig. 23° *Recherches sur l'origine et sur la marche des nerfs sécréteurs dans la glande parotide, chez le lapin;* par le docteur Conrad Rahn. (Ces nerfs proviennent du trijumeau et du facial.) 24° *Gastrotomie pour l'extraction d'un enfant mort, tombé dans la cavité abdominale par suite d'une déchirure de la matrice; guérison;* par le docteur Nebel. 25° *Irritation chimique des nerfs moteurs dans la grenouille;* par C. Eckhard. 26° *Sur les mouvements péristaltiques de l'intestin et du scrotum;* par Fr. Belz. 27° *Sur l'action de la chaleur et du froid;* par le docteur Pickford. 28° *Sur certaines actions physiologiques de l'électricité atmosphérique;* par C. F. Schonhein. (Recherches sur les effets une l'ozone exerce sur l'économie animale, et sur la propriété que possède cette substance de détruire les miasmes.) 29° *L'atmosphère renferme-t-elle de l'acide nitrique libre, comme partie constituante?* par C. F. Schonhein. (La présence de l'acide nitrique pourrait être attribuée à l'ozone, substance très-oxydifiable; l'acide nitrique n'existerait que secondairement.) 30° *Recherches sur le passage de molécules solides dans le sang : 1° passage des matières solides par l'intestin et par la peau;* par le docteur Eberhard; 2° *passage de molécules solides dans le système vasculaire;* par C. F. Donders. (Ces deux mémoires sont la reproduction de travaux publiés en 1847 et 1848 : ils tendent à prouver, comme leur titre l'indique, que les matières solides peuvent traverser les tissus, et à renverser ainsi toutes les lois de l'absorption. Il semble évident que si le passage des particules solides a réellement lieu, comme on ne peut guère en douter d'après les observations rapportées dans ces deux mémoires, ce passage est déterminé par le frottement et par la pression, en un mot par une action mécanique.) 31° *Influence de la moelle allongée sur les mouvements de l'utérus;* par le docteur Fr. Kilian. 32° *Recherches physiologiques et pathologiques sur les difformités des mâchoires chez l'homme;* par Fr. Belz. 33° *Iléus;* par C. Pfeufer. (Relation intéressante d'un cas d'iléus que l'auteur regarde comme une invagination du colon dans le rectum, accompagné des accidents les plus graves et guéri au bout de neuf jours par des doses considérables d'opium, jusqu'à 24 grains dans les vingt-quatre heures.) 34° *Explication d'un phénomène d'optique;* par le docteur Ad. Fick. (Ce phénomène consiste en ce qu'un trait horizontal, tracé sur un fond noir, paraît plus large qu'un trait vertical en tout pareil au premier.) 35° *Sur la force de courant et de pression du sang dans l'artère et dans la veine pulmonaire;* par le docteur A. Beutner. 36° *Quelques réflexions pratiques sur la théorie de la génération actuellement en vigueur;* par le docteur M. Hirsch jenne. 37° *Sur les anomalies congéniales de l'iris;* par le docteur E. Fichte. (Plusieurs observations de colobome, suivies d'une longue discussion sur le mode de production de cette anomalie, que l'auteur regarde, non comme un arrêt, mais comme une absence de développement.) 38° *Nouvelles observations sur les cristaux du sang de la rate et du sang des poissons;* par le docteur Funke. 39° *Recherches expérimentales sur la question de savoir si les sels neutres purgent par une action endosmotique;* par le docteur Hermann Aubert. (Solution négative.) 40° *Sur les glandes de la muqueuse stomacale de l'homme;* par A. Ecker. 41° *Hernie du trou ovale;* par le docteur Roman Fischer. (Recherches anatomiques sur la région du trou ovale; histoire générale des hernies de cette région.) 42° *Sur la formation des cristaux dans le sang;* par le docteur F. Kunde. 43° *Sur la cristallisation du sang;* par le docteur O. Funke. 44° *Sur le procédé de Vierordt relatif à l'analyse du sang;* par le professeur Schmidt. (Critique de ce procédé; indication des causes d'erreur.) 45° *Expériences et observations sur un décapité;* par J. Henle.

SUR LES NERFS DE LA CORNÉE TRANSPARENTE; par le professeur LUTSCHKA (de Tübingen).

Un assez grand nombre d'anatomistes et de médecins croient encore que la cornée transparente est dépourvue de nerfs. Cependant Schlemm les a décrits en 1830; après lui Pappenheim en a parlé, mais il a figuré les vaisseaux de la conjonctive cornéenne. Valentin aussi a décrit ces nerfs. Pour les démontrer, l'auteur conseille de séparer préalablement la conjonctive et la membrane de Demours; on obtient ainsi la cornée seule, qu'on peut observer par transparence. L'auteur emploie de préférence des yeux de lapins blancs, qu'il fait macérer pendant plusieurs heures dans de l'acide acétique étendu. Les nerfs de la cornée sont très-délicats; ils se bifurquent d'une manière dichotomique et ne paraissent pas former d'anses terminales. Ils proviennent des nerfs ciliaires.

Une observation intéressante est celle relative au diamètre des vaisseaux sanguins de la cornée. Ces vaisseaux, qui sont des prolongements directs de ceux de la conjonctive, ne mesurent, suivant l'auteur, que 1/400 à 1/600 de ligne de Paris; en sorte qu'ils ne peuvent recevoir les globules sanguins à l'état normal.

LES NERFS DE L'UTÉRUS; par le docteur FR. M. KILIAN (de Mayence).

Ce travail sert de complément aux belles recherches de l'auteur, dont nous avons rendu compte dans la GAZETTE MÉDICALE (1851, p. 11 et 359). Il étudia d'abord l'utérus des animaux; puis, ayant remarqué qu'on peut très-bien reconnaître la structure de cet organe quand il est resté quelques jours dans l'eau fraîche, il joignit à ses études celle de l'utérus de la femme.

La première question que l'auteur examine est celle de l'origine des nerfs de l'utérus. Des anatomistes distingués ont nié l'existence de nerfs appartenant au système cérébro-spinal. M. Kilian fait remarquer avec raison que l'anatomie microscopique seule peut décider cette question. Les nerfs des deux sources diffèrent par leur grosseur, et il est certain que, dans le système ganglionnaire, on ne rencontre jamais les grosses fibres nerveuses qui caractérisent les nerfs de la vie animale. Or, en suivant les fibres nerveuses dans les cordons de communication du sympathique et des nerfs sacrés, on trouve ces gros tubes nerveux mêlés en abondance aux tubes fins qui appartiennent au sympathique. Il n'y a donc plus aucun doute, dit M. Kilian, que les nerfs, qui de la moelle se portent au sympathique, puis au plexus hypogastrique, ne contiennent des fibres animales unies aux fibres sympathiques.

L'auteur a constaté sur les nerfs de l'utérus ce que d'autres micrographes ont observé dans diverses régions du corps, savoir la diminution de diamètre d'un même tube nerveux et l'absence de contenu dans ce tube, à mesure qu'il devient plus fin. Ces nerfs, en diminuant de plus en plus de grosseur et en perdant leur contenu, ressemblent aux nerfs embryonnaires. De temps à autre l'auteur a aussi rencontré des divisions d'un même tube nerveux primitif.

Cette particularité que présentent les nerfs de l'utérus d'apparaître sans contenu, quand ils ont pénétré dans l'organe, explique comment les auteurs n'ont pu les suivre dans la substance même de ce dernier. Cependant M. Kilian signale une exception pour la matrice des filles vierges, encore dans la fleur de l'âge; ici les nerfs conservent leur caractère et leur contenu.

Une autre série de recherches intéressantes est celle qui concerne les changements qu'éprouvent les nerfs aux différentes époques de la vie, entre autres pendant la grossesse; ils deviennent alors très-apparents, et les tubes sont remplis de leur contenu granuleux ordinaire. Il n'y a pas d'augmentation dans le nombre des fibres, mais seulement accroissement de leurs dimensions. L'examen comparatif d'utérus de jeunes filles intactes et de jeunes filles à peu près du même âge, mais qui s'étaient livrées aux jouissances sexuelles, a montré chez ces dernières un plus grand développement des nerfs.

En résumé, M. Kilian, dont la science déplore la mort prématurée, a montré, dans ce travail, ce que peut la persévérance dans les recherches anatomiques. Le sujet qu'il a traité est un des plus difficiles de l'anatomie, et cependant il est parvenu à établir des faits nouveaux que les hommes spéciaux sauront apprécier.

CIRRHOSE DE LA MAMELLE; par A. WERNHER, professeur à Giessen.

Le diagnostic des tumeurs en général a fait, dans ces derniers temps, des progrès réels, et cependant on confond encore, sous le nom de cancer, des affections très-diverses des glandes mammaires en particulier.

OBS. — Ch. F., 30 ans, non mariée, remarqua, il y a huit mois, une petite tumeur au sein droit et s'adressa au professeur Wernher. Elle se rappelle avoir reçu un coup dans cette région à l'âge de 15 ans; mais cet accident n'eut pas de suites.

Les deux seins sont identiquement semblables; on perçoit au toucher une petite tumeur mobile, irrégulière, granuleuse, sans adhérence à la peau ni aux muscles sous-jacents. Les glandes de l'aisselle ne sont pas engorgées; cependant le soir malade est le siége de douleurs qui durent assez longtemps, surtout vers le soir. Sur la demande de la malade, cette tumeur fut enlevée; elle était enchâssée dans la glande, mais non enkystée, et elle se composait entièrement de granulations de la grosseur d'une tête d'épingle, contenant chacune un noyau jaunâtre. La tumeur était divisée en lobes et en lobules unis entre eux par un tissu cellulaire très-dense. Chaque granulation renferme une bouillie épaisse, jaunâtre, composée de nombreuses gouttelettes de graisse, de formations épi-

théliales, semblables aux cellules de l'épithélium glanduleux, et de petites concrétions calcaires.

Cet examen fait voir que la tumeur a été produite par une hypertrophie des dernières terminaisons des tubes lactifères.

Les parois de ces derniers étaient tuméfiées, leur cavité élargie, et ils contenaient une matière analogue au lait, quoique la malade ne fût pas et n'eût jamais été enceinte.

Il faut donc considérer cette tumeur comme bénigne et entièrement différente des tumeurs cancéreuses, avec lesquelles on pouvait la confondre avant l'extirpation. L'auteur la compare à la cirrhose du foie et du poumon, à cause de sa densité et de l'absence de tissu graisseux.

Dans les réflexions dont l'auteur fait suivre son observation, il compare les caractères anatomiques de la cirrhose mammaire à ceux des autres tumeurs du sein, et pense que la présence des granulations, leur petitesse et surtout leur régularité pourront suffire pour la faire reconnaître.

CALCUL INTESTINAL CHEZ UN HOMME; par le docteur BUCHNER (de Darmstadt).

OBS. — Un homme d'une forte constitution souffrait souvent de coliques violentes, accompagnées de vomissements; il rendait de temps à autre, par le haut ou par le bas, des fragments de calculs biliaires de couleur noirâtre. A la suite d'un de ces accès, il mourut au bout de six heures, avec les signes d'une péritonite aiguë.

L'autopsie fit voir une violente inflammation du péritoine et un épanchement de matières fécales dans l'abdomen. On trouva dans une anse du jéjunum un calcul intestinal qui occupait tout le volume de l'intestin, dans une étendue de 3 à 4 pouces. Au delà de la portion occupée par le calcul, l'intestin était gangrené et perforé. La pierre, d'une longueur de 3 pouces et d'un diamètre de trois quarts de pouce, était conique en avant, élargie en arrière; elle était divisée en deux dans son tiers antérieur. Elle se composait d'anneaux concentriques semblables à ceux que présente le tronc d'un arbre; elle pesait un peu plus d'une once. L'examen microscopique fit découvrir de beaux cristaux de cholestérine, et l'analyse chimique reconnut que le calcul se composait essentiellement de substance biliaire.

CAS DE PERFORATION DE L'APPENDICE VERMICULAIRE; par le docteur EIMER (de Lahr).

Quoique la science possède déjà un certain nombre de faits relatifs à la perforation de l'appendice cœcal, nous pensons devoir reproduire l'observation suivante.

OBS. — J., garçon de 11 ans, délicat, lymphatique, scrofuleux dans ses plus jeunes années, était assez sujet aux coliques, que l'on attribuait à un usage peu modéré de fruits. A la suite d'un purgatif par la teinture de rhubarbe, le petit malade fut pris de violentes douleurs abdominales. Abdomen tuméfié, très-sensible; pas de gonflement de la région cœcale; pouls dur, fréquent; horripilations; envies de vomir. Une application de sangsues suivie de cataplasmes, et l'administration d'une émulsion huileuse avec extrait de jusquiame, amenèrent un peu de soulagement; mais bientôt les accidents reparurent. Malgré un traitement énergique, le malade mourut le sixième jour.

A l'autopsie, on trouva une péritonite suppurée. L'appendice cœcal, long d'un pouce et demi, est élargi dans son milieu, d'un rouge bleuâtre et gangrené. Son extrémité borgne présente deux ouvertures de la grosseur d'une tête d'épingle, à bords boursouflés; il renferme deux globules de matières fécales, de la grosseur d'un grain de chènevis, placés contre les ouvertures. Dans la portion dilatée de l'appendice, on trouve un corps du volume d'un noyau de cerise, d'une consistance assez solide, composé de matières fécales concrètes et disposées en couches concentriques.

SUR LE TRAITEMENT DE LA DYSSENTERIE; par le docteur EIMER.

L'auteur conseille, comme M. le professeur Delioux, l'emploi de l'iode en lavements, comme moyen abortif de cette affection. Il lui est arrivé souvent de voir la maladie cesser subitement, quand elle était attaquée dès son début, ou, dans les cas chroniques, diminuer beaucoup d'intensité. L'iode est administré en substance, à la dose de 5 à 10 grains, avec la même quantité d'iodure potassique, dissous dans 2 ou 3 onces d'eau. Ce lavement est répété deux fois le jour, ou même trois et quatre fois. Quand la sensibilité du rectum est trop grande, on ajoute 10 à 15 gouttes de teinture d'opium.

L'auteur n'emploie pas d'autre médication dans les cas légers; il n'y joint qu'une simple émulsion huileuse, et quelquefois l'opium, associé à l'acétate de plomb. Sur douze malades qu'il a traités par cette méthode, presque tous ont guéri assez rapidement, il n'en a perdu aucun.

SUR LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE PAR LES INHALATIONS DE CHLOROFORME; par le docteur G. VARRENTRAPP (de Francfort).

Les résultats obtenus par M. Varrentrapp sont assez remarquables pour que l'on prenne en considération ce nouveau moyen thérapeutique. A la vérité il ne l'a encore appliqué qu'à 23 malades, et il a soin de dire lui-même que ce nombre est trop faible pour permettre de tirer aucune déduction générale. S'il s'est décidé à publier ces premiers résultats, ce n'est ni pour établir une statistique, ni pour faire prévaloir ce mode de traitement, mais uniquement pour engager les médecins et surtout ceux qui sont à la tête des hôpitaux, à faire les mêmes essais. Déjà les docteurs Wacherer et Baumgartner avaient fait usage des inhalations de chloroforme, mais leurs essais ont passé inaperçus. M. Varrentrapp administre des doses plus fortes et plus rapprochées; il n'emploie aucune autre médication, même dans des cas graves, et jusqu'à présent il n'a eu qu'à se louer de ce traitement. Sur ses 23 malades, 21 hommes et 2 femmes, il n'en a perdu qu'un seul; c'est un homme de 59 ans, qui n'était entré à l'hôpital que le neuvième jour. Ordinairement les malades qui entraient dans son service étaient au quatrième jour de la maladie; on commençait immédiatement le traitement. On imbibait de chloroforme un petit tampon de coton de la grosseur d'un à deux doigts, que l'on enveloppait ensuite dans une pièce de colon de la grandeur de la main et de l'épaisseur du doigt, et l'on tenait cette espèce de pelote plus ou moins rapprochée du nez du malade. L'inhalation durait dix à quinze minutes, quelquefois plus longtemps. Le minimum des inhalations fut de six dans les vingt-quatre heures, le nombre moyen de huit à douze; ce nombre fut porté jusqu'à vingt et même une fois jusqu'à vingt-cinq. L'auteur estime à environ soixante gouttes la quantité de chloroforme consommée dans chaque inhalation. Ce procédé permet de régler l'administration du médicament d'après les circonstances individuelles, en rapprochant ou en éloignant du nez le tampon de coton. Il arrive assez souvent que, dès le début, les malades éprouvent des vertiges, un peu de narcotisme, du malaise; mais ces accidents disparaissent dès qu'on éloigne le tampon. Peu à peu les malades s'habituent aux inhalations et en éprouvent même du bien-être.

Sur les 23 malades traités par le chloroforme, la pneumonie siégeait au côté droit dans 10 cas (deux lobes dans 4 malades, trois lobes dans 6); au côté gauche dans 8 cas (un lobe cinq fois, un lobe et demi une fois, deux lobes deux fois); des deux côtés dans 5 cas (un lobe à droite et à gauche, une fois; un lobe à gauche et deux à droite, deux fois; un lobe à gauche et trois à droite, une fois; un lobe et demi à gauche et deux lobes et demi à droite, une fois).

Parmi les complications, l'auteur a noté 7 cas de pleurésie.

Dès les premières inhalations, on observe une augmentation de la chaleur, une sueur plus abondante, diminution de la dyspée, de la toux et de la douleur locale, en un mot un soulagement réel. L'auteur passe en revue chaque symptôme et fait connaître l'influence que le chloroforme a exercée sur sa durée. Le point de côté, par exemple, cessa en moyenne, du troisième au quatrième jour du traitement. Il en fut de même de la dyspnée; la toux perdit sa violence du deuxième au troisième jour, en moyenne, elle diminuait déjà dès les premières inspirations et l'expectoration devenait plus facile. Quant à la fièvre, elle diminue aussi peu à peu en raison de l'amélioration qui survient dans les autres symptômes. La durée de la maladie a été, en moyenne, de quinze jours trois quarts.

L'auteur donne, après ces considérations générales, l'histoire détaillée des 23 cas de pneumonie qu'il a traités par les inhalations chloroformiques.

GASTROTOMIE; EXTRACTION D'UN FOETUS MORT TOMBÉ DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE; GUÉRISON; par le docteur NEBEL.

OBS. — Barbe S., 30 ans, enceinte pour la quatrième fois, fit une chute vers le sixième mois de sa grossesse. Elle n'en éprouva d'abord aucune suite; mais un mois et demi plus tard elle fut prise d'hémorrhagie utérine violente, accompagnée de vomissements; l'abdomen était le siége d'une vive douleur; il formait au-dessous de l'ombilic une proéminence considérable.

L'examen obstétrical ne put faire découvrir par le toucher aucune partie du fœtus; l'orifice utérin n'était pas ouvert; il n'y avait encore eu aucune contraction utérine. Deux applications de sangsues calmèrent les premiers accidents; pendant huit jours l'état de la malade fut satisfaisant.

A cette époque (29 janvier), il s'écoula par le vagin une assez grande quantité d'eau, qui fut suivie, le lendemain, de la sortie du placenta, mais sans trace de fœtus. L'examen du placenta et du bout de cordon qui y était attaché fit présumer que l'enfant devait être de 7 à 8 mois.

Le 4 février, on remarqua sur la ligne blanche, deux points très rouges, enflammés; la malade était en proie à une fièvre violente et à de vives douleurs que trahissait l'expression de sa physionomie. Dès lors, on pensa que le fœtus était sorti de l'utérus et tombé dans l'abdomen dont il poussait en avant la paroi antérieure. On prescrivit des cataplasmes.

Deux jours plus tard, les plaques rouges de l'abdomen se gangrenèrent et donnèrent issue à une matière purulente.

L'auteur revit la malade le 9 février; il trouva la peau du ventre presque transparente; une odeur cadavéreuse se dégageait de la plaie; on sentait dans la profondeur un corps dur et étroit qui paraissait être une côte. La malade était épuisée, le pouls fréquent et petit, on pouvait craindre une mort prochaine. L'auteur, dans cette circonstance, n'hésita pas à inciser l'abdomen; il trouva le fœtus immédiatement derrière la paroi abdominale et parvint à l'ex-

traire, après avoir ponctionné la poitrine et l'abdomen pour donner issue aux gaz qui distendaient ces cavités. La putréfaction de ce fœtus était très-avancée; il répandait une odeur des plus fétides. Il en était de même du liquide épanché dans l'abdomen de la mère, et qu'on eut soin d'enlever avec une éponge; les intestins furent lavés avec de l'eau tiède.

L'espèce de sac qui enveloppait le fœtus était formé par l'épaississement du péritoine; l'utérus se trouvait redescendu dans le petit bassin, en sorte qu'il n'était plus possible de l'examiner; mais il est évident qu'il devait offrir une déchirure par laquelle le fœtus s'était fait jour dans l'abdomen.

L'auteur présume que le fœtus a dû périr à l'époque où cette femme est tombée, et qu'il s'est formé une putrescence partielle de l'utérus, suivie de la perforation de cet organe.

A la suite de cette opération, la malade se trouva soulagée, mais très-affaiblie. La plaie fut couverte d'un linge fin et d'un cataplasme. Il ne survint aucun accident, et au bout de six semaines la malade était parfaitement rétablie.

A la suite de cette observation, l'auteur, en parlant du séjour prolongé du fœtus dans la cavité abdominale, rapporte en note un fait de ce genre, le plus curieux peut-être que l'on connaisse. Il possède dans sa collection un fœtus desséché qui a été extrait en 1767 du cadavre d'une femme morte de péritonite à l'âge de 94 ans. Cette femme était heureusement accouchée de deux enfants. Sur la fin de sa troisième grossesse, en 1713, la sage-femme sentit un bras se présenter et voulut faire la version; elle n'y réussit pas; il se fit une rupture de l'utérus, et le fœtus passa dans la cavité abdominale, dans laquelle il séjourna cinquante-quatre ans. A la suite de cet événement, cette femme devint encore deux fois enceinte, mais elle avorta.

Ce fait a été relaté par le bisaïeul du docteur Nebel, dans les Éphémérides des curieux de la nature, centurie VI, obs. 52.

QUELQUES RÉFLEXIONS PRATIQUES SUR LA THÉORIE DE LA GÉNÉRATION ACTUELLEMENT EN VIGUEUR; par le docteur HIRSCH le jeune (de Bingen).

Tout le monde connaît les beaux travaux de MM. Pouchet, Bischoff et Raciborsky relatifs à l'ovulation périodique, c'est-à-dire à la production périodique d'ovules qui se détachent de l'ovaire pour tomber dans le canal excréteur de cette glande. On sait aussi que ces auteurs admettent que la menstruation chez la femme offre de l'analogie avec l'époque du rut dans les animaux, et que la fécondation se rattache à l'écoulement périodique mensuel, comme à la congestion génitale qui caractérise le rut chez les animaux. L'auteur combat cette manière de voir par plusieurs motifs que nous allons exposer.

Les mâles des animaux ne sont disposés à s'accoupler qu'à l'époque du rut; l'homme et la femme, au contraire, sont en tout temps capables de procréer.

L'auteur rappelle que la loi mosaïque défend aux femmes juives de cohabiter avec leur mari avant que douze jours se soient écoulés depuis la cessation des menstrues. Or il a connu plusieurs juives qui suivaient cette loi avec ponctualité et qui sont devenues enceintes. Du reste, il cite le cas d'une femme régulièrement menstruée, et pour laquelle il a pu préciser l'époque de l'imprégnation.

Il regarde la menstruation comme servant à délivrer la femme de matériaux qui ne peuvent plus lui être utiles. Enfin, après avoir exposé divers autres motifs, parmi lesquels il faut encore citer la grossesse qui survient pendant la lactation, il tire de ses remarques les conclusions suivantes:

1° La menstruation de la femme n'a aucune analogie avec le rut des animaux.

2° La fécondation, chez la femme, peut se faire dans tous les temps; elle ne se rattache pas à la menstruation comme l'imprégnation se rattache à l'époque du rut.

3° L'ovaire produit continuellement des œufs mûrs qui sont fécondés et descendent dans l'utérus, ou qui sont expulsés à l'époque de la menstruation.

4° L'œuf humain est fécondé dans l'ovaire et non dans les trompes.

5° Le séjour de l'œuf dans la trompe est très-court, et ce séjour ne contribue pas au développement ultérieur de l'œuf fécondé.

6° Le follicule laisse une cicatrice beaucoup plus grande après l'imprégnation qu'après la menstruation.

7° La menstruation, chez la femme, a un double but; elle purifie le corps du sang en excès quand il n'y a pas de gestation, et provoque l'expulsion des œufs mûrs aussitôt qu'il n'y a pas en imprégnation.

— Il est bien vrai qu'on ne saurait établir d'une manière positive que la fécondation n'a lieu que dans les premiers jours qui suivent l'écoulement menstruel; quelle que soit l'exactitude des observations qui ont été faites sur la ponte des œufs, il nous semble téméraire d'en tirer cette conclusion absolue. Mais nous ne saurions non plus admettre les propositions de l'auteur, du moins plusieurs d'entre elles. Il est certain que la congestion ovarienne qui précède et accompagne le flux périodique est de même nature que celle qui caractérise le rut. La septième proposition est antiphysiologique; on ne saurait admettre que la menstruation ait pour but de débarrasser le corps d'un sang inutile ou nuisible. Il nous semble plus conforme aux règles de la physiologie de regarder le flux menstruel comme le résultat d'un travail périodique qui se passe dans l'ovaire et qui retentit sur la matrice; ce travail n'a lieu que pendant l'activité de la glande, il cesse dès que celle-ci ne fournit plus d'ovules. Enfin nous ferons remarquer que les preuves alléguées par l'auteur pourraient être contestées, malgré ses affirmations positives, et que, dans tous les cas, elles ne sauraient infirmer des observations ou des expériences directes.

SUR LES GLANDES DE LA MUQUEUSE STOMACALE DE L'HOMME; par A. ECKER.

Il n'arrive pas souvent qu'on puisse examiner la muqueuse stomacale de l'homme à l'état frais et parfaitement sain. L'auteur l'a étudiée sur les cadavres de plusieurs jeunes suicidés; voici les résultats de ses recherches.

Dans le milieu de l'estomac se trouvent exclusivement des glandes cylindriques simples de 1/2 à 3/4 de ligne de longueur sur une épaisseur de 1/50 de ligne au plus; elles traversent la muqueuse presque verticalement et se renflent un peu en massue à leur extrémité; rarement on voit une division de l'extrémité borgne. Le contenu de ces utricules se compose de grosses cellules rondes ou anguleuses, de 0,017 à 0,020 mill., avec noyau et contenu granuleux. Vers l'extrémité borgne, on voit des noyaux libres enchâssés au milieu d'une masse granuleuse, tandis que, vers l'ouverture de l'utricule, les cellules sont de plus en plus achevées. (Cette disposition constatée aussi, par l'auteur de cette analyse, dans un grand nombre de glandes, montre que le travail qui préside à la formation des cellules glanduleuses commence au fond de la glande, et que les cellules les plus mûres sont aussi les plus rapprochées de l'orifice du tube sécréteur.) L'auteur n'a pas trouvé d'épithélium cylindrique à l'entrée des tubes glanduleux.

Des glandes semblables composent aussi la portion cardiaque; seulement on en trouve plusieurs qui ont leur extrémité borgne divisée. Dans la portion pylorique se voient, entre les tubes simples, des glandes ramifiées, acineuses. Les granulations (*acini*) qui les terminent ont un diamètre de 0mm,052 à 0,075. Le contenu de ces glandes est le même que celui des tubes simples. On voit çà et là sur la membrane glandulaire les noyaux allongés de fibres musculaires organiques qui entourent les utricules. L'auteur fait remarquer le passage insensible des éléments organiques de l'estomac aux éléments qui composent les tubes voisins: le duodénum et l'œsophage. Les glandes en grappe de la région pylorique conduisent aux glandes de Brunner, comme les ramifications des tubes glandulaires de la portion cardiaque se rapprochent de la disposition des glandes œsophagiennes. La portion moyenne de l'estomac, sa grande courbure et son fond ne contiennent que des glandes simples. Les glandes *lenticulaires*, semblables aux follicules isolés de l'intestin, ont un diamètre de 1/4 à 3/4 de ligne et renferment des corpuscules nucléaires de 0mm,007, avec nucléole transparent, que l'acide acétique ratatine et rend granuleux. Ces follicules existent surtout dans les régions cardiaque et pylorique et le long de la petite courbure.

Ces divers organes ont été représentés dans la seconde livraison des Icones dont nous avons rendu compte dans ce journal (GAZ. MÉD., 1853, n° 38).

(La suite au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

SUR LA QUANTITÉ D'AMMONIAQUE CONTENUE DANS LA PLUIE RECUEILLIE LOIN DES VILLES.

M. BOUSSINGAULT communique, sous ce titre, le résultat des recherches qu'il a entreprises pour déterminer la quantité d'ammoniaque contenue dans les eaux pluviales. Il a eu l'occasion de constater que cette quantité est loin d'être la même au commencement et à la fin d'une pluie. Ainsi, pendant un orage, le 5 juillet, l'eau qu'il avait recueillie d'abord renfermait par litre 0 milligr. 5 d'ammoniaque; dans celle que l'on reçut ensuite, on n'en trouva plus que 0 milligr. 4. A la vérité, la différence était à peine en dehors de la limite des erreurs; mais comme quelques heures plus tard on ne put y constater au delà de 0 milligr. 06 d'alcali, ces faits suffirent pour attirer mon attention, et l'occasion de les vérifier se présenta bientôt.

M. Boussingault a remarqué, dans une de ses expériences, qu'à la fin de la première pluie, l'eau ne contenait plus qu'une trace douteuse d'ammoniaque. Après une interruption de sept heures, la pluie, lorsqu'elle recommença, en renfermait par litre 1 milligr. 38. Ce fait s'est constamment reproduit dans le cours de ces recherches. Dans une même journée et pour un volume d'eau déterminé, la fin d'une pluie a toujours fourni moins d'ammoniaque que le com-

mencement de la nouvelle pluie, quelque court d'ailleurs qu'ait été l'intervalle pendant lequel il avait cessé de pleuvoir.

Une autre série d'expériences montre qu'après une forte sécheresse, la pluie est bien plus riche en ammoniaque que celle qui tombe par intermittence durant une période pluvieuse.

La rosée et les brouillards ont également donné une proportion notable d'ammoniaque.

M. Boussingault a résumé dans un tableau les résultats consignés dans son mémoire. Pour chaque pluie, on a indiqué le nombre de litres d'eau tombés sur le grand udomètre, et la hauteur de la pluie exprimée en millimètres; la quantité d'ammoniaque renfermée dans 1 litre de l'eau recueillie aux différentes phases de l'observation; enfin l'ammoniaque que contenait la totalité de la pluie.

A l'inspection de ce tableau, on reconnaît que constamment la proportion d'ammoniaque a diminué à mesure que l'eau avait été recueillie plus longtemps après le commencement de la pluie. On voit aussi, et c'est une conséquence de ce qui précède, que cette proportion est généralement plus faible dans les pluies abondantes. La différence toutefois n'est très-prononcée qu'à partir des pluies ayant fourni une hauteur d'eau de 1 à 5 millimètres.....

Ces faits s'expliquent, d'ailleurs, par la nature même du carbonate, qui fournit certainement à la pluie la plus forte proportion de l'ammoniaque qu'elle renferme. Ce carbonate est volatil est soluble; par suite de la première de ces propriétés, l'air le contient à l'état de vapeurs que le sol émet continuellement quand il est convenablement humide. On comprend dès lors qu'en raison de sa solubilité, ce sel fasse partie des eaux météoriques, et que la pluie qui commence en contienne plus que celle qui finit. Aussitôt que la pluie a cessé, le sel volatil tend à passer dans l'air en vertu de la tension qui lui est propre, et ce passage est d'autant plus rapide que la température est plus élevée, les conditions physiques et la constitution chimique de la terre plus favorables à l'émission. Un temps très-court, pendant lequel il ne pleut pas, suffit pour reporter dans les couches de l'atmosphère les plus rapprochées du sol du carbonate d'ammoniaque dont la prochaine pluie s'emparera pour le ramener sur la terre. C'est un jeu permanent d'émissions à l'état de vapeur et de retours à l'état de dissolution. Quant au nitrate d'ammoniaque qu'on rencontre aussi dans les eaux météoriques, il y a sur son origine une distinction à établir.

Depuis les belles expériences de Cavendish, on sait que toutes les fois qu'une étincelle électrique est excitée dans l'air humide, il se forme de l'acide nitrique et de l'ammoniaque. Or, comme dans le cas le plus général, il pleut quand il tonne, le sel est immédiatement dissous. Il y a donc au sein des nuages orageux formation de nitrate d'ammoniaque.....

Mais on ne rencontre pas le nitrate d'ammoniaque seulement dans les pluies d'orages; M. Ben-Jones, en Angleterre; M. Barral, en France, l'ont reconnu dans des pluies recueillies à toutes les époques de l'année, et par conséquent dans des circonstances où l'atmosphère n'offre aucun signe apparent d'électricité. Si ce nitrate était volatil, sa présence serait, comme pour le carbonate, la conséquence de cette propriété. Or ce sel est fixe, ainsi que je m'en suis assuré; il doit donc, comme le sel marin, les iodures et en général toutes les substances solubles et non volatiles qu'on décèle dans les eaux météoriques, avoir fait partie des poussières tenues en suspension dans l'air. Sans doute on hésite à admettre que des corpuscules solides restent suspendus dans un milieu gazeux; mais quand on réfléchit à l'extrême ténuité que ces corpuscules acquièrent dans quelques circonstances, l'hésitation devient moins forte. Lorsque, par exemple, des particules d'eau de mer, si petites qu'il serait difficile de leur assigner un poids, sont enlevées à la buée que la vague fait naître sur un récif, ces molécules liquides, que M. Arago considérait comme les poussières de l'Océan, abandonnent bientôt à l'air des molécules solides de chlorure bien plus petites encore, puisque l'eau de la mer ne tient guère en dissolution que 0,03 de matières salines...

Les vents, en agitant violemment l'atmosphère; les courants ascendants dus aux inégalités de température; les volcans, en émettant d'une manière incessante des gaz, des vapeurs et des cendres tellement divisées que souvent elles vont s'abattre à de prodigieuses distances, portent et maintiennent dans les plus hautes régions des corpuscules enlevés à la surface du sol, ou arrachés à la partie interne et peut-être encore incandescente du globe.

Dans les phénomènes liés à l'organisme des plantes et des animaux, ces substances si ténues, d'origines si diverses, dont l'air est le véhicule, exercent vraisemblablement une action plus prononcée qu'on n'est communément porté à le supposer. Leur permanence est d'ailleurs mise hors de doute par le seul témoignage des sens, lorsqu'un rayon de soleil pénètre dans un lieu peu éclairé. L'imagination se figure aisément, mais non sans un certain dégoût, tout ce que renferment ces poussières que nous respirons sans cesse, et que Bergman a parfaitement caractérisées en les nommant les immondices de l'atmosphère. Elles établissent en quelque sorte le contact entre des individus les plus éloignés les uns des autres, et bien que leur proportion, leur nature, et par conséquent leurs effets, soient des plus variés, ce n'est pas s'avancer trop que de leur attribuer une partie de l'insalubrité qui se manifeste si fréquemment dans les grandes agglomérations d'hommes.

Les eaux météoriques entraînent ces poussières en même temps qu'elles en dissolvent les matières solubles, parmi lesquelles se trouvent des sels fixes ammoniacaux, comme elles dissolvent les vapeurs de carbonate d'ammoniaque et le gaz acide carbonique répandus dans l'air. Une pluie, lorsqu'elle commence, doit donc renfermer plus de principes solubles que lorsqu'elle finit, et si cette pluie se prolonge par un temps calme, il arrivera un instant où l'eau ne contiendra plus que de très-faibles indices de ces principes. C'est en effet ce qui a lieu, comme l'établissent, pour les sels ammoniacaux, les observations rapportées dans ce mémoire...

EXPÉRIENCES SUR LE VENIN DES SERPENTS A SONNETTES; EFFETS DE CE VENIN ET MOYEN DE NEUTRALISER SON ABSORPTION.

M. D. Brainard, professeur de chirurgie au collège médical de Chicago (Illinois), communique les expériences suivantes :

Les expériences ont été faites en général sur des pigeons. Les serpents appartenaient tous à l'espèce du *crotalophorus trigeminus*, espèce dont les morsures passent pour être moins dangereuses que celles d'autres crotales, ce qui s'expliquerait peut-être par leur moindre taille.

L'auteur décrit les symptômes qu'il a observés chez les animaux mordus et les résultats des altérations que lui a fait connaître l'autopsie cadavérique. Parmi ces derniers faits, il faut signaler : 1° un changement dans la forme des globules rouges du sang qui, chez les animaux morts à la suite d'une morsure, paraissent s'être rapprochés de la forme sphérique; 2° l'abondance des corpuscules blancs qui se groupent entre eux et forment des masses mamelonnées; 3° quand la mort n'a pas été rapide, l'état très-prononcé de liquidité du sang contenu dans les cavités du cœur. Chez les mammifères, on a remarqué aussi, dans les cas où la mort ne survient pas promptement, qu'il y a tendance aux hémorrhagies par les muqueuses, et quelquefois apparition sur la peau de taches pétéchiales.

Parmi les symptômes observés pendant la vie, un des plus apparents, et qui est, chez les pigeons, très-facile à observer, c'est la constriction de la glotte. La trachéotomie, si utilement employée dans les cas d'empoisonnement par la strychnine, se trouvait très-naturellement indiquée; elle a en pour résultat de retarder la mort, mais non de la prévenir.

L'action des ventouses appliquées sur les points mordus a agi dans le même sens et a semblé même plus efficace, mais encore insuffisante; toutefois l'application des ventouses, en retardant l'absorption du poison, donne le temps de faire pénétrer par infiltration, dans la plaie et dans les parties environnantes, des substances médicamenteuses. Celles que M. Brainard a essayées sont le lactate de fer et l'iodure de potassium, l'un et l'autre à l'état de solution aqueuse. On les fait pénétrer à l'aide d'une petite seringue convenablement disposée. Au moyen de ces deux substances employées en temps utile et avec les précautions nécessaires, on a, dans le plus grand nombre des cas, sauvé la vie d'animaux qui, privés de secours, auraient nécessairement succombé. M. Brainard croit reconnaître dans l'iodure de potassium une action plus certaine que dans le lactate de fer.

Une commission, composée de MM. Duméril, Magendie, Flourens et Pelouze, est chargée de prendre connaissance de ce travail.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 6 DÉCEMBRE 1853.
PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Ordre des lectures : 1° Rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1853, par M. Gibert, secrétaire annuel.
2° Prix décernés et sujets de prix proposés pour 1854, 1855 et 1856.
3° Éloge de M. Orfila, par M. Fr. Dubois, secrétaire perpétuel.

RAPPORT GÉNÉRAL ANNUEL SUR LES CONCOURS DE PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE; par le docteur Gibert, secrétaire annuel.

Messieurs,

I. Un de nos plus révérés, des plus laborieux et des plus assidus collègues, frappé au milieu de nous, en séance, il y a bien peu de temps, et frappé mortellement..., nous a laissé, comme dernier témoignage de sympathie et d'affection, la fondation de deux prix : l'un pour les eaux minérales, l'autre pour les accouchements, qui sont venus augmenter cette année la liste des récompenses que vous avez à décerner.

« Trouver une méthode d'expérimentation chimique propre à faire connaître, » dans les eaux minérales, les corps simples ou composés, tels qu'ils existent » réellement à l'état normal. »

Telle était la question proposée par la commission des eaux minérales pour le prix Capuron.

Cette question est-elle insoluble, comme le pense l'auteur d'un excellent mémoire envoyé au concours et récompensé par la commission, mémoire qui portait pour épigraphe cette inscription caractéristique : *Quærite et non invenietis?* ou bien, comme persiste à le croire le savant rapporteur, organe de la commission des eaux minérales, M. Caventou, est-elle en effet susceptible d'une solution, soit précise et rigoureuse, soit du moins satisfaisante? Vous comprenez que ce n'est pas à moi profane à pénétrer le mystère.

Je me bornerai à répéter humblement les termes suivants du programme énoncé dans le rapport :

« Les méthodes d'analyse des eaux minérales se sont grandement perfectionnées de nos jours; elles ont fait découvrir un assez grand nombre de principes minéralisateurs dont on ne soupçonnait pas la présence... Mais dans quel ordre s'y trouvent-ils combinés? Quelle est finalement la constitution chimique nor-

male de ces eaux? *C'est encore un problème à résoudre pour la plupart d'entre elles.* »

Heureusement pour nous médecins, tout en usant, dans une juste mesure, des lumières que nous pouvons puiser dans la science des chimistes, l'expérience clinique et la tradition restent les principales bases de l'application thérapeutique des sources minérales, et la solution du problème chimique peut encore être retardée sans grand inconvénient pour la cure des maladies. Quoi qu'il en soit, plusieurs mémoires remplis de recherches intéressantes ont été envoyés au concours. Mettant à part toute question d'amour-propre, la commission a sagement pensé qu'il convenait de retirer la question et de récompenser les deux travaux les plus importants, en plaçant en première ligne celui dont nous avons cité plus haut l'épigraphe passablement décourageante.

En conséquence, adoptant les conclusions du rapport, l'Académie a décerné :

A M. Ernest Bandrimont, auteur du mémoire n° 2, une récompense de 700 fr., et à M. le professeur Filhol (de Toulouse), auteur du mémoire n° 1, une récompense de 300 fr.

Le sujet du nouveau prix sera :

« Déterminer par l'observation médicale la valeur thérapeutique des eaux » minérales alcalines, et préciser le cas de leur application aux maladies chro- » niques. »

Appelés ainsi à résoudre une question restreinte et précise, les médecins, sans doute plus favorisés que les chimistes, seront aussi plus heureux, et nous fourniront des règles précieuses pour l'application thérapeutique des sources alcalines, sources dont la vogue va toujours grandissant depuis un certain nombre d'années.

II. Le principe heureusement adopté par l'autorité, des récompenses annuelles aux médecins-inspecteurs des eaux thermales, a porté ses fruits.

Sur la proposition de notre laborieux collègue M. Pâtissier, organe si compétent de la commission des eaux minérales, des médailles d'argent ont été décernées à M. Mazade, pharmacien à Valence (Drôme); à M. le docteur Alibert (Constant), inspecteur des eaux d'Ax (Ariége); à M. Bailly fils, inspecteur des eaux de Bains (Vosges); à M. le docteur Kuhn, inspecteur des eaux de Niederbronn (Bas-Rhin); à M. le docteur Niepce, inspecteur des eaux d'Allevard (Isère); à M. le docteur Petit, inspecteur des eaux de Vichy, dont vous connaissez tous les nombreux et intéressants travaux; enfin à notre si laborieux et si zélé correspondant M. le docteur Durand-Fardel, dont le mémoire sur les eaux de Vichy contient le résumé, rempli de faits pratiques importants, d'une observation clinique soutenue pendant cinq années consécutives.

En outre, des médailles de bronze ont été accordées à M. Affre, inspecteur des bains de mer de Biarritz (Basses-Pyrénées); à M. Bernard, inspecteur adjoint à Uriage (Isère); à M. le docteur Pages, médecin-inspecteur à Baréges. N'oublions pas qu'un autre médecin-inspecteur, M. le docteur Pégot, à Bagnères-de-Luchon, nous a adressé cette année un mémoire des plus intéressants sur le traitement par les eaux sulfureuses des accidents consécutifs de la syphilis.

III. Votre commission des épidémies a reçu aussi plusieurs travaux qu'elle a jugés dignes de récompenses. Sur les conclusions du zélé rapporteur de cette commission, M. Gaultier de Claubry (Emmanuel), des médailles d'argent ont été décernées à MM. Foucault, d'Épernay (Marne), épidémie d'angine couenneuse; Pone, de Pontarlier (Doubs), fièvre typhoïde; Dubourg, de Marmande (Lot-et-Garonne), et Druhen aîné, de Besançon (Doubs), diverses épidémies.

Des médailles de bronze ont été accordées à MM. Mangin, de Neufchâteau (Vosges), épidémie de fièvre typhoïde; Motte, des Andelys (Seine-Inférieure), *idem.*; Clocmadeuc, de Vannes (Morbihan), dysenterie, et Germain, de Salins (Jura), dont les importants mémoires sur l'usage médical des eaux de Salins avaient déjà, l'année dernière, fixé d'une manière particulière l'attention de l'Académie.

M. le président vous fera connaître tout à l'heure les prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs.

IV. Le sujet du prix Civrieux était « le tétanos. »

Une commission composée de MM. Bégin, Larrey, Pâtissier, Velpeau et Requin a eu à examiner six mémoires, dont deux sont tout à fait remarquables.

Le savant et éloquent rapporteur de la commission, M. Requin, vous a tracé une analyse détaillée de ces deux mémoires, analyse que nous regrettons bien de ne pouvoir reproduire.

L'un de ces mémoires, jugé digne d'être récompensé de 500 fr., a pour auteur le fils de l'un de nos collègues les plus zélés et les plus assidus, M. J. Gimelle; l'autre a remporté le prix de 1,000 fr. : il est l'œuvre d'un interne de nos hôpitaux, M. Émile Remilly.

Il résulte des nombreuses recherches auxquelles s'est livré en particulier l'auteur de ce dernier mémoire que, malgré les tentatives faites depuis Hippocrate jusqu'à nous pour expliquer *anatomiquement* les phénomènes du *tétanos*, cette affection doit rester classée dans l'ordre des *névroses*.

C'est sans preuves suffisantes que la cause prochaine de la maladie a été successivement cherchée dans une inflammation du cerveau ou des méninges, dans une accumulation du fluide encéphalo-rachidien, dans une altération quelconque d'un prétendu fluide nerveux ou *électro-vital*, dernier refuge d'un éclectisme qui s'use en efforts impuissants pour opérer une sorte de rapprochement et de conciliation entre les doctrines opposées du *matérialisme* et du *vitalisme*.

Pour ce qui regarde le traitement du tétanos, nous pouvons signaler deux additions nouvelles aux ressources trop souvent impuissantes de notre art contre cette redoutable maladie, savoir : 1° l'emploi anesthésique des inhalations de chloroforme pour résoudre la contraction générale des muscles, moyen qui nous a réussi à nous-même dans un cas observé à l'hôpital Saint-Louis; 2° l'application de la *trachéotomie* à certains cas de trismus où l'asphyxie paraît tenir à l'occlusion spasmodique de la glotte.

V. La somme disponible pour le prix de l'Académie s'est trouvée doublée cette année par la bienveillance de M. le ministre de l'instruction publique. Notre secrétaire perpétuel a agi efficacement auprès de l'autorité pour obtenir l'application à ce prix des 1,000 fr. restés disponibles sur le budget d'une année antérieure. La commission a pu en conséquence, outre le prix ordinaire de 1,000 fr., donner une récompense de 700 fr. et une autre de 300 fr. à deux bons mémoires qu'elle n'aurait pu gratifier sans cela que d'une mention honorable.

Cette commission se composait de MM. Bouley jeune, Gimelle, Baillarger, Grisolle et Bouvier.

Le sujet du prix était « la paraplégie indépendante de la myélite. »

Le savant rapporteur, M. Bouvier, a fait ressortir avec sa sagacité ordinaire les points culminants du sujet, et les efforts faits par les concurrents pour résoudre les difficultés de la question.

Broussais lui-même, ce défenseur énergique et passionné de l'anatomisme et du matérialisme modernes, tout en ayant recours aux termes les plus propres à voiler la lumière d'une vérité à l'évidence de laquelle il était forcé de rendre hommage, avait été réduit à confesser l'existence des paralysies *sans matière*, ou, comme il le dit avec une précieuse naïveté, produites par une *lésion matérielle invisible*. Voici ses propres paroles : « Il est des cas où la *désorganisation*, mère de la paraplégie, n'existe que dans les molécules *invisibles* de la substance médullaire de l'encéphale. »

Déjà bien avant lui, Morgagni, qui ne pouvait non plus se résoudre à admettre des paralysies indépendantes d'une lésion matérielle propre à exercer une compression des centres ou des troncs nerveux..., était réduit à *supposer* l'existence pendant la vie de prétendues contractions convulsives des membranes encéphaliques pour expliquer les paralysies hystériques.

Il nous serait bien facile, si c'était ici le lieu, de multiplier les citations pour prouver à ce propos que l'esprit d'hypothèse tant reproché au vitalisme hippocratique ne fait pas défaut non plus dans l'anatomisme soit ancien soit moderne. Quoi qu'il en soit, c'est sur la *paraplégie nerveuse* proprement dite que l'Académie avait circonscrit cette fois les recherches des concurrents.

Parmi les cinq mémoires envoyés au concours, qui tous concluent à l'existence de la paraplégie *sine materiâ*, trois ont été distingués par la commission comme méritant, à des titres divers, d'être récompensés par l'Académie.

Celui placé en première ligne, et auquel a été décerné un prix de 1,000 francs, est l'œuvre d'un jeune médecin, fils d'un chirurgien distingué de Paris dont le nom a bien souvent retenti dans cette enceinte, M. Leroy d'Étiolles (Raoul).

Un second prix de 700 francs a été donné à un médecin dont nous avons eu aussi plus d'une occasion d'apprécier les utiles travaux, M. le docteur Aheille.

Enfin un encouragement de 300 francs a été accordé à un ancien élève de nos hôpitaux, M. le docteur Landry (Octave).

Ajoutons que, comme vous l'a démontré la savante analyse tracée par le rapporteur, les deux mémoires que la commission n'a pu récompenser sont cependant aussi des œuvres de mérite.

VI. Le sujet du prix Portal était « l'anatomie pathologique du goître et le » traitement soit préservatif, soit curatif de la maladie. »

La commission, composée de MM. Ferrus, Michel Lévy, Bouchardat, Delafond et Baillarger, rapporteur, a dû se préoccuper de l'importance que de nombreuses et intéressantes recherches ont donnée tout récemment à l'étiologie et à l'hygiène préservatrice du goître. Aussi n'a-t-elle pas hésité, après avoir donné satisfaction cette année à la spécialité du prix (qui, comme on sait, a été fondé surtout en vue des progrès de l'anatomie pathologique), à proposer pour un concours prochain la question suivante :

« Du goître endémique; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie, rap- » ports avec le crétinisme. »

De la sorte pourront être réservés et sauvegardés les droits des auteurs de plusieurs mémoires envoyés au concours de cette année, mais que la commission s'est vue forcée de laisser sans récompense pour rester dans les termes précis du programme.

En conséquence, sur les six mémoires soumis à l'examen de vos commissaires, trois qui n'avaient guère traité que la question hygiénique et médicale du goître ont été mis de côté et pourront se représenter avec avantage au concours suivant, tandis que les trois autres, dont les auteurs se sont surtout préoccupés du point de vue anatomique et chirurgical, ont été examinés avec soin par la commission, analysés et jugés avec le talent qui distingue notre studieux collègue, M. le docteur Baillarger, rapporteur, enfin récompensés à des degrés divers par la compagnie.

Celui qui a été jugé digne du prix, surtout à cause de l'étendue et de la science qui distinguent tout ce qui a trait à l'anatomie soit normale soit pathologique du corps thyroïde, a pour auteur M. le docteur Bach (de Strasbourg).

Un second mémoire, œuvre de M. le docteur Philippeaux (de Lyon), qui s'est puissamment aidé des savantes recherches de deux chirurgiens célèbres de la même ville, MM. Bonnet et Bouchacourt, a été distingué par une mention honorable.

Le troisième mémoire, dont la partie thérapeutique présente surtout un dé-

veloppement remarquable, a valu aussi une mention honorable à son auteur, M. le docteur Leterte-Vallier, médecin militaire à Amiens.

VII. Une nouvelle période a commencé pour le prix d'Argenteuil qui sera décerné en 1856. Délivrée par un jugement récent des difficultés et des prétentions exorbitantes et antiscientifiques des héritiers d'Argenteuil, la compagnie a recouvré désormais la liberté d'action qui lui avait été contestée, et MM. les concurrents n'ont plus d'entraves à craindre dans la délivrance de ce prix important (1).

VIII. Il ne nous reste plus que quelques mots à vous dire sur le second prix fondé par notre si regretté collègue Capuron pour une question d'obstétrique. Le sujet proposé était : « Des considérations physiologiques de l'état puerpéral et de leur influence sur la production des maladies dites puerpérales. »

La commission, composée de MM. Moreau, Depaul, Danyau, Chailly et Cazeaux, rapporteur, n'a eu à examiner qu'un seul mémoire. L'auteur, par une singulière aberration de jugement, a cru l'occasion propice pour mettre en lumière un *céphalotome* à huit branches, remède extrême, mais souverain, selon lui, pour toutes les difficultés que peuvent présenter les accouchements laborieux.

Naturellement ce mémoire n'a pu être accepté, et il a paru convenable à la commission de retirer la question actuelle pour lui substituer celle-ci : « De la » mort subite dans l'état puerpéral. »

Comme je le disais en commençant, le fondateur de ce prix, Capuron, est tombé frappé d'une atteinte mortelle dans la salle même de nos séances. Il nous a laissé, ainsi que plusieurs autres de nos collègues frappés après lui, parmi lesquels il me sera permis de citer les noms célèbres de Recamier et de Richard, de grands et salutaires exemples à suivre. Ces regrettables collègues qui, pendant leur vie et au moment de leur mort, se sont montrés si pleins de zèle pour les intérêts de la science et pour ceux de la religion, avaient su goûter cette parole si profondément vraie d'un écrivain célèbre, comme eux à la fois sav.nt et religieux : « La religion est comme un arome nécessaire à la science pour l'empêcher de se corrompre. »

PRIX DE 1853.

(Voir le rapport de M. Gibert.)

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES VACCINATEURS.

L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de* 1,500 *francs* partagé entre les trois médecins dont les noms suivent :

M. Boissat (de Bourdeilles), directeur de la vaccine dans la Dordogne, pour avoir de nouveau donné, par son activité, ses soins et son zèle infatigables, un développement considérable à la propagation de la vaccine dans ce département.

M. Morillon, officier de santé à Coulonges (Deux-Sèvres), pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées et les efforts qu'il n'a cessé de faire pour la propagation de la vaccine.

M. le docteur James, d'Amiens (Somme), pour l'excellent rapport qu'il a fait au comité central de vaccine de ce département, dans la séance publique de 1852.

2° *Quatre médailles d'or* :

A M. Hullin, de Mortagne (Vendée), pour le mémoire qu'il a adressé à l'Académie, ayant pour titre : Sur la variole, la vaccine et les revaccinations, et aussi pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées.

A M. Héritier, médecin à Château-Ville-Vieille (Hautes-Alpes), pour le rapport judicieux qu'il a fait à M. le préfet sur une épidémie de variole qui a régné dans le canton d'Aiguilles et aussi pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées.

A M. Renault, d'Alençon (Orne), chirurgien, vice-directeur du service de la vaccine, pour le zèle qu'il ne cesse de montrer, ayant pratiqué à lui seul 2,503 vaccinations, les vaccinateurs venant après lui n'ayant pas atteint le chiffre de 300.

A M. Andriot, de Fontaine-Française (Côte-d'Or), dont les services ont été justement appréciés par M. le directeur du service de la vaccine dans le département, et que son zèle a fait ainsi placer en première ligne.

3° *Cent médailles d'argent* aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des mémoires et des observations qu'ils ont transmis à l'Académie.

PRIX PROPOSÉS POUR 1854.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

« De l'huile de foie de morue, considérée comme agent thérapeutique. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

« Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus. »

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME DE CIVRIEUX.

« Déterminer, par des faits rigoureux et bien observés, l'influence positive des affections morales sur le développement des maladies du cœur. »

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR LEFÈVRE.

« De la mélancolie. »

Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

« De l'albuminurie dans l'état puerpéral et de ses rapports avec l'éclampsie. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. NADAU.

Ce prix, dont le concours reste ouvert jusqu'au 31 décembre 1853, sera décerné, en 1854, à celui qui aura professé ou publié le meilleur cours d'hygiène populaire en vingt-cinq leçons.

PRIX PROPOSÉS POUR 1855.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

« Déterminer, par des faits précis, le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans des pays chauds et les voyages sur mer exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

« Du goitre endémique ; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie ; rapports avec le crétinisme. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

« De la catalepsie. »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

Question relative à l'art des accouchements. — « Des morts subites dans l'état puerpéral. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Question relative aux eaux minérales. — « Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales *alcalines*, et préciser nettement les cas de leur application. »

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD.

Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,700 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR 1856.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL.

Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs du rétrécissement du canal de l'urètre pendant cette troisième période (1850 à 1856), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires.

La valeur de ce prix sera de 12,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1854 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars, à l'exception du prix fondé par M. Nadau, dont le concours sera clos le 31 décembre 1853.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie*, du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Nadau, sont seuls exceptés de ces dispositions.

La parole est donnée à M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, pour lire l'éloge de M. Orfila.

ÉLOGE DE M. ORFILA.

Messieurs,

Neuf mois à peine se sont écoulés depuis la mort de M. Orfila, et déjà il semble qu'on attend de l'histoire contemporaine le récit de cette vie trop tôt interrompue, de cette vie si pleine, si utile, si brillante.

(1) Je crois devoir reproduire ici les propres termes de l'arrêt rendu par la cour d'appel ; cette cour a déclaré : « que l'Académie a fait une saine interprétation de la clause du testament, et qu'elle a sagement exercé les droits que lui conférait le testateur. »

Aux grands noms de Berthollet, de Chaptal et de Vauquelin, qui jettent tant d'éclat sur l'histoire des membres de cette Académie, celui de M. Orfila vient naturellement se joindre. C'est un savant disciple que je dois me hâter de placer à côté de ses maîtres.

Je vais donc essayer, messieurs, de mettre sous vos yeux les vicissitudes d'une carrière noblement parcourue; des documents fournis par la famille me permettront de faire connaître avec quelques détails la jeunesse de M. Orfila, et de rattacher à des dates certaines les principaux événements de sa vie. Je raconterai les aventures du jeune étudiant; je dirai les débuts heureux du chimiste toxicologue, les succès constants du professeur, les travaux de l'académicien, les services de l'administrateur, les découvertes du médecin légiste; je montrerai enfin qu'un moment où la vie lui échappait, il allait, par de magnifiques donations, ressaisir et continuer cette tutelle scientifique qu'il avait si longtemps exercée.

Fils adoptif de la France, M. Orfila a bien mérité d'elle, en servant les sciences, en instruisant la jeunesse, en éclairant la justice; ce sera donc pour moi un devoir à la fois doux et facile d'honorer par un éloge public la mémoire d'un homme qui, après avoir été l'une des gloires du monde médical, voulut en rester le bienfaiteur.

Mathéo-José-Bonaventure Orfila naquit à Mahon, dans l'île de Minorque, le 24 avril 1787. Il aurait pu trouver dans l'ancienneté de sa famille une sorte de noblesse, car un de ses aïeux, Guillaume-Puig Orfila, citoyen de Collioure, après avoir fondé dans sa ville natale un couvent de dominicains, et l'hôpital des Pauvres, qui subsiste encore aujourd'hui, était allé, vers le commencement du quatorzième siècle, s'établir à Perpignan; puis, appelé dans les conseils du roi de Majorque, Jacques Ier, il avait quitté la France pour les îles Baléares.

Mais M. Orfila se disait tout simplement issu d'une famille d'honnêtes marchands. Cet Orfila du quatorzième siècle avait eu, à Perpignan, des ateliers de draperie, toute sa lignée était restée dans le commerce, et le père de notre Orfila était un marchand de Minorque, ayant boutique, mais assez riche pour contribuer à l'entretien de ces navires baléares qui vont, chaque année, chercher du blé en Orient pour en fournir les pays où les récoltes ont manqué.

La première éducation de M. Orfila fut très-mélangée, et cependant poussée assez loin. Comme il n'y avait à Minorque ni collége, ni pension, on lui avait donné pour précepteur un cordelier, nommé le père François. C'était un assez bon grammairien et le meilleur des hommes; mais le genre d'éducation qu'il entreprit de donner à son élève appartenait bien à l'Espagne du dix-huitième siècle. C'était à peu près l'enseignement que Gil Blas reçut à Oviédo: un peu de grec, un peu de latin, mais beaucoup de scolastique, le tout pour former l'enfant à la dispute, pour le mettre à même d'argumenter envers et contre tout. Or, comme il avait de la mémoire et de l'assurance, il devint bientôt un disputeur des plus redoutables aux yeux de ses compatriotes; il n'arrêtait point, il est vrai, les passants pour disputer avec eux, mais on le vit soutenir publiquement une thèse de philosophie dans la grande église du couvent de Saint-Jean, contre des moines et des prêtres ses argumentateurs. La lutte dura trois heures: l'enfant en sortit vainqueur, aux applaudissements de la foule, mais loin d'être fier de ce succès, et de croire, comme le héros de Lesage, qu'avec sa science, quelques réaux et une mule, il pouvait se mettre en route pour aller chercher fortune: « Hélas! disait-il à son père, je ne sais rien, et je crois qu'on me fait faire fausse » route! »

Cependant, comme on voulait lui faire tout apprendre à la fois, sciences, arts et belles-lettres, dès l'âge de huit ans on l'avait mis sous la direction d'un prêtre qui avait la prétention d'enseigner à chanter. Ce prêtre, loin de ressembler au bon père François, était un brutal qui se plaisait à meurtrir, avec une lourde palette en bois, les mains des pauvres enfants qu'on lui confiait; de sorte qu'Orfila prit tout d'abord la musique en horreur, et, au bout de trois ans d'exercice, il n'en savait pas plus que le premier jour; il lui était surtout impossible de rien comprendre à la *mesure*. Son oreille était juste, il chantait même avec goût quand on l'associait à d'autres enfants; mais il ignorait complétement pourquoi et comment on bat la mesure, et lui, qui devait un jour acquérir un si beau talent, lui, dont la qualité dominante devait être la précision de la mesure, il allait tout abandonner, quand un ami de sa famille, un docteur Siguier, musicien distingué, le prit à part et lui dit: « Écoute, mon en- » fant, tu ne comprends rien aux lois de la musique: elles te font peur; tu es » humilié de ne pouvoir ni chanter, ni jouer en mesure. Eh bien! en un quart » d'heure je vais te rendre aussi savant que moi sur ce point. »

Prenant alors un bâton d'un mètre environ de longueur, le docteur le partage en deux parties égales; puis il divise chacune de celles-ci en deux moitiés égales encore: « Voilà, lui dit-il, la mesure à quatre temps. Ces quatre morceaux de » bois d'égale longueur représentent quatre *noires*, et il faut que tu t'arranges, » en battant la mesure, pour ne pas donner à l'une d'elles une valeur ou une » étendue qui dépasserait celle des autres. Ces quatre noires réunies composent » ront ta mesure, absolument comme ces quatre morceaux de bois, placés bout » à bout, constituent la totalité de ce bâton. »

Cette comparaison, si simple et en même temps si juste, fut un trait de lumière pour le jeune Orfila. A dater de ce moment, toutes difficultés disparaissent; le goût renaît en lui, et quand viendront les grands maîtres, il se sentira capable de marcher sur leurs traces.

Mais ici vient se placer un incident qui faillit tout gâter. A peu de jours de là, le jeune Orfila commit une faute: son père voulut le corriger, mais il le fit avec emportement et d'une manière barbare. L'enfant s'endormit en pleurant; le lendemain, il bégayait horriblement, et loin de s'amender, le mal allait toujours en s'aggravant. Le bon docteur Siguier fut encore consulté; il ne trouva rien de mieux à faire que d'envoyer le jeune garçon chanter au lutrin. Pendant huit mois, Orfila suivit tous les exercices religieux; il s'unissait au clergé et chantait de tout cœur. Après trois mois, il y eut une amélioration notable, puis une guérison complète.

Que de fois je me suis demandé, disait M. Orfila, ce que je serais devenu avec une pareille infirmité, moi qui ai dû presque tous mes succès au professorat!

Mais nous n'en avons pas encore fini sur ce point: avant de quitter son île natale, le jeune Orfila devait donner à ses compatriotes comme un pressentiment de ce qu'il ferait un jour dans cet art musical, qui jusque-là ne lui avait guère causé que des ennuis.

Le moyen qu'avait imaginé le docteur Siguier pour le guérir de son bégayement avait fini par lui inspirer une véritable passion pour la musique religieuse; et comme déjà il ne doutait de rien, il résolut d'arranger une messe en musique à trois voix, et de l'exécuter lui-même dans la principale église de Minorque, un jour de grande fête religieuse, avec deux musiciens du pays.

Disons tout de suite que sa jeune audace étant, après tout, fondée sur quelques notions positives de musique, il n'eut point le sort qu'éprouva J.-J. Rousseau à Lausanne, lorsque, dans un jour de sa jeunesse vagabonde, il eut l'étrange idée de composer une pièce pour un concert, aussi effrontément, a-t-il dit lui-même, que s'il avait su comment s'y prendre; au lieu donc de l'immense confusion dont fut couvert le pauvre Jean-Jacques, ce fut une admiration générale pour Orfila, et ses compatriotes émerveillés le déclarèrent tout d'une voix un petit Haydn et un petit Mozart!

Mais, pour ce précoce enfant, ce n'étaient là que de simples distractions; il s'était en même temps livré à des études plus sérieuses. Servi par d'heureuses circonstances, il avait appris presque en même temps la langue française et la langue anglaise: la première, grâce à un abbé languedocien que la révolution de 1789 avait jeté dans l'île; la seconde, grâce à un prêtre irlandais nommé John Father.

Ce double enseignement s'était fait plutôt par des conversations que par des études grammaticales; aussi le jeune Espagnol avait-il pris jusqu'aux défauts de ses maîtres: on l'aurait cru Languedocien quand on l'entendait parler français, et Irlandais lorsqu'il venait à s'exprimer en anglais.

Tout cela prouvait une merveilleuse facilité, et comme rien ne l'arrêtait, il s'était mis, en même temps, à étudier les mathématiques; il n'en connaissait pas le premier mot n'importe, il achète des livres et finit par découvrir, dans ce pays si arriéré, un homme qui le conduit jusqu'aux logarithmes et qui lui donne des notions élémentaires de géométrie.

Mais voilà que, dès la sixième leçon, il est pris d'une bien autre ambition: il veut, tout simplement, devenir professeur! Il cherche et bientôt il trouve deux garçons à peu près de son âge, quatorze ans, qui consentent à devenir ses élèves. Il a donc un auditoire, et il va se faire écouter; car déjà se révèle l'homme qui cherchera partout ses succès et sa gloire dans le sein des plus brillantes réunions comme sur le théâtre plus ou moins agrandi du professorat. Il suivait, du reste, le meilleur chemin pour s'instruire lui-même en se chargeant ainsi d'enseigner aux autres ce qu'il lui fallait apprendre au jour le jour.

Pendant une année entière, il est donc occupé de mathématiques, et cette fois à la grande satisfaction de son père qui, ayant résolu d'en faire un marin, insistait pour qu'il se mît au fait des notions les plus usuelles de navigation. Ce père, au fond, ne voyait pas plus loin que ses compatriotes: pour tous ces insulaires il n'y avait que deux carrières possibles: l'église ou la mer. Or, comme c'était à ce dernier parti qu'il s'était arrêté, il cherchait à enflammer l'imagination de son fils par des récits plus merveilleux que ceux de Sinbad le Marin. Tantôt il lui parlait des aventures de mer, du plaisir qu'on éprouve à voir des peuples nouveaux, à contempler les monuments que nous a légués l'antiquité; et puis il lui parlait de ces délicieuses contrées que baigne la Méditerranée, de Naples, de Portici, Castellamare, Sorrente, Pouzzole, Baïa! Noms harmonieux et poétiques, bien faits pour séduire une jeune imagination!

Voilà donc son fils marin; il n'a que quinze ans; il s'embarque à bord d'un brick marchand.

Ce navire allait en Égypte; c'était un beau début! Commencer par visiter la terre des Pharaons! Mais ce pays si intéressant, si poétique pour d'autres, si plein de souvenirs, fit une assez triste impression sur l'esprit tout positif du jeune Orfila. Obligé de séjourner trois mois dans la baie d'Alexandrie, il s'ennuyait à mourir quand il allait à terre; de sorte qu'il passait presque tout son temps à lire sur le pont du navire ou dans sa chambre.

De retour à Mahon, il fut assez heureux pour y trouver un homme plein d'instruction qui voulut bien s'occuper de lui. C'était un Allemand, d'un caractère aimable et d'un esprit fort distingué, très-versé dans les sciences physiques et mathématiques, il avait l'habitude de l'enseignement. Dès les premières leçons, il fit sentir à son élève le vide de ses prétendues connaissances; il lui fit reprendre l'étude des mathématiques, puis celle de la physique expérimentale et de l'histoire naturelle. Orfila resta deux ans sous sa direction, c'est-à-dire jusqu'en 1804, époque où, ayant atteint sa dix-septième année, il dut quitter sa ville natale pour aller à l'Université de Valence.

Ici, messieurs, nous allons retrouver l'Espagne avec ses vieilles routines et son respect aveugle pour les anciennes traditions. On enseignait à Valence la médecine et les sciences accessoires; le cours de chimie était même confié à un homme instruit, le docteur Piqueta, mais les règlements de l'Université prescrivaient à ce malheureux professeur de ne pas s'écarter du livre de Macquer, de Macquer qui, en 1804, et après les travaux de Lavoisier, de Priestley et de Fourcroy, maintenait, comme une vérité incontestable, que l'air et l'eau sont des *corps élémentaires!* On prescrivait, en outre, aux élèves, d'apprendre et de réciter, chaque jour, quatre ou cinq pages dudit Macquer! Qu'on juge de la position du pauvre professeur qui, connaissant l'insuffisance du traité de Macquer,

cherchait, mais sans faire aucune expérience, à mettre ses élèves au courant des découvertes récentes en chimie!

Orfila comprit bientôt de quel côté était la vérité. Les grands noms de Lavoisier, de Berthollet, de Fourcroy n'avaient point retenti en vain à son oreille; il s'empressa d'acheter leurs ouvrages, et après en avoir lu les premières pages, son parti est pris: il n'assistera plus aux leçons de l'Université; c'est chez lui, dans sa petite chambre, qu'il va étudier, n'ayant d'autre guide que ses livres, d'autre mobile que son insatiable besoin d'apprendre. Il n'avait jamais vu faire d'expériences, il va en faire; sa chambre est transformée en laboratoire. La chimie a cela de particulier dans son étude, que les plus petites opérations intéressent et excitent l'esprit. Il suffit de quelques réactifs et d'un petit nombre d'ustensiles pour instituer des expériences qui vont faire palpiter le cœur d'un jeune adepte et le faire tressaillir d'aise quand il verra s'opérer sous ses yeux ce qu'il vient de lire dans un ouvrage. Cette étude avait tant de charmes pour Orfila, elle lui inspira tant d'enthousiasme que, pendant près d'une année, il ne prit pas plus de trois à quatre heures de sommeil par nuit. Tout Valence pouvait voir la fenêtre du jeune étudiant éclairée jusqu'à minuit; puis, avant l'aube, on la voyait briller de nouveau comme l'étoile du matin. Chacun savait qu'un de ces *serenos*, qui, en Espagne, annoncent aux habitants des villes l'état du ciel, allait tous les soirs allumer sa lanterne à la lampe du laborieux jeune homme, et qu'après une tournée de trois heures, il venait rendre à cette lampe studieuse la lumière qu'il lui avait empruntée.

Des travaux si opiniâtres, des études faites avec tant d'ardeur, devaient être suivies d'un véritable triomphe. L'Université de Valence avait fini par être menacée dans son existence: un long cri de réprobation s'était élevé contre elle; on se disait de toutes parts que l'enseignement y était déplorable, et qu'il fallait la supprimer.

Dans sa détresse, l'Université fit un appel à ses enfants; mais, chose bien étrange, ce fut celui qui s'était exilé de son sein qui allait la sauver.

C'était vers la fin de 1805; un grand concours est annoncé: il aura lieu entre les élèves les plus distingués de l'École, et aura pour juges des savants pris en dehors de l'Université.

Quand vint le jour des épreuves, Matheo Orfila, dans une improvisation qui dura plus de deux heures, montra un si beau talent d'exposition et fit preuve de connaissances si approfondies, qu'il enleva tous les suffrages et fut déclaré vainqueur.

Chacun comprit alors ce que peut produire un travail solitaire soutenu par une forte volonté. Le professeur Picuerta ne pouvait cacher sa joie et sa surprise: « Mais, mon enfant, lui disait il, où avez-vous donc appris tout cela? Qui a pu vous enseigner tout ce que vous avez dit? »

Le jeune lauréat, fêté de tout le monde, déclaré sauveur de l'Université, était dans l'ivresse; mais quelle n'est pas sa terreur le lendemain, quand on vient lui intimer l'ordre de se rendre près du grand inquisiteur! Il avait, dit-on, émis des principes qui n'étaient rien moins qu'orthodoxes. Orfila obéit. Le grand inquisiteur était un homme d'une taille élevée, d'une figure grave et imposante: « Vous avez eu hier un magnifique succès, lui dit-il; j'y ai applaudi tout le premier: j'aime la jeunesse studieuse. Qui êtes-vous? d'où venez-vous, et qu'allez-vous faire? Rassuré par ces bienveillantes paroles, Orfila répondit avec une respectueuse déférence. « Mais, reprit le grand inquisiteur, lorsqu'il a été question de géologie, n'avez-vous pas laissé entrevoir, et cela en vous appuyant sur les assertions d'auteurs français, que le monde est plus ancien que ne l'enseigne l'Église? Dites-moi la vérité: quelle est votre opinion? » Orfila répondit sans se troubler, et de manière à concilier les assertions de la géologie avec celles de la théologie. Il le fit même avec tant de succès que le grand inquisiteur, charmé d'une science de si bon aloi, lui dit en souriant: « Allez, jeune homme, poursuivez vos études, honorez l'Espagne, et sachez que l'inquisition n'est ni aussi tracassière ni aussi barbare qu'on le suppose! » Orfila aurait donc pu rester à Valence, et y jouir pleinement de son triomphe; mais que faire désormais dans un pays si arriéré? « Rester ici, écrivait-il à son père, ce serait perdre mon temps, et ce n'est point là sans doute ce que vous voulez. »

Cette fois, c'est à Barcelone qu'il va se rendre; mais si, dans les grandes villes, il y a plus de ressources pour l'instruction, il y a aussi plus de causes de distraction. On professait à Barcelone, à peu près comme cela se pratique en France, Carbonnell y enseignait la chimie; mais il y avait un théâtre italien et d'excellents sujets; c'était une furieuse tentation pour notre étudiant. Un jour donc, n'y tenant plus, il achète un billet, prend sa place au parterre. Qu'on juge de son ravissement! lui qui n'avait jamais entendu chanter qu'au lutrin de son pays! On jouait la MOLINARA, le chef-d'œuvre de Paesiello! Jamais musique ne produisit un pareil effet sur une organisation humaine! Le voilà fou de chant italien. Il chante en s'en retournant chez lui; il se met au lit et ne peut dormir; il veut reproduire ces grands effets de voix qu'il a entendus: impossible, sa voix est lourde, rebelle et traînante. Il attend le jour avec impatience, et au lieu d'aller à l'amphithéâtre de chimie, il va chercher à dompter sa voix, non pas, comme Démosthènes, en se mettant des cailloux dans la bouche et en luttant avec le bruit des flots, mais en jetant sa voix au milieu des airs; et, pour cela, il gravit une haute montagne qui domine Barcelone, le mont Jouy. Il était cinq heures du matin; il se met à vocaliser de toutes ses forces. A dix heures il tenait ses roulades, et rentrait dans Barcelone tout joyeux de sa conquête. Mais cela ne lui suffit pas, il s'exerce sur toutes sortes d'instruments; la flûte, le piano, la guitare, le violon; toutefois il finit par opter, et, en véritable Espagnol, il se décide pour la guitare.

Tout cela avait amené quelque ralentissement dans ses études; mais ce premier moment de fougue passé, il reprit sa place parmi les élèves, c'est-à-dire au premier rang.

Deux ans s'étaient ainsi passés, quand la junte de Barcelone, ayant résolu d'envoyer un jeune pensionnaire à Madrid d'abord, puis à Paris, pour y étudier la chimie appliquée aux arts, jeta les yeux sur Orfila. Il devait rester deux ans à Madrid et autant à Paris, puis revenir à Barcelone, où on instituerait pour lui une chaire de chimie.

Ce fut vers la fin de 1807 qu'il quitta Barcelone. Il comptait trouver à Madrid le professeur Proust; mais ce savant venait de rentrer en France. Orfila voyant qu'à Madrid on n'en savait pas beaucoup plus qu'à Barcelone, demanda et obtint l'autorisation de se rendre immédiatement à Paris. Il possédait 1,100 fr.: c'était beaucoup plus qu'il n'en fallait pour faire le voyage; mais un ami d'enfance demande à lui emprunter 1,000 fr., assurant qu'ils lui seront rendus à Burgos, poste restante, Orfila les lui donne et les deux amis se quittent en pleurant. Arrivé à Burgos, Orfila court à la poste; rien! Il pense que c'est un retard et pousse jusqu'à Bayonne; rien encore! et la diligence part le lendemain, et il ne lui reste pas un sou! Sa gaieté n'en est pas altérée; il ne peut croire à tant de perfidie. Il vend sa montre, une bague de prix, et jusqu'à sa guitare! Mais il est en France et il a vingt ans! Age heureux! toujours riche; riche dans le présent, et plus riche encore dans l'avenir! Il monte donc résolûment dans la voiture publique, où il trouve deux médecins qui lui font l'accueil le plus cordial, un avocat, homme de beaucoup d'esprit, et une jeune dame d'une rare beauté, qui s'amuse infiniment d'entendre ce jeune Espagnol parler le pur languedocien.

Ce voyage dura dix jours; le 11 juillet 1807, M. Orfila était à Paris; en descendant de voiture dans la cour des Messageries, il lui restait 50 centimes; mais un oncle qu'il avait à Marseille, instruit de sa détresse, avait donné ordre à son banquier de lui compter 300 fr., et la junte de Barcelone lui faisait payer un mois d'avance.

Ce n'étaient là, du reste, que des contre-temps: M. Orfila n'a pas eu à lutter, dans sa jeunesse, contre l'adversité, à se trouver aux prises avec l'infortune; il ne devait point passer, par cette école du malheur qui trempe et fortifie les caractères; mais, à défaut de cet aiguillon de l'indigence, il portait dans son cœur les germes d'une vaste ambition, et déjà ses succès d'enfance avaient vivement excité en lui ces désirs de renommée. Maintenant qu'il est en France, chez un peuple éminemment sociable, ami des étrangers, nous allons le voir marcher de succès en succès, jusqu'au moment où il se condamnera à traîner ce que j'appellerai le boulet de la faveur publique. Et puis l'ingratitude et l'oubli viendront assombrir cette carrière si heureusement commencée! Mais nous n'en sommes encore qu'à ses débuts; insistons sur ses premières années; disons l'accueil qu'il reçut en France, les amitiés qu'il va y former et les encouragements qu'il trouvera de toutes parts.

Depuis la mort de Lavoisier, le sceptre des sciences chimiques était tenu par Fourcroy; déjà Berthollet, Chaptal, Vauquelin et Thénard avaient acquis une juste célébrité. M. Orfila connaissait ces grands maîtres par leurs écrits; il se fit présenter à Fourcroy et à Vauquelin. Celui-ci l'admit bientôt dans son laboratoire, Fourcroy le chargea de préparer sept à huit leçons qu'il voulait faire sur la chimie animale.

Mais M. Orfila n'était pas disposé à se contenter longtemps d'un rôle subalterne: il lui fallait un laboratoire et un local convenable pour professer. Un riche propriétaire de la rue du Bac y pourvut, il ouvrit son premier cours de chimie. L'auditoire était peu nombreux; mais si le théâtre était modeste, il s'y passa dès les premiers jours un événement qui fit le plus grand honneur au jeune étranger. Il était à faire sa leçon devant son petit auditoire: deux graves personnages se présentent et prennent place sur les banquettes au milieu des élèves. M. Orfila jette sur eux les yeux. Quelle n'est pas sa surprise! Ces deux nouveaux venus sont Fourcroy et Vauquelin! Mais M. Orfila ne se troublait pas facilement; il se lève comme tout l'auditoire, s'incline devant ces deux grands maîtres, puis, après leur avoir donné ce témoignage de respect, il reprend sa leçon là où il l'avait interrompue, et, électrisé en quelque sorte par la présence de ces hommes illustres, il redouble d'efforts, se surpasse, et se montre véritablement digne de l'honneur qu'ils viennent de lui apporter.

Mais Vauquelin était plus qu'un maître pour lui, il était presque un père: on va en juger.

M. Orfila, bien accueilli en France et ne se mêlant en aucune manière de politique, était plein de sécurité, comme tous ses compatriotes, lorsque, vers le milieu de 1808, on apprit à Paris que Murat, campé sous les murs de Madrid, venait de bombarder cette ville, qui s'était mise en pleine insurrection. C'était le signal d'une guerre longue et meurtrière. Vers le mois de septembre, le bruit se répand que le général Dupont vient d'être défait à Baylen par Castagnoz. Napoléon est indigné: c'est le premier échec qu'éprouvent ses armes. Avant de quitter Paris, il donne ordre au préfet de police de faire arrêter tous les Espagnols qui sont dans la capitale et de les diriger deux par deux dans les départements.

M. Orfila, pour se mettre en règle, et conformément à l'invitation de son ambassadeur, était allé de lui-même à la préfecture de police demander un permis de séjour. On l'arrête et on le jette en prison. Toutefois, on avait bien voulu le prévenir que, s'il se faisait réclamer par une personne honorable, on le mettrait en liberté. Il ne perd pas un instant: il écrit à Fourcroy et à Vauquelin. C'était une bonne inspiration: le jour suivant, à sept heures du matin, on vient le chercher pour le conduire dans le cabinet du préfet. Il pensait que c'était pour quelque interrogatoire; pas du tout: il y trouve Vauquelin, le bon Vauquelin, en grand costume de l'Institut, l'épée au côté et couvert de ses décorations. « Je viens réclamer monsieur, dit le savant, je réponds de lui; il ne troublera jamais l'État, et je l'emmène. — Soit, » répondit le chef du cabinet. Vauquelin tend la main à son élève, celui-ci se précipite dans ses bras.

Rendu ainsi à la liberté et à ses études, Orfila, de 1808 à 1811, put compléter son instruction médicale. Le 27 septembre, il était reçu docteur. Pour lui, les études qu'on nomme *accessoires*, étaient restées les études principales,

et ce n'était qu'accessoirement qu'il avait étudié la médecine; mais la guerre entre la France et l'Espagne étant devenue chaque jour plus meurtrière, la junte de Barcelone avait cessé d'avoir des relations avec son pensionnaire; ses parents avaient essuyé des pertes considérables, et son père lui avait fait intimer l'ordre de revenir à Mahon dès qu'il serait reçu docteur; 300 fr. même lui avaient été remis, avec l'injonction de revenir sur-le-champ. Tout autre, sans doute, aurait obéi; mais ici se montre encore le caractère de M. Orfila. Confiant comme toujours dans sa fortune, il écrit à son père : « Je reste, et je vous renvoie les 300 fr. qui devaient payer mon voyage. » Il est vrai qu'il avait des amis sur lesquels il pouvait compter : Béclard, Edwards l'aîné, Marjolin et beaucoup d'autres. Ces amis se mirent à lui recruter des élèves, et, le 8 janvier 1812, il put ouvrir un cours de chimie chez un pharmacien de la rue Croix des-Petits-Champs. Ce cours était suivi par quarante élèves qui lui payaient chacun 40 fr. Béclard, Edwards, Hippolyte et Jules Cloquet étaient au nombre des élèves les plus assidus.

Ce cours est à peine terminé, qu'il en ouvre un second rue du Foin-Saint-Jacques. C'était le beau temps de l'enseignement particulier, et cette rue du Foin-Saint-Jacques était comme le berceau des grandes réputations professorales. Quelques années plus tard, Broussais devait y jeter les premiers fondements de la sienne; celle de M. Orfila commençait à grandir. Envoyé par son gouvernement pour étudier la chimie appliquée aux arts, il n'avait guère fait, jusque-là, que marcher sur les pas de ses maîtres; mais dès que, livré à lui-même, il en vint à la *médecine légale*, on le vit procéder par des voies toutes nouvelles : il avait enfin trouvé sa veine; le grand *toxicologue* commençait à se montrer.

Disons comment un incident, pur effet du hasard, était venu tout à coup lui révéler, au milieu d'une leçon, et l'impuissance de la toxicologie telle qu'on l'enseignait alors, et le problème qu'il y avait à résoudre pour que la médecine légale put en tirer ses plus précieuses ressources.

Il venait d'exposer à ses élèves l'histoire de l'*acide arsénieux*; il leur avait montré les précipités que la dissolution de ce corps peut former avec différents réactifs; il leur avait dit que la même chose aurait lieu si l'acide arsénieux se trouvait mêlé à des liquides alimentaires, tels que du vin, du café, du bouillon; et, comme il avait par hasard à côté de lui une tasse de café à l'eau, il y verse de la dissolution arsenicale, puis de l'*eau de chaux*; mais voilà qu'à son grand étonnement, au lieu du *précipité blanc* qu'il avait annoncé, il se produit un *précipité gris violacé*. Il change de réactif, il se sert de *sulfate de cuivre ammoniacal*; mais au lieu du *précipité vert pré* qu'il attendait, il obtient un *précipité olive noirâtre!* Toutes ses idées sont bouleversées : il n'en fait rien paraître, car il avait pour principe qu'un professeur ne doit jamais se tromper devant ses élèves. Il attribue ces résultats à la présence de quelques matières organiques colorées, et remet à leur expliquer tout cela ultérieurement.

Mais sa leçon est à peine terminée, qu'il court chez lui se procurer du vin, du bouillon, du thé, et qu'il se met à répéter les mêmes expériences pour savoir à quoi s'en tenir. Or toujours il trouve que les poisons mêlés à des liquides préparés avec des substances animales ou végétales, ne peuvent plus être décelés par les moyens mis en usage jusqu'alors. Il consulte en même temps les auteurs accrédités : Franck, Plenk et beaucoup d'autres; et de ces recherches il résulte pour lui ce fait capital que *la toxicologie n'existe pas!* Cette toxicologie, du moins, qui est fille de la chimie; qui seule peut mettre l'esprit sur la trace du poison et lui en faire connaître la nature, qui seule peut indiquer au médecin le contre-poison à administrer; qui seule, enfin, par la certitude de ses procédés, doit être la plus puissante garantie de la morale publique et de la société.

Mais quel sera l'auteur ou plutôt le créateur de cette nouvelle toxicologie? Quel sera l'esprit assez entreprenant, assez sûr de lui pour ne plus tenir compte des travaux des devanciers, et pour reprendre les faits sur de nouvelles bases? M. Orfila a tout aussitôt la conviction que ce sera lui-même; et il a si bien cette conviction que, le jour même, il court chez un libraire, et, sans avoir en main une seule page de manuscrit, il offre de lui vendre un TRAITÉ DE TOXICOLOGIE GÉNÉRALE, en 2 forts volumes in-8°.

Le libraire, assez étourdi de la proposition, lui demande d'abord à qui il a l'honneur de parler. —Je suis Orfila. — J'ai beaucoup entendu parler de vous par vos élèves, réplique le libraire; mais vous me donnerez bien le temps de réfléchir.—Pas une heure, reprit M. Orfila; c'est à prendre ou à laisser.—Comment! dit le libraire, à prendre ou à laisser? vous n'avez rien à m'offrir! — J'ai ma parole, dit Orfila, et cela doit suffire. — Eh bien! vous avez raison, je consens à traiter avec vous, ne serait-ce que pour la rareté du fait, ajoute le libraire. Et, séance tenante, le contrat fut signé.

Il fallait, on en conviendra, que ce jeune professeur inspirât au libraire une grande confiance; car celui-ci aurait pu tout d'abord lui objecter qu'il venait de lui vendre la peau de l'oursavant de l'avoir tué, il fallait aussi que le futur auteur eût une grande confiance en lui-même, pour considérer comme une propriété à lui une science qui, de son aveu, n'existait pas, et comme une propriété si bien à lui, que d'avance il veut en faire la vente et signer le contrat!

Quoi qu'il en soit, M. Orfila, à qui il ne restait plus qu'à trouver sa science et à la constituer en corps de doctrine, n'avait pas la moindre inquiétude à ce sujet. Le lendemain de la signature du contrat, il va se confiner dans une profonde retraite, à Villeneuve-le-Roi, et y passe tout l'été à faire des expériences, à reprendre ses essais chimiques sous toutes les formes, et à tuer des milliers de chiens. En même temps il écrit son livre; invention et rédaction, il fait tout marcher de front, et la moitié du premier volume est livrée à l'impression pendant l'hiver de 1813 à 1814, et les autres successivement; en 1815 tout avait paru.

Arrivé à ce point, M. Orfila pouvait se dire qu'il venait de marquer sa place dans la science et sur un terrain nouveau. Son livre reçut l'accueil le plus favorable des hommes compétents : l'Académie des sciences déclara, par l'organe d'une commission composée de MM. Pinel, Percy et Vauquelin, que cet ouvrage méritait l'approbation de la classe et faisait le plus grand honneur à M. Orfila.

C'était là de beaux succès qui attachaient de plus en plus M. Orfila à la France; mais des engagements qu'il regardait comme sacrés le liaient encore à l'Espagne. Voici comment ceux-ci furent rompus.

La paix ayant été rétablie en 1814, M. Orfila s'était empressé d'écrire à la junte de Barcelone; il lui avait dit que, réduit à ses propres ressources, il avait terminé toutes ses études, et qu'il était prêt à retourner à Barcelone si la municipalité consentait à créer la chaire qui lui avait été promise.

La junte répondit que la guerre ayant épuisé toutes ses ressources, il lui était impossible de s'imposer des charges nouvelles, mais, en même temps, elle lui annonçait que le gouvernement espagnol, dans le désir de l'attacher à son pays, venait de le nommer professeur de chimie à Madrid, en remplacement de Proust.

La position de M. Orfila devenait difficile : d'un côté, il aurait voulu répondre à la confiance de son pays; d'un autre côté, il sentait que la France, que Paris était le seul théâtre où il pouvait trouver l'emploi de ses facultés. Dans ces circonstances, il crut devoir faire ses conditions : il répondit au gouvernement espagnol qu'il acceptait avec reconnaissance les fonctions dont on voulait bien le charger, mais qu'il y avait de grandes réformes à apporter dans l'enseignement en Espagne, qu'une réorganisation était indispensable, et qu'il demandait à soumettre un plan d'études.

Le ministère espagnol répliqua que ce n'était pas à M. Orfila à proposer un plan d'études, que s'il voulait accepter sans condition, il pouvait se mettre en route. M. Orfila resta à Paris.

Il est donc désormais à la France, et de longtemps encore sa carrière ne sera qu'un cours inouï de prospérités.

L'année 1815, en particulier, a dû compter comme une des plus heureuses de sa vie. J'ai dit que les savants avaient fait à son TRAITÉ DE TOXICOLOGIE l'accueil le plus flatteur; M. Hallé se l'était fait lire d'un bout à l'autre, et comme une place de correspondant était vacante à l'Institut, il engagea M. Orfila à se mettre sur les rangs. M. Orfila fut placé en tête de la liste, et son élection eut lieu vers la fin de 1815.

Presque en même temps on l'avait attaché à la maison du roi Louis XVIII, en qualité de médecin par quartier. C'était une place un peu subalterne, et qui ne le mettait guère en rapport qu'avec la domesticité du château, mais ce pouvait être un acheminement de plus aux emplois. Ajoutons qu'à cette époque, M. Orfila n'était pas seulement un des jeunes docteurs les plus habiles de l'école de Paris; c'était encore, dans le monde, un des hommes les plus aimables; son goût pour la musique était resté chez lui au degré d'une passion, et il avait acquis un talent de premier ordre, a ce point que des offres lui avaient été faites pour entrer au Théâtre-Italien, à raison de 25,000 fr. par an. «Non, avait répondu M. Orfila, je refuse toute fortune qui me viendra » d'un autre côté que la science. » Mais si sa raison lui montrait ainsi qu'elle était pour lui la carrière la plus honorable et la plus digne, on va voir qu'un beau talent musical, une belle voix, étaient encore ce qui avait le plus de prise sur son cœur.

Admis depuis longtemps dans la famille d'un artiste distingué, depuis membre de l'Institut, M. Lesueur, il n'avait pu voir sans émotion une jeune personne qui était alors dans tout l'éclat de sa jeunesse et de son talent : c'était mademoiselle Gabrielle Lesueur. Douée d'une voix d'un timbre délicieux et d'une justesse irréprochable, on la comparait à l'incomparable madame Barilli. Qualités de cœur, dons de l'esprit, charmes de l'art, mademoiselle Lesueur réunissait tout ce qui pouvait séduire un homme d'ailleurs plein de délicatesse et d'honneur. Aussi M. Orfila ne se crut véritablement heureux qu'après avoir obtenu la main de cette jeune personne, en juillet 1815.

C'était, comme on le voit, dans les premiers temps de la Restauration, à l'époque où la société, à peine remise des puissantes émotions de la guerre, venait en quelque sorte de se retrouver. De nombreux salons étaient ouverts; celui de madame la princesse de Vaudemont réunissait tout ce que Paris avait de plus distingué, on y trouvait presque tous les grands personnages de l'époque. Grâce à leur amabilité, ou plutôt grâce à leurs talents, M. Orfila et sa jeune épouse étaient non-seulement bien accueillis, mais vivement désirés dans ces brillantes réunions, et ils en faisaient les délices.

Des esprits sévères trouveraient peut être qu'il eût été plus désirable pour M. Orfila, plus digne de sa réputation naissante, de figurer parmi ces nobles invités comme homme de science. Moi-même, j'aurais aimé à dire que, dans le salon de madame de Rumfort, veuve de l'illustre et infortuné Lavoisier, M. Orfila se trouvait au même titre que MM. Delaplace, Fourrier et de Prosny; mais il ne faut pas oublier que M. Orfila, à cette époque, n'en était encore qu'au début de sa carrière scientifique; qu'il n'était encore chargé d'aucun enseignement officiel, et que, par conséquent, il n'était pas tenu à cette gravité de mœurs et de manières qu'impose la robe de professeur à ceux qui en sont revêtus; et j'ajoute que ce fut pour lui l'origine de quelques-unes des puissantes protections qui, plus tard, lui furent si utiles dans ses fonctions administratives.

Cependant, au milieu du tourbillon du monde parisien, M. Orfila n'avait pas oublié son pays natal, sa petite Baléare, comme disaient les anciens, et ce souvenir lui revenait avec d'autant plus de vivacité, qu'il se sentait plus heureux; il lui tardait de faire partager ce bonheur à sa famille et à sa jeune épouse.

Il y avait douze ans qu'il avait quitté le toit paternel, lorsqu'il résolut d'aller

y raviver ses souvenirs d'enfance, s'y livrer à ce charme délicieux et mélancolique qui nous saisit à l'aspect des lieux où se sont écoulées nos premières années, et se retremper enfin dans ce bonheur domestique qui, pour lui, avait encore toute sa fraîcheur.

Il arriva à Mahon dans le plus beau mois de l'année, en mai 1816. Ce fut un événement dans cette petite île que l'arrivée de M. Orfila; car c'était chose inouïe qu'un de ses insulaires eût jamais quitté son pays, si ce n'est comme marin ou pour faire le commerce. Or Mathéo Orfila y revenait comme un savant médecin, et réputé tel dans le grand pays de France. Qu'on juge de l'enthousiasme de ses compatriotes! la foule accourait sur ses pas, son père le montrait avec orgueil, sa mère pleurait de joie!

Les malades, les infirmes, les incurables venaient de tous les points de l'île réclamer ses conseils. Il passa toute la belle saison au milieu de sa famille; mais en septembre il fallut se quitter. Le professorat à la Faculté de médecine de Paris, c'était là où devaient tendre tous ses vœux; deux années, toutefois, s'écoulèrent encore, puis, en 1818, de premières ouvertures lui furent faites par Marjolin: on allait créer une chaire de *maladies mentales*, et une permutation devait laisser vacante celle de *médecine légale*. Pour occuper une place dans l'enseignement, M. Orfila devait se faire naturaliser Français. Il avait à peine soumis cette demande au garde des sceaux, que la Faculté dut faire sa présentation: M. Orfila fut mis en première ligne *ex æquo* avec M. Husson; M. Pariset fut placé en seconde ligne.

Le jour de la nomination, la Faculté était au grand complet; M. Hallé, depuis longtemps retenu chez lui par l'affection calculeuse qui devait le conduire au tombeau, s'était fait transporter à l'école dans une chaise à porteur; et comme on le félicitait de l'amélioration que sans doute il éprouvait dans sa santé: « Je ne suis pas mieux, dit-il, mais je n'ai pas voulu laisser échapper cette occasion de rendre un dernier service à la Faculté, en venant voter pour M. Orfila. » — « Eh bien! ceci me décide, dit à son tour M. Boyer; moi aussi je voterai pour M. Orfila! »

Voilà donc M. Orfila en possession d'une chaire qu'il avait si longtemps désirée, le voilà professeur!

Heureux s'il avait su borner ses désirs et ne pas chercher d'autres joies que celles que devait lui donner cet enseignement! Pour le moment, du reste, il n'en soupçonnait pas d'autre, et sa satisfaction était immense en voyant la foule se presser pour l'entendre dans le vaste amphithéâtre de l'École.

Sa voix, bien timbrée, sonore et puissante, dominait ces flots d'auditeurs; elle se faisait entendre de tous les élèves. Sont débit était clair, méthodique, simple; il n'entretenait ses auditeurs que de ce qui leur était rigoureusement indispensable; il évitait toute espèce de digression, et, autant que possible, il démontrait, par des expériences, les faits qu'il venait d'énoncer.

Mais j'aurai à revenir sur son enseignement quand il sera question de son cours de chimie; je veux dire ici quelques mots de ses tournées comme *président* des jurys médicaux.

C'est en 1820 que M. Orfila fut appelé, avec Béclard, à présider annuellement ces jurys. L'institution des officiers de santé était déjà l'objet de nombreuses réclamations; on s'élevait de toutes parts contre la déplorable facilité avec laquelle on procédait à leur réception; ce n'était partout qu'ignorance et corruption. Pour mettre un terme à cet état de choses, la Faculté de Paris avait résolu de placer à la tête des jurys de réception deux hommes d'une intégrité et d'une sévérité reconnues.

Pour sa part, M. Orfila eut, dans la première année, cent vingt aspirants à interroger; il en refusa quatre-vingt-dix-neuf! Béclard n'avait pas montré moins de fermeté.

Cette première campagne fit comprendre aux récipiendaires qu'on ne pourrait fléchir ces nouveaux juges qu'en faisant preuve d'instruction et de capacité.

Il y eut bien encore quelques tentatives de corruption et même d'intimidation, mais M. Orfila sut les réprimer avec un admirable sang-froid. Ainsi, un jour, un candidat lui demande un entretien particulier: « Vous m'avez odieusement tourmenté hier, lui dit-il, vous allez sans doute me refuser aujourd'hui, mais vous ne me connaissez pas, monsieur, je suis homme à vous tuer! » — « Tuez-moi, répondit tranquillement M. Orfila, » et le jour même le candidat était refusé.

Un autre jour, M. Orfila interrogeait un candidat qui, du reste, ne paraissait pas manquer d'instruction; mais quelqu'un placé derrière lui lui dit à voix basse: « Vous ne savez pas qui vous interrogez? Cet homme est le bourreau d'Auxerre, et son père est le bourreau de Melun! » M. Orfila est stupéfait; mais à l'instant son parti est pris, il n'admettra jamais un bourreau dans le corps médical: il le refuse, et il informe de cet incident le ministre de l'intérieur et M. Cuvier.

M. Cuvier fut très-explicite; il donna son approbation pleine et entière à ce qu'avait fait M. Orfila.

Le ministre fut moins décidé; la question me paraît délicate, écrivit-il à M. Orfila; et je ne sais pas ce que ferait la chambre des députés, si un arrondissement lui envoyait son bourreau pour le représenter dans son sein! »

Cependant M. Orfila continuait de professer la médecine légale, quand vint la dissolution de l'École en 1822, et sa réorganisation en 1823. La chaire de maladies mentales fut supprimée, son titulaire passa à celle de médecine légale, et M. Orfila, ainsi dépossédé, fut prévenu qu'on allait le nommer professeur de chimie, en remplacement de Vauquelin, destitué.

M. Orfila était trop honnête homme pour oublier que Vauquelin avait été son maître et son bienfaiteur. Son chagrin fut extrême; d'un côté, il se voyait enlevé à un enseignement qu'il avait pour ainsi dire créé, dont le succès avait dépassé ses espérances; d'un autre côté, c'était Vauquelin, violemment expulsé, qu'il allait remplacer. Voici, dans cette circonstance, quelle fut sa conduite: il alla tout d'abord trouver Vauquelin, et lui dit ce qui se tramait contre lui. « Ce n'est pas possible, s'écria Vauquelin, ils n'oseront pas! — Ils l'oseront, reprit M. Orfila. — Eh bien! répliqua Vauquelin, je vous conjure d'accepter ma place; je l'exige. Vous êtes jeune, vous avez de l'avenir, point de fortune. Que pourrai-je gagner à votre refus? Quelle créature placerait-on là? » Ces paroles décidèrent M. Orfila, et l'expérience ne tarda pas à prouver combien l'enseignement avait gagné à ce changement de personne.

Assurément Vauquelin était, comme savant, bien supérieur à M. Orfila, et sa présence dans le corps des professeurs honorait la Faculté. Le gouvernement de l'époque avait donc fait à la fois une mauvaise action et un acte impolitique, en effaçant ce grand nom de la liste des professeurs; mais une fois ce méfait accompli, il eût été impossible de faire un meilleur choix.

M. Orfila s'était, en effet, imposé une grande tâche, celle de faire participer les sciences médicales à presque tous les progrès que la chimie avait faits dans ces derniers temps; personne n'a combattu avec plus de succès que lui le fatal préjugé qui tend à établir que les physiciens et les chimistes sont incompétents dans toute question où il s'agit du phénomène des êtres vivants; fatal préjugé, dis-je, philosophie erronée et absurde; car, tout en flattant certaines croyances, elle arrête tout progrès, et ne tend à rien moins qu'à laisser la médecine dans une éternelle enfance.

Honneur donc à l'École de Paris, qui a su comprendre et professer hautement que toutes les sciences doivent converger vers ce but définitif: le perfectionnement de l'art médical!

C'étaient là les idées que professait M. Orfila, et chacun comprit bientôt quelle devait être l'utilité d'un cours qui embrassait ainsi toutes les applications médicales de la chimie.

Aussi la foule des élèves devint telle, que M. Orfila dut quitter l'amphithéâtre de chimie pour le grand amphithéâtre de l'École; et encore ce grand amphithéâtre lui-même devint insuffisant: plus de la moitié des auditeurs était obligée de se tenir debout; ils encombraient les couloirs et l'hémicycle. On y voyait de jeunes docteurs, des praticiens de la ville, et jusqu'à des professeurs de la Faculté qui venaient ainsi entendre un de leurs collègues.

M. Orfila, de son côté, pour répondre à cet empressement, redoubla d'efforts: il en vint jusqu'à faire cent vingt leçons par an, chacune de cinq quarts d'heure au moins; et, chose inouïe! ce zèle ne s'est pas un moment démenti pendant une période de trente années: de 1823 à 1853!

Ainsi, comme professeur, le mérite de M. Orfila était incontestable, son talent, sa supériorité étaient parfaitement établis; mais il allait avoir à subir une autre épreuve: il allait, et en des temps difficiles, avoir à diriger l'administration du corps auquel il appartenait; une révolution allait le porter à ce pouvoir, en attendant qu'une autre révolution vînt l'en précipiter.

Dès les premiers jours qui suivirent la chute de la branche aînée des Bourbons, Antoine Dubois avait été nommé doyen de la Faculté de médecine de Paris, on avait eu besoin de son nom resté populaire, de sa grande réputation et de sa longue expérience; mais bientôt fatigué des détails administratifs, bien que déjà il eût pour premier assesseur M. Orfila, le 30 avril 1831, il pria celui-ci de l'accompagner chez M. de Montalivet, ministre de l'instruction publique. A peine entré dans le cabinet du ministre, Antoine Dubois lui dit tout simplement: « Je suis âgé, monsieur le ministre, peu jaloux de conserver des fonctions administratives; je viens vous prier d'accepter ma démission. Permettez-moi de vous présenter M. Orfila, pour qui je vous demande la place vacante. »

M. de Montalivet n'avait jamais vu M. Orfila. Après avoir exprimé tous ses regrets à M. Dubois, il lui déclara que la nomination de son protégé serait signée le lendemain; en effet, le 1er mai, M. Orfila recevait l'arrêté qui l'appelait à remplir les fonctions de doyen.

Dans la Faculté de médecine de Paris, messieurs, le décanat est à peu près ce qu'est le gouvernement. Celui-ci est-il fort, calme, obéi, le décanat est paisible et respecté; la société est-elle agitée, factieuse, mal contenue, l'École s'agite encore plus, elle devient séditieuse, indisciplinable, elle a ses tribuns! Déjà Antoine Dubois avait eu à réprimer des mécontentements, à calmer des agitations; mais son âge, son nom, ses longs services et aussi son habileté en avaient prévenu les suites. Ces ferments n'en existaient pas moins, et son successeur allait les retrouver.

M. Orfila dut penser que, pour se concilier l'affection des élèves, il suffirait de leur être utile, de faciliter leurs études, de récompenser leur zèle; il avait à la fois à apporter des améliorations dans le matériel de l'École, à introduire des réformes dans l'enseignement; il ne recula devant aucune difficulté.

Les pavillons de dissection étaient insuffisants: il en fit construire de nouveaux qui furent livrés aux élèves en 1833.

On désirait que des cliniques fussent rapprochées de l'École: l'hôpital des Cliniques fut ouvert en 1834.

Ces constructions avaient amené la destruction du jardin botanique: une portion de la pépinière du Luxembourg fut affectée à l'établissement d'un nouveau jardin plus riche et plus spacieux.

Dupuytren, par une clause de son testament, avait légué des fonds pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique. Grâce aux démarches de M. Orfila, cette clause fut modifiée: une partie des fonds fut être affectée à l'établissement du musée d'anatomie pathologique, qui porte le nom de *Musée Dupuytren*.

Les cabinets de matière médicale, de physique et de chimie étaient incomplets: ils reçurent d'importantes améliorations.

Enfin, en 1814, M. Orfila, après avoir vu à Londres le musée de Hunter, conçut l'idée de former, dans les bâtiments de l'École, une vaste galerie d'anatomie comparée. Quelques objections, il est vrai, lui avaient été faites sur ce dernier

point ; on lui avait représenté que l'École devait, avant tout, posséder un musée d'anatomie humaine ; que déjà le jardin des plantes avait de riches collections d'anatomie comparée. M. Orfila ne crut pas devoir tenir compte de ces remarques. M. Villemain, sollicité par lui, avait promis de demander aux chambres une allocation ; M. de Salvandy, plus expéditif, signa un arrêté, et, le 1er novembre 1845, l'établissement était ouvert au public ; un second arrêté ministériel lui donnait le nom de ***Musée Orfila***.

Ce n'est pas tout : concurremment avec ces améliorations, on vit l'enseignement se fortifier et s'étendre ; déjà quelques professeurs avaient ramené les élèves dans l'amphithéâtre de l'École, c'étaient Béclard, Marjolin et M. Orfila. A partir de 1831, d'autres professeurs obtinrent le même succès ; le doyen donna l'exemple : il voulut participer aux examens pendant toute la durée des années scolaires. Ces examens devinrent plus sérieux : ils durèrent sept quarts d'heure pour quatre candidats, et, à partir de 1846, il y eut des examens de fin d'année.

On traça aux élèves la marche à suivre dans le cours de leurs études : on les obligea à suivre les leçons avec assiduité et à prendre régulièrement leurs inscriptions ; enfin, l'obligation du baccalaurat ès ciences, supprimée dans des jours de trouble, fut rétablie en 1836.

Mais, je l'ai dit tout à l'heure, les temps avaient fait de la position de doyen une position difficile, délicate et parfois brûlante ; il ne fallait rien moins que l'aplomb de M. Orfila, son inconcevable activité et toutes les ressources de son esprit pour conserver à la fois sa ***popularité*** et son ***autorité***. Et il n'y parvenait pas toujours (1).

Il y avait donc des hauts et des bas dans la position de M. Orfila ; il eut souvent à lutter contre de violents orages : il eut ses jours d'émeute et ses jours de répression ; et comme tout pouvoir devait alors trouver son opposition, la presse médicale, le prenant aussi à partie, le décanat était parfois pour lui le plus rude des métiers.

Sa position d'étranger elle-même lui créait de nouvelles difficultés ; il avait obtenu, en 1834, des lettres de grande naturalisation. A la chambre des pairs, M. le comte de Bastard ; à la chambre des députés, M. de Las Cases, avaient fait une juste appréciation de son mérite et énuméré les services qu'il avait rendus à la France ; mais ces éloges eux-mêmes excitaient l'envie et la malveillance. Il avait donc à se faire pardonner d'être né hors de la France, puis, et surtout, les hautes dignités auxquelles il était parvenu.

M. Orfila, en effet, n'était doyen que depuis environ deux ans, quand il fut nommé membre du conseil général des hospices ; présenté en 1832 pour succéder à Portal, il avait été choisi parmi cinq candidats.

Un an après, en 1833, l'Association de prévoyance des médecins de Paris, fondée par lui, l'avait nommé président à l'unanimité, et cette dignité devait se perpétuer dans sa personne.

La mort de M. Cuvier, survenue à peu près à la même époque, avait laissé une place vacante dans le conseil royal de l'instruction publique : c'était une haute position à laquelle M. Orfila croyait pouvoir aspirer ; toutefois, les choses en restèrent là jusqu'à la mort de M. Guéneau de Mussy, c'est-à-dire jusqu'en février 1834. M. Guizot voulut bien alors accéder aux désirs de M. Orfila, et, trois jours après, celui-ci prenait place au conseil.

Enfin, vers la fin de 1834, il s'était présenté aux électeurs du 11e arrondissement de la ville de Paris, et, au premier tour de scrutin, il avait été élu membre du conseil municipal et du conseil général du département de la Seine.

Quand on songe, messieurs, à toutes les places qu'a occupées M. Orfila, aux nombreuses fonctions qu'il avait à remplir, aux devoirs impérieux qui, chaque jour, devaient le retenir, on ne comprend pas comment il pouvait suffire à toutes ces exigences ; il en donnait lui-même pour raison sa vigoureuse constitution, son amour du travail, son désir d'être utile, sa forte volonté et la variété de ses occupations.

Il passait, en effet, chaque jour de son laboratoire dans la chaire du professeur, du conseil de l'instruction publique dans celui des hospices ou dans le conseil départemental, ou même, comme je le dirai tout à l'heure, dans le sein de quelque tribunal pour y déposer comme expert. Il devait enfin passer de longues heures dans son cabinet ; car c'est là qu'il a composé les importants ouvrages dont il me reste à parler.

Indépendamment, en effet, d'une foule d'articles donnés par lui, soit à des dictionnaires, soit à des recueils périodiques, M. Orfila avait trouvé assez de loisir pour composer plusieurs grands traités devenus classiques, et d'abord celui dont j'ai déjà parlé.

Le TRAITÉ DE TOXICOLOGIE GÉNÉRALE. Envisagé sous le triple rapport de la physiologie, de la pathologie et de la médecine légale, cet ouvrage avait opéré une véritable révolution dans la science. J'ai dit que M. Orfila avait démontré le premier, comme fait général, que les poisons, associés à des matières organiques, ne peuvent plus être décelés par les moyens qu'on met en usage quand ils sont seuls ou à l'état de pureté ; d'où nécessité de se débarrasser à tout prix de la matière organique dans la recherche analytique des poisons.

Cette influence immense de la matière organique constitue, en effet, la donnée capitale de la toxicologie, et l'on peut dire que l'art du toxicologue n'a existé qu'à dater du jour où cette découverte a été faite.

Quant aux ÉLÉMENTS DE CHIMIE publiés par M. Orfila, ils n'ont eu d'autre mérite, et cet aveu lui appartient, que celui de la coordination des faits et celui de la clarté qui a présidé à leur exposition. A très peu d'exceptions près, tout ce qu'on y trouve appartient à d'autres. M. Orfila ne revendiquait que la méthode qu'il avait adoptée et l'ordre qu'il avait suivi.

Le TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE, au contraire, est un livre original dans beaucoup de ses parties : il appartient en propre à M. Orfila. Au lieu des suppositions et des dissertations qui remplissaient les anciens traités, celui-ci ne renferme que des faits, et ces faits sont tous constatés par des expériences. C'est le véritable guide des médecins légistes : toutes les grandes questions y sont traitées, tous les problèmes y sont résolus ; c'est enfin une source de lumières aussi bien pour le magistrat que pour le médecin.

J'en dirai autant du TRAITÉ DES EXHUMATIONS JURIDIQUES ; c'est encore un livre nouveau et d'une utilité incontestable. Toutes les questions relatives à la putréfaction des corps y sont expérimentalement élucidées.

C'étaient là, certes, de grands travaux et qui auraient pu suffire à la vie d'un médecin légiste ; mais il était réservé à M. Orfila d'arriver à des faits d'une bien autre importance.

Jusque-là, comme il le disait lui-même dans son langage figuré, on n'avait opéré que sur ***une rive du fleuve;*** il en était une autre qui nous était inconnue, et sur laquelle il fallait passer pour compléter nos connaissances : or c'est là ce que M. Orfila a fait par son travail sur les *poisons absorbés*.

Que savait-on, en effet, avant ses recherches, ou plutôt, que faisait-on dans les expertises médico-légales ? On se bornait à chercher les poisons dans ce qu'on appelle les *premières voies*, c'est-à-dire dans l'estomac et dans les intestins. Si on y décelait leur présence, le problème était résolu ; mais si on ne les y trouvait pas, de deux choses l'une : on déclarait qu'il n'y avait pas eu empoisonnement, ou bien on laissait le fait indécis ; or dans le premier cas on pouvait faire absoudre un coupable, dans le second on laissait la justice désarmée.

Ces poisons, en effet, pouvaient avoir été expulsés hors des premières voies ; mais ils pouvaient aussi avoir passé par l'absorption dans les secondes, c'est-à-dire sur cette autre rive dont parlait M. Orfila. Sans doute on pouvait en chercher les traces dans les matières expulsées ; mais on ignorait l'art de retrouver jusqu'au sein des viscères cette portion du poison qui avait tué les victimes. Or c'est là qu'il fallait encore le poursuivre, et, je le répète, c'est ce qu'a fait M. Orfila, d'abord pour l'acide arsénieux, puis pour la plupart des autres poisons.

Mais que d'obstacles ! que de difficultés pour suivre ainsi ces poisons jusque dans les dernières molécules de l'organisme, pour constater leur présence dans ces régions reculées !

Comment déterminer les lois de leur parcours dans l'économie, constater les accidents si variés de leur distribution aussi bien dans les liquides que dans les solides, et enfin les suivre jusque dans leurs voies d'élimination ? et quels merveilleux instruments ne fallait-il pas pour aller les chercher jusque dans ces replis profonds ?

Ces poisons, en effet, que l'absorption aura fait passer dans les secondes voies, savez-vous dans quelle proportion il est possible d'en déceler la présence ? J'ose à peine le dire, tant cette proportion est d'une effrayante exiguïté ! S'il s'agit d'un viscère qui pèse 1 ou 2 kilogrammes, du foie, par exemple, c'est tout au plus si dans cette masse on pourra trouver 5 à 6 milligrammes d'acide arsénieux ! Et si l'on n'opère, comme la prudence le veut, que sur la moitié de ce viscère, on aura à détruire 1,000 grammes de matière organique pour arriver à mettre à nu 1 ou 2 milligrammes d'arsenic ! Et la vie d'un accusé dépendra du résultat de ces opérations !

Tout autre que M. Orfila aurait été effrayé d'assumer une semblable responsabilité, et c'était avec une sorte de terreur qu'on le voyait attribuer à sa science cette espèce d'infaillibilité ; on se sentait profondément ému, lui ne l'était pas le moins du monde. Ses longs travaux, ses immenses recherches lui avaient donné une assurance inaltérable. Il avait, en effet, traité à fond et élucidé toutes ces questions dans plus de vingt mémoires lus par lui dans le sein de cette Académie ou publiés dans les recueils de l'époque.

Aussi était-ce avec un calme profond, une confiance sans bornes qu'il se rendait dans le sein des tribunaux pour aider les magistrats de ses lumières ; chimiste-juré des causes célèbres, il était devenu l'effroi des empoisonneurs : son nom seul les faisait trembler ; on savait que rien ne pouvait mettre à l'abri de ses recherches. En vain les débris des victimes avaient été, et depuis de longs mois, enfouis dans le sein de la terre, en vain des mains criminelles les avaient jetés dans des fosses d'aisances, précipités au milieu des flots ou cachés sous des monceaux de fumier ; en vain ils étaient à demi putréfiés, M. Orfila s'en emparait, son art les interrogeait, et bientôt il en faisait sortir la preuve matérielle du crime !

Qu'on se figure l'effet que devait produire, dans ces circonstances, l'apparition de cet inexorable expérimentateur. C'était presque toujours après de longs débats, quand, d'une part, le ministère public avait fait tous ses efforts pour maintenir une accusation, et quand, d'autre part, les défenseurs avaient tout épuisé pour sauver un accusé ; les jurés sont encore indécis, le public est dans l'anxiété : on sait qu'un savant chimiste a été mandé de Paris : c'est M. Orfila ; il est là, dans une pièce voisine ; il expérimente ; sa science interroge quelques débris informes de cadavre. Tout à coup, au milieu d'un profond silence, d'une attente générale, on annonce M. Orfila. Il s'avance au milieu du prétoire ; sa belle figure a pris un caractère d'une effrayante sévérité ; il a l'impassibilité du

(1) Sur ce dernier point, il avait une sorte de thermomètre, ou d'indice assez curieux qu'un jour il fit connaître au roi Louis-Philippe, avec assez de sans-façon. — Eh bien ! monsieur le doyen, lui disait le roi, comment êtes-vous actuellement avec MM. les élèves ? — Voyez mon chapeau, sire, répondit M. Orfila. — Il n'est pas brillant, répliqua le roi, il est même assez fatigué ; mais que faut-il en conclure ? — Que je suis au mieux avec les élèves, reprit M. Orfila ; car il n'y a pas un mois que je le porte. Quand je suis mal avec eux mes chapeaux durent éternellement, par la raison qu'aucun d'eux ne me faisant l'honneur de me saluer, je n'ai pas à y mettre la main ; quand, au contraire, ma popularité est revenue, je suis accablé de coups de chapeaux, et vous voyez dans quel état je mets le mien !

destin ! Et alors, d'une voix ferme et vibrante, il déclare qu'il y a eu ou qu'il n'y a pas en empoisonnement. Et qu'on ne croie pas que ce soit là un tableau fait à plaisir ou que j'exagère les faits : vingt drames se sont dénoués en cour d'assises.

Qui ne se rappelle l'intervention de M. Orfila dans le procès de Castaing? sa déposition accablante dans l'affaire de la veuve Boursier? et ce procès de Mercier, dans lequel, pour la première fois, il fit l'application de ses recherches sur les poisons absorbés? Qui n'a encore présent à la mémoire le sombre épisode du château du Glandier? Une jeune femme appartenant à la plus haute classe de la société, pleine d'attraits, remplie de talents, était accusée d'avoir empoisonné son époux après six mois de mariage. On avait saisi et publié sa correspondance; chacun s'empressait de lire ces lettres si spirituelles, si piquantes. Son mari avait succombé avec tous les symptômes de l'empoisonnement; mais les premières analyses avaient été contradictoires. Le procès avait marché, et c'est dans les dernières heures seulement que M. Orfila s'était trouvé en mesure de se prononcer.

Jamais cause n'avait excité un si puissant intérêt. La jeunesse, l'amabilité, l'esprit, le sang-froid de l'accusée, la consternation de sa famille, le talent de ses défenseurs, l'hésitation des magistrats, l'anxiété d'un immense auditoire, tout faisait un événement de la déposition de M. Orfila. Aussi quand il vint à ce moment suprême, au milieu d'un silence de mort, prononcer ces fatales paroles : « De l'arsenic a été retiré du cadavre; je vais le mettre sous les yeux des magistrats et des jurés! » L'accusée, jusque-là pleine d'espoir, forte de l'intérêt qu'elle avait inspiré, des séductions qu'elle avait exercées, se sentit frappée comme d'un coup de foudre. Quelques heures après, elle était condamnée aux travaux forcés à perpétuité!

C'était là de ces scènes qui plaisaient à M. Orfila. Ce grand concours de monde, cette attente générale, ces milliers de regards fixés sur lui quand il venait, comme interprète inflexible de la science, prononcer son arrêt, tout cela avait un charme indicible pour lui; mais il ne lui fallait pas d'opposant, de contradicteur, d'adversaire : là, comme partout, il voulait régner en maître, exercer une sorte de dictature. Aussi, lorsque, plus tard, aux assises de Riom, la défense fit intervenir deux experts nouveaux qu'elle avait été chercher à Paris, uniquement parce qu'elle savait qu'ils étaient les ennemis de M. Orfila, qu'ils avaient du moins cherché à invalider ses travaux, M. Orfila, froissé dans son amour-propre, blessé dans sa dignité, prit immédiatement la résolution de ne plus répondre aux demandes d'expertises qui lui seraient faites par les magistrats; et bien qu'ensuite son assistance eût été invoquée plus que jamais, on ne le vit plus devant les tribunaux.

Je me trompe : une fois encore il voulut bien, mais exceptionnellement, prêter son ministère : ce fut à la demande du chancelier de la chambre des pairs, dans une affaire soumise à la juridiction de la noble chambre.

Il était ainsi arrivé aux années 1846 et 1847, qui ont marqué, en quelque sorte, l'apogée de sa réputation. C'est alors qu'il entreprit ce voyage en Espagne qui devait être pour lui une longue suite d'ovations.

Sauf son excursion à Minorque et à Barcelone en 1816, il y avait près de quarante ans qu'il n'avait revu la Péninsule. Il quitta Paris en août 1846, et, peu de jours après, il visitait ces antiques cités autrefois si célèbres : Valence, Alicante, Carthagène, Malaga, Cadix, Séville, Grenade et Madrid. Partout il était reçu avec enthousiasme; l'Espagne voyait en lui un de ses plus glorieux enfants; les académies de Madrid, Cadix et Séville s'empressèrent de l'inscrire an nombre de leurs membres; la reine Isabelle, sur la proposition de la Faculté de médecine, lui conféra, par un decret spécial, le diplôme de docteur, sans examen et sans frais; les journaux de tous les localités annonçaient son arrivée et son départ, comme s'il s'agissait d'une tête couronnée.

Il était, à cette même époque, couvert de décorations. Dès l'année 1821, il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

En 1832, l'empereur du Brésil lui avait envoyé les insignes de l'ordre de Cruzaro.

En 1834, le jour où il avait réprimé une émeute à l'École, M. Guizot lui avait fait obtenir la croix d'officier.

En 1838, au retour d'une mission scientifique, M. de Salvandy lui avait fait avoir la croix de commandeur.

En 1847, le roi Léopold, voulant lui donner un témoignage public de satisfaction, l'avait nommé officier de son ordre.

Enfin, dans ce même mois de février 1848, qui allait lui être si fatal, le 20, l'empereur de Russie signait sa nomination de commandeur de l'ordre de Sainte-Anne!

Je ne sais, en vérité, si M. Orfila lui-même ne devait pas être effrayé de tant de prospérité! Tout lui succédait; il était au faîte des grandeurs scientifiques, il était, dans tout le corps médical, l'arbitre et le dispensateur de toutes les grâces et de toutes les faveurs. Bien à la cour, populaire à l'École, omnipotent dans les hôpitaux; en ce qui concernait les affaires médicales, dans le conseil général de l'instruction publique et dans le conseil général de la Seine, il aurait dû, peut-être, se demander s'il n'y avait pas quelque chose de menaçant pour lui dans cette constante faveur de la déesse, et peut-être aurait-il trouvé que le moment était venu de faire comme le tyran de Samos, de jeter son anneau à la mer!

Quoi qu'il en soit, M. Orfila, plein de sécurité, venait d'être réélu doyen pour cinq ans, quand éclata la révolution de Février. Le 28 au soir, un membre du gouvernement provisoire, lié depuis longtemps avec lui d'amitié, vint le trouver et lui dit : « Je suis chargé d'une commission bien désagréable ; je viens vous demander votre démission du décanat; quoi que j'aie pu faire pour vous défendre, et cela malgré vos opinions déplorables, il a été arrêté que, si vous ne donnez pas votre démission, vous serez destitué.

M. Orfila répondit qu'il aimait mieux être destitué. Le 1er mars sa destitution était insérée au MONITEUR; mais, avant qu'elle ne fût rendue publique, l'opinion s'était prononcée de la manière la plus vive en faveur de l'ancien doyen; il avait été accueilli dans son amphithéâtre au bruit des plus vifs applaudissements, et plus de quinze cents élèves étaient allés à l'Hôtel de ville demander son maintien.

Mais les persécutions allaient commencer pour lui et lui rendre la vie bien amère. Une commission avait été nommée pour examiner sa gestion. Après trois mois d'enquête, elle déclara que M. Orfila avait, il est vrai, dépassé ses crédits pendant la dernière année de son administration, mais que les sommes allouées avaient toutes été employées à solder les mémoires produits; elle reconnaissait en outre que M. Orfila avait doté l'école d'un établissement considérable : le musée d'anatomie comparée.

Son honneur était sauf, mais il restait en défaveur, en disgrâce. De là toutes ses douleurs. Il avait bu à cette coupe enchanteresse du pouvoir, et il se trouvait condamné à une mortelle inaction! Lui, si fier en d'autres temps de veiller aux intérêts de la science et à la prospérité des établissements qu'il avait formés; lui si empressé, si heureux de servir ses amis, aux risques même de méconnaître certains droits; lui, enfin, jusque-là si recherché, si écouté, si obéi, il se voyait méconnu et presque outragé, en butte aux sourdes menées de la malveillance, de la calomnie et de l'ingratitude. Il luttait encore néanmoins et gardait un front superbe; mais qui aurait pu sonder sa pensée et dire ce qui se passait dans son âme? Sans doute il aimait la science, mais il aimait encore plus la gloire et ses enivrements. Il n'était point de ceux qui trouvent leurs plus douces jouissances seuls à seuls, dans le silence du cabinet; ce qu'il avait surtout ambitionné, c'étaient le succès, la célébrité et tout ce qui pouvait ajouter à l'éclat de son nom; c'était là ce qu'il avait cherché dans ses publications, dans son enseignement et jusque dans son administration.

Quand vinrent donc ces jours de retraite forcée et de disgrâce indéfinie, il fut, tout d'abord, mortellement frappé.

Et cependant, messieurs, dans ces jours d'affliction, ses vrais amis s'étaient serrés autour de lui; vous-mêmes, je l'ai dit ailleurs, dans votre désir de lui prouver qu'il avait conservé l'estime des honnêtes gens, vous l'aviez élevé à l'honneur de présider cette assemblée, et vous l'aviez chargé de défendre vos intérêts les plus chers; mais sa sortie du conseil de l'instruction publique acheva de tuer cette puissante organisation.

Toutefois, messieurs, et c'est là le dernier acte dont il me reste à parler, M. Orfila, semblable à ces Titans foudroyés, qui, dans un suprême effort, arrachent encore au monde un cri de surprise et d'admiration, M. Orfila, dis-je, entreprit de répondre à ces coups incessants du destin par un acte d'une grandeur et d'une générosité jusque-là sans exemple.

On le vit, en effet, distraire de sa propre fortune une portion considérable, 120,000 francs au moins, et, de son vivant, les consacrer à la fondation d'encouragements, de prix et de donations pour la Faculté, pour l'Académie, l'École de pharmacie, l'association de prévoyance et même pour quelques écoles de province.

Ayant ainsi taillé de la besogne, disait-il, pour cette studieuse jeunesse qu'il avait tant aimée, il voulait voir, du moins dans les premières années, comment elle s'y prendrait pour mériter ses récompenses, et l'aider de ses conseils.

Cette satisfaction ne lui a pas été accordée : c'était son testament de mort qu'il venait de dicter.

Le 4 janvier 1853 il en avait donné lecture lui-même à l'Académie, en séance publique; le 12 mars suivant il avait cessé d'exister.

Jusque dans ses derniers moments, il s'inquiétait de l'avenir réservé à son nom; on le vit, à ces heures suprêmes, se faire lire, dans les feuilles publiques, ce qui pouvait le concerner. D'avance il aurait voulu savoir ce qu'on allait dire de sa mort et comment on jugerait sa vie.

Ce jugement, messieurs, nous n'avons pas eu la prétention de le porter; nous nous sommes borné à tracer une esquisse impartiale et fidèle de cette existence si active, si agitée et néanmoins si bien remplie. Nous avons montré M. Orfila tel que nous l'avons connu, tout entier à ses devoirs et tout entier aussi à ce désir excessif de célébrité et de gloire; mais ce désir, après tout, n'est-il pas le plus noble mobile des actions humaines? Peut-on faire quelque chose de grand et de durable sans cet amour de l'approbation publique? N'est-ce pas lui qui anime les grands cœurs et les empêche de sommeiller? O Athéniens, aurait pu s'écrier M. Orfila, que de peines je me donne pour mériter votre approbation!

Aimons donc, messieurs, tenons en grande estime ceux que consume ce violent amour, et disons, avec Tacite, que « celui qui méprise la gloire méprisera » bientôt la vertu. »

BIBLIOGRAPHIE.

STUDJ SULLA COTENNA DEL SANGUE; del dottore CESARE BELTRAMI (ÉTUDES SUR LA COUENNE DU SANG; par le docteur BELTRAMI); ouvrage auquel le prix Dell'Acqua, année 1851, a été accordé par la commission du Grand Hôpital de Milan. — In-8° de 180 pages. — Milan, 1853.

Cet ouvrage consciencieux peut être considéré comme une véritable monographie. L'auteur, avant d'arriver à la partie originale de son travail,

expose avec soin l'historique de toutes les recherches importantes faites sur l'hématologie en Italie et en France, en insistant spécialement sur ce qui a rapport à la couenne, à son origine, à son mode de formation, aux affections dans lesquelles on la rencontre. Les auteurs français lui sont tout aussi connus que les écrivains de son pays : les travaux de Denis, Raspail, Mandl, Robin, Verdeil, Becquerel et Rodier, Andral et Gavarret, sont l'objet d'une analyse aussi consciencieuse, d'une appréciation aussi indépendante que ceux de Gandolfi, Tommasini, Sachero, Giacomini, Lanza, Capsoni, Rancieri Bellini, Geromini, Dubini, Casanova, Polli. Les auteurs anglais et allemands sont, au contraire, négligés; mais ce n'est point à nous, Français, qu'il est permis d'adresser un reproche sévère, car nous vivons dans une superbe et bien injuste ignorance, si ce n'est contemption, de ce qui se fait hors de chez nous. En feuilletant les ouvrages italiens, on trouverait, par exemple, plusieurs énoncés ou découvertes que MM. Becquerel et Rodier ont crus leur œuvre, mais qui étaient déjà un fait accompli dans la partie laborieuse et progressive de la péninsule, dans la haute Italie : par exemple, leur théorie sur la conversion de l'albumine en fibrine dans l'inflammation, qu'on rencontre nettement formulée dans une publication du docteur Giovanni Capsoni, imprimée à Milan en 1830.

Les choses ont bien marché depuis le temps où Sydenham attribuait la formation de la fibrine, pendant la coagulation du sang, à la matière incolore des globules rouges, opinion qui dura jusqu'à Muller. On a été chercher plus loin l'origine de la fibrine, et Liebig la fait provenir d'une métamorphose rétrogressive de la fibre musculaire, opinion de laquelle part le docteur Beltrami pour établir la partie originale de son mémoire couronné.

L'auteur combat les croyances qui tendraient à prévaloir aujourd'hui, à savoir que l'augmentation absolue de la fibrine ne se rencontrerait que dans les phlegmasies; que le surcroît de fibrine du sang tiré de la veine dénoterait une excitation, une suractivité vitale, un plus haut degré d'oxygénation, croyances partagées, avec des variétés, par MM. Becquerel et Rodier, Capsoni, Bellini, mais combattues par le docteur Geromini (de Turin). D'après ce médecin, la couenne, loin de trahir une haute animalisation du sang, indiquerait une hématose, une sanguinification incomplètes, et serait le produit des parties les plus essentielles de notre organisme, absorbées pour suffire à la réparation d'une économie débilitée, ruinée par le mal. Ainsi l'augmentation de la couenne, à mesure qu'on répète les saignées, proviendrait de la débilitation croissante par ces évacuations.

Enfin la conversion, par suroxygénation, de l'albumine en fibrine, ou encore l'existence d'une substance protéiforme, tantôt fibrine et tantôt albumine, ne sont point les opinions sur lesquelles s'appuie le docteur Beltrami dans la partie originale de son travail.

Mais il est temps d'arriver à ce point essentiel.

Partant des principes de Liebig, que nous avons rapportés précédemment, M. Beltrami procède ainsi dans l'établissement de sa théorie.

Quand la fibrine augmente de quantité dans le sang, c'est le signe que la fluidification de la fibre musculaire, ou, si l'on veut, sa métamorphose dérétrogressive (metamorfosi regrediente), est augmentée. Voyez combien l'on trouve de fibrine dans les lymphatiques, après un jeûne prolongé; voyez encore quel amaigrissement des muscles dans les maladies caractérisées par la présence de la couenne sur le sang tiré des veines.

Dans un mémoire précédent, l'auteur a prouvé une partie des propositions qui précèdent et qui vont suivre. Il serait utile d'y recourir; car ici nous trouvons bien des desiderata en fait de preuves, et nous ne pouvons nous empêcher, par exemple, de regretter de ne pas rencontrer ici réponse à cette objection. Sans doute les muscles s'amaigrissent dans les maladies où la couenne couvre le sang des saignées; mais la même observation n'est-elle pas applicable à mainte affection dans laquelle le sang ne montre point ces caractères, dans la fièvre typhoïde, où la fibrine est quelquefois diminuée, dans certaines cachexies, dans quelques maladies nerveuses, etc.?

Mais laissons continuer l'auteur :

« 1° La couenne du sang tiré des veines brachiales qui, on le sait, cheminent entre des masses musculaires, et qui, à l'aide de capillaires, absorbent sur place le produit de la métamorphose rétrogressive des muscles, cette couenne contient en elle un sérum plus dense que celui du restant du coagulum.

» 2° Supposons que de la couenne se manifeste sur les premières portions du sang tiré d'une veine traversant des muscles; sur les portions soustraites postérieurement, il n'y aura plus de couenne. Mais piquez une autre veine chez le même individu, et la couenne reparaîtra. »

Voici, d'après M. Beltrami, l'explication de ces faits et la théorie de la formation de la couenne.

Il y a dans le sang deux espèces de fibrine, toutes deux produites par la rétrocession, par la métamorphose musculaire, mais différant l'une de l'autre en ceci ; l'une, mêlée au sang, portée dans le torrent de la circulation qu'elle a parcouru entièrement, élaborée par les divers organes, notamment par ceux de l'hématose, a un sérum moins dense, une coagulation plus prompte, une moindre contractilité : c'est elle qui va constituer le coagulum rouge; l'autre est la fibrine versée sur place par les muscles dans la veine piquée : elle n'a point parcouru le cercle circulatoire, point éprouvé de modification par les organes; elle est douée d'une contractilité énergique, se coagule lentement, et va, non plus former le coagulum rouge, mais la couenne. On comprend, d'après cette distinction, que les premières parties d'une saignée soient seules couenneuses, et que la couenne reparaisse si l'on pique une autre veine sur les parois de laquelle sourde la fibrine abandonnée sur place par la chair musculaire.

Mais la fibrine circulante peut aussi contribuer à la formation de la couenne, quand, dans son trajet, elle n'a pas éprouvé d'altération de la part des divers organes, de l'appareil d'hématose notamment; car, dans ce cas, elle reste *fibrine vierge*, tout comme la fibrine sécrétée sur place et soustraite immédiatement à la veine. Enfin, non-seulement l'absence d'action des organes sur la fibrine peut la faire rester à l'état vierge et produire ainsi de la couenne, mais l'arrêt des fonctions excrétoires, éliminatrices, produit le même résultat; car le but final de la métamorphose musculaire en fibrine étant de fournir celle-ci aux émonctoires qui l'éliminent sous forme de sécrétions diverses, si l'élimination n'a pas lieu, le produit s'accumulera dans le sang; de là encore la couenne du sang. L'expression pathologique et les indications thérapeutiques sont différentes, selon que l'augmentation de la fibrine et l'apparition de la couenne proviennent d'une de ces causes ou de toutes à la fois.

Telle est la théorie de M. Beltrami, théorie qui, comme la plupart des conceptions chimiques et même beaucoup d'explications dites physiologiques appliquées aux phénomènes intimes de notre organisme, échappe à une démonstration rigoureuse et positive. Nous rechercherons bientôt ce qu'elle peut produire au point de vue pratique.

Le simple bon sens nous semble déjà fournir un argument contre un des points fondamentaux de cette théorie, sans avoir recours à des procédés plus délicats, à l'expérimentation. Dans tout un grand ordre de cas, la couenne est fournie par la fibrine *excrétée sur place dans la veine* et n'ayant point parcouru le cercle de la circulation : ainsi la couenne d'une saignée de la basilique ou de la céphalique proviendrait de la fibrine versée dans l'un ou l'autre de ces canaux, depuis l'extrémité du membre jusqu'à l'avant-bras. Cela est-il bien possible, en vérité? Pour qu'une telle quantité de fibrine fût fournie dans un aussi court trajet, il faudrait supposer que les parois veineuses fussent un véritable crible laissant incessamment filtrer des gouttes de fibrine de tous les points de sa surface. Bien plus, si l'on considère que cette fibrine, destinée à former la couenne de la saignée, est fournie en quelques secondes, pendant que les premières ondées balayent les parois veineuses, et si l'on compte combien de fois ce moment et ce phénomène se répètent dans un jour, on arrivera forcément à être obligé de supposer que presque toute la masse musculaire passe, dans cet intervalle de temps, de l'état solide à l'état liquide, et de nouveau à la resolidification, puisque, pendant ces métamorphoses, les tissus conservent leur intégrité.

Ce point de la théorie ne peut donc se soutenir, et il faut nécessairement faire intervenir, pour la formation de la couenne, la fibrine qui, parcourant le torrent de la circulation, n'a point été éliminée par les exutoires naturels, ou bien celle qui est restée vierge par le défaut d'action des organes respiratoires et circulatoires. Or, *à priori*, on peut très-bien admettre, mais on ne peut point prouver rigoureusement, que toute la fibrine circulante ne soit point consommée, utilisée, assimilée ou excrétée, et que cette fibrine soit douée de propriétés particulières qui déterminent sa coagulation en caillot, tandis qu'une autre espèce de fibrine, plus élaborée, jouirait d'autres propriétés qui s'opposent à son agglomération sous forme de couenne, et lui font jouer le rôle de réseau embrassant et resserrant *in insula* les globules sanguins.

La supposition de M. Beltrami est tout aussi acceptable que les théories de MM. Denis, Becquerel et Rodier, etc., etc. Quand un physiologiste a admis son point de départ, l'échafaudage est vite élevé, l'édifice vite complet; souvent toutes les parties en sont bien coordonnées, bien liées. Une seule chose, mais capitale, peut être mise en doute : c'est la solidité de la base. Sous ce rapport, le docteur Beltrami est logé à la même enseigne que presque tous les hommes qui s'occupent à chercher le secret des phénomènes intimes de notre organisme.

Un travail aussi étudié, aussi consciencieux, aussi érudit que celui de M. Beltrami, portant sur un sujet si fécond en déductions pratiques, doit arriver à des conclusions utiles au lit du malade; s'il restait à l'état de pure spéculation, il n'aurait qu'un intérêt de curiosité. Or, sous ce point de vue de majeure importance, nous n'avons pas été bien satisfait, car les conclusions pratiques se résument presque toutes, comme nous l'avons dit, dans cet énoncé : que la couenne indique des états pathologiques différents et

dicte des prescriptions thérapeutiques particulières, selon qu'elle est due à la fibrine absorbée sur place, à la fibrine circulante non modifiée, ou aux deux espèces à la fois. Mais d'abord comment constatera-t-on celle provenance? M. Beltrami accorde certains caractères physiques particuliers, mais insuffisants, au caillot, selon qu'il est produit par l'une ou l'autre fibrine. Enfin que fera-t-on dans l'un ou l'autre cas et dans les circonstances mixtes? C'est ce que ne formule pas l'auteur. Il ne divise point les maladies en classes ni catégories, d'après l'origine de la couenne, son absence ou sa présence, etc. Tout ce qu'on peut induire de la théorie du médecin milanais se réduit à ceci : l'augmentation, même absolue, de la fibrine du sang, et la présence d'une couenne ne prouvent pas nécessairement une phlegmasie; l'augmentation de la couenne, à mesure que les saignées se répètent, n'est point une indication de nouvelles évacuations sanguines. Pour insister sur celle-ci, il faut non-seulement constater l'exubérance de la fibrine et la couenne, mais s'assurer qu'un travail vraiment phlegmasique et non d'une autre nature a lieu dans l'économie. La valeur du signe est aussi fort amoindrie : souvent, dans les cas douteux, on interrogeait le chiffre de la fibrine pour résoudre le problème, et voilà qu'aujourd'hui ce signe, loin de fournir des indications, a besoin lui-même de l'appui du phénomène que précisément on recherche, et qui est à l'état de problème.

M. Beltrami ne nous apprend donc pratiquement que ce que nous savions déjà; son seul point de vue nouveau consisterait à étendre le groupe des affections non phlegmasiques dans lesquelles il y a augmentation absolue de la fibrine du sang.

Comme détails, M. Beltrami n'examine qu'un très-petit nombre d'affections en particulier. D'après cet auteur, on comprendrait facilement que les rhumatismes articulaires et musculaires s'accompagnassent d'une couenne si épaisse, d'une augmentation de fibrine si considérable, et cela sans que ces affections fussent inflammatoires, en observant que les tissus fibreux et séreux qui enveloppent les articulations et forment des gaînes aux masses et aux fibres musculaires, lorsqu'ils viennent à être malades, peuvent très-bien accélérer la décomposition des tissus musculaires en sérum fibriuifère.

La diminution de la fibrine dans la fièvre typhoïde ataxique proviendrait de ce que l'insuffisance et l'épuisement nerveux seraient tels alors, que la métamorphose rétrograde des muscles en sérum fibriuifère ne s'opérerait plus que lentement et incomplétement. Le peu de contractilité de la fibrine dans ces affections serait aussi une conséquence de la pauvreté et de l'imperfection de ce travail de rétrocession fibrineuse des tissus musculaires.

Tout cela peut encore se dire sans doute, mais se prouver, non.

L'ouvrage de M. Beltrami, pour terminer en quelques mots, présente un exposé complet de l'état de la question en France et en Italie, ajoute une théorie ni plus ni moins fondée que les autres à celles qui existaient déjà, et formule sur la valeur séméiotique de la couenne quelques sages principes généraux, sans descendre toutefois aux espèces morbides, sans indiquer au clinicien ce qu'il devra faire, je ne dirai pas dans tel ou tel cas particulier, mais dans telle ou telle catégorie de cas.

FÉLIX JACQUOT.

VARIÉTÉS.

— CHOLÉRA. — DIARRHÉE PRÉMONITOIRE. — Le docteur Macloughlin continue à Londres ses laborieuses et patientes recherches sur les choléras réputés d'invasion brusque. Tous les cas nouveaux signalés au REGISTRAR GENERAL sous la rubrique de « choléras sans diarrhée prodromique » sont, d'après l'enquête minutieuse à laquelle s'est livré notre savant confrère, des observations qui rentrent dans la loi commune et dans lesquelles les premiers symptômes caractéristiques n'ont pas été accusés par les malades, soit par oubli de leur part, soit par vice dans le mode d'interrogation adopté.

— ÉTAT SANITAIRE DE LONDRES. — Dans la dernière semaine de novembre, il n'y a eu à Londres que 46 décès cholériques.

Dans les quatorze premières semaines de l'épidémie de 1849, à compter du 1er octobre, il y eut 529 décès cholériques. — Dans le même nombre de jours de l'épidémie actuelle, à partir du 21 août, il y a eu 744 décès, ou 215 de plus que dans l'épidémie précédente. Il faut, sans doute, rapporter cette augmentation des décès dans l'épidémie actuelle à la température, qui a été, en moyenne, de 5 degrès plus élevée que dans l'épidémie précédente.

En Irlande, le choléra s'est montré à Cork.

Les différentes villes envahies en Angleterre ont donné, du 19 au 21 novembre, la mortalité suivante : Dundee, 79 cas et 28 décès; — Leith, 3 cas et 1 décès; — Glascow, 2 cas et 1 décès; — Liverpool, 10 cas et 13 décès; — Ely, 3 cas et 3 décès.

— MORTALITÉ CHOLÉRIQUE SUIVANT LES PROFESSIONS. — Le REGISTRAR de Newcastle donne le relevé suivant des décès dans la dernière épidémie : Noblesse, 37; commerçants, 316; artisans et laboureurs, 1,174. — Total ; 1,527.

— LEGS DE 100,000 FRANCS FAIT PAR M. BRÉANT POUR UN PRIX RELATIF AU CHOLÉRA. — « J'institue et donne après ma mort, pour être décerné par l'Institut de France, un prix de 100,000 fr. à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique, ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau.

» Dans l'état actuel de la science, je pense qu'il y a encore beaucoup de choses à trouver dans la composition de l'air et dans les fluides qu'il contient. En effet, rien n'a encore été découvert au sujet de l'action qu'exercent sur l'économie animale les fluides électrique, magnétique et autres. Rien n'a été découvert également sur les animalcules qui sont répandus en nombre infini dans l'atmosphère, et qui sont peut-être la cause ou une des causes de cette cruelle maladie.

» Je n'ai pas connaissance d'appareils aptes, ainsi que cela a lieu pour les liquides, à reconnaître l'existence dans l'air d'animalcules aussi petits que ceux que l'on aperçoit dans l'eau en se servant des instruments microscopiques que la science met à la disposition de ceux qui se livrent à cette étude.

» Comme il est probable que le prix de 100,000 fr., institué comme je l'ai expliqué plus haut, ne sera pas décerné de suite, je veux, jusqu'à ce que ce prix soit gagné, que l'intérêt dudit capital soit donné par l'Institut à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, soit en donnant de meilleures analyses de l'air, en y démontrant un élément morbide, soit en trouvant un procédé propre à connaître et à étudier les animalcules qui jusqu'à ce moment ont échappé à l'œil du savant, et qui pourraient bien être la cause ou une des causes de ces maladies.

» Si l'Institut trouvait qu'aucun des concurrents ne méritât le prix annuel formé des intérêts du capital, ce prix pourra être gagné par celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne, en faisant connaître l'animalcule qui, dans ma pensée, donne naissance à cette maladie, ou en démontrant d'une manière positive la cause qui la produit.

» L'Institut sera juge souverain des conditions accessoires et d'aptitude à imposer aux concurrents et des sujets à proposer en concours, mais seulement dans les limites que je viens de poser. Je lui confie ma pensée, convaincu que les lumières de ses membres assureront la pleine exécution de mon intention.

» Ma succession ne pourra pas être contrainte au payement de la somme capitale de 100,000 fr. avant deux ans, du jour de ma mort; mais elle devra annuellement les intérêts de ce capital au taux de 5 pour 100, et s'il convenait à mes héritiers ou légataires universels de ne point s'en libérer avant que le prix principal de 100,000 fr. soit gagné, ils auront le droit de le faire, en servant chaque année les intérêts de la somme, au taux ci-dessus fixé. En tous cas, le capital et les intérêts devront être garantis par hypothèque reconnue suffisante.

» Tous droits de mutation et autres, relatifs aux legs et dispositions contenus en mon testament, seront payés par ma succession. »

— On lit dans le MONITEUR :

« L'hôpital des Enfants malades a été fondé à la fin du siècle dernier, dans le but d'éviter la confusion toujours fâcheuse des enfants et des adultes.

» Par sa situation au delà du boulevard des Invalides, à une grande distance des faubourgs Saint-Antoine, du Temple, Saint-Martin, Saint-Denis, Montmartre et même d'une partie du faubourg Saint-Marceau, il expose les indigents de ces quartiers à des déplacements pénibles et dispendieux.

» Un tel inconvénient ne pouvait échapper aux généreuses investigations de S. M. l'impératrice; dans sa sollicitude pour les classes nécessiteuses, elle a inspiré à l'administration un projet dont la réalisation sera bénie par les mères déshéritées de la fortune et frappées dans la santé de leurs enfants.

» M. le préfet de la Seine a fait mettre à l'étude la construction d'un hôpital de 400 lits, sur les terrains contigus à l'hôpital Saint-Antoine, au centre du faubourg le plus vaste de Paris; les enfants y seront admis aux mêmes conditions qu'à l'hôpital actuel, et pourront y recevoir de plus fréquentes visites de leurs familles.

» M. Labrouste, architecte connu par des travaux importants, est chargé de préparer le projet.

» L'établissement sera placé sous le patronage de S. M. l'impératrice. »

— L'École de pharmacie a fait sa rentrée le 9 novembre en séance publique. M. Figuier, professeur agrégé, a lu une des plus savantes et des plus intéressantes ÉTUDES SUR LA DOCTRINE ET LES TRAVAUX DES ALCHIMISTES.

Les noms des lauréats du concours ont ensuite été proclamés dans l'ordre suivant :

Premier prix (médaille d'or) : M. Sarradin (Stanislas-Eugène), né à Nantes.
Deuxième prix (médaille d'argent) : M. Pont (Jules-Joseph), né à Crécyconvé (Eure-et-Loir).
Mention honorable : à M. Rissler, né à Mulhouse.

La Société de pharmacie qui, pour cette solennité, s'était réunie à l'École, a décerné un prix de 1,500 fr. à M. Pasteur, professeur à la Faculté des sciences de Strasbourg, pour sa belle découverte sur la transformation de l'acide tartrique en acide racémique. Elle a ensuite proposé :

1° Un prix de 4,000 fr. pour la fabrication artificielle de la quinine;
2° Un prix de 2,000 fr. pour l'analyse du nerprun;
3° Un prix de 1,000 fr. pour l'analyse du chanvre.

— Un décret du 5 novembre a autorisé la ville de Luxeuil à concéder à l'État la propriété de l'établissement thermal de Luxeuil, avec ses dépendances, son matériel et ses accessoires.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CHOLÉRINE.

DE LA CHOLÉRINE ET DE LA DIARRHÉE PRODROMIQUE OU PRÉMONITOIRE.

Nous rétablissons en tête de cet article le nom proposé en 1832 par la Gazette Médicale pour désigner l'ensemble des phénomènes qui caractérisent la période prodromique du choléra, et nous le faisons avec d'autant plus de confiance que l'une des questions les plus importantes de l'étude du choléra, la relation étiologique et pathologique de cette affection avec ce que l'on appelle aujourd'hui les symptômes prémonitoires, est résolue dans son véritable sens par le mot *cholérine*. Nous reconnaissons que les appellations de diarrhée épidémique, diarrhée prodromique, diarrhée prémonitoire, sont peut-être d'un emploi plus facile dans les avertissements, dans les conseils et dans les soins que les médecins sont appelés à donner à domicile; mais en dehors de ces circonstances, ces dénominations ont l'inconvénient grave de remettre en question l'identité, reconnue et démontrée par la Gazette Médicale, des prodromes du choléra avec le choléra lui-même. On a dit, et nous le voyions, il y a quelques jours encore, répété dans une leçon d'un savant professeur de la Faculté, que la plupart des diarrhées observées en temps de choléra ne relevaient pas directement de l'influence épidémique, et que les prodromes du choléra n'avaient pas toute l'importance qu'on avait voulu leur donner au point de vue de la prophylaxie.

Cette opinion, émise par quelques écrivains sous forme de doute, enseignée même publiquement, aurait besoin d'être examinée dans tous ses détails; elle tient à l'un des sujets les plus importants de la pathologie, et elle a trait à l'une des questions les plus graves de l'hygiène publique, les mesures préventives du choléra. A ces deux titres, elle réclame un examen sérieux et impartial. La plupart des questions de science pure ont cela de particulier qu'elles peuvent s'ajourner. Celle-ci fournissant à l'hygiène un moyen héroïque de triompher du choléra, ou de diminuer au moins d'une manière considérable l'intensité de ce fléau, doit appeler en ce moment toute l'attention, et être l'objet des recherches les mieux coordonnées.

L'existence d'une diarrhée prodromique, dans le choléra, est admise aujourd'hui sans conteste. Cette coïncidence de deux ordres de symptômes, les uns bénins en apparence, les autres très-graves, est constante, à quelques rares exceptions près, et encore, dans la plupart de ces cas exceptionnels, en les supposant bien observés, il y a eu d'autres symptômes prodromiques : gastralgie, borborygmes, coliques, ou bien vertiges, tintements d'oreille, céphalalgie, etc. La discussion ne peut donc s'établir que sur la relation de cause à effet ou sur l'affinité de ces différents phénomènes. Or on se demande par quel raisonnement on est arrivé à mettre en doute les rapports de causalité de la cholérine et du choléra. On peut objecter qu'il y a, en temps de choléra, beaucoup de diarrhées légères et qui guérissent d'elles-mêmes par le repos; que, dans quelques cas tout à fait exceptionnels, il y aurait eu des choléras sans diarrhée prodromique; que le mode d'évolution de la diarrhée cholérique en choléra confirmé n'est pas connu, et que les phénomènes caractéristiques du choléra sont plutôt une complication de la diarrhée qu'une conséquence de cette affection. Nous répondrons à ces objections en rappelant des faits bien connus et des analogies empruntées à l'étude des autres maladies.

Toutes les maladies épidémiques, et principalement la suette, la rougeole, la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la dyssenterie, présentent, soit dans différentes épidémies, soit pendant la durée d'une même épidémie, des cas de gravité différente, et permettent souvent de suivre les effets du poison morbide depuis les cas les plus légers jusqu'aux plus graves. Quelques-unes de ces affections, la dyssenterie par exemple, la suette, ont cela de particulier qu'à tous leurs degrés elles se révèlent par des symptômes qui ne permettent pas de les confondre avec d'autres maladies. On peut ainsi comparer non-seulement des épidémies de suette et de dyssenterie très-meurtrières avec d'autres épidémies très-bénignes, mais, dans la même épidémie, on peut voir, à côté de malades frappés mortellement, d'autres sujets chez lesquels l'affection, d'une extrême bénignité, ne se traduit plus que par un ou deux symptômes, les sueurs, les selles dyssentériques, seuls indices de l'intoxication morbide. D'autres affections, la rougeole, la scarlatine, présentent non-seulement des cas légers et des cas graves, mais procèdent quelquefois d'une manière tout à fait anormale, en ne montrant pas à la peau l'éruption qui les caractérise : on connaît ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, des bronchites rubéoliques sans rougeoles, et des angines scarlatineuses sans scarlatine.

Cet ordre de faits étant très-connu et admis par tous les pathologistes, il y aurait lieu de se demander, en voyant les objections soulevées par des esprits éclairés, si le choléra ne relève point des mêmes lois que les autres affections, si les données de la pathologie générale ne s'appliquent point ici comme aux autres épidémies. Y a-t-il, d'une part, des différences symptômatiques plus radicales? La diarrhée cholérique diffère-t-elle plus du choléra que l'angine scarlatineuse, que la bronchite rubéolique de la scarlatine ou de la rougeole confirmées? Voilà les faits sur lesquels doit porter l'examen clinique. De cette comparaison, au lit du malade, ressortira, nous en avons la conviction, pour les plus sceptiques mêmes, l'identité de l'intoxication cholérique à toutes les périodes et à tous les degrés. Et de la même manière que l'on admet pour le choléra intense des formes caractérisées par la prédominance de tels ou tels symptômes, crampes, cyanose, algidité, on admettra pour le choléra moins grave des formes différentes, dont la plus fréquente est caractérisée par la diarrhée. Remarquons en passant que la diarrhée cholérique est à la fois prodromique dans les cas graves, et symptôme presque unique dans les cas légers, ce qui lui donne une analogie de plus avec l'angine scarlatineuse et la bronchite rubéolique. Ce sujet est, du reste, fécond en analogies semblables, et nous n'avons pas à y insister ici.

Restent les choléras sans diarrhée prodromique, sur lesquels on a beaucoup insisté. Nous avons déjà dit que ces faits en très-petit nombre étaient tout à fait exceptionnels. Il n'y a pas peut-être parmi les diverses affections qui sont caractérisées par des prodromes réguliers et bien distincts, de maladie dans laquelle ces prodromes ne manquent jamais. Les différentes monographies contiennent toutes un certain nombre d'exemples de ces affections larvées, anormales, irrégulières dans lesquelles la marche ordinaire des symptômes est intervertie ou complétement modifiée. Il est à présumer qu'il en est ainsi quelquefois du choléra. Du reste, il est essentiel de faire remarquer ici, car cette tendance aux explications physiques et chimiques est l'un des traits les plus caractéristiques de la médecine à notre époque; on a tant parlé de l'absence de la diarrhée dans le choléra, que

Feuilleton.

VUES DE COSMÉTIQUE TRANSCENDANTE.

La santé est le premier des biens; elle est le bien en soi et la condition de tous les autres. Les anciens y joignaient immédiatement la force et la beauté; puis venaient la richesse, les honneurs, etc. C'est dans cet ordre que les vieux poëtes théologiens, Callimaque, Pindare, Linus, Orphée, adressaient leurs invocations aux dieux; et c'est encore à peu près ainsi que se classent les objets des désirs et des vœux terrestres des humains; j'entends de la portion masculine de l'espèce, car pour l'autre moitié la classification est un peu différente : la santé ne vient qu'au second rang, peut-être au troisième, et c'est la beauté qui prime tout le reste. Parmi les dons du ciel ou de la fortune, il n'en est aucun qui puisse balancer un instant dans le cœur de la femme celui de la beauté. Ce sentiment est fondé chez elle sur les lois primordiales de l'instinct; il est le signe essentiel et caractéristique du sexe, et il pourrait, au besoin, bien mieux que les douteuses indications de l'inspection anatomique, trancher la question médico-légale dans un cas d'hermaphrodisme. Là où se montrera le besoin de plaire, trahi par les mille petites manœuvres involontaires de ce qu'on appelle la coquetterie, là sera la femme. La beauté étant pour la femme la chose la plus désirable, la conscience de sa possession est inhérente à la nature intime de son être; permanente et indéfectible, elle remplit son cœur tout entier. Cette persuasion est pour elle la condition *sine qua non* du bonheur. Si *les hommes ont la permission d'être laids* — et beaucoup en abusent, comme le pauvre Pélisson à l'occasion duquel madame de Sévigné fit le mot — les femmes ne l'ont pas. Aussi n'en est-il aucune qui consente à l'être, aucune qui ne parlemente avec son miroir, aucune qui ne lutte jusqu'à la fin et ne proteste contre *l'inévitable outrage* des ans. Le désir de plaire est chez elles *l'ultimum moriens*.

Si donc la beauté joue un rôle si important dans la vie humaine; si, pour une moitié de l'espèce au moins, l'idée de sa possession est un bien comparable à nul autre, celle de son altération est un souci perpétuel, celle de sa privation ou de sa perte un tourment insupportable; le soin de sa conservation ou de son rétablissement ne saurait être indifférent. Cependant la science ne s'en est occupée jusqu'ici qu'avec une impardonnable négligence, et la Cosmétique, qui devrait avoir le rang honorable d'une doctrine et d'un art constitués, n'est qu'un annexe de la barberie et de la parfumerie. Le charlatanisme, qui a toujours le flair fin et le mérite négatif de signaler les *desiderata* de la science, s'en est emparé et l'exploite sans partage. La médecine, qui seule a le droit, et par conséquent le devoir, de statuer sur les choses du corps humain, semble décliner sa compétence, et en ceci, comme en d'autres occasions, laisse faire sa besogne par des usurpateurs de son domaine. Sans doute, comme gardienne et institutrice de la santé, elle sauvegarde aussi la beauté, dont la santé est la condition première; mais

parce que l'on croyait y voir la ruine d'une théorie mécanique sur l'évolution des symptômes du choléra. Nous ne sommes plus au temps où la cyanose, l'état du sang, l'arrêt de la circulation et de la calorification chez les cholériques trouvaient leur explication dans l'abondance des sécrétions intestinales. Les recherches physiques et chimiques elles-mêmes, l'anatomie pathologique surtout, ont fait justice de ces tentatives d'analyse physiologique, et la question du choléra sortie depuis longtemps des mains des sciences exactes est devenue une question de pathologie au même titre que l'étude des autres maladies épidémiques. Il faut donc prendre la diarrhée cholérique comme un phénomène très-important au point de vue pathologique, le plus essentiel à connaître sous le rapport thérapeutique, et non comme le point de départ d'une série de phénomènes mécaniques. Nous ne nions pas qu'il n'y ait des rapports intimes entre cette diarrhée et les autres symptômes cholériques, nous insistons au contraire sur ce fait, que la diarrhée convenablement traitée, l'évolution des autres symptômes est arrêtée; nous nous refusons seulement à admettre que ces faits soient d'un ordre purement mécanique. Nous pensons que les phénomènes gastro-intestinaux sont quelquefois le seul effet de la maladie, et alors un traitement convenable a facilement raison du symptôme et de l'affection; d'autres fois la cholérine n'est qu'un prodrome d'une maladie plus grave; alors il peut être plus difficile de s'en rendre maître.

Dans tous les cas l'expérience a prononcé sur ce sujet d'une manière décisive, et tout le monde connaît l'influence que les soins les plus simples exercent sur les diarrhées prémonitoires, sur les autres prodromes et même sur la plupart des choléras d'intensité moyenne pris tout à fait au début des phénomènes spasmodiques. Nous n'en voulons pour preuve que les chiffres suivants qui représentent la proportion des guérisons sur 100 cas : diarrhée prémonitoire, 99,75; diarrhée avec phénomènes spasmodiques, 95,00; choléra sans algidité, 70,78; choléra algide avec pouls, 29,82; choléra sans pouls, 13,90 (1).

Il semble bien naturel que la diarrhée simple, qui n'indique qu'une augmentation légère de la sécrétion et de l'élimination intestinale, soit plus facilement maîtrisée que la diarrhée blanche, qui indique une perversion de la sécrétion muqueuse et une élimination considérable. L'influence du traitement appliqué au début des phénomènes du choléra confirmé est un fait acquis. Quelles sont donc les preuves sur lesquelles on voudrait se fonder pour établir la non-curabilité de la diarrhée prodromique. Nous admettons que dans quelques cas cette diarrhée a pu résister à tous les traitements. Est-ce là le critérium auquel on reconnaîtra qu'on avait véritablement affaire à une diarrhée cholérique? Et ne voit-on pas en tout temps, hors de l'influence cholérique, des diarrhées qui résistent avec opiniâtreté. Il serait facile d'accumuler les faits qui démontrent qu'un grand nombre de diarrhées présentant, en temps d'épidémie cholérique, quelques-uns des symptômes du choléra confirmé : vomissements, crampes, suppression de la sécrétion urinaire, selles riziformes, refroidissement des extrémités, etc., ont été toutes guéries par un traitement convenable (2).

Il nous reste maintenant à dire quelques mots des caractères physiques de la diarrhée cholérique.

S'il était établi, comme le pensent encore quelques personnes, que les selles blanches ou plutôt grisâtres, sont seules symptomatiques de l'indication cholérique, il y aurait évidemment à retrancher un grand nombre de cas du nombre des diarrhées prémonitoires. Si même ces selles riziformes étaient constituées comme on l'a cru pendant longtemps par la transsudation de la partie séreuse du sang, il y aurait évidemment là un caractère particulier, mais comme l'a fait voir M. le professeur Andral, les selles des cholériques consistent uniquement en une exagération de la sécrétion intestinale. Quand l'intestin s'est vidé complétement des matières qu'il contenait, quand la sécrétion biliaire a été suspendue, il ne s'écoule plus par l'anus, et il ne s'échappe par les vomissements que des liquides provenant des sécrétions intestinales. Longtemps avant que ces vomissements, que ces selles caractéristiques d'une certaine période ou d'un certain degré de l'intoxication n'aient eu lieu, il y avait à la surface de l'intestin un travail éliminateur spécial, et les résidus des aliments, ainsi que les matières biliaires, masquaient la couleur caractéristique du mucus intestinal. La preuve que ces déjections ne sont pas exclusivement caractéristiques du choléra, c'est que dans un très-grand nombre d'observations où les selles furent examinées dès le début de la maladie, on a noté, avant tout, les selles bilieuses ou féculentes d'un jaune verdâtre ou d'un brun plus ou moins foncé, accompagnées quelquefois de flocons de mucus très-apparents. Les évacuations deviennent peu à peu de plus en plus séreuses et finissent par prendre l'aspect d'une décoction de riz; mais toujours elles sont précédées par des évacuations colorées, et quelquefois pendant toute la durée du choléra elles ne cessent pas d'être bilieuses.

Il était peut-être nécessaire de passer en revue cet ensemble de faits, pour bien voir l'importance du terme « *cholérine*, » appliqué à la forme légère et aux phénomènes prodromiques du choléra. — Il était aussi, sans doute, utile à l'heure actuelle de rappeler pourquoi des diarrhées résultant d'une manifestation épidémique, ne peuvent pas être considérées comme une maladie à part, distincte de l'épidémie elle même. Nous n'avons fait intervenir dans ces considérations qu'un certain ordre de preuves déduites de la pathologie, il y en a d'autres sur lesquelles nous aurons peut-être occasion de revenir. Ce sont : les heures d'invasion de ces diarrhées, de deux à six heures du matin; la fièvre de réaction à laquelle elles donnent quelquefois naissance, et la prédisposition plus grande des femmes à les contracter. Tous faits qui sont aussi particuliers aux choléras légers et aux choléras graves.

THOLOZAN.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR L'HYPERTROPHIE DES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES ET SUR CELLE DES TISSUS (lue à la Société de biologie le 6 août 1853); par M. CH. ROBIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc.

Aussitôt ou longtemps après que le développement est achevé, il peut dépasser les limites ordinaires. On dit alors qu'il y a *hypertrophie*. La propriété de s'*hypertrophier* qu'ont les éléments anatomiques est une propriété anormale, c'est-à-dire qui ne se manifeste que dans quelques condi-

(1) Rapport du docteur Sutherland sur le choléra épidémique, p. 50.
(2) Même rapport, p. 68.

---

cette action détournée est bien peu efficace. Elle a, à la vérité, dans quelques cas, des moyens plus directs, et il y aurait de l'injustice à ne pas lui en tenir compte. Si par carie, nécrose ou autrement, une ou plusieurs dents s'avisent de quitter leurs alvéoles, ce qui produit sur la portion de joue correspondante le plus disgracieux renfoncement et change le plus aimable sourire en une affreuse grimace, une intelligente prothese comble le vide et rétablit la symétrie physionomique. Si la bouche rosée d'une jeune fille est déshonorée par un odieux bec-de-lièvre, le chirurgien coud assez proprement quelquefois les deux bords de la fissure, et donne à la lèvre une forme plus acceptable. Un œil noir ou bleu, auquel le porteur tenait naturellement beaucoup, est-il chassé de son orbite par une balle, par une fonte purulente, par une opération chirurgicale, l'art y en loge un autre, d'une ressemblance parfaite avec le voisin, dont malheureusement il ne peut pas suivre bien exactement les évolutions, et qui souvent regarde à droite, lorsque le compagnon regarde à gauche. Mais c'est toujours quelque chose de n'être que louche après avoir été borgne. Un boulet ou un couteau à amputation vous enlève une jambe, une cuisse, on vous en procurera une de rechange en bois, parfaitement articulée, et qui, passée dans une longue botte, simulera à ravir la bonne, surtout quand vous serez assis. Si votre nez — le cas est grave — est détruit par un carcinôme ou amputé par une main ennemie avec un rasoir, la rhinoplastie, renouvelée de Tagliacozzi, va vous en refaire un autre avec un lambeau de peau de votre front, adroitement taillé et soudé. Ce nez greffé pourra bien prendre la forme capricieuse de quelque variété de figue ou de pomme de terre, et s'orner à la longue de quelques poils plus ou moins indiscrets; mais vous avez toujours la satisfaction d'avoir un nez, et un nez vivant, avantage que n'avaient pas les nez de carton peint, autrefois en usage. Un procédé analogue d'autoplastie vous restituera au besoin une joue ou un menton perdus. Une colonne vertébrale tend-elle à prendre une direction inconvenante, à faire paraître une épaule *fuor d'architettura*, comme disent les Italiens, l'orthopédie redressera cette courbe malencontreuse, et le sujet deviendra droit comme un jonc; et si un pied humain s'avise de revêtir la forme équine ou toute autre variété également anti-artistique du pied-bot, une section sous-cutanée de quelques fléchisseurs ou extenseurs obstinés, tels que des péroniers long, moyen et petit, aidée d'un appareil de contention approprié, fait disparaître cette configuration baroque dont était affligé le pied gauche de lord Byron, et qui fut une des causes secrètes de la misanthropique humeur du grand poëte.

Ce sont là sans doute des moyens précieux; mais ils ont pour objet l'utilité plutôt que la beauté : ils s'occupent de la restauration des formes en vue du rétablissement des fonctions, et non point pour elles-mêmes au point de vue esthétique. Ce sont des réparations d'urgence, et non des travaux d'embellissement. Or c'est la beauté qui est le but de la COSMÉTIQUE, et la médecine, répétons-le avec douleur, n'a apporté qu'un bien faible contingent de vues à cette noble science, dans laquelle elle devrait avoir la haute main.

En dehors de la médecine, il s'est fait de plus grandes choses, et d'une appropriation plus directe à la grande fin de la Cosmétique, qui est le maintien et la restauration de la beauté ou de ce qui en tient lieu, la jeunesse. L'esprit d'invention industrielle s'est élancé ici à toute volée, et s'est signalé par des découvertes dont il a ravi la gloire à la médecine. Une tête dont l'ornement chevelu, blond ou brun, faisait l'orgueil, se dépouille de cet insigne de la force et de la

tions non habituelles, accidentelles. Elle prend, en raison de ce fait, le nom d'*anormale* ou *tératologique* et elle prend celui de *morbide* ou *pathologique*, quand de l'hypertrophie résulte de la gêne douloureuse ou non dans l'accomplissement des fonctions.

L'hypertrophie comme l'atrophie se rattachent d'une manière immédiate à la propriété de développement dont l'une et l'autre sont un cas particulier. Ce n'est que par l'intermédiaire de la propriété de développement qu'elles sont liées à la nutrition; cette dernière en est une condition d'existence, comme elle en est une de la propriété de se développer et de toutes les autres propriétés.

C'est parce qu'on ne connaissait pas les éléments anatomiques et leurs propriétés à l'époque de Laennec, que ce pathologiste éminent admit des *altérations de nutrition*, comme formant un groupe de lésion en anatomie pathologique, comprenant l'atrophie et l'hypertrophie. D'abord c'est commettre une erreur que de prendre pour base générale d'études d'*anatomie pathologique* des notions de *physiologie*. L'expérience montre, en effet, que partout c'est la marche inverse qu'il faut suivre, et que, à part quelques cas particuliers, les faits statiques doivent être connus avant les notions dynamiques.

De plus, la nutrition peut bien être modifiée en plus et en moins, mais pour cela elle n'est pas lésée, elle n'est pas *altérée*; car la nutrition est caractérisée par un double phénomène continu de combinaison et de décombinaison sans destruction de la substance qui en est le siége. Or jamais une combinaison prise dans chaque cas particulier en elle-même, et non comme un fait général, ne peut être altérée, sans quoi elle n'existe plus. Elle ne peut être faite ni à demi ni aux trois quarts; elle est ou elle n'est pas.

Elle se fait vite ou lentement, suivant les conditions; mais elle ne se fait pas de deux manières; il n'y a pas deux natures de chlorure de sodium, de sulfate de soude, deux espèces d'acide urique, etc. Quand leurs propriétés changent, c'est qu'on leur a retranché ou ajouté quelque chose, ou qu'on a modifié sous quelque rapport l'arrangement mécanique de leur particules.

Enfin il n'est pas de maladies dans lesquelles la nutrition des éléments ne soit ou activée ou ralentie, suivant la nature des principes immédiats qui leur arrivent et diverses autres conditions. Ce n'est par conséquent pas sur un phénomène tellement général et tellement uniforme que partout il ne présente que des différences de rapidité, selon la nature des matériaux mis en présence, que peuvent être établies des divisions, non pas dans les différentes espèces d'altérations, mais dans celles des phénomènes anormaux. Ces divisions ne peuvent être établies d'une manière naturelle et rationnelle qu'en s'appuyant sur les phénomènes auxquels se rattachent immédiatement les actes secondaires qu'il s'agit de faire rentrer dans chacune d'elles; mais ce n'est pas à ceux auxquels on ne peut les lier que médiatement par l'intermédiaire d'un autre qu'il faut les rapprocher; c'est à celui-ci même. Ce rapprochement conduisant à la confusion ne pouvait être évité tant que l'on ne connaissait des phénomènes vitaux élémentaires, que les extrêmes, la nutrition, le plus simple, le plus général de tous, et la sensibilité le plus complexe et le plus spécial. Il fallait connaître les propriétés intermédiaires parmi lesquelles se trouve celle de se développer, et maintenant qu'elles sont connues, il faut éviter la faute; car quoique reposant sur des différences d'une appréciation en apparence délicate ou minutieuse, cette distinction est importante en fait, et si elle est omise, elle conduit à confondre des choses qui sont différentes, comme la propriété de se développer avec celle de nutrition.

Si donc, dans un élément anatomique auquel des principes immédiats plus abondants ou d'une autre nature sont fournis, la nutrition devient plus rapide, si le mouvement de composition l'emporte sur celui de décomposition et qu'il y ait hypertrophie, la propriété de nutrition n'est lésée ni altérée en rien; la nutrition n'en est pas moins parfaite si on la considère à part. La propriété qui est changée est une des propriétés qui ont pour condition d'existence la nutrition, qui sont enlées sur elle sans en découler nécessairement; dans le cas dont il s'agit, c'est la propriété de développement qui est modifiée. Ce changement se manifeste par la mise en évidence de la propriété qu'ont les éléments de s'hypertrophier; propriété qui est fondée sur elle, mais ne peut pas en être considérée comme une suite nécessaire; car on peut parfaitement concevoir des éléments anatomiques qui ne s'hypertrophieraient pas et n'auraient d'autres propriétés que celle de se développer sans dépasser l'état normal; mais la propriété de s'hypertrophier suppose nécessairement celle de se développer. L'apparition de la propriété de s'hypertrophier qu'ont les éléments n'ayant lieu que dans certaines conditions qui ne sont pas habituelles est, ainsi qu'on l'a déjà vu, dite *anomale* ou *tératologique*, et elle prend le nom de *morbide* ou *pathologique*, quand de l'hypertrophie résulte de la gêne douloureuse ou non dans l'accomplissement des fonctions.

L'étude de la structure intime des tissus exécutée à l'aide du microscope a montré un fait qui jusqu'à présent n'a pas été signalé; c'est que l'augmentation de volume des organes est une cause différente, selon le tissu qui la constitue ou celui d'entre eux qui augmente de volume; en un mot les lois de l'hypertrophie varient suivant chaque tissu.

En voici des exemples pris sur les tissus les plus simples d'abord pour arriver aux plus complexes ensuite.

A. Dans les tissus les plus simples (adipeux, fibreux, cellulaire, osseux, etc.), l'hypertrophie est due à une augmentation de nombre des fibres des vésicules ou autres éléments, car aucune d'elles n'a un volume plus grand qu'à l'état normal.

1° Dans les tissus cellulaire et fibreux ou hypertrophiés, comme, par exemple, entre les couches musculaires, muqueuses et péritonéales de l'estomac dans certains cas d'ulcères de la muqueuse, le tissu cellulaire interposé, bien que quintuplé, etc., quant à la masse, est formé de fibres qui ont toutes le volume normal, et qui sont seulement plus adhérentes les unes aux autres. Le même fait s'observe encore dans les cas d'augmentation d'épaisseur du périoste, quelque considérable qu'elle soit. Dans les tumeurs fibreuses qui ne sont que des hypertrophies locales et limitées du tissu cellulo-fibreux portées jusqu'au point de former un organe morbide nouveau, le même fait peut être constaté avec autant d'évidence.

2° Cet exemple peut s'appliquer en tout point au tissu adipeux. Que son hypertrophie soit localisée et portée jusqu'à production d'une tumeur (lipome) ou généralisée (polysarcie adipeuse), jamais les vésicules pleines d'huile ou vésicules adipeuses qui sont l'élément caractéristique du tissu ne sont plus grosses qu'à l'état normal; elles ont donc certainement augmenté de nombre dans ce cas.

3° Dans les cas d'augmentation de volume des os (du tibia, par exemple; devenu un quart plus long que du côté opposé et deux à trois fois plus épais), dans le cas de voisinage d'un ulcère, d'une tumeur, etc., les cavités caractéristiques de l'os, appelées *ostéoplastes* ou *corpuscules osseux*, ont constamment le volume normal, à fort peu de choses près, et sont seulement quelquefois plus ou moins irréguliers. Il en est de même

---

jeunesse; elle devient rase comme la main. Que fait la médecine ici? Rien. Elle donne un nom grec ou latin à la chose: elle l'appelle l'*alopécie* ou la *calvitie*, et se retire. Tout au plus conseille-t-elle à ce sinciput dénudé de se coiffer d'un bonnet de soie ou de coton pour éviter les rhumes de cerveau. Quelle pitié! L'artiste capillaire ne montre-t-il pas une véritable supériorité sur ce pauvre savant, en substituant au bonnet une perruque ou un toupet? Mais celui-ci même n'est encore qu'un apprenti, un pygmée, à côté de l'adepte qui s'avance et dit: « Sur ce crâne pelé, je vais faire pousser une forêt de poils, avec ma pommade de chameau, ma pommade de lion, mon eau de Lob, et je donne 20, 30, 100,000 fr. à qui me prouvera l'inefficacité de ma drogue. » C'est celui-là qui résout véritablement le problème. De même pour cette autre mésaventure crânienne, la décoloration des cheveux, qu'une vaine science, qui ne sait que trouver des mots, appelle *canitie*. Combien de têtes grisonnantes ont passé rapidement du blanc au noir à l'aide de l'eau de Perse! Et qui pourrait énumérer les spécifiques, eaux, vinaigres, essences, pommades, crèmes, pâtes, huiles, poudres, destinés à rafraîchir le teint, à assouplir et unir la peau, à raffermir les chairs? Il y a des ressources pour tous les accidents. L'obésité est ennemie de la grâce et ne va pas avec la jeunesse, qui est toujours présumée: on vous fera donc maigrir juste au degré voulu. Il suffit d'un certain liquide qui dissout la graisse, et respecte scrupuleusement tous les autres tissus. Rien de plus sûr, de plus innocent et de moins coûteux. La maigreur n'est pas moins fâcheuse. Il serait très-avantageux de pouvoir renforcer et arrondir certaines régions, adoucir des aspérités, combler des vallées. Il n'y a pas encore de liquide pour cela, que nous sachions; mais on y supplée par la crinoline, le caoutchouc, etc.

Nous recommandons cette lacune à l'étude des spécialistes en ce genre. Un de nos confrères nous a dit être sur la voie d'un moyen de garnir méthodiquement et dans les proportions convenables de tissu adipeux les parties qui en manquent. Il se flatte de pouvoir ainsi un jour modeler des Vénus callipyges et autres, et même, si on le désirait, des Vénus hottentotes. Quel grand artiste nous aurions là! Mais il travaille sur des données purement scientifiques et expérimentales fournies par l'observation des résultats obtenus sur les diverses espèces d'animaux domestiques en Angleterre, et aussi sur l'homme; il procède par la science. Il est donc à peu près certain qu'il n'aboutira à rien et que quelque Lob lui damera le pion.

L'art industriel a donc fait jusqu'ici plus et mieux que l'art scientifique et médical. Cependant les découvertes et applications dont on vient de parler sont, en somme, d'un ordre assez inférieur (sauf pourtant la révivification des poils). Elles se réduisent, comme la plupart des procédés chirurgicaux indiqués précédemment, à des prothèses, à des déguisements, à des simulations, à des postiches. Cet art ne remédie que fort imparfaitement et dans un petit nombre de cas aux défauts de la forme par une modification vitale et organique des parties, ce qui est le point essentiel à atteindre. Le plus souvent il ne s'en tire que par des subterfuges, tels que la perruque ou l'œil de verre, et n'arrive ainsi qu'à procurer un peu d'illusion, promptement dissipée.

La science et l'art cosmétiques doivent viser plus haut. Il s'agit de restaurer directement les formes altérées par l'âge ou la maladie, d'améliorer celles qui sont vicieuses, de maintenir la pureté et la correction de celles que la nature a dessinées dans un de ses bons moments. Et les formes ne sont pas tout. Il faut en-

dans le cal, dans les stalactites osseuses, les exostoses, éburnées ou non. Même observation pour les cavités et les corpuscules caractéristiques des cartilages.

4° Dans tous les cas d'hypertrophie de l'épiderme cutané, quelles que soient les conditions dans lesquelles on l'observe, les lamelles ou cellules épidermiques conservent le volume normal; elles ont donc augmenté de nombre. Dans les cas de tumeurs épidermiques, on trouve, au milieu de cellules ayant le volume normal, une certaine quantité d'autres qui sont deux à trois fois plus larges que les cellules normales; mais leur proportion n'est jamais assez considérable pour que l'on puisse leur faire jouer un rôle considérable dans la production de la tumeur.

5° Ayant comparé les artères homologues très-hypertrophiées, branches de la carotide externe, dans un cas de tumeur de la région parotidienne, à celles du côté opposé qui avaient le volume normal, les éléments (de chaque couche très-épaissie) étaient restés avec leur volume normal. Même fait s'est présenté pour les vaisseaux artériels et veineux ovaro-utérins dans la grossesse, comparés aux vaisseaux correspondants d'un autre sujet dont l'utérus était à l'état de vacuité.

B. Quant aux tissus complexes, tels que muscles, nerfs et glandes, la question offre plus de difficulté, sauf toutefois pour les nerfs.

1° Les muscles hypertrophiés offrent des faisceaux striés (fibres striées, fibres primitives des auteurs) plus larges en moyenne qu'à l'état normal; toutefois cette augmentation de volume est assez peu considérable pour qu'il soit difficile de pouvoir se rendre compte, à son aide seulement, de l'augmentation de volume de l'organe. Et pourtant les couches de tissu cellulaire interposées aux faisceaux musculaires ne sont pas hypertrophiées, non plus que celles de tissu adipeux qu'on rencontre quelquefois dans les muscles. Ce qui vient d'être dit plus haut des faisceaux musculaires s'applique à ceux du cœur comme à tous les autres, et il semble impossible de se rendre compte de l'hypertrophie de ces organes sans admettre ici la production de fibres striées nouvelles, puisque l'augmentation de volume de celles qui constituent l'organe malade n'est pas en rapport avec l'hypertrophie de celui-ci.

2° Les nerfs de l'utérus pendant la grossesse sont plus gros que dans l'état physiologique contraire. L'augmentation de volume tient surtout à celle du névrilemme; mais on peut constater aussi que les tubes nerveux sont devenus plus gros d'un sixième environ.

3° Dans l'hypertrophie des glandes, les culs-de-sac peuvent atteindre un diamètre huit à dix fois plus grand qu'à l'état normal. En même temps que la gaine des culs-de-sac devient plus large, l'épithélium qui tapisse sa face interne augmente d'épaisseur. Ici donc, dans la grande majorité des cas, cette augmentation de volume rend compte de l'hypertrophie de l'organe, dont les cloisons cellulo-adipeuses s'hypertrophient également à leur manière (voy. plus haut, A). Toutefois, il est des cas où la masse morbide (mamelle, petites glandules salivaires sous-muqueuses hypertrophiées isolément) est si considérable qu'il n'y a plus de rapport entre l'augmentation de volume des culs-de-sac et celle de l'organe. La disproportion est telle qu'il est difficile alors de ne pas admettre la production de culs-de-sac nouveaux dans chacun des acinis ou grains glandulaires. Il existe, du reste, d'autres variétés d'hypertrophies glandulaires dans lesquelles l'augmentation de volume du tissu est due à l'augmentation de nombre et de volume des éléments épithéliaux. Ayant traité de ce cas particulier dans un autre article (NOTE SUR QUELQUES HYPERTROPHIES GLANDULAIRES. Paris, 1852; in-8°), je n'en parlerai pas de nouveau ici.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

SUR LA COMBINAISON DES INJECTIONS COAGULANTES ET DE LA MÉTHODE DE BRASDOR DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINS ANÉVRISMES; par J.-E. PÉTREQUIN, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Il est des maladies qui malheureusement résistent aux moyens ordinaires de l'art; il faut leur opposer des traitements pour ainsi dire exceptionnels.

Tel est le cas de la méthode de Brasdor à l'endroit de certains anévrismes : rationnelle en principe, mais malheureuse en pratique, elle constitue une médication qu'on ne doit pas négliger, et qu'il importerait essentiellement de perfectionner; car, malgré ses insuccès, c'est encore la seule ressource qu'on ait à mettre en usage, quand on ne veut pas rester spectateur inactif de l'agonie d'un malade qui est venu réclamer nos soins.

Il m'a semblé qu'on réussirait à augmenter les chances heureuses de la méthode en trouvant le moyen de coaguler rapidement le sang dans l'anévrisme, et que la combinaison des injections hémoplastiques et de la ligature artérielle pourrait, dans ces cas désespérés, conduire à des résultats favorables, d'autant mieux que ni l'une ni l'autre de ces méthodes ne pouvait être applicable séparément. — Cette idée me parut fournir le germe d'un progrès pour la thérapeutique chirurgicale, et je m'occupai du meilleur procédé d'application, au sujet d'un anévrisme qui m'avait inspiré les réflexions qui précèdent.

J'imaginai donc d'utiliser, dans ce but, les injections coagulantes à titre de méthode mixte. Je pouvais m'appuyer par analogie sur les effets avantageux que j'en avais retirés, comme MM. Valette et Desgranges dans la cure des varices; j'y étais encouragé par l'heureux succès obtenu par M. Valette dans un anévrisme du pli du coude, et même par les deux tentatives de M. Barrier dans le cas très-défavorable d'un anévrisme brachio-céphalique où, malgré des piqûres multiples et des doses énormes de perchlorure, la maladie, en définitive, a été plutôt améliorée qu'aggravée.

Il s'agissait de venir en aide à la méthode de Brasdor par un procédé hémoplastique. J'exposai mon projet à plusieurs confrères, qui me donnèrent leur approbation : Je citerai entre autres M. Desgranges, qui voulut bien m'aider dans l'opération, ainsi que les docteurs Chatin, Gœury, Martenot de Cordoue, etc.

Le malade avait un anévrisme de l'artère sous-clavière droite; je liai d'abord l'axillaire par le procédé de Marjolin et Lisfranc, au point où elle prend naissance sous la clavicule. Je fis ensuite une ponction sur la tumeur; mais la canule s'étant faussée, l'injection ne put pénétrer, et je fus obligé de la renvoyer au surlendemain. Je pratiquai alors une nouvelle ponction. Je fis établir préalablement une compression méthodique sur le tronc innominé. Je regarde comme très-utile d'isoler l'anévrisme de la circulation générale; sans cela, comme la coagulation, quoique très-rapide, est plutôt progressive qu'instantanée, le caillot et le perchlorure risquent

---

core savoir entretenir, viviller, colorer cette enveloppe cutanée dont tant d'accidents peuvent gâter les teintes délicates et harmonieuses. Il faut faire exécuter au travail vital lui-même la peinture qu'un art mensonger imite grossièrement par les poudres, les fards et les pommades du parfumeur. Tel est l'idéal de la haute COSMÉTIQUE.

Un homme s'est rencontré qui a réalisé cet idéal, au moins dans un grand nombre d'applications de la plus haute importance; et, comme dans toutes les productions du génie, la simplicité des moyens employés par lui n'est pas moins étonnante que la variété des résultats obtenus. Aussi intitule-t-il justement sa doctrine : SCIENCE NOUVELLE (1). C'est le titre du fameux livre de VICO: SCIENZA NUOVA. L'auteur entre sans préambule, comme les grands maîtres, *in medias res*. Il débute par cette observation que l'altération de la beauté dépend principalement, ainsi que celle de la santé, de la violence des impressions morales. De là le précepte général, pour quiconque veut conserver à sa figure tout son mérite, de neutraliser le fâcheux effet des sensations brusques et vives qui en dérangent si promptement la symétrie. Mais comment faire? Le moyen est simple : il consiste à opposer à chaque impression fâcheuse et à l'instant même une *contre-impression* ou *contre-choc*. Après une chute, une frayeur, par exemple, on prend par routine un verre d'eau fraîche, ce qui remet, comme on dit, les sens. On fait fort bien, car c'est un contre-choc. Mais il y a un *contre-choc* plus prompt, plus facile, applicable partout et en toute circonstance: c'est l'*aspiration*. Une longue et forte aspiration d'air contre-balance à l'instant le choc causé par une émotion fâcheuse. Ce n'est donc pas sans raison qu'on dit en plaisantant que *le chagrin engraisse les femmes*. Rien de plus aisé à comprendre. La femme qui pleure et sanglote fait à chaque instant de grandes aspirations qui compensent et au delà l'influence émaciatrice du chagrin. A l'acte de l'aspiration on peut ajouter un exercice respiratoire plus puissant encore pour déterminer le contre-choc : c'est ce qu'il appelle la *nasale*. On inspire modérément, puis on chasse brusquement l'air par le nez, mais en ayant soin, dès que l'air va sortir, de porter les doigts à l'ouverture des narines, comme le fait le priseur quand il aspire sa prise de tabac par petits coups saccadés. On concevra toute la puissance de la *nasale* pour arrêter la déformation des traits (car c'est là le but de ce contre-choc), si l'on considère que ce même exercice amortit instantanément au besoin le rire, l'éternument, le bâillement et les suffocations qui ont lieu *lorsqu'on avale de travers*.

L'exercice fréquent de la *nasale* est déjà un moyen général de neutraliser l'influence des impressions désagréables sur la beauté, et une sorte de régime hygiénique très-bon à suivre. Pour comprendre l'importance qu'attache l'inventeur à ce procédé, il faut savoir que dans un livre antérieur, tout médical, SUR LES DIVERSES MANIÈRES DE RESPIRER POUR ENTRETENIR LA SANTÉ, il a décrit *vingt-six* de ces manières, et expliqué leurs propriétés hygiéniques et curatives. Il a fait la même analyse de la marche; et on est étonné d'apprendre qu'il y ait tant de façons de respirer et de cheminer, et qu'on ait été assez ignorant jusqu'ici pour n'en employer qu'une.

(1) SCIENCE NOUVELLE POUR ENTRETENIR LA BEAUTÉ, etc.; par Lutterbach. Chez tous les libraires. 1853.

d'être entraînés en partie dans les collatérales; il en résulte non-seulement qu'ils sont perdus pour la guérison, mais encore qu'ils peuvent devenir ainsi une source d'accidents.

Le choix et le mode d'emploi du perchlorure ne sont point indifférents. M. Velpeau a raison de dire que le perchlorure à 30° n'est point un caustique; les nombreuses opérations de varices pratiquées à l'Hôtel-Dieu de Lyon l'ont surabondamment démontré. Pour les varices, 3 à 4 gouttes suffisent par piqûre; il en faut davantage pour les anévrismes, eu égard à leur volume. Quant à la densité du liquide, l'expérience nous a maintes fois prouvé que le perchlorure à 30° réussit parfaitement pour les varices. Faut-il abaisser le titre pour les anévrismes? Nous avons à cet égard entrepris, avec MM. Desgranges et Burin, sur des perchlorures à 20 et 15° de densité, une série d'expériences dont on fera plus tard connaître les résultats. En attendant, je remarquerai que M. Valette s'est servi avec succès d'un perchlorure à 30° pour l'anévrisme qu'il a guéri. — J'employai du perchlorure ferro-manganique à 30°, préparé par M. Burin-Dubuisson; j'en injectai 8 à 9 gouttes. Ce que je voulais produire avec le perchlorure, je fus assez heureux pour l'obtenir : la tumeur, qui depuis la ligature n'avait pas notablement changé en deux jours, durcit sensiblement après l'injection. Ce premier résultat fut assez décisif; il le devint encore davantage le lendemain, comme le témoignent les détails cliniques.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE ; TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE DE BRASDOR (LIGATURE DE L'AXILLAIRE) ET L'INJECTION COAGULANTE.

OBS. — Le sieur Michel Bondet, âgé de 59 ans, né à Saint-Geoire (Isère), domicilié à Lyon, où il exerce la profession d'imprimeur en taille-douce, entre, le 24 septembre 1853, dans le service de M. Pétrequin, à l'Hôtel-Dieu, pour se faire traiter d'une tumeur qu'il porte au côté droit du cou.

Cette tumeur siége dans la région sus-claviculaire; elle est dépressible, sans changement de couleur à la peau. Il y a trois mois que le malade s'en est aperçu. Elle est survenue sans cause connue; elle affecte aujourd'hui le volume d'une petite pomme. Elle a une forme allongée, et occupe presque toute l'étendue de l'artère sous-clavière droite. Elle est le siége d'un soulèvement en masse à chaque battement du cœur, et offre distinctement des pulsations isochrones à celles du pouls. On y entend un bruit de souffle. Elle commence à gêner beaucoup le malade; elle a déterminé des fourmillements dans la main. Aujourd'hui elle s'accompagne d'un certain degré d'engourdissement dans tout le bras; elle fait obstacle à la circulation dans la radiale, dont les battements sont devenus faibles.

M. Pétrequin établit l'existence d'un anévrisme de l'artère sous-clavière, et nous vérifions ce diagnostic avec plusieurs médecins. On prépare le malade à l'opération par le régime, un bain, des tisanes délayantes, des lavements laxatifs, etc.

Le 27 septembre, M. Pétrequin fait la ligature de l'axillaire en présence des docteurs Desgranges, Gœury, Martenot de Cordoue, Chatin, etc. Il opère par le procédé de Marjolin, entre les deux faisceaux du grand pectoral. On place successivement onze ligatures, à savoir sur deux veines, l'axillaire et huit autres artères, dont la mammaire externe, trois thoraciques, etc. Le pouls du poignet est suspendu. (Pansement simple.)

Le malade avait été éthérisé. Les suites de l'opération sont des plus simples : le bras est chaud; l'opéré ne souffre pas; il a dormi; la fièvre de réaction est bénigne. Tout s'annonce bien.

Le 29 septembre, M. Pétrequin fait une injection de perchlorure ferro-manganique. Une première tentative après la ligature n'avait pu aboutir; la canule s'était faussée dans la manœuvre pour pénétrer jusque dans le sac. L'instrument ayant été réparé, on fait une seconde ponction en dehors et un peu en arrière, à deux travers de doigt environ au-dessus de la clavicule. On injecte huit à neuf gouttes de perchlorure ferro-manganique pendant que le bout de la canule est dirigé successivement dans trois directions différentes. La compression, préalablement établie sur le tronc innominé, est continuée pendant dix minutes. On constate alors que la tumeur anévrismale a sensiblement durci.

Le 30, les battements ont à peu près cessé dans l'anévrisme ; il est dur, non douloureux, sans inflammation.

Le 1er octobre, il n'y a plus de battements. (La durée du cours semestriel de M. Pétrequin étant expirée, le malade passe dans le service de M. Desgranges.)

Le 3 octobre, invasion d'une bronchite, qui menace de se compliquer de pneumonie; fièvre, toux intense, crachats jaunâtres, visqueux. (Tisane pectorale, looch.)

Le 4 octobre, rougeur érysipélateuse du bras, dont une application de collodion fait justice. Il se développe une légère inflammation autour des piqûres faites par le trocart.

Le 5, la bronchite et la pneumonie sont en voie de résolution. La plaie suppure; amélioration.

Le 6, le mieux continue.

Le 7, hémorrhagie abondante par la plaie de la ligature. Compression avec des tampons imbibés de perchlorure de fer.

Le 8, nouvelle hémorrhagie, malgré le tamponnement. Il s'en déclare une troisième dans la nuit; on a beaucoup de peine à y mettre obstacle.

Le 9, l'écoulement sanguin ne peut être complètement arrêté; le malade s'affaiblit de plus en plus.

A la visite du 10 octobre, on le trouve mort à l'état exsangue.

Le 11, l'autopsie est faite par M. Gubian, interne du service, sous la direction de M. Desgranges.

La plaie est baignée de pus; les bords toutefois tendent à la cicatrisation. La dissection montre que le pus a fusé vers le bras sous le deltoïde, et vers la poitrine sous le petit pectoral.

La clavicule est enlevée pour faciliter l'examen des artères supérieures à la plaie; elles paraissent saines; aucune collatérale n'a sensiblement augmenté de volume. On dissèque l'axillaire jusqu'au bras où elle n'offre rien d'anormal; mais elle est béante au point où elle a été liée; elle ne semble pas tout à fait saine, non plus que la sous-clavière. On ne trouve plus aucun fil de ligature dans la plaie. Il est présumable que leur chute successive, probablement hâtée par les violentes secousses de la toux, a contribué à ces fréquentes hémorrhagies qui ont amené la mort de l'opéré.

Le sac est considérablement diminué et revenu sur lui-même; il est rempli de caillots, dont quelques-uns sont mêlés de pus. Ses parois ont été attaquées par l'inflammation et le travail suppuratif auxquels la plaie n'a point été étrangère. Il semble que l'hémorrhagie et la suppuration auront ramolli le coagulum, qui, comme un bouchon solide, avait d'abord amené l'oblitération du sac et détruit les battements dans la tumeur peu après l'opération.

Les ponctions du trocart s'étaient enflammées et conduisaient à un trajet sinueux qui paraissait pénétrer jusqu'au sac; l'hémorrhagie ne venait pas de ce point, mais de la section prématurée de la sous-clavière.

(Recueillie par le docteur Chatin et M. Louis Gubian.)

On a voulu devant l'Académie de médecine (29 novembre) paraître étonné que je n'aie pas inséré cette observation dans mon mémoire SUR L'EMPLOI DU PERCHLORURE FERRO-MANGANIQUE DANS LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES, DES ANÉVRISMES ET DES VARICES.

La raison pourtant en est des plus simples. Mon manuscrit a été présenté à l'Institut le 19 septembre; comment aurais-je pu y faire mention d'une opération que je n'ai faite que le 27 septembre? Or c'est ce même

---

Quoi qu'il en soit, en ce qui touche le soin de la beauté, c'est la respiration *nasale*, *naso-buccale*, etc., qui pare presque à tout. C'est par cette dernière notamment qu'on entretient la perpétuelle fraîcheur des lèvres. Pour arrondir les joues et les maintenir fermes et rebondies, il faut un exercice particulier de respiration et d'expiration, imitant la toux; ce qui s'appelle dans la doctrine un *rhume factice*. Par ce moyen on peut à volonté rétrécir les grandes bouches et amplifier les petites, redresser celles qui sont de travers et obtenir une foule d'autres modifications également agréables. Dans les cas difficiles de l'effacement des rides et autres mauvaises conditions de la peau, il faut à la gymnastique respiratoire joindre la *frétillette*, qui consiste en une sorte de passe magnétique exercée avec la main sur la partie du visage qu'on veut améliorer. La *nasale*, le *rhume factice* et la *frétillette* suffiront à toutes les indications.

L'auteur a par devers lui, non pas de simples vues spéculatives, mais de nombreuses expériences, et notamment la sienne. De son aveu, il ne passait pas précisément pour beau dans sa jeunesse. Il relève justement, à ce propos, quoique avec une certaine acrimonie, M. Alphonse Karr pour avoir dit dans le journal PARIS qu'il avait le nez long. Il ne faut pas, en effet, parler légèrement du nez des gens. Malgré sa position éminente au milieu du visage, qui le met toujours le premier en scène, le nez est d'une extrême susceptibilité. M. Karr a donc eu tort de se permettre des observations sur le nez en question. Quoi qu'il en soit, le porteur dudit nez, qui s'est déjà sensiblement rajeuni par l'usage de la *naso-buccale* et de la *frétillette*, se fait fort de lui prouver qu'il possède aussi l'art de raccourcir cet appendice. Seulement il demande du temps, ce qui est juste pour une œuvre de cette importance. Il y faudra bien quelques années, mais à quoi pourrait les mieux employer l'auteur, qu'à mettre son nez à l'abri des impertinentes allusions de M. Alphonse Karr?

L'analyse complète de ce petit livre d'or nous conduirait plus loin que nous ne pouvons aller. Ces indications sommaires suffiront pour donner une idée de l'importance des découvertes qui y sont consignées.

Ce petit volume qui crée une *science nouvelle*, la *Cosmétique*, nous suggère une remarque: c'est que nous sommes infiniment plus riches en science que nous n'affectons souvent de le dire. Chaque jour en voit éclore quelqu'une. Combien de fois n'avons-nous pas entendu proclamer l'avénement de la *vraie médecine*? Elle a été découverte dans ces derniers trente ans, au moins quatre ou cinq fois. Dans un ordre plus relevé encore, les tables parlantes nous revelent les secrets du monde des esprits. Nous n'en continuons pas moins à répéter que nous ne savons rien! Ingrats! Leibnitz avait bien raison de dire: « Les hommes cherchent souvent ce qu'ils savent, et ne savent pas ce qu'ils cherchent. »

L. P.

— PRIX DE L'ACADÉMIE DE MADRID. — Les journaux de médecine de Madrid annoncent que l'Académie de médecine de cette ville, dans sa séance du 27 novembre dernier, a décerné à M. le docteur Valette, chirurgien-major désigné de l'hôpital de la Charité de Lyon, un prix consistant en une médaille d'or et le titre d'associé étranger, pour son mémoire sur le *traitement des hernies inguinales*, question mise au concours pour 1853.

travail qui a été reproduit textuellement par la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS le 1er octobre ; il ne pouvait donc pas en être question davantage.

L'orateur est allé plus loin. Devant l'Académie, il ne m'a accusé de rien moins que d'avoir fait annoncer en Belgique que j'avais pratiqué *une fois* l'opération nouvelle sur un anévrisme, tandis que j'aurais écrit ensuite à l'Institut que je ne l'avais *jamais* faite encore. Puis, comme pour m'accabler sous le coup de ces contradictions écrasantes qu'il accumulait à plaisir, il ajoute, afin de ruiner à l'avance toutes mes chances de justifications, que la communication belge *avait par malheur été faite la première*; enfin pour m'achever il termine en signalant la mort de mon opéré, *ce que j'avais oublié de dire* (MONITEUR DES HÔPITAUX, 1er décembre 1853). Certes voilà de graves accusations ; malheureusement pour leur auteur, répliquerai-je à mon tour, il y a là autant d'erreurs et de faussetés qu'il y a d'assertions. Le lecteur va en juger.

1° Ma présentation à l'Institut a eu lieu le 19 septembre ; la PRESSE MÉDICALE BELGE, qui en a parlé, a paru le 9 octobre. La publication belge n'est donc pas antérieure à la communication française, comme on le prétend.

2° A cette date, on pouvait donc annoncer en Belgique que j'avais fait *une fois* l'opération nouvelle, tandis qu'auparavant la vérité m'obligeait d'écrire à l'Institut que je ne l'avais encore *jamais* faite.

3° Si, tenant compte de la distance qui sépare Lyon de Bruxelles, on veut bien réfléchir que, pour arriver en temps utile de manière à pouvoir être imprimée et paraître dans un journal hebdomadaire le 9 octobre, une communication doit partir au moins le 2, on sera forcé de convenir qu'à cette époque on ne saurait être accusé d'avoir caché une mort qui non-seulement n'avait pas eu lieu, mais même que rien ne faisait encore pressentir. Il y a plus : l'opéré vivait encore à Lyon le jour où le journal paraissait à Bruxelles.

Ceci posé, j'abandonne cette triste polémique, laissant au lecteur le soin d'en tirer les conclusions qui en découlent.

Nous remarquerons que, bien qu'une inflammation suppurative soit survenue à la suite des deux piqûres faites pour l'injection, cependant ce n'est pas de ce côté que l'hémorrhagie a eu lieu. Toutefois il sera toujours utile d'éviter la multiplicité des piqûres, et l'on devra prendre les plus grandes précautions pour prévenir l'infiltration du perchlorure dans le tissu cellulaire ; ce sont deux causes puissantes de phlogose et de suppuration. J'avais ponctionné au-dessus de la clavicule ; l'hémorrhagie venait sourdre au-dessous ; elle provenait de la section prématurée du vaisseau ; or c'est là un accident malheureusement très-commun aux ligatures en général (Lisfranc note 7 hémorrhagies sur 31 ligatures par la méthode ancienne, et 32 hémorrhagies sur 172 ligatures par la méthode d'Anel), et à la méthode de Brasdor en particulier (sur 12 morts dont les causes ne sont pas toutes spécifiées, M. Diday en attribue 2 exclusivement à l'hémorrhagie). D'ailleurs cette opération est toujours des plus graves : sur 32 ligatures de l'axillaire et de la sous-clavière, Lisfranc marque 15 morts, et M. Velpeau 25 sur 60 pour la sous-clavière. Or on ne peut pas en accuser le perchlorure, qui n'était alors ni usité ni connu. Mon opération n'offre rien d'extraordinaire à cet égard ; on pourrait espérer à l'avenir mieux conjurer ce funeste résultat en s'éloignant davantage du sac et de l'artère malade ; j'avais bien cherché à le faire, mais peut-être aurais-je mieux réussi en plaçant la ligature plus bas encore sur l'axillaire.

Il nous semble qu'avec cet ensemble de modifications, la combinaison des injections coagulantes et de la méthode de Brasdor pourra devenir une ressource précieuse dans le traitement de certains anévrismes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA TRANSFORMATION DES FIÈVRES ESSENTIELLES DONT LE COWPOX EST LA CAUSE ; par M. A. BAYARD, D. M.

Permettez-moi une bien courte réponse à M. Jacquot rendant compte du rapport de M. l'académicien Roche sur un mémoire du docteur Ancelon intitulé : DE LA TRANSFORMATION DES FIÈVRES ESSENTIELLES DONT LE COWPOX EST LA CAUSE.

Il est dit dans l'article de M. Jacquot (GAZETTE MÉDICALE, 17 septembre), que les militaires, à leur arrivée en Algérie, sont pendant deux ans, atteints en grand nombre de la fièvre typhoïde ; mais qu'après ce temps, ils sont *acclimatés* et qu'on compte ceux qui y sont encore sujets. On ajoute que ce fait est inexplicable dans l'hypothèse de M. Carnot et consorts !

Or, qu'y a-t-il de plus facile à expliquer ?

D'après le dernier mémoire du docteur Boudin (ANNALES D'HYGIÈNE, octobre 1853), il meurt en Algérie quatre fois plus de soldats qu'en France, pour un effectif égal. En d'autres termes, autant en deux ans qu'en France en huit ans, *pendant toute la durée du service légal*. Or, ceux qui sont morts ne meurent plus ! Ils sont *acclimatés* quand ils ne sont pas enterrés ! Voilà.

Maintenant, la proportion des morts aux malades n'est pas plus grande à l'hôpital du Dey, à Alger, qu'à l'hôpital du Gros-Caillou, à Paris (1838 à 1841). Donc les maladies ne sont pas plus *graves*, mais sont quatre fois plus *nombreuses* sous le ciel d'Afrique que sous celui de France, à cet âge. En d'autres termes, les fatigues et le climat *avancent* l'explosion d'une maladie *fatale* dont les soldats vaccinés doivent être atteints, soit qu'ils en portent le germe, soit qu'ils aient une prédisposition à le prendre du dehors, question qu'on ne décide point ici.

Le fait est là ! Le fait est que, dans les climats chauds, et la fatigue aidant, le nombre des malades est plus considérable, et que l'effectif *entier* passe *annuellement* à l'hôpital, tandis qu'en France il n'en passe que LE QUART ! Est-ce clair ?

Les varioles *internes* sont plus hâtives, voilà tout, et une fois qu'on les a eues, on ne les a plus. Cette explication est précise.

Agréez, etc.

RÉPLIQUE DE M. JACQUOT. — Les maladies ne sont pas plus graves en Algérie que chez vous, mais quatre fois plus nombreuses, dit M. Bayard ; en d'autres termes, les fatigues et le climat *avancent* l'explosion d'une maladie *fatale* dont les soldats vaccinés doivent être atteints ; les varioles internes sont plus hâtives, voilà tout, et une fois qu'on les a eues, on ne les a plus.

L'erreur de M. Bayard est complète : il raisonne d'après ses désirs, sans s'inquiéter des faits ; cet honorable confrère pense que s'il n'y a plus de fièvres typhoïdes en Algérie après quelques années de séjour, c'est parce que le chiffre de ces maladies, qui devait se disséminer dans un grand nombre d'années, s'est concentré, condensé, en deux ou trois ans, sous l'influence accélératrice du climat et des fatigues. Mais il n'en est rien, tous ceux qui ont suffisamment séjourné en Afrique et à Rome peuvent l'attester : la mortalité qui a lieu les premières années de séjour dans ces climats chauds et palustres ne provient nullement du fait de fièvres typhoïdes plus nombreuses qu'en France, car elles y seraient plutôt, au contraire, moins fréquentes d'emblée, mais de l'apparition de nouvelles maladies, des fièvres palustres de tout type produites par les effluves marécageux, des pyrexies non palustres dues au climat même, des dyssenteries, des affections du foie, etc.

Notre argument subsiste donc avec toute sa force : au bout de quelques années, il n'y a plus de fièvres typhoïdes, et l'observation ainsi que les statistiques établissent qu'il n'y en a pas eu davantage qu'en France, dans les premiers temps de séjour, avant l'acclimatement.

Les adeptes des opinions de M. Carnot ne peuvent s'en tirer qu'à l'aide d'une troisième ou quatrième hypothèse ajoutée aux autres pour consolider les fondements du système : à savoir que les fièvres, palustres ou non, des pays chauds, les dyssenteries et les affections du foie, sont aussi des varioles internes, triste produit d'une maladie nécessaire, dont le développement a été empêché par ce funeste et maudit cowpox.

Puisque M. Bayard était en train de répondre à notre article du 17 septembre, pourquoi n'a-t-il point pris à partie tous ou au moins nos principaux arguments ?

M. Amédée Latour, interrogeant les médecins sanitaires d'Orient, s'est assuré que, dans plusieurs de ces contrées, la fièvre typhoïde existe sur une bien plus large échelle que chez les Arabes africains non vaccinés, quoique les musulmans de ces régions de la Turquie d'Asie ne subissent point l'inoculation jennérienne. Or, dans de telles conditions, on ne comprend point l'existence de la fièvre typhoïde, puisque la variole externe se développe, stigmatise et tue tout à l'aise, et n'a conséquemment aucun motif, pas le moindre prétexte de se rétrocéder, de quitter son domaine normal, la peau, pour émigrer sur la muqueuse gastro-intestinale. Évidemment la fièvre typhoïde et la variole sont deux espèces différentes qui peuvent exercer contemporainement leurs ravages, et non pas deux manifestations du même vice.

A cet argument on pourrait en ajouter bien d'autres encore, pris dans la même catégorie de faits ; nous les livrons aux méditations de notre honorable contradicteur.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

I. ZEITSCHRIFT FUR RATIONELLE MEDIZIN.

Par les docteurs Henle et Pfeufer.

EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS SUR UN DÉCAPITÉ; par J. Henle.

Obs. — Quinze minutes après la décapitation le corps fut ouvert.

L'oreillette droite se contractait encore d'une manière rhythmique, tandis que le ventricule correspondant ne présentait plus que de légers mouvements vermiculaires; le côté gauche du cœur était immobile. Ayant fait passer un courant galvanique par le nerf vague du côté gauche, à l'aide d'un fort appareil à rotation, on vit les mouvements de l'oreillette s'arrêter tout à coup, mais reprendre quand on eut interrompu le courant; la même expérience fut répétée trois fois avec le même résultat.

Environ vingt-cinq minutes après la mort, lorsque les mouvements spontanés de l'oreillette paraissaient avoir cessé, on appliqua les conducteurs de l'appareil au grand sympathique du côté gauche; les contractions recommencèrent presque aussitôt. Cependant l'auteur n'attache pas une grande importance à cette expérience, parce que l'oreillette continua encore assez longtemps à se mouvoir à de longs intervalles.

L'abdomen fut ouvert trente-cinq minutes après la décapitation. On fit passer un courant galvanique à travers la rate, mais sans aucun résultat, quoiqu'on disposât l'expérience de diverses manières. On voyait distinctement les corpuscules de Malpighi par la section de la rate; ils n'avaient qu'une demi-ligne de diamètre.

L'application de l'appareil à la vésicule biliaire produisit, quarante minutes après la mort, des contractions évidentes; mais rien de semblable n'eut lieu pour les canaux cystique, hépatique et cholédoque.

Le canal thoracique se contracta fortement sous l'influence du galvanisme, quarante-huit minutes et même encore une heure et demie après la mort. Il en fut de même des veines du cou et de la veine porte. L'aorte donna des résultats négatifs.

Une heure après la mort, on incisa la trachée-artère jusqu'à une petite branche de 2 lignes de largeur. On constata le mouvement vibratile à l'aide de la poudre de charbon, dont on vit les molécules franchir la largeur d'un cerceau cartilagineux, dans l'espace de quinze secondes. Un phénomène très-curieux est celui de la contraction des muscles intercostaux qui allait même jusqu'à soulever les cartilages de plusieurs côtes. Ces contractions se rattachent à celles que Remak a observées dans le muscle diaphragme, dans le cœur et les gros vaisseaux, contractions oscillatoires qui persistent assez longtemps après la mort.

On n'observa aucun déplacement des molécules de charbon sur la muqueuse nasale, quoique des fragments de cette membrane, examinés au microscope, fissent voir les cils vibratiles en mouvement.

Aucun mouvement vibratile ne put être observé à la surface des ventricules cérébraux.

Les autres recherches que l'auteur a encore eu le temps de faire concernent l'anatomie de l'œil et celle de l'estomac. Il dirigea surtout son attention sur la structure de la membrane de Jacob. La tache jaune se voit déjà une heure après la mort, mais on ne trouve pas de pli central. La membrane de Jacob est principalement formée, comme dans les mammifères, de bâtonnets cylindriques de 0,010 ligne de longueur sur 0,0006—0,0007 d'épaisseur. Ces organes sont disposés par groupes, de manière à former un réseau dont les cordons deviennent de plus en plus étroits à mesure qu'on se rapproche de la tache jaune. Les mailles sont occupées ou par des corps globuleux particuliers ou par une substance amorphe, transparente. Dans beaucoup de mailles, l'auteur a vu au centre de chacune d'elles un petit corps globuleux ou conique, transparent, comme les bâtonnets eux-mêmes. La tache jaune est dépourvue de bâtonnets; on n'y voit plus que les petits corps centraux, de forme conique, dont il vient d'être question.

L'auteur n'a pas trouvé d'épithélium à la face antérieure de l'iris et de la capsule cristalline; mais sur la face postérieure de la paroi antérieure de cette capsule il existe un très-bel épithélium en pavé.

Relativement à la structure de l'estomac, qui n'a été examiné que vingt-quatre heures après la mort, M. Henle a trouvé, comme M. Ecker (voyez le numéro précédent), des glandes ramifiées interposées entre les glandes cylindriques.

La composition de ces organes sécréteurs est conforme, pour ce qu'elle a d'essentiel, à ce que nous avons rapporté plus haut en analysant le travail de M. Ecker.

II. ILLUSTRIRTE MEDIZINISCHE ZEITUNG;

Publiée par le docteur Gustave Rubner, à Munich (1).

Les six cahiers composant le tome II de ce recueil renferment les articles originaux suivants : 1° *L'ostéotomie, nouvelle méthode pour servir à l'orthopédique opératoire;* par le docteur A. Mayer. (L'auteur propose de remédier, par la section de certaines parties des os longs, aux difformités contre lesquelles la section des muscles ou des tendons est restée inefficace. L'auteur rapporte treize observations de difformités des membres qu'il a fait disparaître par celle opération.) 2° *Études dermato-pathologiques;* par le docteur Al. Martin. (Description d'une forme de maladie cutanée voisine des lichens, et que l'auteur regarde comme nouvelle.) 3° *Sur l'extraction des racines dentaires;* par le professeur Roser. 4° *Sur la structure des papilles cutanées et sur les corpuscules tactiles de R. Wagner;* par le professeur Nuhn. 5° *Sur le même sujet;* par J. Gerlach. 6° *Sur l'opération du bec-de-lièvre;* par le professeur Roser. 7° *Sur le moyen de remédier à la dépression du nez;* par le même. 8° *Pharmacologie des rubiacées;* par le docteur Falck. (Description des espèces les plus importantes de rubiacées employées en médecine, sous le rapport botanique, pharmacologique et pharmaco-dynamique.) 9° *Sur l'anatomie pathologique de l'œil humain et des paupières : a corps étrangers dans la chambre postérieure de l'œil; b cas de mélanose oculaire fœtale; c forme rare de verrue et production cornée remarquable sur les paupières de l'homme;* par le docteur d'Ammon. 10° *Sur la hernie du cordon ombilical;* par le docteur Thudichum. (Monographie riche en érudition et en faits.) 11° *De l'opération de l'hypopyon par succion;* par le professeur H. Adelmann. (Description d'un procédé opératoire et d'un instrument nouveau, destiné à extraire par succion le liquide purulent accumulé dans les chambres de l'œil.) 12° *Cas de grossesse utéro-tubaire interstitielle;* par le docteur B. Beck. 13° *Sur le diverticulum congénial de l'iléon;* par le même. 14° *Comment les images renversées au fond de l'œil sont-elles vues droites et simples?* par Fr. Voigtlander. (L'auteur explique le redressement des images et la simplicité de la vue par l'arrangement des fibres nerveuses du chiasma.) 15° *Examen microscopique des eaux d'Ems;* par le docteur Spengler. (Le dépôt ocracé de ces eaux se compose surtout de la *gallionella ferruginea*, dont l'auteur représente les différentes formes.) 16° *Sur l'ablation des doigts par l'amputation des os métacarpiens correspondants;* par le professeur Adelmann. (L'auteur pose en principe que, pour le troisième et le quatrième doigt, la resection de l'extrémité correspondante des os métacarpiens est préférable à la désarticulation; il relate sept observations à l'appui de cette manière de voir.) 17° *Cas d'ostéocystoïde de la mâchoire inférieure;* par Aug. Rosbmund. (Tumeur énorme, de la grosseur d'une tête d'homme, s'étendant depuis la mâchoire jusque vers la moitié de la poitrine. L'ablation fut pratiquée avec succès. La tumeur tout entière était composée de kystes membraneux ou osseux.) 18° *Fragments relatifs au développement et à l'histologie des tumeurs;* par le professeur Fœrster. 19° *Moyen de contenir les hernies, particulièrement les hernies inguinales chez l'homme;* par le docteur F. Pauli.

SUR LA STRUCTURE DES PAPILLES CUTANÉES ET SUR LES CORPUSCULES TACTILES; par les professeurs Nuhn et Gerlach.

Nous réunissons dans un même article les deux mémoires publiés par MM. Nuhn et Gerlach dans le huitième cahier du journal de Munich. Ces deux habiles anatomistes se sont livrés à des recherches minutieuses sur la structure des papilles du derme, et particulièrement sur celle des corpuscules découverts par R. Wagner, et nommées par ce professeur corpuscules tactiles.

Le professeur Wagner admet deux classes de papilles : les unes, dépourvues de nerfs, n'ont que des vaisseaux : ce sont les *papilles vasculaires;* les autres, les *papilles nerveuses*, ont des nerfs et n'ont pas de vaisseaux : ce sont ces dernières qui renferment les corpuscules tactiles.

M. Kœlliker avait déjà combattu cette division trop absolue des papilles en montrant que celles qui renferment des nerfs ont aussi en même temps des vaisseaux, et que les papilles vasculaires ne sont pas absolument dépourvues de nerfs.

M. Gerlach a réussi à pratiquer d'excellentes injections des doigts, qui

(1) Ce journal, dont le premier volume a paru en 1852, contient des articles originaux, des extraits et des analyses d'ouvrages nouveaux; il est enrichi de planches et de figures sur bois intercalées dans le texte, et traite de tous les sujets relatifs à la médecine, à la chirurgie et aux sciences qui s'y rattachent.

lui ont montré des vaisseaux dans toutes les papilles, qu'elles aient des corpuscules ou qu'elles en soient privées.

M. Nuhn est moins explicite; il distingue les papilles simples des papilles composées : les premières n'ont pas de vaisseaux, les autres en sont pourvues; on voit dans leur intérieur une ou deux anses vasculaires, entre lesquelles est placé le corpuscule tactile; mais, dit-il, il y a aussi des exceptions.

Il résulte de là que la distinction établie par M. R. Wagner ne saurait être maintenue.

Les recherches des auteurs qui se sont occupés de cette partie intéressante de l'anatomie de la peau s'accordent sur la rareté des papilles munies de corpuscules tactiles, comparativement à celles qui n'en ont pas. D'après M. Nuhn, on en trouve un sur trois, quelquefois sur cinq ou sur huit. M. Gerlach a remarqué des différences suivant les individus; il lui est arrivé quelquefois de ne les rencontrer que difficilement. D'ailleurs, ces papilles avec corpuscules n'existent qu'aux mains et surtout aux doigts, aux pieds, aux lèvres et à la pointe de la langue. La peau du gland et la matrice de l'ongle, parties du corps très-sensibles, ont des papilles sans corpuscules, d'après M. Gerlach.

La structure des corpuscules n'est pas telle que R. Wagner l'a indiquée. M. Kœlliker ne les regarde pas comme différant essentiellement des autres papilles; les corpuscules ne sont autre chose, d'après lui, que la partie axillaire de la papille, entourée de fibres élastiques disposées en spirale plus ou moins serrée. Les différences d'aspect proviendraient uniquement de ce que le tissu élastique serait plus ou moins développé. D'après cela, les corpuscules ne seraient que des organes mécaniques, destinés à servir de point d'appui ou de soutien aux nerfs.

M. Nuhn trouve fondée la distinction établie par M. Kœlliker entre la substance fibreuse corticale de la papille et la substance axile ou centrale, tout en faisant remarquer que le corpuscule est souvent situé sur le côté de la papille et non à son centre. Les corpuscules ont à leur centre une substance transparente, molle, homogène, regardée comme du tissu cellulaire par Kœlliker. Cette substance est entourée d'une écorce striée en travers et formée de noyaux allongés ou de fibres élastiques. Plusieurs coupes figurées par l'auteur font voir les stries concentriques formées par cette espèce d'écorce. Il n'y a donc rien, dans cet arrangement, qui légitime la comparaison admise par M. Wagner entre ces corps et les cônes d'un sapin. La description donnée par M. Nuhn se rapproche beaucoup de la manière de voir de M. Kœlliker. Nous verrons bientôt que l'opinion de M. Gerlach est toute différente.

La question de l'existence et du trajet des nerfs dans les papilles est une de celles qui intéressent le plus la physiologie du toucher; c'est aussi une des plus difficiles. Est-il vrai, nous dirons même est-il *possible*, que les papilles à corpuscules tactiles soient les seules qui renferment des nerfs? Pour notre part, nous n'hésitons pas à nous prononcer pour la négative, même *à priori*. On ne fera jamais comprendre que des organes aussi sensibles que le gland, par exemple, aient des papilles entièrement et exclusivement vasculaires. Aussi, nous l'avons vu plus haut, la distinction proposée par M. Wagner ne saurait être acceptée, et MM. Nuhn et Gerlach sont d'accord avec M. Kœlliker pour ne pas nier d'une manière absolue l'existence des nerfs dans les papilles qui ne renferment pas de corpuscules.

Occupons-nous d'abord du trajet des nerfs dans les papilles à corpuscules. M. Wagner dit que ces nerfs ne se terminent pas par des anses, mais se divisent et se perdent dans l'intérieur du corpuscule, et que les organes qu'on a pris pour des anses nerveuses sont des vaisseaux.

MM. Nuhn et Gerlach ont parfaitement distingué les vaisseaux des nerfs. D'après M. Nuhn, chaque papille reçoit deux ou quatre nerfs qui disparaissent à la base du corpuscule ou qui l'entourent en spirale. Il est difficile d'observer la terminaison de ces nerfs; cependant plusieurs fois il a vu distinctement des anses, et il s'est assuré que celles-ci étaient nerveuses et non vasculaires. La position de ces anses est variable; elles sont tantôt à la base des corpuscules, tantôt à leur sommet. Jamais l'auteur n'a vu les divisions annoncées par M. Wagner.

La disposition des nerfs décrite par M. Gerlach est essentiellement la même que celle dont nous venons de parler; mais cet auteur fait jouer un plus grand rôle que ses prédécesseurs aux nerfs eux-mêmes, dans la formation des corpuscules. Ceux-ci ont des dimensions très-variables : les plus petits n'ont que 0,006 de ligne; les plus gros ont 0,05''' de longueur sur 0,008''' de largeur; les moyens mesurent 0,02''' sur 0,008. On peut se faire une idée de leur aspect en se représentant un fil roulé en spirale autour d'un axe ovale. Le nerf, arrivé à la base du corps ovale, se bifurque; il en résulte deux fils nerveux qui se disposent aussitôt en spirale, jusqu'au sommet du corpuscule; c'est cette disposition qui donne au corpuscule l'aspect qui le caractérise. Il suit de là que les corpuscules de Wagner sont formés extérieurement par les tours de spire du nerf, et intérieurement par une substance homogène qui sert de support au nerf lui-même. Ces corpuscules ne seraient donc que des plexus nerveux, ou plutôt des pelotes nerveuses. Ces fils enroulés forment, au sommet du corpuscule, une anse ordinairement difficile à distinguer, mais que l'auteur a vue et figurée dans une papille dont les tours de spire étaient peu serrés.

Les anses vasculaires de ces papilles à corpuscules s'élèvent jusqu'à la base de ceux-ci quand ils sont axillaires, ou jusqu'au sommet de la papille quand ils sont marginaux. Ces anses, comme celles que parcourent les autres papilles, ne sont ni artérielles ni veineuses : ce sont des mailles allongées, qui se sont détachées du réseau vascolaire cutané pour se porter dans la papille.

Il nous reste à parler des papilles qui n'ont pas de corpuscules : celles-ci sont sans contredit les plus nombreuses, même dans les régions du corps où se rencontrent les papilles à corpuscules. Il est très-difficile d'y découvrir des nerfs; M. Nuhn déclare qu'il n'en a pas vu, mais il est loin d'en nier l'existence. Il est très-possible, dit-il, que les nerfs perdent leur contenu médullaire au moment où ils pénètrent dans les papilles, et que leur grande transparence empêche de les apercevoir; et en effet, il représente, dans une des figures de son mémoire, deux nerfs qui se rendent avec les vaisseaux dans l'intérieur des papilles, mais qu'il n'a pas pu suivre au delà de la base de celles-ci. Dans une autre figure, il représente aussi un certain nombre de tubes nerveux accompagnant les vaisseaux, et disparaissant encore vers la base des papilles. Il est évident que ces nombreux filets nerveux sont destinés aux papilles.

M. Gerlach n'a pas trouvé de nerfs dans les papilles de la face palmaire de la main; mais dans la muqueuse linguale de la grenouille, il a vu et figuré des anses nerveuses terminales; il a vu aussi de pareilles anses dans la peau de la matrice de l'ongle.

Ce dernier auteur croit pouvoir admettre une différence physiologique importante entre les papilles à corpuscules tactiles et celles qui en sont dépourvues. On sait que la sensibilité tactile est bornée à certaines régions (la main, les doigts, le pied, les lèvres, la pointe de la langue), et ces régions sont précisément celles qui renferment des papilles munies de corpuscules tactiles. On peut donc regarder ces dernières comme les organes spéciaux du toucher actif ou du tact, tandis que les autres papilles présideraient à la sensibilité générale. Si les vues anatomiques de cet auteur sont exactes, c'est-à-dire si les corpuscules sont réellement formés en très-grande partie par des nerfs contournés en spirale, cette disposition s'accorde très-bien avec les fonctions particulières qu'il croit pouvoir leur attribuer.

Nous avons dû entrer dans quelques détails sur ce sujet intéressant, afin que les personnes qui s'intéressent à la physiologie soient en mesure de juger elles-mêmes où en est l'état de la question et puissent se faire, sur la structure des papilles de la peau, des idées plus exactes que celles qui ont en généralement cours jusqu'à présent.

CORPS ÉTRANGER DANS LA CHAMBRE POSTÉRIEURE DE L'ŒIL; par le docteur D'AMMON, à Dresde.

Le célèbre ophthalmologiste de Dresde rend compte, dans cet article, de l'examen de l'œil d'un vieillard, mort âgé de 80 ans, dans lequel on trouva un corps étranger qui devait y avoir séjourné pendant de longues années. L'œil portait les traces de marasme de la cornée et de la choroïde qui étaient ossifiées en quelques endroits. La pupille était remplacée par une fente allongée, dont les bords rapprochés étaient repliés en dedans. A cette fente adhérait une masse allongée qui s'étendait en arrière jusqu'au point d'insertion du nerf optique et laissait, entre elle et la choroïde, un intervalle rempli d'un liquide trouble. Cette masse, examinée par le docteur Zenker, était formée extérieurement par une concrétion calcaire; mais son noyau était d'une substance très-dure, qui fut reconnue pour du fer. On apprit que cet homme avait été cantonnier et, comme tel, employé à briser des pierres, et l'on suppose qu'un éclat détaché de son marteau avait pénétré dans l'œil.

FORME RARE DE VERRUE ET PRODUCTION CORNÉE REMARQUABLE SUR LES PAUPIÈRES DE L'HOMME; par le même.

L'auteur représente et décrit une verrue d'une forme curieuse, qui s'était développée sur le milieu de la paupière supérieure d'un homme parfaitement bien portant. Cette verrue avait la forme d'un plumet; elle avait commencé par former une petite éminence, comme les verrues ordinaires; puis, peu à peu les écailles s'étaient allongées, en s'amincissant à leurs extrémités, au point de donner à l'ensemble l'aspect d'un panache. Le derme qui entourait la base de la verrue était atrophié et non épaissi, comme cela a lieu ordinairement. L'intérieur de la verrue offrait un aspect ramifié; elle contenait des vaisseaux, mais on n'y voyait pas de sang.

La corne palpébrale, dont l'auteur donne aussi la figure, reposait sur le bord extérieur de la paupière supérieure; elle avait pour siége un follicule cutané dégénéré, à parois très-épaissies; elle était entourée de granules pigmentaires de formes diverses et de couleur très-foncée.

CAS DE GROSSESSE UTÉRO-TUBAIRE INTERSTITIELLE; par le docteur B. BECK, à Rastadt.

OBS. — Une femme de 35 ans, mariée depuis sept ans, sans avoir été enceinte, fit appeler le docteur Beck, se plaignant de malaise, d'envie de vomir, de crampes, de frissons alternant avec des chaleurs, de maux de tête, etc. Ses règles manquaient depuis deux mois. Cette femme avait toujours été menstruée d'une manière irrégulière; elle était sujette aux crampes de matrice; cependant, malgré l'excitabilité de son système nerveux, elle était forte et bien portante.

L'examen attentif de la malade ne révélant aucun trouble fonctionnel des organes digestifs, fit supposer une grossesse, et l'on conseilla un régime léger, le repos, l'usage des poudres aérophores, etc.

Huit jours plus tard, l'auteur ayant été appelé pour des douleurs abdominales, des tiraillements dans l'utérus et un dérangement dans l'excrétion de l'urine et des selles, procéda à l'examen obstétrical. Il reconnut une augmentation de sécrétion des organes génitaux, un gonflement et un ramollissement de la portion vaginale, l'obstruction du canal par un bouchon muqueux et un changement dans la position des parties qui étaient un peu inclinées vers la gauche. Le bas-ventre était légèrement ballonné, mais non tendu; on sentait, du côté droit, à la hauteur de l'entrée du bassin, une tumeur de la grosseur du poing, sensible au toucher.

L'auteur, craignant une grossesse extra-utérine, recommanda le repos le plus absolu et les soins diététiques: il ne prescrivit aucun remède, bien persuadé de leur inutilité. Cet état dura trois semaines, au bout desquelles le médecin fut appelé en toute hâte; la malade avait été prise tout à coup de crampes violentes et était tombée sans connaissance. Quand l'auteur arriva, la mort était prochaine; on ne pouvait méconnaître les signes d'une hémorrhagie intérieure. On attribua ce changement subit à un effort qu'avait fait la malade pour tirer un lourd tiroir de commode; elle avait éprouvé au moment même une violente douleur dans le bas-ventre; elle était devenue pâle et froide, et bientôt avait perdu connaissance.

L'autopsie fut faite le lendemain.

On trouva dans le grand bassin un fœtus de trois mois, tenant encore à la matrice par son cordon ombilical. L'œuf avait été retenu dans la trompe droite, à l'endroit où celle-ci est entourée par la substance utérine, et s'était développé sur ce point. La matrice avait un peu augmenté de volume; son tissu se trouvait ramolli; vers son angle supérieur droit se voyait un sac déchiré, à parois musculeuses, formé par le développement de la partie de l'utérus dans laquelle s'engage la trompe. Ce sac avait contenu l'embryon avec ses enveloppes et le placenta. La déchirure s'était faite au point le plus mince du sac, près de la trompe, mais encore dans le tissu utérin proprement dit. La trompe droite pendait librement dans le bassin; son canal était complètement obstrué par des mucosités; celles-ci remplissaient aussi la portion vaginale de l'utérus; quant à la cavité utérine, elle était entièrement tapissée par la caduque. On reconnaissait facilement les orifices des trompes, qui n'étaient aucunement fermés par la caduque; celui du côté gauche permettait l'introduction d'une forte sonde. La trompe droite, au contraire, renfermait un polype muqueux qui la bouchait presque entièrement. L'embryon avait le volume qu'il atteint au troisième mois; il n'offrait rien de particulier.

— Le fait le plus intéressant de cette observation est l'existence d'un obstacle mécanique au passage de l'œuf; celui-ci, arrêté dans sa marche par le polype qui occupait l'orifice de la trompe, s'est développé sur place et a déterminé la formation d'un sac utérin accidentel, aux dépens des fibres utérines qui entourent l'embouchure de la trompe.

SUR L'APPENDICE CONGÉNIAL DE L'ILÉON; par le même.

Quoique Meckel ait signalé l'appendice de l'iléon comme un reste du canal de la vésicule ombilicale, il existe peu de descriptions exactes de cette anomalie assez rare, que l'auteur a eu l'occasion d'observer sur un soldat.

A 20 pouces environ de la valvule iléo-cœcale se trouvait un appendice de l'iléon, mesurant 6 pouces de longueur sur 1 pouce 3 lignes de largeur, fixé à l'ombilic et composé de toutes les tuniques intestinales. Voulant s'assurer des rapports de cet appendice avec la vésicule ombilicale de l'époque embryonnaire, l'auteur prépara l'ouraque et les artères ombilicales jusqu'à l'ombilic et chercha, à la surface extérieure du diverticule, les restes des vaisseaux ombilicaux du fœtus. Il trouva trois cordons, deux artères et une veine, collés contre l'appendice et qu'il put suivre jusqu'à l'ombilic; ils se continuaient avec les vaisseaux ombilicaux préalablement disséqués. Il regarde ces cordons comme représentant les artères et la veine omphalo-mésentériques, ce qui montre clairement que l'appendice de l'iléon est bien, comme l'avait dit Meckel, le reste du canal de la vésicule ombilicale.

MOYEN DE CONTENIR LES HERNIES, PARTICULIÈREMENT LES HERNIES INGUINALES, CHEZ L'HOMME; par le docteur F. PAULI, à Landau.

Le moyen indiqué par M. Pauli, dans les cas où les pelotes à ressort ne sont pas supportées, consiste dans l'emploi d'un corsage lacé par derrière et maintenu tendu en avant par une baleine qui descend sur la ligne médiane. Ce corsage soutient d'une manière régulière les viscères abdominaux et les empêche de presser sur la région inférieure du bas-ventre. Mais ce bandage de corps ne remplit qu'une partie des indications. Une seconde pièce est destinée à soutenir les régions inguinales. C'est une ceinture large de 3 pouces, bien rembourrée, qu'on applique au bas du ventre, contre la ceinture du pubis, et qu'on fixe par derrière à l'aide d'une boucle. Deux courroies rembourrées sont attachées vers la partie moyenne de la ceinture, distantes l'une de l'autre d'environ 1 pouce, et entre lesquelles est disposé un suspensoir. Ces courroies passent derrière la cuisse et sont fixées à la ceinture par une boucle, au-dessus du grand trochanter. Toute la région inguinale se trouve ainsi comprimée, sans que cette compression, suffisante pour contenir la hernie, gêne ou blesse le malade, comme le font si souvent les bandages ordinaires.

L'auteur ajoute que les personnes qui font usage de cet appareil ne peuvent assez s'en louer et se féliciter d'être débarrassées de leur bandage à ressort.

(*La suite à un prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

— La commission qui avait été nommée dans l'avant-dernière séance, pour préparer une liste de candidats pour la place vacante de secrétaire perpétuel, étant devenue incomplète par la démission de M. Biot, l'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un nouveau membre.

M. Binet ayant obtenu la majorité des suffrages, est déclaré membre de la commission.

— La commission chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le prix concernant les moyens de rendre un art ou une profession moins insalubre, ayant demandé l'adjonction d'un nouveau membre appartenant à la section de mécanique, l'Académie procède, par la voie du scrutin, à la désignation du nouveau membre.

M. Combes réunit la majorité des suffrages.

— L'Académie, sur la demande de la commission des prix de médecine et de chirurgie, désigne, également par la voie du scrutin, un membre de la section de chimie, M. Chevreul, pour faire partie de cette commission.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LA SUBSTANCE ANIMALE ANALOGUE A LA CELLULOSE VÉGÉTALE.

M. VIRCHOW, dans une note antérieure, a annoncé à l'Académie la découverte d'une substance particulière, trouvée dans le cerveau et la moelle épinière de l'homme et donnant lieu aux mêmes réactions chimiques que la cellulose végétale.

Désirant, dit l'auteur, poursuivre cette découverte, j'ai cherché la nouvelle substance dans la plupart des tissus sains et morbides du corps humain, et je l'avais cherchée en vain, lorsqu'elle s'est présentée à moi dans un cas pathologique rare, dans une affection assez mal décrite de la rate humaine, qui commence par une dégénération presque colloïde des follicules (corpuscules blancs de Malpighi). En Allemagne, on désigne communément sous le nom de *Wachsmilz* (rate cireuse) cette dégénération, qui est considérée par quelques pathologistes comme un épanchement albumineux ou fibrineux, par les autres comme une dégénération graisseuse ou vraiment colloïde. En effet, les follicules (vésicules, corpuscules blancs) de la rate sont transformés de la périphérie au centre en une masse d'apparence homogène, transparente, grisâtre ou jaunâtre, qui se présente sous la forme de grains comparables aux grains de sagou cuits. Depuis longtemps je savais que ces grains se composent de petits corpuscules microscopiques, un peu irréguliers, mais tout à fait homogènes, qu'on peut considérer comme résultant de la transformation des cellules lymphatiques, qui forment le contenu des follicules spléniques.

En observant au microscope les effets des agents chimiques sur ces corpuscules, on voit qu'ils deviennent pâles par l'acide acétique, et l'on obtient un précipité granuleux dans les interstices des corpuscules, quand on ajoute à la préparation acidulée un peu de ferrocyanate de potasse. L'acide nitrique chaud produit une couleur jaune qui devient brunâtre par l'addition de l'ammoniaque caustique, couleur due évidemment à l'acide xanthoprotéique. C'est pour ces raisons que j'avais considéré autrefois les corpuscules comme composés d'une substance albuminoïde solide. Cependant, frappé par la ressemblance des cor-

puscules cirenx de la rate et des corpuscules amylacés du cerveau, je tentai, dans un cas nouveau, l'action de l'iode et de l'acide sulfurique, et je vis apparaître avec une promptitude surprenante la couleur vive violacée de la cellulose.

Je dois ajouter que j'ai pu constater l'exactitude de cette réaction chez plusieurs préparations anciennes de notre collection pathologique, conservées dans une faible dissolution d'alcool. La substance jouit d'une telle fixité qu'elle est encore sans altération dans une rate macérée dans l'eau courante pendant quinze jours.

J'ajouterai, en terminant, que cette dégénération singulière de la rate appartient principalement aux états de cachexie, et qu'elle se trouve le plus souvent chez des malades soumis à des affections ulcéreuses très-prolongées.

(Comm. : MM. Serres, Flourens, Pelouse.)

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.

M. Beauregard avait déjà, en 1849, adressé à l'Académie les résultats de ses études sur cette maladie (voir Comptes rendus, t. XXVIII, p. 781 et suivantes). Postérieurement à cette communication, les objections présentées par quelques praticiens distingués le portèrent à essayer de modifier la méthode de traitement qui lui avait jusque-là réussi. La haute dose à laquelle il administrait, dans la première période ou période de dépression, l'éther laudanisé avait inspiré des craintes, et l'on supposait que des doses réduites produiraient le même effet sans exposer aux inconvénients qu'on redoute toujours de l'ingestion des opiacés à haute dose. Des essais comparatifs furent faits en conséquence, mais ne durent pas être continués long'emps, parce que la proportion des cas de guérison était notablement réduite.

M. Beauregard a eu, cette année, l'occasion de traiter encore à Graville des cas de choléra, et a encore obtenu de sa méthode de traitement les mêmes succès.

(Comm. : MM. Serres, Andral, Rayer.)

SUR LES EFFETS DE LA DIMINUTION DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE SUR LES ANIMAUX.

M. Marchal (de Calvi), communique sur ce sujet une note contenant la relation d'expériences desquelles il croit pouvoir conclure que les variations de la pression atmosphérique sont loin d'exercer l'influence qu'on leur suppose. Suivant lui, l'erreur vient de ce que, dans la plupart des cas que l'on a considérés, en même temps qu'il y a diminution de pression à la surface du corps, il y a raréfaction de l'air qui pénètre dans les poumons, et par suite diminution de la quantité d'oxygène nécessaire pour l'accomplissement normal de l'hématose.

(Comm. : MM. Dumas, Regnault, Rayer.)

— M. Missoux adresse, de Fournols, l'observation d'un cas qui s'est présenté dans sa pratique chez une femme sur laquelle il avait pratiqué l'*amputation de la mamelle*. Dix-huit mois après cette opération, le mamelon correspondant a fourni du *lait* pendant toute la période de lactation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le ministre du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Rousset, médecin cantonal à Sarguemines, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Grosbliederstoff pendant les mois de juillet, août et septembre de cette année;

2° Le rapport final de M le docteur Jacquez, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure, sur une épidémie de rougeole, compliquée de dyssenterie, qui a régné dans la commune de Saint-Loup, depuis le 1er janvier 1853 jusqu'au 12 mai de la même année;

3° Un rapport rédigé par M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de Vichy, contenant des observations relatives aux malades qui ont fait usage des eaux minérales de cette localité pendant les saisons de l'année 1853;

4° Des échantillons pour analyse d'une eau minérale de la source d'Esconlonbre (Aude);

5° Des demandes d'avis sur divers remèdes secrets ou nouveaux.

— M. Guilliermont (de Lyon), au nom de M. Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, communique une note relative à une préparation pharmaceutique qu'il désigne sous le nom de tannate d'iode, et aux applications dont cette préparation serait susceptible en thérapeutique. (Comm.: MM. Bouchardat et Boullay.)

—M. Florentin (de Corrèze) adresse un mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine. (Comm. des épidémies.)

— M. Chassaignac écrit au sujet de la réclamation de M. Moreau-Boutard sur la priorité d'invention du procédé de trachéotomie qu'il a communiqué à l'Académie; il s'est proposé de démontrer qu'il n'y a aucune analogie entre le procédé décrit par M. Moreau-Boutard et le sien. (Comm. nommée)

— M. Delfrayssé adresse une note relative à l'étude des effets de l'iode sur la nutrition du fœtus pendant la gestation. (Comm. : M. Cazeaux.)

— M. Missoux (de Fournols) communique des observations de deux kystes osseux, pour servir de complément à celle de Spina-Ventosa précédemment adressée, et qui tend à confirmer la puissance ostéogénique du périoste. (Com.: M. Gimelle.)

— M. Gouyon (de Clermont Ferrand) propose comme moyen de traitement du choléra d'injecter dans les veines ou même sous la peau tel liquide qui paraîtra le moins dangereux et le plus approprié à la nature de la maladie. (Comm. du choléra.)

— M. Alquié, à l'occasion du fait d'urétroplastie communiqué par M. Maisonneuve, adresse l'observation d'un homme qu'il est parvenu à guérir d'une semblable infirmité par une opération du même genre. (Comm. : MM. Malgaigne et Ségalas.)

— M. J. Gauthier (de Nogent-sur-Seine) soumet à l'Académie la formule d'un remède contre le choléra-morbus. (Comm. du choléra.)

— M. Semanas (de Lyon) met sous les yeux de l'Académie des propositions relatives à un traitement préventif, général et spécifique du choléra épidémique. (Comm. du cholera.)

— M. Costilhes adresse une observation d'hémi-chorée syphilitique. (Comm.: M. Ricord.)

— M. Pétrequin adresse une lettre intitulée : De la combinaison des injections coagulantes avec la méthode de Brasdor dans le traitement de certains anévrismes. (Voir plus haut.)

— M. Burin-Dubuisson adresse une nouvelle lettre de réclamation au sujet des critiques dont ses premières communications ont été l'objet dans la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie.

— M. Bonnafont adresse une lettre relative à l'instrument que M. Desormeaux a présenté dans la dernière séance, instrument destiné à porter la lumière dans le canal de l'urètre. Cet appareil, dit M. Bonnafont, est en tous points semblable à celui dont je me sers depuis bientôt vingt ans pour éclairer le conduit auditif externe. Je viens donc réclamer la priorité pour l'idée et pour la construction d'un instrument ayant pour but de porter la lumière dans de grandes profondeurs au moyen d'un foyer lumineux reçu par un miroir réflecteur.

Toutes les parties décrites par M. Desormeaux pour la composition de son instrument se trouvent dans celui que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, et qui a été construit, d'après mes indications, par M. Juglar, opticien de la marine, à Toulon, en 1833.

Notre instrument présente de plus un appareil microscopique placé en avant du miroir, destiné à grossir les objets et à les rendre ainsi plus accessibles à l'œil de l'observateur.

L'idée de cet instrument, que j'appelai alors *phosactéon* (conducteur de lumière), et que depuis j'ai simplifié et nommé *otoscope*, remonte déjà à 1830. (Comm. : MM. Ricord, Ségalas, Langier.)

— M. le président annonce à l'Académie la mort de M. Bouriat, l'un de ses plus anciens membres, âgé de 90 ans.

M. Bousquet est invité à donner lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Bouriat. Cette lecture est accueillie par les applaudissements de l'assemblée.

— M. Soubeiran lit une notice sur les marais à sangsues de Clairefontaine (Seine-et-Oise), établissement fondé par M. Borne.

Sur la proposition de quelques membres, une commission sera designée pour examiner s'il y aura lieu à proposer qu'une médaille soit décernée à M. Borne pour les perfectionnements qu'il a apportés à cette industrie.

EXAMEN CRITIQUE DES DOCUMENTS INVOQUÉS PAR LA STATISTIQUE EN FAVEUR DE L'HYPOTHÈSE DE LA TRANSFORMATION DE LA VARIOLE EN FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire de M. Druben (aîné), membre du comité d'hygiène du département du Doubs, sur l'histoire des maladies épidémiques qui ont régné dans le département depuis 1836 jusqu'en 1850. Une partie de ce mémoire a pour objet l'examen critique des documents invoqués par la statistique et la méthode numérique, à l'appui d'une hypothèse dont l'idée première appartient à un mathématicien, mais qui a été transformée et formulée par un médecin (M. Bayard) de la manière suivante : « La variole confluente et la fièvre typhoïde ne sont qu'une seule et même maladie, tantôt externe, tantôt interne, produite par la combinaison de la variole et du typhus, c'est-à-dire, en d'autres termes, que la petite vérole, dont on prévient le développement par la vaccine, est métamorphosée plus tard en une espèce de variole intérieure qui n'est autre chose que la fièvre typhoïde; en sorte que la mortalité du jeune âge, suspendue par l'inoculation vaccinale, se trouve déplacée et portée à une époque plus avancée de la vie; seulement, au lieu de mourir de la variole, on meurt de la dothinentérie : par conséquent la vaccine, loin d'être un préservatif utile à l'enfance, serait un présent funeste fait à l'humanité, qui lui conserverait des victimes pour être immolées dans l'adolescence et l'âge adulte. » C'est sur cette partie du mémoire de M. Druben que porte le rapport de M. Bricheteau, les autres parties ayant été rapportées dans le rapport général sur les épidémies.

Les calculs statistiques qui ont été invoqués à l'appui de cette hypothèse ont paru à M. Druben reposer sur des bases inexactes et fautives, ce qui l'a déterminé à en faire une critique sérieuse.

Voici en résumé les principaux arguments produits par M. Druben.

On sait que M. Carnot, dans son Essai sur la mortalité, a émis cette espèce d'aphorisme : « La mort, sous des noms inconnus au dix-huitième siècle, prélève aujourd'hui sur la jeunesse le tribut que la petite vérole imposait autrefois à l'enfance. » M. Carnot appuie cet aphorisme sur trois propositions capitales, appuyées elles-mêmes sur de nombreux calculs statistiques. Les observations critiques de M. Druben sur ce travail tendent à prouver que les chiffres invoqués par M. Carnot ne sont pas concluants, et que les tableaux de mortalité sur lesquels il s'appuie sont contestables.

Ainsi, par exemple, en ce qui concerne la première proposition de M. Carnot, savoir « que, de 1800 à 1815, la mortalité a doublé dans les rangs de la population de 20 à 30 ans ; que cette mortalité n'a fait que se déplacer ; qu'au lieu de frapper l'enfance, comme elle le faisait avant la vaccine, elle choisit ses victimes entre 20 et 30 ans, » M. Druben objecte que le point de départ de ces calculs (Tables de Deparcieux) n'est pas à l'abri de reproches. Les relevés statistiques concernant les deces, faits avant 89, ne doivent être admis, suivant lui, que comme des renseignements incomplets, sans pouvoir servir de terme rigoureux de comparaison. Quant aux tableaux de mortalité pour la ville de Paris, beaucoup plus exacts, ils sont également loin d'être irréprochables relativement à la nature des maladies qui ont causé la mort.

Au sujet de la deuxième proposition de M. Carnot, ainsi conçue : « Les maladies du poumon n'ont pas eu de part sensible à l'accroissement de la mortalité de la jeunesse depuis 1817, » M. Druben fait remarquer que, pour apprécier sa valeur, il faudrait plusieurs autres documents statistiques qui viendraient se fondre dans une moyenne qu'il est impossible de deduire de ceux cités par M. Carnot. Le même raisonnement est appliqué par M. Druben à la troisième proposition de M. Carnot, qui consiste à dire que les affections gastro-intestinales sont devenues beaucoup plus communes depuis l'invasion de la vaccine.

Il résulte finalement des remarques de M. Druben que, pour qu'une statistique ait toute sa valeur, il faut tenir compte de beaucoup de particularités que M. Carnot a omises. Il faut ajouter encore que les soldats, objets du calcul de l'auteur, sont des hommes choisis par le conseil de révision, dont le devoir est de dispenser du service tous ceux qui portent le germe d'une maladie quelconque de la poitrine, auxquelles, par cela même, ils donnent peu de prise ; qu'enfin l'intempérance familière à beaucoup d'entre eux les dispose d'une manière toute particulière aux maladies gastro-intestinales.

Comme on peut inférer du sens de la première proposition qu'il combat, que la fièvre typhoïde est une maladie nouvelle, M. Druben a consulté les archives médicales de Besançon, qui renferment des documents sur les épidemies, pour prouver qu'il a régné dans cette ville, à des époques éloignées, des fièvres adynamiques, contagieuses, qui n'étaient autre chose que la fièvre typhoïde, dont le nom seul est nouveau.

M. le rapporteur appuie l'argumentation de l'auteur par de nouveaux arguments et par de nouveaux exemples, s'étayant en outre de l'autorité de divers économistes et statisticiens, notamment de J.-B. Say et de M. Villermé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 15 octobre. — Présidence de M. Vleminckx.

Le ministre de l'intérieur adresse le catalogue de la bibliothèque de son département, plusieurs rapports sur les hospices des insensés en Angleterre, et le rapport général de la chambre de commerce.

— M. le docteur Beyran, ex-chirurgien en chef de l'hôpital de Yédi-Koulé, à Constantinople, envoie une note sur un cas de paralysie du nerf oculo-moteur externe, consécutive à la syphilis constitutionnelle, guerie par un traitement spécifique.

— M. le docteur Démétrius Dallos, médecin grec à Odessa, soumet à la compagnie une note intitulée : Nouveau traitement de la blennorrhagie.

Ces deux communications sont renvoyées à l'examen de M. Gouzee.

— M. le docteur Bulckens, secrétaire de l'Association médicale rurale de l'arrondissement de Gand, transmet diverses requêtes, brochures et lettres d'adhésions relatives au projet de loi sur l'exercice de l'art de guérir, que le gouvernement a soumis à l'examen de l'Académie.

L'Académie reçoit encore par diverses voies un grand nombre de requêtes sur le même objet, émanant de diverses associations médicales de la Belgique.

Toutes ces pièces sont renvoyées à l'examen de la commission de législation médicale chargée de faire le rapport.

M. le président fait connaître, à cette occasion, que M. Sauveur et lui ont cru devoir se retirer de la commission de législation, attendu qu'ils ont fait partie de la commission instituée par le gouvernement pour élaborer le projet de loi soumis actuellement à l'examen de la compagnie. En conséquence M. Fallot est appelé à présider la commission ; M. François et M. Mareska feront partie de la commission en remplacement de M. Fallot et de M. Sauveur.

— M. le président rappelle qu'une place de membre titulaire est vacante dans la cinquième section. Si la section n'a pas présenté sa liste de candidats avant la séance prochaine, l'élection sera ajournée au mois d'avril 1854.

— M. Thiernesse propose de faire de nouvelles nominations de membres correspondants dans la prochaine séance pour remplir les places vacantes. Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

L'Académie procède au renouvellement annuel des présidents et des secrétaires des sections. Le scrutin donne les résultats suivants : première section : président, M. Fallot ; secrétaire, M. Fossion ; deuxième section : président, M. Van Coetsem ; secrétaire, M.... ; troisième section : président, M. de Meyer ; secrétaire, M. Didot ; quatrième section : président, M. Vleminckx ; secrétaire, M. Marinus ; cinquième section : président, M. de Hemptinne ; secrétaire, M. Pasquier ; sixième section : président, M. Gaudy ; secrétaire, M. Thiernesse.

— M. Marinus lit une notice biographique sur E.-G.-J. Thirion.

Opération d'anus artificiel lombaire.

M. Burggraeve entretient la compagnie d'une opération d'anus artificiel lombaire pratiquée sur un individu de 45 ans, pour l'obstruction du rectum par une tumeur de nature douteuse. (Cette observation a été publiée textuellement dans la Gazette Médicale du 29 octobre 1853.)

Une courte discussion s'élève sur cette communication.

M. Lombard appuie en tous points ce que vient de dire M. Burggraeve. Il a été à même de juger des faits de M. Amussat, et il a assisté ce chirurgien dans une de ses opérations d'anus artificiel au colon lombaire, qui a eu un plein succès. L'objection rappelée par M. Burggraeve, consistant à dire que la lésion organique reste et qu'on ne la fait pas disparaître par l'opération, n'est pas fondée. La lésion organique ne reste pas, elle s'endort. M. Lombard cite à l'appui quelques faits qui viennent à cet égard complétement à l'appui des observations présentées par M. Burggraeve.

M. Lebeau, en l'absence de M. Didot, croit devoir rappeler qu'il a lu une observation datant de quelques années et dans laquelle M. Didot faisait connaître une opération d'anus artificiel faite absolument dans les conditions que vient d'indiquer M. Burggraeve, et qui a parfaitement réussi.

M. Seutin a pratiqué cette opération en 1829 sur des enfants. Il y a dix ans environ il a fait la même opération sur une femme âgée, atteinte de cancer au rectum, et il l'a pratiquée encore pour la quatrième fois au commencement de cette année, chez une dame qui a vécu assez pour prouver que l'opération avait réussi. M. Seutin partage, du reste, l'avis de M. Burggraeve, ainsi que celui de M. Lombard et de M. Amussat sur l'amendement qui survient dans les phénomènes morbides dès que les matières fécales ne passent plus par le rectum. Il pense enfin, comme eux, que par l'opération de l'anus artificiel on peut prolonger la vie des malades d'une, de deux, de trois années, mais guérir, jamais.... Les praticiens devraient donc recourir plus fréquemment à cette opération, non pas pour guérir les malades, mais pour prolonger leur existence et les soulager momentanément.

La discussion est close.

Gangrènes spontanées.

La discussion est reprise sur la note de M. Didot relative aux gangrènes spontanées.

M. François se propose de répondre à la partie de la note de M. Didot, dans laquelle cet honorable académicien n'a pas fait moins qu'ébranler tout l'édifice des gangrènes spontanées, et d'où il semblerait résulter qu'il reste peu de chose debout de leur histoire, ou du moins qu'il n'y a que doute et incertitude sur ses points principaux. Réservant pour plus tard les graves sujets du traitement et de l'oblitération des veines, M. François se borne pour le moment à discuter la valeur de celle des causes organiques sur laquelle l'auteur ne revient plus dans la suite de sa note, c'est-à-dire l'influence qu'exercent les maladies du cœur sur la production des gangrènes spontanées, influence incertaine et controversée, suivant M. Didot. Contrairement à l'opinion de M. Didot, M. François pense que la part étiologique de ces maladies dans la génèse des gangrènes est complètement faite et fixée. On peut affirmer, sans craindre d'être démenti par l'expérience, que toutes les fois qu'on verra une gangrène des extrémités se déclarer pendant le cours d'une affection organique du centre circulatoire, on découvrira constamment, outre cette affection, une cause quelconque de retard ou d'arrêt de la circulation du sang dans un ou plusieurs des vaisseaux qui se distribuent au membre attaqué. Que la lésion du cœur soit quelquefois le point de départ de l'obstacle au libre passage du sang, comme seraient par exemple des caillots polypiformes détachés, M. François ne le conteste pas ; mais alors la lésion n'est que la cause médiate, indirecte, et non la cause directe, unique du sphacèle, et c'est ce qu'il a toujours soutenu. Toute sa pensée à cet égard se trouve résumée dans cette proposition qu'il a formulée il y a longtemps : « Toute lésion du cœur, assez considérable pour opposer au cours du sang un obstacle capable d'occasionner la mortification d'un membre, sera dans tous les cas plus que suffisante pour déterminer la mort générale. » Or les faits nouveaux qui se sont produits sont venus confirmer cette conclusion acceptée dès les premiers jours de son énonciation par beaucoup d'hommes éminents. Il faudrait pour la modifier des faits positifs, bien observés, irrécusables.

M. François n'accepte pas la division des gangrènes en gangrène sèche et en gangrène humide, en tant que ces deux expressions traduiraient l'ordre de vaisseaux dont dépend l'espèce de mortification, que la gangrène sèche serait le signe que l'obstacle au cours du sang siége dans les artères, et la gangrène humide qu'il siége surtout dans les veines.

Étudiant ensuite la question de la résorption des matières putrides provenant de la décomposition des tissus, résorption qui constituerait, suivant M. Didot, le véritable danger qui menace directement l'existence, M. François se livre à ce sujet à une longue dissertation et à une appréciation raisonnée des faits, d'où il ressort à ses yeux que, dans les gangrènes sèches et humides, pour se servir du langage ordinaire, la résorption et par suite l'infection putride n'ont pas à beaucoup près ni la fréquence ni le danger qu'on leur attribue; aussi est-il en complète opposition avec M. Didot lorsque celui-ci établit en principe que tous les efforts du praticien doivent tendre à les éviter et à les prévenir. M. François est conduit par là à montrer que la thérapeutique de M. Didot est généralement inopportune, insuffisante et parfois dangereuse.

Quant à lui, s'il avait à traiter en ce moment un sujet atteint, par quelque cause que ce soit, de gangrène des extrémités à marche aiguë ou subaiguë, et même de cette espèce de gangrène chronique caractérisée par un léger œdème des tissus avoisinant les parties privées de vie par la lenteur et la faiblesse de la réaction entre le vif et le mort, et qui s'accompagne d'une suppuration de mauvaise nature, ainsi que du développement de matières putrides, liquides et gazeuses, il n'hésiterait pas à donner issue à celles-ci au moyen d'incisions multipliées portées aussi loin que possible, s'arrêtant sur la limite des tissus vivants, et au fond desquels il introduirait une solution d'hydrochlorate de fer manganique ou tout autre coagulant très-actif, dans le but de durcir, de solidifier, tanner en quelque sorte tous les éléments coagulables, tant des liquides épanchés que des solides déjà atteints ou menacés de mortification, et d'en prévenir ainsi la résorption.

M. François termine en protestant contre le mot *spontané*, dont il s'est servi pour se conformer à l'usage, en tant qu'appliqué à ce genre de gangrènes qui se montrent parfois aux parties les plus éloignées du centre circulatoire, sous l'influence des causes complexes dont il vient d'être question. Maintenant qu'il est prouvé que les gangrènes dites spontanées ne sont autres en général qu'un des modes de terminaison de plusieurs affections très-réelles, le moment est venu de les rapporter à leurs causes respectives et de bannir du langage de la science le mot *spontané*, appliqué à la gangrène des extrémités.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

SUR LE DIFFÉREND ÉLEVÉ ENTRE MM. STAS ET ORFILA A PROPOS DE LA RECHERCHE DE LA NICOTINE DANS LES ORGANES HUMAINS.

L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de la commission chargée d'apprécier le différend qui s'est élevé entre MM. Stas et Orfila, à propos de la recherche de la nicotine dans les organes humains. (M. Pasquier, rapporteur.)

M. LOMBARD, considérant que M. Orfila n'existe plus, pense qu'il serait convenable de ne donner aucune suite à ce débat et propose la question préalable.

M. DIDOT, tout en désirant que la solution à donner à cette affaire ne renferme rien de blessant pour la mémoire de M. Orfila, croit que l'Académie ne peut se dispenser de donner satisfaction à M. Stas en consacrant ses droits de priorité.

M. FALLOT parle dans le même sens.

M. LEBEAU propose de voter les conclusions de la commission, mais sans discussion. (Appuyé.)

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer qu'il y a deux séries de conclusions : les conclusions finales, qui dérivent du rapport, et ensuite les conclusions motivées. Il pense qu'il convient de les mettre séparément aux voix.

Voici le texte de ces deux séries de conclusions :

« CONCLUSIONS FINALES. — Nous déduisons de ce qui précède les conclusions suivantes, que nous soumettons à la sanction de l'Académie :

» 1° Avant l'époque de l'empoisonnement de Fougnies, personne n'avait indiqué les moyens de déceler la nicotine dans les cas d'intoxication ; loin de là : les auteurs proclamaient, au contraire, l'impossibilité de la preuve chimico-légale de ce poison.

» 2° En 1839, M. Orfila posa comme un principe l'obligation de constater la présence des toxiques dans les principaux viscères pour établir la réalité d'un empoisonnement. C'est de cette époque que date la recherche chimique des poisons dans d'autres organes que ceux où ils ont été introduits ou déposés.

» 3° Antérieurement à la mort de Fougnies, M. Orfila avait *énoncé* l'absorption des poisons minéraux et végétaux, sans excepter la nicotine.

» 4° On avait *prouvé* par l'analyse chimique l'absorption de la plupart des poisons *minéraux*, et *peut-être* aussi d'un très-petit nombre de poisons *végétaux*; mais non de la nicotine.

» 5° La priorité de la découverte de l'absorption de la nicotine, de son immutabilité dans l'économie animale et des moyens de retirer ce toxique des organes sans altération ni perte, est due à M. Stas.

» 6° Les recherches de M. Orfila sur la nicotine sont postérieures à celles de M. Stas de près d'une demi-année.

» 7° Ce n'est ni à des révélations ni à des confidences, mais à lui-même, que M. Stas doit la découverte toxicologique de l'absorption, de l'immutabilité et du décèlement de la nicotine.

» PROPOSITIONS MOTIVÉES. — Considérant :

» 1° Que M. Orfila a fait imprimer, dans la dernière édition de son TRAITÉ DE TOXICOLOGIE, la lettre qu'il a écrite à notre Académie contre M. Stas;

» 2° Que, par le fait de cette impression (dont nous ne contestons pas le droit, mais la convenance), M. Orfila a déversé un blâme public et immérité sur cet honorable collègue;

» L'Académie, dans l'espoir de contre-balancer les effets de ce blâme, et dans le but de donner à M. Stas toute la satisfaction qu'elle peut lui offrir, décide :

» 1° Des félicitations sont adressées à M. Stas pour ses savantes recherches médico-légales sur la nicotine.

» 2° Elles seront textuellement reproduites dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE.

» 3° Cinq cents exemplaires du présent rapport seront extraits du BULLETIN de la compagnie pour être offerts à M. Stas; ils indiqueront le vote auquel il aura donné lieu de la part de la compagnie.

L'ensemble des conclusions finales est mis aux voix et adopté.

La discussion s'engage sur les conclusions motivées.

M. DIDOT propose de supprimer les considérants de ces propositions, et de borner ces propositions aux suivantes :

1° Des félicitations sont adressées à M. Stas pour ses savantes recherches médico-légales sur la nicotine.

2° Elles seront textuellement reproduites dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE.

Le § 3 serait également supprimé.

La proposition de M. Didot est adoptée.

Les §§ 1 et 2 des propositions motivées n'étant pas contestés, sont adoptés.

Le § 3, ainsi conçu : « Cinq cents exemplaires du présent rapport seront extraits du BULLETIN de la compagnie pour être offerts à M. Stas, etc., » et dont M. Didot a proposé la suppression, est mis aux voix ; mais avant de procéder au vote, M. le président dit qu'il doit être bien entendu que l'adoption de ce paragraphe n'implique aucune espèce de blâme contre qui que ce soit; que c'est un simple hommage rendu à M. Stas. (Assentiment général.)

C'est dans ce sens que le § 3 des conclusions motivées est mis aux voix.

Ce paragraphe est adopté.

— La discussion du mémoire de M. Didot, relatif à la pleuropneumonie épizootique des bêtes bovines, qui venait ensuite à l'ordre du jour, est remise à la séance prochaine, sur la demande de M. Verheyen.

L'Académie fixe sa prochaine séance au dernier samedi d'octobre.

La séance est levée à deux heures un quart.

PATHOGÉNIE COMPARÉE DES ENDÉMIES ET DES ENZOOTIES PRODUITES PAR LES MARAIS DE LA SEILLE (MEURTHE).

M. ANCELON, médecin de l'hôpital de Dieuze, communique sur ce sujet un mémoire dont l'objet principal est de démontrer que les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde et les affections charbonneuses qui se manifestent dans les environs des marais de la Seille ont une cause commune, les effluves des marais, et d'expliquer pourquoi les animaux domestiques sont exempts de la fièvre intermittente, pourquoi jusqu'ici la fièvre typhoïde n'a été observée que dans le cheval, pourquoi la race bovine ne peut être affectée, à l'exclusion des deux autres maladies, que du charbon et de la maladie charbonneuse appelée *sang de rate*.

Les fièvres intermittentes, les pyrexies typhoïdes et les affections charbonneuses endémiques au milieu des émanations paludéennes, épidémiques sous l'influence mystérieuse des vents chargés de ces mêmes émanations qu'ils transportent à des distances incroyables, sont, comme on le sait, le résultat d'une intoxication par les effluves; les pustules malignes et les charbons, à cause de la pesanteur spécifique momentanément acquise par le miasme qui les produit, exercent leur empire dans l'espace ordinairement circonscrit des endémies, mais avec la puissance de la contagion, dans toute l'énergie du mot. La diversité de ces états morbides n'est qu'apparente; elle trouve sa raison d'être dans les organismes variés que rencontre l'agent morbide, soumis lui-même à une infinité de modifications atmosphériques.

Cela posé, M. Ancelon cherche à démontrer, sur des données scientifiques, les relations de causalité qui existent entre les fièvres intermittentes, les fièvres typhoïdes et les affections charbonneuses. Son principal argument est tiré de cette circonstance particulière et purement locale du retour exact et de la succession constante et non interrompue de ces divers états pathologiques, parfaitement en rapport avec le mode d'exploitation de l'étang de l'Indre-Basse. Pour arriver à une démonstration rigoureuse : 1° il établit l'existence des foyers d'où émanent les effluves; 2° il montre ces mêmes effluves dans leur action intermittente toute spéciale et déterminée par l'état des lieux, par les conditions atmosphériques, par l'influence industrielle qui la modifient.

Périodicité dans l'exploitation de l'étang de la Seille qui, pendant deux ans, est rempli d'eau et garni de poisson qui y croît avec une grande rapidité, qui est vidé à la fin de la seconde année et livré à l'agriculture dès le printemps de la troisième ; égale périodicité dans les endémies et les enzooties débutant toujours dans les mêmes communes; effluves plus rares, moins mûrs dans le cours de la première année, affections plus légères, fièvres intermittentes bornées à l'homme; effluves élevés à la deuxième puissance par deux années de dilution dans l'eau stagnante, de fomentation sous les rayons d'un soleil qui darde sur les débris organiques qu'accumule, vers des bords longtemps échauffés, le vent d'ouest dominant dans le pays; dès lors apparition des pyrexies typhoïdes dans l'homme et le cheval; élévation des effluves à la troisième puissance pendant l'état de vacuité et de dessèchement qui commence à la fin de l'automne de la seconde année et s'achève avant l'arrivée de la douce tempéra-

ture du printemps de la troisième, on a affaire à des affections charbonneuses qui menacent en général l'homme et les animaux et en particulier les grands ruminants; tels sont les faits qui ressortent de ces recherches.

N'est-on pas en droit, ajoute M. Ancelon, de tirer de ces faits cette conclusion : qu'il y a une frappante analogie entre les fièvres intermittentes, les fièvres typhoïdes et les maladies charbonneuses; que ces modifications pathologiques reconnaissent pour cause unique le miasme marécageux agissant sans interruption et suivant son intensité, suivant les saisons, la température et l'état hygrométrique de l'air? Cette coïncidence singulière du mode d'exploitation de l'étang de l'Indre et de la progression si manifeste qui s'établit dans les transformations de nos endémies et de nos enzooties, exclut désormais tout soupçon qui tiendrait à faire rejeter la cause permanente et locale que nous leur assignons. Ces faits sont constatés par vingt années de poursuite d'étude et d'observation.

Passant à l'examen des causes internes, M. Ancelon fait remarquer que les phénomènes de l'intermittence sont l'apanage exclusif de l'espèce humaine; jamais ils n'atteignent le bétail dans les contrées marécageuses de la Seille.... Les effluves qui produisent la fièvre intermittente en sollicitant les nerfs cérébro-spinaux dans l'homme, n'ont point d'action sur ceux du bétail, et les mêmes effluves doivent s'élever encore à une ou plusieurs puissances, avant de pouvoir atteindre, chez les animaux comme dans l'espèce humaine, le système nerveux ganglionnaire; d'où naissent alors les affections typhoïdes, septiques et charbonneuses. Les différents modes d'action des effluves marécageux, suivant leur propre nature et selon les classes d'animaux qu'ils atteignent, s'expliquent par les différences d'étendue, et d'activité des surfaces olfactives buccales et pulmonaires de chacune de ces classes...

Il faut des causes peu énergiques pour déterminer, chez l'homme, les affections variées qui attaquent le système cérébro-spinal; chez le cheval, le système nerveux ganglionnaire qui prédomine déjà ne peut être pathologiquement mis en jeu que par des doses assez élevées d'agents morbides doués d'une grande puissance; et ces agents morbides au même degré servent chez les ruminants de ferment à la septicité.

Tant que le système encéphalo-rachidien de l'homme conserve assez d'énergie pour continuer à régler la vitalité générale, l'intermittence est permanente et régulière, mais à mesure qu'il perd de sa puissance, la périodicité se dérange, les accès se rapprochent, deviennent subintrants, continus; la maladie alors prend le caractère typhoïde, septique, gangréneux, charbonneux sous l'influence désormais éveillée du trisplanchnique. Rien de semblable ne peut arriver aux animaux : empoisonnés d'emblée, ils succombent aux affections typhoïdes, septiques, charbonneuses, sous l'influence des nerfs de la vie végétative et de la décomposition rapide du sang.

L'analogie établie entre les trois affections rapprochées, dans tout le cours de ce travail, se retrouve encore dans les faits d'anatomie pathologique; et enfin si l'on considère que le traitement de ces trois affections repose sur les toniques auxquels il doit tous ses succès, dans les contrées paludéennes dont il s'agit, rien n'empêchera d'admettre cette conclusion : qu'il y a une frappante analogie entre les fièvres intermittentes, les pyrexies typhoïdes et les maladies charbonneuses; que ces affections reconnaissent pour cause unique les effluves des marais; que l'espèce humaine, les chevaux et les ruminants présentent à l'observation des différences pathologiques toutes expliquées par leur organisation.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE. — Année 1852, t. XLVII.

(Suite et fin)

ACCIDENTS DÉTERMINÉS PAR DES ALIMENTS DE MAUVAISE QUALITÉ; FARINE MÊLÉE DE NIELLE.

Ce travail touche de plus près à l'hygiène publique qu'à la médecine légale, bien que ce soit une question de médecine légale qui y ait donné lieu. Voici, en deux mots, les faits qui ont suscité l'examen de l'influence que peut avoir le mélange de la nielle à la farine de froment sur la santé des personnes qui en font usage.

MM. Chevallier, Lassaigne et Tardieu furent invités, en vertu d'une commission rogatoire, à examiner et à soumettre à l'analyse chimique les organes extraits des cadavres d'une femme et d'un enfant présumés morts par suite d'empoisonnement, à l'effet de rechercher s'il existait dans ces organes des substances vénéneuses, et de s'assurer si, les substances vénéneuses étant trouvées, il n'en existait point dans le pain, dans la farine ou dans le résidu extrait du pétrin, etc. Le résultat des investigations des experts fut qu'il n'existait dans les viscères aucune substance toxique, de nature minérale ou organique, à laquelle on pût attribuer la mort; que les portions de pain, de farine et de pâte ne renfermaient aucune substance vénéneuse minérale, mais qu'elles contenaient une assez grande quantité de fragments de périsperme de la graine de nielle, et que l'ingestion, en certaine proportion, de pain contenant de la nielle a pu produire les accidents inflammatoires graves du côté de l'estomac dont on a trouvé les traces, et même la mort, ainsi que cela a été constaté dans plusieurs cas.

Le rapport de MM. Chevallier, Lassaigne et Tardieu est suivi, comme pièce justificative de leurs conclusions, d'un travail très-détaillé et très-bien fait de MM. Malapert et Bonneau (de Poitiers), duquel il ressort qu'il peut y avoir un grand danger à faire usage de pain préparé avec des semences contenant de la nielle et de l'ivraie.

Nous croyons devoir résumer quelques passages de cet important travail, qui fixe, par des faits et des expériences très-concluantes, un point d'hygiène publique de la plus haute importance et généralement trop peu connu.

En général, 16 grammes de nielle en grain, non pulvérisée, ont suffi pour tuer en cinq ou six heures des poulets; dans certains cas, il a fallu un temps plus long et des doses plus élevées. Mais en donnant la nielle en poudre, seule ou mêlée à de la farine, la mort était plus rapide, les symptômes plus aigus, et il suffisait alors de 10 grammes pour produire ce résultat.

La nielle, administrée à des chiens, a produit les mêmes résultats : administrée en poudre, elle a constamment produit la mort avec beaucoup plus de promptitude que lorsqu'elle était donnée en grains.

Les symptômes produits par l'ingestion de la nielle ont toujours été les mêmes, sur les chiens comme sur les poulets.

Peu de temps après l'ingestion de la nielle, l'animal paraissait triste, abattu, et il survenait de fortes convulsions consistant en mouvements brusques du cou et de la tête, suivis bientôt d'assoupissement, pendant lequel il laissait lentement tomber sa tête, comme s'il ne pouvait en supporter le poids; d'autres fois il se couchait, se blottissait dans un coin et restait immobile. De temps à autre survenaient des vomissements de la matière ingérée. Les selles, quand elles avaient lieu, étaient muqueuses et souvent teintes de sang, et contenaient l'écorce noire de la nielle.

Ces phénomènes étaient encore plus sensibles sur les chiens. Il survenait des tremblements, des frissons, et le corps semblait diminuer de volume. L'animal rapprochait ses membres comme pour se réchauffer. La respiration était plus gênée; il poussait des plaintes répétées. Les battements du cœur étaient fréquents et irréguliers au moment des efforts de vomissement. L'animal se tenait tantôt assis, tantôt couché sur le côté, et semblait de plus en plus assoupi. La tête était plus lourde, s'abaissait de plus en plus, jusqu'à ce que la mâchoire vînt s'appuyer sur le sol. Arrivé à ce point, il fallait pousser l'animal pour le faire marcher, ce qu'il faisait en tremblant, pour retomber aussitôt; puis, un instant après, il essayait de marcher, de courir seul, mais il tombait bientôt. Le train de derrière paraissait surtout affaibli. Après une durée plus ou moins longue de ces symptômes, l'abattement devenait de plus en plus profond; l'insensibilité augmentait; le coma devenait plus grand, et l'animal succombait.

Tels sont les symptômes de l'état aigu.

Voulant envisager la question surtout par rapport à l'homme, MM. Malapert et Bonneau ont désiré savoir ce que deviendrait un animal qui prendrait de la nielle à dose trop minime pour le faire périr en quelques heures, tout en continuant de lui en donner suffisamment, afin de se rapprocher de la condition des hommes qui en mangeraient dans le pain. Il résulte de cette seconde série d'expériences que l'usage prolongé de ces graines, données soit à des poulets, soit à des chiens, à des doses trop minimes pour les faire périr promptement (de 2 à 6 grammes par jour à des poulets, a cependant fini par leur donner la mort en en prolongeant l'usage.

Les altérations cadavériques ont présenté des particularités dignes d'attention : elles consistent principalement en des ecchymoses, des infiltrations de sang, des ulcérations, l'épaississement et le ramollissement des membranes de l'estomac.

Ces expériences, d'une application utile à l'économie domestique, acquièrent une haute importance au point de vue de l'hygiène publique par leur rapprochement avec les faits observés sur l'homme. On savait, jusqu'à présent, que les mauvaises graines, mêlées aux céréales, avaient un effet funeste sur la santé. Mais il restait, ainsi que le font remarquer justement les auteurs de ce travail, à déterminer si l'une ou plusieurs d'entre elles étaient vénéneuses. Or ces faits tendent à prouver que c'est la nielle, la nielle principalement sinon seule, qui, dans ces mélanges, constitue le poison, et qu'il importe à l'avenir de séparer avec soin du pain destiné à la nourriture de l'homme.

Voici, du reste, un fait d'observation clinique qui le démontre péremptoirement :

M. le docteur Belland, de Verrières, fut appelé à donner des soins à cinq individus des deux sexes de la même maison, qui lui offraient tous les symptômes suivants, à peu près identiques : malaise général, cépha-

lalgie, vertiges, tournoiement de tête, difficulté de se tenir debout, vomissements, peau chaude, pouls accéléré et déprimé. Deux de ces individus tombèrent dans un état comateux profond dont ils ne sortaient qu'en les stimulant. Frappé de cette similitude d'accidents développés simultanément chez des individus soumis aux mêmes influences, considérant, d'autre part, que l'on était au mois de septembre, c'est-à-dire à l'époque où les habitants de la campagne commencent à se nourrir de blés nouvellement récoltés, et sachant enfin que plusieurs fois la nielle avait produit des symptômes d'empoisonnement, M. Belland se fit présenter le blé dont se servaient les habitants de cette maison pour faire leur farine, et il put se convaincre qu'il contenait de la nielle. Le blé fut épuré, et à dater de ce moment les accidents ne se renouvelèrent plus.

Ce fait emprunte aux expériences qui précèdent une valeur décisive.

Enfin les auteurs ont voulu savoir dans quelle partie de la graine résidait le principe vénéneux. Il résulte de nouvelles expériences et de recherches chimiques entreprises dans ce but, que c'est dans les cotylédons de la graine de nielle, et particulièrement dans la *saponine* qui entre dans leur composition, que réside l'action toxique.

En résumé, il ressort de cet intéressant travail, des conclusions auxquelles on ne saurait donner trop de publicité dans l'intérêt de l'hygiène publique, et qu'il ne serait pas moins utile de signaler à l'attention de l'autorité.

Ces conclusions sont :

1° Que la nielle est un poison qu'il faut s'empresser de faire disparaître des céréales qu'elle tache... ; 2° que l'économie domestique et l'hygiène publique peuvent en éprouver de grands préjudices : la première, parce qu'il serait dangereux de donner aux animaux le son ou les débris des graines qui en contiendraient ; la seconde, parce que, mélangés aux farines des céréales dans des proportions mêmes minimes, elle peut être, pour chacune, une cause fréquente de maladie et de mort ; — 3° que le principe actif réside dans l'embryon et les cotylédons, et non dans les autres parties de la graine, et que celui-ci est de la saponine ; — 4° que d'après son mode d'action sur les chiens et sur l'homme, et d'après les traces que laisse la nielle sur les organes, ce poison doit être rangé dans la classe des *narcotico-âcres*.

DE L'ÉPILEPSIE DANS SES RAPPORTS AVEC L'ALIÉNATION MENTALE, CONSIDÉRÉE AU POINT DE VUE MÉDICO-JUDICIAIRE.

Ce mémoire lu par son auteur, M. le docteur Boileau de Castelnau, à l'académie du Gard, a pour objet de constater, par un exemple, les effets de l'état zoonomique sur le sens intime. Un séjour de 27 ans parmi 1200 condamnés nous a convaincu, dit-il, que chez presque tous, si ce n'est sur la totalité, le libre arbitre a subi une pression contre laquelle il n'a pu lutter avec succès. M. Boileau de Castelnau, dans ce mémoire, a circonscrit son étude à l'épilepsie considérée comme cause d'aberration physique. Nous nous bornerons à extraire de cette savante dissertation la conclusion générale que l'auteur en a déduite et qu'il a appuyée sur de très-nombreux exemples :

L'épilepsie conduit à l'aliénation mentale, le plus souvent à la lésion des facultés psychiques ou affectives. — Pendant un temps plus ou moins long, avant et surtout après l'attaque, les épileptiques n'ont pas l'entière liberté de leurs facultés intellectuelles. — Les jurés, les magistrats et les officiers civils doivent faire constater l'état mental de tout épileptique qui se présente devant eux. — L'administration doit prendre des mesures par ellemême ou par le soin des familles, pour empêcher les épileptiques de nuire à la société, à leurs familles ou à eux-mêmes. — Les épileptiques acquittés ou non poursuivis, comme étant en état d'aliénation mentale au moment de l'action, seront renfermés dans des asiles spéciaux destinés aux aliénés auteurs d'actes qualifiés crime ou délit.

VARIÉTÉS.

— BULLETIN DU CHOLÉRA. — Nous pouvons annoncer d'une manière certaine que l'épidémie cholérique est actuellement en décroissance d'une manière continue depuis le 10, dans la ville et dans les communes rurales. Le total des décès à domicile et dans les hôpitaux, qui s'élevait le 9 et le 10 à 30 et 31, est descendu, pour le 14, à 19. Dans la journée du 15, il n'y a eu que 10 décès, dont 1 ou 2 au plus à domicile.

A la date du 15 inclus on comptait :

698 entrées dans les hôpitaux et hospices,
Et 312 décès — — —
224 décès avaient eu lieu à domicile ;
80 décès dans les communes rurales.

Dans le chiffre des décès des hôpitaux, nous comprenons 21 décès des hôpitaux du Roule, du Gros-Caillou et du Val-de-Grâce, et 6 décès des Invalides.

La Salpêtrière, où les décès s'élevaient en 1849, dans les premiers mois de l'épidémie, à près de 150, ne compte pas à l'heure actuelle un seul décès cholérique.

L'épidémie, dont nous avons suivi les déplacements, a surtout sévi, dans les huit derniers jours, dans le 12e et le 10e arrondissement, au quartier Saint-Jacques et au quartier des Invalides.

La statistique des hôpitaux nous fournit la classification suivante des cholériques entrés du 26 novembre au 13 décembre inclus. Ces chiffres donneront une idée de la répartition de l'épidémie suivant les arrondissements : 1er arrondissement, 15 cholériques ; 2e arrondissement, 22 ; 3e arrondissement, 13 ; 4e arrondissement, 12 ; 5e arrondissement, 34 ; 6e arrondissement, 38 ; 7e arrondissement, 31 ; 8e arrondissement, 48 ; 9e arrondissement, 32 ; 10e arrondissement, 53 ; 11e arrondissement, 33 ; 12e arrondissement, 84.

— Le préfet de police vient de faire publier une instruction populaire du conseil d'hygiène publique, relative aux soins à prendre contre les symptômes qui précèdent l'invasion du choléra.

— LONDRES. — Le 3 décembre le nombre des cas de choléra avait considérablement diminué ; on n'avait compté dans la semaine précédente que 28 décès cholériques. Le REGISTRAR GENERAL pensait que l'épidémie allait s'affaiblissant pour disparaître ensuite temporairement.

Il n'est pas sans intérêt de comparer la marche des deux dernières épidémies dans le même laps de temps. Le tableau suivant donne le nombre des décès dans les quinze premières semaines des épidémies de 1848-49 et de 1853 :

1853. — 18,—16,—7,—16,—29,—47,—66,—45,—83,—99,—102,—98,—72,—46, 28.

1848. — 13,—30,—45,—34,—65,—62,—54,—31,—20,—21,—29,—31,—30,—61,—94.

— IRLANDE. — A Cork, de nouveaux cas de choléra d'une intensité très-grande ont été observés.

A Dublin, le choléra ne s'est pas encore montré, mais il y a beaucoup de diarrhées.

— Un décret inséré dans le MONITEUR et rendu sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique, supprime la chaire de chimie médicale en ces termes :

Art. 1er. La chaire de chimie médicale de la Faculté de médecine de Paris est et demeure supprimée.

Une chaire de pharmacie est créée à ladite Faculté.

Art. 2. La chaire de chimie organique de la même Faculté prendra à l'avenir le titre de chaire de chimie organique et de chimie minérale.

Art. 3. M. Souheiran, docteur en médecine, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine, est nommé professeur de pharmacie à la Faculté de médecine de Paris (fonctions nouvelles).

Art. 4. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

— Dans le comité secret qui a eu lieu à l'Académie des sciences, l'Académie a ajouté, à la liste des candidats proposés par la commission, le nom de M. Élie de Beaumont MM. Régnault et de Sénarmont ont refusé la candidature, qu'on les supposait disposés à accepter. Les candidats connus se trouvent donc tous sur la liste ; ce sont MM. Lamé, Ch. Dupin, Pouillet et Élie de Beaumont.

— L'hôpital payant du faubourg Saint-Denis, désigné sous le nom de Maison royale, nationale ou impériale de santé, et plus connu dans le public sous le nom d'*hospice Dubois*, du nom d'Antoine Dubois qui en fut le premier chirurgien, va partager le sort que les démolitions de Paris font subir à tant d'autres établissements. Le jardin et les communs de la maison de santé, déjà très-exigus, viennent d'être réduits à des proportions absolument insuffisantes par le percement du boulevart de Strasbourg. On n'est pas encore fixé sur le point où l'on reconstruira la maison de santé ; on paraît assez disposé à la placer dans les terrains de Beaujon. Cette situation est, sans contredit, une des meilleures que l'on puisse choisir. (MONIT. DES HÔP.)

— Les épreuves orales du concours pour la nomination de chef des travaux anatomiques ont commencé lundi à quatre heures.

— STATISTIQUE DES MALADIES QUI ONT SÉVI SUR LES TROUPES FRANÇAISES A ROME. — Nous lisons dans un journal de Rome du 20 octobre :

« Les fièvres qui avaient fait beaucoup de ravages, commençant à décliner, les rapports sanitaires de la garnison française, donnent les chiffres suivants pour les mois de juillet, août et septembre :

Malades aux hôpitaux le 1er juillet	179
Malades admis en juillet, août et septembre. . .	3,143
Malades sortis dans le même trimestre.	2,359
Malades décédés	45
Restants dans les hôpitaux le 30 septembre. . .	938

» Parmi les 45 décès, on compte 1 suicide, quelques cas de phthisie et de maladies du cœur, et quelques fièvres typhoïdes. Les fièvres de Rome ont donné très-peu de mortalité. »

— M. Coste, membre de l'Institut, ouvrira son cours d'embryogénie comparée, au collége de France, le mardi 20 décembre à une heure précise.

Le rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

CHOLÉRA-MORBUS.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

(Premier article.)

Prévenir l'épidémie, arrêter le développement du choléra individuel et guérir le choléra confirmé quand il est curable, tels sont les trois problèmes à résoudre, et à la solution desquels nous allons faire servir toutes le données fournies soit par les précédentes épidémies, soit par l'épidémie actuelle.

La lenteur et les faibles proportions que le choléra-morbus affecte dans cette dernière explosion, permettent et commandent de s'occuper d'abord des moyens propres à empêcher un plus grand développement. C'est là la chose la plus pressée, et nous ajouterons la plus utile. Il serait téméraire, en effet, de croire que, parce que depuis un mois l'épidémie semble devoir s'en tenir à une ébauche, elle n'ira pas plus loin. S'il est permis de l'espérer, il serait imprudent de se fier à de simples apparences. Nous disons de simples apparences, car il n'y a pas de raisons plausibles de croire que l'épidémie actuelle se renfermera dans les limites de nombre et de degré qu'elle a paru observer jusqu'ici. Pour qui a présent à l'esprit les phases diverses des précédentes épidémies, et surtout pour qui a approfondi les causes et conditions qui influent sur la marche du choléra, il y a de graves motifs de douter, et de se tenir sur ses gardes. Mais cette réserve prise, on peut profiter de l'espèce de trêve accordée par l'épidémie actuelle pour l'empêcher de reprendre à l'improviste les vastes et effrayantes proportions des épidémies antérieures. C'est donc à l'étude et à la détermination des mesures prophylactiques à prendre que nous allons consacrer ce premier article.

L'existence d'une période prodromique du choléra et de la diarrhée, comme symptôme pathognomonique de cette période, ne fait plus doute pour personne. Grâce à l'observation mieux dirigée, grâce à l'immense contrôle de la médecine anglaise, et surtout grâce à l'initiative parmi nous de deux hommes qui se sont résolûment servi des puissants leviers qu'ils possèdent, l'un l'administration, l'autre la presse, pour faire triompher une vérité qui réclamait en vain depuis vingt ans son admission définitive; grâce à toutes ces influences réunies, le fait d'une période prodromique du choléra, et de la diarrhée prodromique en particulier, est partout universellement admis. On ne discute plus que sur le chiffre des exceptions, et, pour le dire en passant, on prête au premier observateur en date je ne sais quelle exagération et quelles prétentions absolues, qui n'ont jamais été ni dans sa pensée ni dans ses écrits. Oui, nous le disons et le reconnaissons formellement, il y a des cas de choléra, heureusement très-rares, qui foudroient les malades et dans lesquels aucun avertissement, ni diarrhée ni autre, n'est donné. Mais la proportion des exceptions, qui oscille dans un cercle très-étroit, tend de plus en plus à se rétrécir, à mesure que l'observation devient plus attentive et l'interrogation des malades plus précise. Est-ce définitivement 2, 8, 10 ou même 15 pour 100 qu'il faut réserver à l'exceptionalité de la règle? On le saura plus tard; mais pour approcher le plus près possible de la probabilité, il ne faudra pas seulement de grands nombres, il faudra surtout des observations répétées dans toutes les conditions, à toutes les époques d'une même épidémie, dans les diverses épidémies, en un mot sous l'influence de toutes les causes capables de faire varier la moyenne des cas exceptionnels. Ce qu'on peut dire aujourd'hui, c'est que la règle est établie, confirmée, reconnue dans son immense généralité; elle peut par conséquent servir de base au système prophylactique qui est en ce moment à l'étude.

Nous l'avons dit précédemment, ce système est double, et peut-être ne l'a-t-on pas suffisamment compris. Il ne s'agit pas seulement de chercher à empêcher le choléra de se développer là où il a fait explosion, d'en diminuer les ravages, but aussi utile à rechercher que facile à atteindre, mais encore, et surtout, de prévenir l'invasion du choléra confirmé dans les localités qu'il n'a encore fait que menacer. Nous avons établi dès longtemps que l'épidémie a ses prodromes comme la maladie. La diarrhée n'est pas seulement prémonitoire pour les individus, elle l'est encore pour les localités. Sachons donc profiter jusqu'au bout de l'avertissement salutaire. Porter l'attention jusqu'où elle est utile et féconde, c'est ce que nous ne saurions trop recommander à nos confrères d'abord, chargés du soin d'avertir les autorités, et aux autorités, chargées de veiller à la santé des citoyens.

La diarrhée prodromique avertit donc les lieux comme elle avertit les individus. Voilà le premier principe qui doit servir de base au système prophylactique. En voici un second, et celui-là, nous le recommandons d'autant plus à l'attention de nos confrères qu'il est nouveau, non pas dans son point de départ, puisqu'il n'est qu'une conséquence du précédent, mais dans son application, et en tant que source d'indications à de nouvelles mesures.

Ce principe, le voici. Jamais le choléra confirmé ne se généralise qu'en passant préalablement par la généralisation de la forme diarrhéique: c'est la condition préalable et nécessaire de son entier développement. Les faits destinés à servir de base à cette seconde proposition sont implicitement contenus dans la première. S'il est vrai, en effet, que l'épidémie cholérique est toujours précédée, dans une localité, par une ébauche diarrhéique, il s'ensuit que l'explosion cholérique n'arrive que là où la diarrhée prodromique en a d'abord occupé et préparé le terrain. Les faits établissant directement cette proposition, qui n'est qu'une conséquence de la précédente, seront produits en temps utile. Contentons-nous pour le moment de la démonstration inductive. Or il n'est pas indifférent, comme on le verra plus loin, pour l'application facile, intelligente et efficace des mesures préventives, de n'avoir égard qu'à l'une ou l'autre de ces propositions. Ainsi donc le choléra ne s'établit dans une localité qu'après avoir été précédé par la diarrhée prodromique, et il ne se généralise, n'affecte la forme épidémique que là où il a été précédé par la généralisation et la forme épidémique de la diarrhée. Passons à l'application prophylactique de ce double principe.

Nous n'avons pas la prétention d'improviser une nouvelle prophylaxie du choléra. Nous le reconnaissons au contraire, et c'est pour nous un devoir comme un plaisir de le proclamer: d'excellentes tentatives ont été faites dans cette voie, et tout en développant et complétant ce qui a été proposé, nous serons heureux de rendre justice à qui de droit.

La médecine anglaise, qui, dès l'épidémie de 1849, a compris la portée du premier de nos principes, en a, dès cette époque, fait la base d'un système de prophylaxie administrative. Elle a provoqué la création de médecins visiteurs chargés du double rôle d'aller au sein des familles à la découverte

---

Feuilleton.

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

DE L'HOMME ET DES RACES HUMAINES, par HENRI HOLLARD.—HISTOIRE GÉNÉRALE DES RACES HUMAINES ou Philosophie ethnographique, par EUSÈBE DE SALLES, etc.

Il est rare que le nom d'une science indique bien son objet; la sphère et le contenu d'une science étant déterminés par l'idée synthétique du tout et des parties, et cette idée variant avec les progrès mêmes de l'étude, il arrive que le nom primitivement imposé ne correspond plus à la notion; il est tantôt trop large, tantôt trop étroit, suivant que la recherche à laquelle il s'applique se circonscrit ou s'agrandit, se spécialise ou se généralise.

Tel est le cas de l'ANTHROPOLOGIE. La science ainsi désignée aujourd'hui est loin de répondre, par l'étendue de son objet, à la généralité étymologique du terme. Elle n'est guère que l'*histoire naturelle* de l'homme, considéré principalement au point de vue physique et zoologique; et, dans ces limites, elle n'est qu'une branche de la zoologie. On comprend que telle ait dû être la circonscription de l'anthropologie, tant qu'elle a été spécialement étudiée et traitée par des naturalistes, et ce sont des naturalistes, Buffon, Camper, Blumenbach, qui l'ont en quelque sorte instituée. Cependant cette circonscription n'est pas si rigoureuse qu'elle exclue entièrement les autres points de vue que comporte l'étude générale de l'espèce humaine. Il a fallu bientôt, par les nécessités intrinsèques du sujet, dépasser ces limites, agrandir la sphère des points de recherche. Aux considérations zoologiques on a dû joindre l'étude comparée des langues, des mœurs, des croyances, des institutions, des civilisations. Ces additions ont assez modifié le cadre et le but de l'anthropologie des naturalistes, pour nécessiter l'emploi d'une appellation nouvelle propre à les caractériser. On s'est arrêté à celle d'*ethnographie*, proposée d'abord, je crois, par les savants allemands. Ce terme tend maintenant à devenir l'équivalent ou le substitut du premier, bien qu'étymologiquement il ne réponde pas non plus à l'idée adéquate de la science. Il n'indique, en effet, que le côté non exprimé jusqu'ici par l'autre. Les deux mots sont donc également insuffisants pour représenter le système entier des connaissances anthropologiques.

En attendant qu'un troisième mot plus compréhensif comble cette lacune de la nomenclature (lacune entretenue, du reste, par l'incertitude et le vague qui enveloppent encore l'idée même de la science), c'est un sage parti peut-être pour l'auteur d'un ouvrage sur un sujet si vaste et si compliqué, d'y mettre un

verte d'un daoger méconnu, en même temps que d'y porter les moyens de s'en prémunir. Celte première teotative n'a pas eu tout le succès désirable; aussi n'en fut-il fait mention nulle part. Mais les Anglais ne sont pas gens à se décourager, et dès le commencement de l'épidémie de Newcastle, on les a vus revenir à la charge avec une nouvelle ardenr. Cette fois le succès ne tarda pas à couronner leur zèle. Nous avons dit comment au début de cette épidémie on était parvenu à arrêter brusquemeot une mortalité qui meoaçait d'être effrayante. Nous avons dit eocore comment les médecins de Londres, encouragés par le succès des mesures prises à Newcastle, avaient répété l'expérience de la manière la plus favorable. C'est alors qu'un de nos confrères, animé du plus noble dévouement, s'est transporté spontanément en Angleterre pour s'assurer par lui-même des bienfaits du système des visites préventives. Il o'a pas tardé à partager la confiance de nos confrères d'outre-mer, et on sait avec quel empressement il a soumis à l'administration supérieure ses observations et ses idées. Il ne s'est pas borné au simple rôle d'exportateur; fécondant à soo tour les données recueillies daos son voyage, il a cooçu et élaboré tout un système, empreint des qualités qui caractérisent à un si haut point son esprit : la méthode et la précision. Heureusement secondé par les hommes influents du comité d'hygiène, M. Mélier est parvenu à faire adopter le système des visites préventives, lequel, nous croyons pouvoir l'affirmer, soumis à une rédaction savante et expérimentée, sera bientôt appliqué à toutes les localités envahies par le choléra.

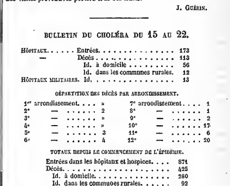
Le système anglais, comme le système adopté par le comité d'hygiène, consiste à faire visiter par des médecios spéciaux les maisons et les familles où le choléra s'est montré ou qui paraîtraient menacées par le voisinage de l'épidémie. Ces médecins ont pour mission de s'enquérir de l'existence des diarrhées prémonitoires et de prescrire immédiatement les remèdes propres à enrayer la marche de la maladie. Tout ce qui peut assurer la parfaite exécution de cette mesure paraît avoir été prévu. Mais si nous sommes bien informé, c'est à cela qu'on se serait borné. S'il en était ainsi, on n'aurait atteint qu'une partie du but. Chercher à arrêter le développement de la maladie partout où elle se montre, c'est particulariser le système, c'est s'attacher à combattre le mal à mesure qu'il se manifeste, mais non à le prévenir et à empêcher qu'il ne se manifeste. Or pour atteindre ce dernier but, il y a deux mesures à prendre, que nous serions heureux de voir iotroduire dans le système proposé, si déjà elles n'en font partie.

La première est de donner aux médecins visiteurs tout à la fois la mission du *prédicateur* et du *praticien*. Il faut les charger d'aller dans les grandes agglomérations, comme les fabriques, les hospices, même les colléges, faire compreodre l'importance du fait de la diarrhée prémonitoire comme signe et comme ressource de guérisoo. Ce n'est que lorsque le peuple aura parfaitement compris cette double signification du phénomène initial de la maladie qu'il viendra de lui-même au-devant des conseils du médecin.

La secoode chose à faire, ce serait non de prescrire iodistinctement des visites dans toutes les maisons, mais de les diriger spécialement sur les points et au sein des familles où le choléra s'est déjà manifesté; de faire interroger les habitants de ces maisons et les membres de ces familles, dans le double but de découvrir les diarrhées qui ne manquent jamais de germer autour de chaque cas de choléra confirmé, comme effet collectif de l'influence épidémique ou autrement, et de prévenir des foyers épidémiques ou d'infection en provoquant la dispersion des malades. C'est, comme on le voit, plus en vue d'empêcher on d'arrêter l'épidémie que ces mesures seraient nécessaires, qu'en vue de soustraire les malades au développement de la période mortelle du choléra.

Déjà une partie de ce système a été appliquée par la préfecture de police, sous la double inspiration du comité d'hygiène et du conseil de salubrité; seulement la préfecture de police, effrayée des difficultés d'exécution, se serait bornée à inviter les notables de chaque quartier à visiter les maisons et les familles. Ce rôle de moniteur, exercé par des personnes charitables et en possession de l'estime publique, ne peut que produire un excellent effet; mais exercé avec le concours des médecins, l'effet serait certainement plus complet et surtout plus salutaire. C'est le cas de dire qu'il faut, dans ces circonstances, des actions et non pas des paroles: or si parler est bon, agir est encore mieux. Il est dooc à désirer que l'on adopte les deux méthodes; qu'on joigne les deux iofluences, celle des notables et celle des médecins; que les uns servent d'introducteurs et d'appui aux autres, rien de mieux; mais que les autres apprécieot les faits, l'opportunité et l'utilité de l'action, cela ne peut qu'être mieux eocore. C'est à la condition de cette réunion d'éléments qui se complètent que le système des visites préventives portera tous ses fruits.

J. Guérin.



BULLETIN DU CHOLÉRA DU 15 AU 22.

Hôpitaux	Entrées	173
—	Décès	113
	Id. à domicile	56
	Id. dans les commnnes rurales.	12
Hôpitaux militaires.	Id.	13

OÉPARTITION DES DÉCÈS PAR ARRONDISSEMENT.

1er arrondissement	»	7e arroodissement	1
2e —	2	8e —	1
3e —	»	9e —	2
4e —	»	10e —	17
5e —	3	11e —	6
6e —	4	12e —	20

TOTAUX DEPUIS LE COMMENCEMENT DE L'ÉPIDÉMIE.

Entrées dans les hôpitanx et hospices.	871
Décès.	425
Id. à domicile.	280
Id. dans les commuoes rnrales.	92

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

C'EST LA FORCE VITALE, CE N'EST PAS L'INNERVATION, QUI RÉGIT LES ACTES ORGANIQUES QUE NOUS NOMMONS INVOLONTAIRES; par J. B. G. Barbier.

Nous avons déjà émis cette opinion dans la Gazette Médicale. Qu'il nous soit permis de revenir sur ce sujet d'une grande importance, puis-

titre de son choix qui ne promette que ce qu'il doit tenir, de sorte que le contenu corresponde tolérablement à l'étiquette. Ainsi l'a pensé, sans doute, M. Hollard pour l'excellent volume qu'il vient de publier. En l'intitulant : De l'homme et des races humaines, il ne préjuge rien sur la nature et l'étendue des matériaux qu'il a mis en œuvre et des questions qu'il a voulu traiter, et n'expose ainsi le lecteur ni à des déceptions ni à des regrets. Il aurait pu cependant, sans scrupule aucun, donner son livre comme une anthropologie, car il contient à peu près tout ce qui compose, au point de vue ordinaire des zoologistes, l'Histoire Naturelle de l'homme. Naturaliste très-distingué, l'auteur était préparé et disposé, par les études de toute sa vie, à envisager son sujet, sinon exclusivement, du moins spécialement par ce côté. Aussi croyons-nous que, sous ce rapport, il a pleinement satisfait lui-même, quoiqu'il s'en défende, au vœu qu'il exprime de la publication d'un livre d'anthropologie français. On pourra aisément en faire un plus long, difficilement un plus court, plus difficilement encore un aussi bien coordonné et surtout aussi bien écrit.

Dans une Introduction qui est, à notre sens, la partie la plus originale et la plus intéressante du livre, il pose et développe les deux questions qui, selon lui, sont l'objet sommaire de la science anthropologique : « Qu'est-ce que l'homme? — Qu'est-ce que l'humanité? » ou, en termes plus précis ; « Quels sont les traits caractéristiques de l'homme et ses rapports avec les autres créatures? — Quelles sont et la mesure et la signification des races qui diversifient le genre humain?

Ces questions particulières sur l'homme touchent à des questions plus générales sur le système entier des êtres. Comment, en effet, assigner le rang que l'homme occupe dans la nature et le rôle qu'il y joue, si l'on ne détermine pas d'abord l'idée de ce monde au sein duquel il vit, et dont il fait partie? La philosophie anthropologique est donc essentiellement liée à la philosophie générale de la nature.

Nous ne suivrons pas M. Hollard sur ces hauteurs spéculatives. Disons seulement qu'ayant à choisir, à ce qu'il croit, entre la doctrine panthéistique, qui représente tous les êtres de la nature comme une série d'anneaux ou de termes liés les uns aux autres, sans aucun intervalle, et la nature elle-même comme un dynamisme aveugle qui, dans son effort ascensionnel, traverserait sans fin ni repos les termes d'une progression continue et infinie, et la doctrine théistique qui considère la nature comme l'œuvre d'un Dieu créateur, et toutes les espèces d'êtres comme des produits d'un acte spécial de création, il adopte cette dernière, qui est celle de la Bible. Il combat, en conséquence, la théorie de l'Échelle ou de la Chaîne des êtres, si en faveur auprès des philosophes et des naturalistes du dernier siècle, et préfère considérer la nature comme une construction *harmonique*, dont tous les termes se correspondent et se supposent, sans dépendre généalogiquement les uns des autres. D'après cette vue, les trois grandes divisions des règnes inorganique, végétal et animal, ne seraient pas les degrés nécessaires et successifs d'une évolution dynamique qui passe et monte de l'un à l'autre par une transition insensible, mais bien des empires profondément distincts *ab ovo*. Le végétal diffère essentiellement du minéral, l'animal du végétal, et dans l'animalité même l'homme se présente, non point comme le terme supérieur d'une série ascendante, mais comme un être à part et hors classe. C'est une espèce sans genre ou un genre sans espèces. La fameuse ques-

qu'il est question d'enlever à l'appareil nerveux la prééminence qu'on lui a attribuée dans les organisations animales.

On distingue deux ordres de mouvements dans le corps des animaux : des mouvements qui sont soumis à la volonté et qu'elle dirige ; des mouvements qui s'exécutent sans son intervention.

Les mouvements qui sont involontaires ont pour caractères d'être spontanés, obligés, forcés, réglés par une puissance indépendante de notre intelligence. Ces mouvements tendent toujours à l'accomplissement des fonctions organiques qui conservent les individus ou qui perpétuent les espèces. Ces mouvements fournissent des produits qui sont aussi constants, aussi invariables, que les effets de l'attraction sur les corps célestes, que les combinaisons qui sont produites par les affinités moléculaires des substances minérales.

Les mouvements volontaires ont une fin bien différente. Ces mouvements ne concourent plus à l'entretien de l'organisation ; ils ne servent pas directement à la génération des êtres. Les mouvements volontaires sont des facultés d'un ordre particulier, un surcroît de moyens, qui ont été accordés aux animaux, et qu'ils doivent à deux appareils qui sont comme ajoutés à leur organisation : l'appareil nerveux et l'appareil musculaire.

Il est remarquable que les mouvements que notre volonté ne règle pas sont justement ceux qui sont nécessaires, indispensables à notre existence. Ces mouvements sont continus, et ils ne causent jamais un sentiment de fatigue ; ils ont commencé l'organisation des êtres vivants quand ils étaient à l'état de germes ; ils entretiennent cette organisation quand elle a pris son développement. Ces mouvements sont toujours liés à la condition de corps doués de la vie. Nous retrouvons encore ces mouvements dans l'accomplissement des actes secrets de la génération, dans la fécondation des germes, dans l'évolution des embryons.

Tous les mouvements indépendants de notre volonté suivent un ordre, ont une régularité, remplissent si fidèlement, si sûrement leur but, qu'il est impossible de ne pas reconnaître dans leur exercice l'autorité d'un pouvoir souverain, de ne pas trouver dans ces mouvements une intention, une prévoyance. Pour nous, nous voyons dans les actes involontaires l'application d'une loi qui gouverne tous les êtres organisés, et qui nous apparaît dans ces êtres comme une force vive, inhérente à leur organisation, directrice absolue de toutes les opérations de leur vie intérieure.

La puissance qui suscite, qui régit les mouvements involontaires, se manifeste avec la même énergie, avec la même plénitude, dans les êtres organisés qui sont dépourvus d'un appareil nerveux, que dans ceux qui possèdent cet appareil. Dans les végétaux, nous trouvons cet ordre de mouvements avec tous les produits qui les suivent ; nous voyons s'accomplir en eux tous les actes essentiels de la vie. Dans la plante, il s'opère par les racines, par les feuilles, une absorption des principes extérieurs qui lui sont nécessaires ; des combinaisons convertissent dans ses tissus ces principes en sucs nutritifs ; ces derniers circulent dans toutes les parties du corps végétant. Des sécrétions, des exhalations éliminent les matières nuisibles ou inutiles à sa constitution ; une assimilation active assure la conservation ou l'accroissement de tous ses organes. Les feuilles, les corolles, les étamines des plantes exécutent des mouvements ostensibles (1).

La génération dans les végétaux est effectuée par l'action spontanée d'un ensemble d'instruments dont les uns préparent les germes que les autres fécondent ; ces germes fécondés se convertissent en graines d'où sortent les individus qui perpétuent les espèces.

Dans les vues de la création, une organisation est complète dès qu'elle possède les appareils organiques qui servent à la nutrition de l'être matériel, et ceux qui assurent sa reproduction. Cette organisation est vivante, si elle recèle la force secrète qui tient en action toutes les pièces de cette organisation, qui régit leurs opérations. Un agrégat terrestre qui réunit ces deux conditions est constitué en corps organisé et vivant.

D'autres moyens sont exigés pour obtenir les mouvements volontaires. Ces mouvements supposent une complication corporelle plus grande. Pour qu'ils se produisent, il faut : 1° un cerveau d'où émane la volonté ; 2° des centres médullaires, moelle allongée, moelle épinière, que la volonté met en action, des cordons nerveux qui transmettent le produit de cette action ; 3° des masses musculaires qui reçoivent de ces centres une impulsion motrice, et qui par leurs contractions exécutent les mouvements voulus. Il est remarquable que dans aucun être vivant on ne trouve l'appareil nerveux séparé de l'appareil musculaire, ou la faculté de sentir sans la faculté de se mouvoir.

Le cerveau est l'organe de l'instinct dans les animaux et le siége de l'âme dans l'homme. C'est là que les sensations sont transmises et qu'elles deviennent des perceptions. C'est par le cerveau que l'animal acquiert une volonté, qu'il prend une résolution, une détermination. L'âme a été aussi soumise à se servir du cerveau pour la manifestation de ses facultés ; c'est par l'intermédiaire de cet organe matériel que le souffle divin devient dans l'homme, intelligence, raison, volonté, réflexion, jugement, imagination, etc. Les psychologistes oublient cette sujétion de l'âme : ils ne tiennent pas compte de l'influence vraie, réelle, qu'exercent sur ses facultés les conditions si variables, si dissemblables que le cerveau offre souvent.

Nous concevons facilement le mécanisme des mouvements volontaires. Une détermination est prise. Le cerveau agit sur la moelle allongée et sur la moelle épinière. Les nerfs-moteurs qui naissent de ces centres transmettent aux muscles un mode particulier d'impulsion ; ces derniers se contractent, et le déplacement voulu s'exécute. Ici nous ne voyons en action qu'une partie de l'appareil nerveux, le système des nerfs cérébro-spinaux. C'est cette partie seulement que gouverne l'âme dans l'homme, l'instinct dans les animaux. C'est par son entremise que s'exécutent les mouvements volontaires. Mais nous trouvons dans la composition anatomique de l'appareil nerveux une deuxième partie, le système des nerfs ganglionnaires. Ces nerfs restent étrangers aux mouvements volontaires. Pour être soustraite à l'autorité de l'intelligence, de la volonté, l'action des nerfs ganglion-

(1) Dans les plantes qui ont des feuilles ailées, on voit ces dernières prendre tous les soirs une disposition nouvelle ; c'est ce que l'on nomme le sommeil des plantes. Contournez la branche d'un arbre de manière que la surface supérieure des feuilles devienne inférieure, vous les verrez en peu de temps, si la température est favorable, reprendre leur position première. Les corolles monopétales se ferment à la chute du jour. Dans certaines plantes, les étamines se portent sur les pistils. Des péricarpes lancent au loin leurs graines, etc. On vient de faire des expériences sur l'action que l'éther, que le chloroforme exercent sur la sensitive. On veut induire des effets que l'on a obtenus l'existence d'un appareil nerveux dans cette plante ; mais on oublie la force vitale qui se manifeste si clairement dans tous les actes organiques des végétaux. Cette force fournit l'explication des phénomènes que l'on a observés sur la sensitive.

---

tion de l'unité ou de la diversité originaire de la race humaine est, par là, tranchée. L'homme, n'étant pas une espèce, n'admet pas, à plus forte raison, de divisions spécifiques dans son unité collective.

Pour rejeter ou adopter ces solutions, il faudrait les discuter ; mais ce gros et lourd bagage de critique gênerait trop les allures dégagées et la désinvolture de cette Revue qui ne peut qu'effleurer les choses.

Nous ne serions pas suffisamment quittes pourtant envers M. Hollard, si nous n'ajoutions que ce petit volume, si riche de faits et d'idées, si plein et si nourri de science, et d'une science du meilleur aloi, est aussi par la forme une œuvre littéraire et philosophique fort distinguée. Une certaine chaleur de sentiment accompagne partout l'élévation de la pensée, et anime les déductions de la science sans leur ôter rien de leur rigueur logique. Plus d'une page serait à citer qui rappelle la manière de ces maîtres qui, comme Pline, Buffon, Vicq d'Azyr, Bichat, ont été à la fois les peintres et les historiens de la nature.

Le livre de M. Hollard nous offre l'occasion, que nous saisissons avec empressement, de rappeler, à propos d'anthropologie, un ouvrage non moins remarquable au point de vue de la science, mais bien plus original dans la forme, de notre ancien collaborateur et ami, le docteur Eusèbe de Salles. Il en a été fait l'analyse, en temps opportun, ici même. Il serait intéressant de comparer ces deux livres, produits de deux esprits et de deux talents inégaux peut-être, mais à coup sûr fort divers, et arrivant, chacun par des voies différentes et par des modes de démonstration particuliers, à une conclusion identique. M. Hollard est plus anthropologiste, au point de vue du naturaliste et du zoologue ; il puise de préférence les principes de détermination dans les caractères anatomiques et physiologiques des races. M. Eusèbe de Salles est plus ethnographe : il s'attache davantage aux caractères psychiques et sociaux, aux langues, aux traditions, aux religions, aux monuments écrits ou figurés. Ces deux ordres de considérations sont également nécessaires, sinon pour la solution positive du problème que se posent ces deux savants (solution qui est, d'ailleurs, ne leur en déplaise, impossible comme celle de toutes les questions d'origine), du moins pour l'élucidation de ses termes, qui mettra fin, non pas à la question, mais au débat. Il serait, en effet, assez facile de démontrer que les raisons de tout ordre apportées à l'appui des deux thèses sur l'unité ou la diversité originelles, soit de berceau, soit d'espèces, s'entre-détruisant mutuellement, parce qu'elles n'ont qu'une valeur relative et négative ; de sorte que, bien qu'en vertu du principe logique de contradiction, l'une des deux thèses soit nécessairement vraie si l'autre est fausse, ou celle-ci nécessairement fausse si celle-là est vraie, il reste toujours à prouver directement, soit la vérité, soit la fausseté de l'une des deux, pour arriver à une affirmation positive. Or, nous le répétons, cette preuve est impossible, car le fait en litige étant invinciblement soustrait à l'observation, à l'expérience, à l'analogie, à tous les moyens de vérification possibles et imaginables, il ne laisse absolument aucune prise à la raison, qui opère, pour ainsi dire, à vide. Si, dans un monceau de pièces de monnaies dont le nombre est inconnu, j'en prends une poignée, je pourrai bien affirmer *à priori* que le nombre de celles que je tiens dans ma main est pair ou impair, ou, si l'on veut, nécessairement pair s'il n'est pas impair, nécessairement impair s'il n'est pas pair. Mais aucun mortel ne ne peut se flatter de savoir laquelle des deux alternatives est la vraie, toutes les raisons qu'on pourrait imaginer pour ou contre l'une des deux possi-

naires n'en est pas moins réelle, et elle se manifeste évidemment snr tons les organes de la vic intérieore. L'étnde anatomiqne de ces nerfs témoigne assez de lenr importance. Ces nerfs sont des expansions plexiformes de ganglions médnllaires riches eo substance grise et en vaisseaox sangnins. Ils communiqnent avec les nerfs de la moelle allongéa et de la moelle épinière. Ils euveloppent les organes de la cavité pectorale et de la cavité abdominale.

Ces deux parties de l'appareil nerveux forment par leur réunion un ensemble organiqne qni prend, dans une organisation animale, nne valeur physiologiqne que nons devons ici sigoaler. Ce double appareil est chargé d'nne mission spéciale: il est l'agent d'nne puissance que l'on nomme l'*innervation*, et qu'il faut distinguer de l'impulsion motrice que les nerfs cérébro-spinaux, par une faculté exceptionnelle, communiquent anx muscles dans la provocation des mouvements volontaires. L'inoervation est un acte organique dont il importe de bien jnger le caractère. L'innervation consiste à donner aux tissus organisés la disposition fibrillaire, la condition physique que la liberté de leurs mouvements réclame, à aider, à exciter l'action des orgaoes, à entretenir en eux l'aptitode qu'exige l'exercice de leurs fonctions. Cette puissance de l'appareil nerveux sort des centres et des ganglious médnltaires; elle reste inconnue dans son essence, mais elle se révèle clairement par ses effets. L'innervaliou peut éprouver un tronble, une perversion; alors elle devient un ageot pertorbatenr. Son exercice suscite des mouvements désordonnés dans les parties de l'organisation sur lesquelles elle se porte; elle provoque des accideots morbides, des spasmes, etc.

Les pbysiologistes se sont beanconp occupés de la puissance des nerfs snr le corps de l'bomme; mais ils oot exagéré son étendue, sa capacité. Ponr un grand nombre de savants, contempteurs de la force vitale, l'innervation est la cause de la vie. Daos leur doctrine, l'action nerveuse a usurpé l'autorité de la force vitale. Une appréciation fidèle, impartiale du pouvoir de l'innervation sur une organisatiou animale, la rameue forcément à la condition d'nne facnlté fort importante, mais d'nne faculté subordonnée, qni, loin de produire la vie, reçoit d'elle son existence.

L'étnde de l'homme nous offre trois principes d'action ponr les mouvements volontaires ou involontaires qui s'opèrent en lui: 1° l'âme par le moyen dn cervean peut mettre en fonction les organes des sens; elle peut déterminer, par le jeu des nerfs céphalo-rachidiens, les contractions des muscles des membres, dn tronc, etc., produire tous les actes de la locomotion; 2° la force intime que l'homme a puisée dans le sein de sa mère, qui se propage de génération en génération depnis le commencement du monde, vivifie son organisation, suscite, régit les mouvements sensibles et insensibles de ses viscères, dirige, coordonne l'exercice de toutes les fonctions; 3° l'innervation, issue a la fois des nerfs céphalo-rachidiens et des nerfs ganglionnaires, développe la motilité des organes, favorise leurs opérations, devient uu auxiliaire nécessaire ponr l'accomplissement des actes de la vie.

On voit que la force vitale et l'innervation ont une origine bien différente. La force vitale est l'application aux êtres organisés d'nne loi portée an moment de la création, comme celle de l'attraction, comme celle des affinités chimiques. Ces lois maintiennent, perpétnent l'ordre que nons admirons dans l'univers. L'innervation est un produit de la vie, elle naît de l'organisation même. Il faut, ponr qu'elle se manifeste, qne les organes médnllaires d'où elle procède soient actnellement vivants, c'est-à-dire pénétrés par la force vitale. L'innervation est nne facnlté, la force vitale est une cause.

La force vitale nous offre une puissance créatrice, organisatrice, vivifiante; elle est déjà manifeste daos les germes fécondés; elle règle la forme générale que prendront les êtres qui en sorteot. La force vitale conserve la structure, la figure, le volume, les qnalités physiques, la composition chimique, des pièces dont leur corps est formé. C'est toujours la force vitale qoe nous retrouvons dans la direction des monvements qui ont ponr objet la formation ou la conservation d'un être orgauisé.

L'innervation ne pent être comparée à la force vitale. L'innervation ne suffit pas pour compreodre l'existence d'un animal. Partout identique, n'offrant tonjonrs qu'une excitation des tissns organisés, elle n'expliquera jamais la stabilité de la constitntion des fluides et des solides d'un corps vivant, la permanence de la forme des organes, l'ordre de leurs monvements, cet admirable accord que présentent toutes les opérations qui concourent à l'entretien des individus, à la pérennité des espèces.

Nous nous trouvons ainsi conduit à contester à l'appareil nerveux la prééminence que les pbysiologistes lni ont concédée dans une organisation aoimale, à ne lui assigner qu'un rôle secondaire dans l'exercice de la vie. L'observation nous oblige à remettre en bonneor cette force secrète, mystérieuse, que les anciens nommaient la NATURE, force dont l'action est si manifeste dans les êtres orgauisés, qni obéit à des règles qu'une volonté souveraine a fixées, qui suit constamment une direction doot le but est apparent, qui gouverne enfin tous les actes dont la fin est la conservation on la multiplication de ces êtres.

Toutefois, en ajontant nn appareil nerveux à une organisation animale, en attribuant à cet appareil une influeuce sur les monvements, sur les fonctions qui s'opèrent dans cette orgaoisation, il y a eu l'intention bien évidente de faire anx nerfs une part dans les opératious de la vie. Ce qui nous importe ici, c'est de juger sainement la valeur de la puissance nerveuse, de fixer les limites de son autorité.

Qu'ont obtenu les physiologistes des innombrables expériences qu'ils ont tentées pour démontrer la snffisance de l'appareil nerveux, ponr pronver que tons les actes qui s'opèrent dans les organisations animales sont dans la dépendance directe de cet apparcil? Qu'a produit, par exemple, l'appel qn'ils ont fait à la moelle allongée, à la moelle épinière, pour avoir la raison des contractions et des dilatations alternatives dn cœur pendant la vie? Des résultats contradictoires, des incertitudes, des doutes.

Citons cette expérience remarquable, qui a tant occupé Haller, d'nn cœur arraché de la poitrine d'un animal vivant, privé de tonte commnnication avec les centres nerveux, dépouillé de ses plexus ganglionnaires, et qui, posé sur une table, continue de se contracter et de se dilater, d'exécuter ses mouvements de systole et de diastole pendant le temps qn'il conserve sa force vitale. Des morceanx détachés de ce cœur obéissent encore à cette force; lenr action rhythmique n'a pas cessé. En présence de ces phénomènes, comment maintenir sa foi dans la toute-puissance de l'innervation? Anssi un physiologiste jnstement célèbre, et dont on admire la sagacité pour juger la valeur des expériences sur des animaux vivants, après avoir exposé les tentatives impuissantes que l'on a faites pour expliquer par l'influence nerveuse les mouvements cardiaques, ajoute: « La *nature* a donc profondément imprimé dans la textnre intime du cœur la facnlté

---

bilités étant également valables pour ou contre l'autre. Pour ôter le doute, il faut onvrir la main et compter. Mais si je suppose qu'après avoir rempli ma main, j'ai jeté au loin les pièces, et rendn par là la verification impossible, le cas est tout à fait désespéré et la recherche n'a plus de motif, parce qu'elle n'a plus de base ni même d'objet.

La qnestion de l'origine de l'homme, de l'unité ou diversité primitive de ce qn'on appelle les races, présente une impasse analogue à celle des pièces de monnaie. La raison qui s'y acharne n'avancera pas d'une ligne et subira de perpetnels échecs. Tout en admirant donc, comme il convient, les efforts, les travaux, le talent et la bonne volonté des hommes qui se combatteot, avec un zèle ardent de la vérité, sur ce terrain inconsistant et fantastique, on ne peut pas espérer le triomphe de l'un ou de l'antre parti. Ne vaudrait-il donc pas mienx qu'ils missent bas les armes? Nous les y convierions d'autant plus volontiers que les questions véritablement importantes au point de vue religieux et social, qui seules donnent un haut intérêt à ce débat, ne sont pas aussi intimement liées qu'on a l'air de le croire aux conclusions spéculatives soutenues de part et d'autre sur le mode d'apparition et sur l'état primitif de l'espèce humaine sur la terre. Il s'agit, dit-on, d'un côté, de défendre le dogme salutaire d'un Dieu spirituel, créateur, providentiel et personnel, contre le dogme matérialiste du panthéisme; de revendiquer le principe sacré de la fraternité, de l'égalité humaines, ruiné par la croyance à la diversité et partant à l'infériorité originaire des races, laquelle consacre l'esclavage; de l'autre côté, on fait valoir la nécessité de soustraire la science au joug de l'autorité et des croyances, et de n'admettre dans la foi scientifique que ce qui est conforme aux lois de la raison, au témoignage des sens, aux résultats de l'observation et de l'expérience. Ce serait donc la raison, la science, le sentiment religieux, la morale qui se trouveraient ici en conflit!

Non. Aucun de ces droits sacrés du cœur et de l'esprit n'est engagé dans cette querelle.

Que Dieu ait, au sens orthodoxe et biblique, créé plusieurs couples humains ou un seul, comme le raconte la Genèse, il n'en est ni moins ni autrement créateur et père du genre humain.

Que les races diverses qui peuplent aujourd'hui le monde proviennent d'un seul couple ou de plusieurs, les hommes qui les composent n'en sont pas moins frères, c'est-à-dire égaux par nature et par droit, sinon en fait, comme enfants du père commun; ils le sont encore par l'identité des attributs physiques, intellectuels et moraux qui les distinguent de toutes les autres créatures vivantes; par l'attribut supérieur, exclusif, universel, incommunicable de la raison et de la liberté morale manifestées par la parole.

Que la diversité, et par suite l'inégalité, aujourd'hui existant de fait entre les races humaines, soit primitive ou dérivée, établie originairement à l'instant de la création, ou un résultat des altérations du type supérieur d'un premier homme, elle était une des conditions de la réalisation complète de l'espèce dans l'espace et le temps. La justice, la bonté du Créateur sont ici hors de cause, car si l'institution d'une inégalité primitive paraît en contradiction avec ces postulats de l'idée de Dieu et de la Providence, son établissement rapide par voie de détérioration et de corruption n'est pas moins choquante. Ajoutons que l'un et l'autre système, admettant plus ou moins la mutabilité ou fusion des types, par voie de

d'exécuter des contractions rhythmiques. » Il est bien permis de se demander ce que signifie le mot *nature* dans cette occasion (1).

On sait que les intestins grêles, enlevés du corps d'un animal vivant, séparés du bord antérieur du mésentère, sans communication avec les centres nerveux, continuent leurs mouvements péristaltiques. Un tronçon de chair enlevé à un muscle vivant palpite pendant quelque temps.

Les physiologistes, qui ne veulent pas voir la vie sans l'intervention des nerfs, ont imaginé un reste de puissance dans les filaments nerveux dont sont pénétrés les tissus organisés où l'on observe ces mouvements. Ces physiologistes oublient que la force vitale survit aux autres facultés. Les fonctions corporelles sont arrêtées; les actes intellectuels sont anéantis; l'innervation est nulle, et l'irritabilité hallérienne se montre encore sur les tissus musculaires. Après la décapitation d'un chien sain, après la destruction de sa moelle épinière, après la section des nerfs, un irritant mécanique ou chimique, porté directement sur les muscles, produit, non pas des contractions locomotives, mais des frémissements fibrillaires, des oscillations, des froncements, qui attestent que ces tissus retiennent encore la vie qui leur est propre. Bichat a constaté que cette permanence de la contractilité durait plus longtemps après une mort subite que quand l'animal succombait à une maladie de langueur (2).

Il est constant que, dans les êtres dont l'organisation possède un appareil nerveux, les fonctions de la vie demandent, pour que leur exercice soit régulier, le concours simultané de la force vitale et de l'innervation. Mais dans ce mélange d'actions et d'effets, d'excitations et de produits, il faut que le pouvoir de chacun de ces dynamismes soit distingué, soit justement apprécié. Essayons de montrer que, dans tous les actes de la vie intérieure, l'innervation n'est qu'un auxiliaire; que c'est la force vitale qui régit ces actes, qui les conduit à leur fin, qui préside à la formation des produits qu'ils donnent.

Dans la digestion des aliments, l'innervation se montre une puissance nécessaire pour le libre exercice des actes préparatoires de cette fonction, la mastication, la déglutition. Si nous suivons la série des opérations mécaniques, chimiques et vitales qui constituent une digestion, nous arrivons bientôt à des phénomènes dont l'action nerveuse n'a plus la direction. C'est à une autre puissance, à celle qui donne la vie, à celle que les physiologistes sous-entendent quand ils prononcent le mot *nature*, qu'il faut rapporter les modifications successives que les matières alimentaires subissent dans l'estomac et dans les intestins. C'est cette puissance qui règle les combinaisons qui s'opèrent entre les principes de ces matières et ceux du suc gastrique, de la bile, du fluide pancréatique, etc.; la loi des affinités chimiques est inhabile à produire ces combinaisons. C'est la force vitale qui dirige la formation des matériaux que le sang, que les tissus organisés vont s'assimiler, qui bientôt feront partie intégrante du corps vivant.

Les centres nerveux, la moelle allongée, la moelle épinière, les plexus ganglionnaires, ont une influence incontestable sur le cœur. Dans l'état normal, cette influence donne aux contractions de cet organe un degré d'énergie qui assure le cours du sang dans ses vaisseaux. La circulation languit si cette influence éprouve un décroissement. L'action nerveuse suscite des contractions désordonnées du cœur, elle cause des palpitations lorsqu'elle se trouble, qu'elle se pervertit. Toujours l'innervation normale n'a d'action que sur l'ordre, sur la vigueur des mouvements du cœur; mais ce n'est point à elle, c'est à la force vitale que nous attribuons la spontanéité de ces mouvements, la succession alternative des contractions et des dilatations cardiaques.

C'est aussi de la force vitale que nous faisons dépendre la tension, la roideur, l'expansion, le resserrement que nous remarquons si souvent sur les canaux artériels. Ces phénomènes peuvent être déterminés par l'action déréglée des nerfs : ainsi une passion de l'âme fait prendre aux pulsations artérielles un caractère, des qualités, une instabilité qui dénotent un trouble de l'innervation, surtout de celle que fournissent les plexus ganglionnaires. Mais c'est toujours en agissant sur la contractilité des artères, c'est-à-dire sur la force vitale, que les nerfs suscitent ces phénomènes.

La force vitale tient aussi les vaisseaux capillaires sous sa domination. Ces vaisseaux prennent part, dans une organisation vivante, à de nombreuses opérations organiques : hématose, sécrétions, exhalations, nutrition, etc., et c'est la force vitale qui régit ces opérations. L'exercice de l'innervation sur les mouvements de ces vaisseaux est manifeste, quand ils éprouvent d'une manière soudaine une constriction ou un épanouissement, quand la chaleur du corps augmente subitement ou que l'on ressent un refroidissement, qu'il survient une pâleur ou une coloration de la figure, qu'une sueur inonde tout à coup la peau. Mais c'est toujours la force vitale des vaisseaux capillaires qui détermine ces produits organiques.

Dans l'acte de la respiration, nous trouvons la puissance nerveuse indispensable pour obtenir les phénomènes mécaniques de cette fonction, pour faire arriver l'air atmosphérique dans les vésicules pulmonaires. Déjà cette puissance ne paraît plus avoir d'influence sur les combinaisons chimiques qui s'opèrent dans l'intérieur des poumons, sur le changement de couleur qu'éprouve le sang veineux au contact de l'oxygène; mais ce sang subit, quand il devient sang artériel, un changement qui ne consiste pas seulement dans la couleur qu'il prend. Ce sang nouveau a reçu une modification intime, des qualités spéciales qui ne peuvent se réaliser sans l'intervention de la force vitale. Le sang a perdu de sa vie propre quand il arrive dans les veines; il la reprend dans sa plénitude en traversant les organes pulmonaires.

L'innervation ne paraît pas exercer d'influence sur l'absorption; mais les variations, les anomalies mêmes que présente souvent l'exercice de cette fonction, démontrent qu'elle est aussi sous l'autorité de la force vitale.

Les sécrétions et les exhalations peuvent être augmentées, ralenties ou viciées par une innervation plus active, ou affaiblie ou pervertie. Alors c'est le mode d'exercice de la fonction que change la puissance nerveuse; mais les produits que fournissent les organes sécréteurs et exhalants sont formés sous la direction de la force vitale. Elle conduit les mouvements secrets qui se passent dans l'intérieur de ces organes; elle détermine les

(1) Haller avait dit : *Vis irritabilis adeo profundè naturæ cordis insidet, ut etiam solitariæ particulæ dissecti musculi seorsim moveantur, et alterne et constringantur et laxentur.* (ELEM. PHYSIOL., t. 1, p. 472.)

(2) Un tissu musculaire qui obéit à la volonté présente à l'examen du physiologiste : 1° son irritabilité, que nous regardons comme l'expression de la force vitale qui l'anime; il y trouve de plus les actes qui se rapportent à cette force, la circulation capillaire, la calorification, la nutrition, etc. 2° Ce tissu lui offrira une fermeté, un degré de tension, une aptitude aux contractions qu'il devra à l'innervation que l'appareil nerveux porte sur toute l'organisation. 3° Enfin, quand un mouvement de locomotion s'exécute, le tissu musculaire vient de recevoir une action impulsive que la volonté lui a communiquée par les nerfs céphalo-rachidiens.

---

mélange et de communications physiques et morales, l'inégalité n'est qu'une échelle mobile, un accident nécessaire du développement de l'espèce. Si une race supérieure peut dégénérer, une race inférieure peut s'élever; et tout se balance.

Quoi qu'il en soit, l'inégalité de fait, originaire ou secondaire, de quelque manière et à quelque époque qu'elle se soit établie, ne saurait fonder et légitimer la relation de maître et d'esclave, pas plus entre peuple et peuple, entre race et race, qu'entre individu et individu de même race et de même pays. Mais elle peut très-bien fonder et légitimer la relation de précepteur à élève, de père à fils, de tuteur à pupille, de souverain à sujet. Ces relations, en effet, ne violent nullement l'égalité morale, la liberté. Il est juste, convenable, naturel que le plus intelligent commande et gouverne le moins intelligent, que le savant dirige l'ignorant, pourvu que ce soit pour son bien.

Le principe de la fraternité humaine n'est admissible et respectable qu'avec ces restrictions. Sans cela il conduit, en morale et en politique, à l'absurde, parce qu'il devient synonyme d'égalité. Mais dans la famille même, la fraternité n'est pas égalité. Il y a les aînés et les cadets, les grands et les petits; égaux dans l'affection du père, ils ne le sont pas entre eux; ils n'ont ni les mêmes droits ni les mêmes devoirs, parce qu'ils n'ont ni les mêmes besoins, ni la même intelligence, ni la même force. Il faudra donc mesurer la portée de ce grand et beau mot de fraternité quand on voudra en faire un levier pour ce qu'on appelle l'émancipation des peuples ou des races. Il ne faut pas oublier non plus que les frères ne sont pas nécessairement, ni même peut être naturellement, des amis. Il est remarquable que le premier meurtre commis sur la terre fut un fratricide.

Enfin, ceux qui voient dans l'hypothèse de la création unitaire et dans le recours habituel des partisans de ce système à l'intervention divine et à l'autorité des livres sacrés, un danger pour le libre exercice de la raison, un obstacle aux progrès de la science, se créent des difficultés gratuites. Dans l'ordre des sciences physiques et naturelles, l'autorité divine ne saurait jamais être en contradiction avec une théorie scientifique, car elle n'a rien statué ni enseigné à cet égard. En outre, ils doivent remarquer que leurs adversaires ne recourent à ces explications surnaturelles que dans les cas extrêmes où eux-mêmes sont incapables d'en proposer d'autres. Ils ne seraient donc exposés à rencontrer ces prétendus obstacles que sur un terrain extra-scientifique sur lequel il leur est toujours loisible de ne pas s'aventurer.

Concluons donc que le sort des questions religieuses, morales et sociales qui intéressent et passionnent, à si juste titre, l'humanité, ne dépend en rien des solutions opposées auxquelles peuvent conduire les recherches d'anthropologie et d'ethnographie philosophiques. Quelque hypothèse qu'on adopte, celle des unitaires ou celle des anti-unitaires, les hauts intérêts moraux et religieux restent saufs, car ils reposent sur des bases indépendantes de ces systèmes. On ne doit point, pour cela, proscrire ces aspirations spéculatives. Elles sont les mobiles les plus actifs de l'étude et de la recherche. Dans la carrière des sciences comme dans celle de la vie, le but idéal vers lequel on marche n'est jamais atteint; mais, chemin faisant, on cueille des fleurs et des fruits sur la route.

Malgré nos promesses et nos serments, la contagion philosophique nous a gagné en causant avec M. Hollard et M. Eusèbe de Salles. Dix volumes entassés sur notre table réclament impatiemment leur tour. Ils l'auront à la prochaine

combinaisons chimiques qui produisent les humeurs sécrétées et exhalées.

La nutrition, cette fin de tous les actes de la vie intérieure, peut être ralentie par un décroissement de la puissance nerveuse; elle peut acquérir plus d'activité par un développement de cette puissance : la nutrition se vicie par une perversion de l'innervation sur les organes. Mais c'est toujours la force vitale qui devient force plastique : c'est elle qui choisit les principes nutritifs, qui les assimile au sang et aux organes, qui répare les pertes que ces parties du corps éprouvent sans cesse pour l'exercice de la vie. Ce n'est pas à l'innervation que nous rapporterons le maintien de la composition intime du sang, bien qu'il se renouvelle toujours; ce n'est pas l'innervation qui veille à la stabilité des caractères anatomiques, des qualités physiques de chaque organe, bien que son matériel change incessamment. Ces faits si remarquables attestent l'exercice, sur les êtres organisés, d'une autorité souveraine; ces faits révèlent l'application d'une loi qui régit leur existence.

La calorification, dans les animaux à sang chaud, varie fréquemment par le jeu de l'innervation. Un trouble dans l'action des centres médullaires ou des nerfs ganglionnaires augmente ou affaiblit d'une manière soudaine la température du corps. La force vitale intervient nécessairement dans la production de ces phénomènes; mais où elle se montre surtout, c'est dans la constance de la chaleur animale, bien que le corps soit dans un milieu très-chaud, ou qu'il se trouve exposé à un froid rigoureux.

Dans la fonction de la génération, nous trouvons le concours de l'innervation nécessaire pour l'accomplissement des premiers actes. La force vitale reprend son autorité souveraine dès que nous arrivons à la fécondation des germes. La force vitale dirige l'évolution de ces germes; elle régit ces organisations naissantes; elle préside à la formation des parties qui doivent les constituer. C'est la force vitale qui, dans les vivipares, donne à ces organisations, avant qu'elles se séparent du corps auquel elles sont attachées, les conditions matérielles qu'exige un être indépendant, qui, dans les ovipares, emploie les moyens de développement qu'une prévoyance admirable a placés autour du germe.

Citons encore ce fait qu'un physiologiste du Nord appelle colossal. Des mouvements s'opèrent dans un germe fécondé; des membranes s'organisent, des sécrétions se produisent, des annexes nécessaires à l'évolution de ce germe se montrent, et l'appareil nerveux n'existe pas. Dans l'embryon, au aperçoit du sang, une circulation s'établit, une forme corporelle se dessine, chacun des organes prend la position qu'il doit occuper, la nutrition s'exerce, avant que l'innervation puisse se faire sentir.

Ici nous voyons des actes commencer une organisation. Ces actes sont complexes; leurs produits annoncent un dessein, montrent une direction; l'être futur reçoit une existence matérielle, et l'innervation n'est pas établie. Il existe donc dans un germe fécondé un principe d'action, une force plastique qui, sans le concours d'une autre puissance, conduit l'être que ce genre recèle dans les diverses phases de son évolution. Cette force dirige le travail initial qui amène la formation des divers appareils organiques dont le corps de cet être se composera; elle réglera même le développement de l'appareil nerveux : c'est d'elle qu'il tiendra ses facultés. Et cette force, si manifeste sur une organisation naissante, est méconnue quand cette organisation est complète, quand elle est vivante!

Il est souvent question en médecine de vitalisme, d'organicisme. Les doctrines que ces mots représentent ne devraient pas exister. Le matériel de l'homme et la force intime qui le fait vivre sont deux choses liées, conjointes, inséparables. L'homme n'est entier, n'est complet que par l'union de ces deux parties. Vous le décomposez, si vous isolez son organisation du dynamisme qui anime celle-ci, ou si vous séparez ce dynamisme du corps matériel qui lui doit la vie, et qui se décompose aussitôt qu'il le perd.

Nous désirons pour la pathologie une doctrine où l'étude de l'organisation matérielle de l'homme serait liée à celle de la force vitale qui l'anime, où les changements d'état du sang, où les lésions des tissus organisés seraient considérés comme les produits d'une perversion de cette force, d'une déviation accidentelle de la loi dont elle est l'expression, où les tendances de cette force à rétablir l'ordre normal seraient reconnues, sollicitées, aidées, où l'emploi des secours de la thérapeutique serait toujours justifié par les effets qui suivent leur administration. J'ai la confiance que les praticiens adopteraient une doctrine où seraient justement appréciées la valeur des recherches de l'anatomie pathologique, l'utilité des nouveaux moyens d'exploration qui donnent au diagnostic tant de précision, où les lumières de la physique, de la chimie, ne seraient pas dédaignées, si en même temps cette doctrine accueillait avec faveur le dogme d'une force vive, distincte de l'innervation, à laquelle tous les mouvements morbides sont subordonnés, qui intervient dans la formation comme dans la guérison des lésions pathologiques, qui est toujours en action sur le corps malade, soit que des altérations graves des organes conduisent à la mort, soit que des efforts salutaires rétablissent la santé. Dans cette doctrine, le vitalisme hippocratique, dont l'École de Montpellier a conservé, a consacré les principes, serait honoré à l'égal de la médecine organique, à laquelle, par des travaux opiniâtres, par des recherches ingénieuses, par de précieuses découvertes, l'École de Paris a donné un éclat qui séduit l'esprit, parce qu'en montrant les lésions cadavériques, la médecine organique semble mettre toute la maladie sous les yeux du praticien.

Disons, avant de terminer, que l'on parle très-souvent de la *nature* dans les ouvrages de sciences, et que l'on ne fait jamais connaître la valeur, le sens précis que l'on attache à cette imposante parole. Le mot nature a des acceptions si différentes : ici il exprime les propriétés qu'un être tient de sa naissance; là il désigne l'ensemble des choses créées. Par nature on entend aussi le pouvoir souverain, créateur du ciel et de la terre. Le plus souvent ce mot s'applique, sans qu'on s'en doute, aux grandes lois qui gouvernent l'univers, qui assurent le retour des phénomènes qui se succèdent dans le monde physique.

Dans l'étude des êtres vivants, on préfère souvent le mot *nature*, dont le sens reste vague, à celui de *force vitale*, qui révélerait une opinion. Sans définition précise, la nature ne présente à l'esprit aucune idée déterminée. Cette expression donne à la pensée un déguisement; elle déforme la vérité; elle établit un accord trompeur entre des doctrines qui se repoussent; elle nuit aux progrès des connaissances humaines.

Il doit être bien établi que, dans les sciences physiologiques, la nature représente le pouvoir souverain qui organise et fait vivre les végétaux et les animaux. Galien a dit : *Natura est vis in animalibus habitans, et earum operationum rectrix provida.....* Les savants qui écrivent on qui prononcent le mot *nature* s'étonneraient souvent des conséquences auxquelles ils se trouveraient conduits, si on les obligeait à exposer d'une manière claire et précise ce qu'ils entendent par cette expression. Les physiologistes arriveraient forcément à un mobile mystérieux, que les lois de la physique et de la chimie, que l'innervation n'expliquent plus. Ils ren-

---

Revue. Nous ne pouvons, en attendant, que les payer avec l'excuse donnée à l'infortunée Elvire par Sganarelle, parlant au nom de don Juan, son maître : « Madame, les conquérants, Alexandre, et les autres mondes sont la cause de notre retard. »

L. PEISSE.

— L'administration de l'assistance publique a fait disposer la ferme Sainte-Anne et un pavillon de l'hôpital de Lariboisière pour servir de maisons de convalescence pour les cholériques des hôpitaux. Déjà un certain nombre de malades ont été envoyés à la ferme Sainte-Anne.

— Le navire *Marathon*, parti de Liverpool le 22 septembre avec 522 émigrants, est arrivé à New-York après un voyage de cinquante-neuf jours, pendant lequel il a perdu 64 personnes du choléra.

— On a appris par l'arrivée du *Canada* à Liverpool que le choléra s'est déclaré à la Nouvelle-Orléans, déjà si éprouvée par les ravages de la fièvre jaune, et qu'on y comptait 214 victimes dans l'espace de quelques jours.

— Le nouvel Hôtel Dieu sera élevé au nord de Notre-Dame, sur l'espace compris entre la rue d'Arcole, celle du Cloître-Notre-Dame et le quai Napoléon. Cet emplacement a la forme d'un triangle, et contient une superficie d'environ 25,000 mètres.

Le nouvel hôpital contiendra autant de lits que l'Hôtel-Dieu actuel (environ 800), c'est-à-dire 200 de plus que l'hôpital de Lariboisière.

Il sera divisé en salles d'environ 36 lits. L'expérience a démontré que de pareilles salles permettent d'apporter dans le service l'économie désirable, et placent les malades dans des conditions convenables sous le rapport de la salubrité.

On peut estimer à 10 millions la dépense qu'entraînera l'acquisition des terrains et des maisons qui y sont construites, et à 5 ou 6 millions celle des constructions.

L'administration semble très-disposée à hâter le plus possible le moment où ces travaux seront commencés.

— La Société de médecine de Paris, séant à l'hôtel de ville, a renouvelé son bureau pour l'année 1854. Il est composé comme il suit :

Président	M. Brierre de Boismont.
Vice-président. . .	M. Géry.
Secrétaire général.	M. Boys de Loury.
Secrétaires partic.	MM. de Piétra-Santa et Guibont.
Trésorier.	M. Jacquemin.
Membres du conseil	MM. Requin et Camus.

— Le MONITEUR contient un article, sous le titre de *Médecine de colonisation*, dont l'objet est d'assurer aux populations rurales l'assistance du médecin sur tout le territoire colonisé. Nous publierons cet article dans notre prochain numéro.

— M. le docteur Auguste Millet (de Tours), ayant fait hommage à Sa Sainteté Pie IX de son ouvrage sur le cholera morbus épidémique, vient de recevoir du souverain pontife la décoration de l'ordre de Saint-Sylvestre.

contreraient la puissance absolue, souveraine, de la loi qui gouverne les êtres organisés.

On retrouve le terme *nature* dans toutes les sciences : partout il désigne des mouvements, des efforts, des effets et une règle, une autorité qui les produit et qui les dirige. Pour l'astronome et pour le physicien, la nature devrait être la loi de l'attraction, de la pesanteur. Pour le chimiste, ce mot désignerait la loi des affinités moléculaires, la tendance active des molécules des corps à former des combinaisons. Le physiologiste verrait la nature dans la puissance qui organise les plantes et les animaux, dans la loi biogénique qui fait vivre les individus un temps donné, et qui perpétue les espèces par la génération. Pour le médecin, la nature se manifeste quand, dans un corps malade, il observe des efforts salutaires qui tendent à rétablir la santé. Le philosophe trouve la nature dans cette raison qui donne à l'homme le sentiment d'une conscience, qui lui inspire des pensées d'honneur, de vertus, qui lui fait respecter la morale publique, réprimer, discipliner ses passions. La nature, pour le théologien, sera cette lumière intérieure qui éclaire l'homme, qui lui révèle l'existence d'un Dieu, qui lui montre ses destinées.

L'intérêt des sciences, la bonne foi des savants, exigent que l'on abandonne l'usage du mot *nature*, ou que l'on explique toujours le sens que l'on attache à cette parole.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DE LA FISTULE A L'ANUS PAR LES INJECTIONS IODÉES; par M. le docteur BOINET, membre de la Société de chirurgie de Paris, etc. (1).

Les succès que nous avons obtenus et que nous obtenons tous les jours, ainsi que plusieurs autres chirurgiens, dans le traitement des abcès, des ulcères, des fistules et des trajets fistuleux, etc., par les injections iodées, ont dû sans doute nous engager à voir si le même moyen pourrait trouver son application dans le traitement des fistules à l'anus, et si les avantages qu'on en retirerait seraient également aussi grands. Si le plus souvent les fistules à l'anus ne sont que des ulcères en forme de canaux étroits, allongés, ordinairement tortueux, avec décollement de la muqueuse, ou des ulcères fistuleux sous-muqueux, n'est-il pas rationnel d'employer contre elles le moyen qui est si avantageux contre les ulcères avec décollement de la peau ou les ulcères fistuleux sous-cutanés : nous voulons parler des injections iodées? Si donc, à l'aide de ce moyen, on peut parvenir à la guérison par des voies plus courtes et plus faciles, si l'on arrive à diminuer les douleurs physiques, à faire disparaître les inconvénients et les dangers de la seule méthode employée aujourd'hui contre les fistules à l'anus, de l'incision et de l'excision, s'il peut être appliqué à la pluralité des cas et surtout à ceux où les méthodes ordinaires sont impuissantes, le but du chirurgien sera rempli, et un véritable service aura été rendu à l'humanité. Si celui que nous proposons n'était pas suivi dans tous les cas de succès, il nous a assez bien réussi pour qu'on en tente l'usage avant de se décider à l'opération.

Le traitement de la fistule à l'anus par les injections n'est pas chose nouvelle assurément, et de nombreuses formules attestent qu'il a été essayé et recommandé dans tous les temps. Ce qu'il y a de nouveau dans la méthode que nous proposons, ce n'est pas, avons-nous dit, l'emploi des injections pour guérir les fistules à l'anus, mais l'application de la teinture d'iode injectée dans ces fistules, et peut-être aussi certaines règles dans la manière de s'en servir.

Nous savons d'avance toute l'opposition que va soulever cette méthode renouvelée, de la part de bon nombre de chirurgiens qui rejettent *à priori*, et sans jamais l'avoir expérimenté, tout procédé ou toute méthode jugés mauvais et inefficaces par leurs devanciers. Mais nous leur rappellerons que l'obstacle qui s'oppose souvent à la cure heureuse des maladies, c'est l'habitude dans laquelle sont la plupart des praticiens de trop généraliser l'emploi d'un procédé dont l'expérience a sanctionné le succès dans le plus grand nombre des cas. L'histoire de l'art nous apprend que les hommes les plus recommandables par leur savoir, comme les praticiens les plus médiocres, adoptent l'usage de certains moyens curatifs que l'habitude les empêche de changer, malgré les raisonnements les mieux fondés et l'expérience de leurs contemporains. Oui, c'est dans cette habitude, autorisée quelquefois par les raisonnements les plus spécieux, qu'on trouve la raison qui prive pendant longtemps la chirurgie de moyens curatifs précieux. Ces réflexions nous sont suggérées par le traitement actuel de la fistule à l'anus. Lorsque les chirurgiens eurent perfectionné la manière d'opérer la fistule à l'anus par une simple incision, l'enthousiasme pour une méthode qui leur parut si supérieure à toutes les autres les a naturellement portés à l'appliquer au traitement de toutes les fistules; cependant il n'est pas rare de rencontrer des malades sur lesquels les plus célèbres chirurgiens l'ont pratiquée plusieurs fois sans succès. Outre le reproche bien fondé qu'on pourrait lui faire de ne pas guérir constamment, ne pourrait-on pas soutenir aussi que la violence de la douleur qui accompagne ou suit cette opération, l'hémorrhagie et l'abondance de la suppuration qui en sont quelquefois le résultat, l'ennui que le malade éprouve par son séjour au lit, etc., sont déjà de bien fortes raisons pour lui ôter la préférence exclusive? Si, d'un autre côté, l'on remarque que souvent elle est insuffisante pour guérir la fistule avec une grande dénudation de l'intestin, on sera bien plus disposé encore à restreindre son usage, et si, comme nous allons le prouver tout à l'heure par des faits, de simples injections de teinture d'iode, exemptes de tous les dangers et de tous les inconvénients de l'opération qu'on pratique contre les fistules à l'anus, ont suffi pour guérir radicalement, n'est-il pas évident qu'on devra se dispenser de l'incision dans un grand nombre de cas?

Si, pour les fistules accompagnées de duretés, de larges décollements, ou pour celles où il est difficile de rencontrer l'ouverture de l'intestin à travers les callosités, on est obligé de joindre à l'incision l'excision, avec la somme de ses inconvénients, comme d'être très-douloureuse, de prolonger le traitement, d'occasionner des hémorrhagies, de la fièvre, une grande suppuration, un rétrécissement de l'anus ou l'incontinence des matières stercorales, ne doit-on pas être porté à la rejeter comme une opération cruelle, dangereuse, tant que le moyen que nous proposons n'a pas été employé sans succès?

Nous ne voulons pas dire pour cela que l'incision, combinée dans quelques circonstances avec l'excision, doive être abandonnée : c'est sans contredit un excellent moyen, celui qui est le plus usité dans la thérapeutique chirurgicale ; mais nous voulons faire remarquer que cette méthode, si avantageuse dans les fistules simples, n'est pas même, dans ces cas, à l'abri de toute espèce d'inconvénients, et qu'ensuite elle ne peut être appliquée à toutes les variétés de fistules à l'anus : elle ne peut rien, par exemple, contre celles qui dépendent d'une altération d'un os ou de quelque lésion profonde du bassin ou de l'abdomen, et reste souvent inefficace dans les fistules dont le décollement s'étend très-haut ou dans une large étendue, ou lorsqu'il existe de nombreux clapiers autour de l'anus.

Nous avons parlé des inconvénients et des dangers de l'opération de la fistule à l'anus par l'incision et par l'excision; pour qu'on ne nous accuse pas de les exagérer au profit des injections iodées, qu'on nous permette de les exposer succinctement.

1° L'incision a l'inconvénient de couper des portions saines qu'on voudrait ménager; elle expose à une plaie plus ou moins large, longue à guérir, et qui peut donner lieu à des accidents primitifs ou consécutifs qu'il n'est pas toujours facile de prévenir ou de combattre. Ces accidents sont une douleur si violente qu'elle effraye certains malades. D'autres ont une aversion si grande contre tout ce qui est opération par le bistouri qu'ils préfèrent garder leur mal et n'employer que des moyens palliatifs.

2° Les hémorrhagies qui peuvent en résulter ne laissent pas que d'être inquiétantes parfois, et réclament à leur tour de nouvelles opérations, le tamponnement, le cautère actuel.

3° Une abondante suppuration en est quelquefois la suite, et comme toutes les plaies qui suppurent, celle produite par l'incision ou l'excision peut donner lieu à des accidents d'infection purulente qui sont cause de la mort.

L'opération une fois faite, il faut appliquer des mèches. Les pansements, comme on le sait, sont un point capital, et la plus légère omission dans l'application des mèches, qui doivent être constamment maintenues dans le rectum pendant plusieurs semaines, peut s'opposer à la guérison. Tous les malades souffrent beaucoup de la présence de ces mèches, et quelques-uns sont tellement irritables, qu'ils ne peuvent les supporter et en éprouvent des accidents nerveux.

A ces graves inconvénients, il faut encore en joindre d'autres qui dépendent de l'état particulier des fistules.

S'il n'existe pas de communications avec l'intestin, autrement dit si la fistule n'est pas complète, ou bien si elle l'est et qu'on ne puisse pas trouver l'orifice interne, presque tous les chirurgiens recommandent de perforer l'intestin avec la sonde cannelée. Outre que cette partie de l'opération est toujours très-douloureuse, elle a l'inconvénient, en fendant l'intestin, de léser un organe qui n'est pas malade, ou de faire une plaie dans un autre point que celui où existe l'ouverture interne. En opérant ainsi au hasard, on court risque de percer l'intestin au-dessous du fond de la fistule, ce qu'il est impossible de constater sûrement alors, s'il reste un cul-de-sac par en haut après l'incision; on est obligé, si on le reconnaît, de chercher à le

(1) Ce mémoire a été lu à l'Académie des sciences, dans la séance du 1er août 1853.

mettre à nu immédiatement en divisant la valvule anormale qui le constitue, ce qui n'est pas toujours facile et sans danger.

Pour peu que les téguments soient décollés ou amincis, il faut les inciser; après quoi chacun des lambeaux doit être saisi avec une pince et tranché sur sa base. Sans cette précaution, la suppuration est intarissable et la cure fort incertaine.

S'il existe plusieurs trajets fistuleux, ce qu'on vient de faire pour un trajet, il faut le répéter sur les autres, afin de ne faire qu'une plaie unique, en excisant tous les lambeaux tégumentaires.

Dans les cas où les fistules s'ouvrent sur la paroi antérieure de l'intestin, il faut beaucoup de précautions, et l'excision offre de grands dangers; car on doit craindre de blesser la vessie, le cul-de-sac péritonéal, la prostate.

Quand elles s'élèvent très-haut, n'importe dans quel sens, l'opération est à la fois et plus difficile et plus dangereuse; et dans ces cas, comme on ne peut inciser, diviser les culs-de-sac, enlever les lambeaux décollés, amincis, il en résulte des suppurations interminables, et souvent la guérison n'a pas lieu. Si la fistule date de longues années, dit M. le professeur Velpeau, qu'elle soit accompagnée de vastes cavernes, de clapiers, qui s'étendent au delà du coccyx, du sacrum, des muscles fessiers qu'ils dénudent, si le releveur de l'anus a été franchi et que l'intestin soit largement disséqué, hors de la portée du doigt, il est rare qu'on réussisse, et le plus sage est de s'en tenir aux moyens de propreté, à un traitement palliatif; car si l'on excise au delà des limites inférieures de l'aponévrose ischio-rectale ou même du bord interne de l'aponévrose pelvienne, on est exposé aux infiltrations purulentes du bassin.

Voilà par conséquent bien des circonstances où un moyen qui pourrait remplacer l'incision et l'excision serait une véritable acquisition pour la thérapeutique chirurgicale. Ce moyen est l'injection de teinture d'iode dans le trajet fistuleux, quelles que soient sa cause, sa nature, sa forme, son étendue, son siége, et s'il ne réussit pas toujours aussi fidèlement que nous l'avons vu, il n'entraîne du moins aucun inconvénient après lui. Les avantages de cette méthode sont de laisser moins de douleur que la précédente, de permettre au malade de vaquer à ses occupations, de ne point donner lieu à tous les accidents que nous venons de passer en revue, d'abréger la longueur de l'opération et de beaucoup les souffrances du malade, le temps de la suppuration et de la guérison, d'exposer le malade à moins de difformité, de n'avoir besoin que d'un aide, au lieu de quatre ou cinq qu'exige l'opération ordinaire de la fistule à l'anus, de pouvoir être applicable dans tous les cas, que la fistule soit simple ou compliquée; pour les fistules qui dépendent d'une carie, d'une nécrose, d'une altération quelconque de l'ischion, du coccyx, du sacrum, des vertèbres, qui ont leur source dans une suppuration profonde de l'abdomen, les injections iodées sont faciles à appliquer et très-efficaces. Lorsque la fistule se contourne sous des angles très-prononcés, lorsqu'il existe de nombreux clapiers autour de l'anus, ce qui est souvent un embarras fort grand avec l'opération ordinaire, les injections iodées peuvent en triompher facilement; alors on évite toutes les incisions successives que le chirurgien est obligé de faire en pareils cas. Ainsi, quel que soit le nombre des sinus, on peut les injecter, lors même qu'elles ont dépassé les aponévroses périnéales par en haut et qu'elles sont entretenues par un vice local ou général.

Pour quelques-uns de ces cas, M. le professeur Gerdy a proposé un moyen ingénieux, qui serait excellent, sans doute, s'il était toujours applicable; il consiste, pour les fistules profondes et qui s'élèvent très-haut, à faire usage d'une espèce d'entérotome, dont l'une des branches doit être introduite dans le trajet fistuleux, et l'autre dans la cavité de l'intestin, de manière à saisir, à comprimer et à détruire la paroi intestinale qui sépare l'intestin de la fistule. Mais l'application de cette espèce de pince à branches allongées doit être impossible dans bien des cas, et souvent très-difficile dans beaucoup d'autres, surtout dans les trajets fistuleux, sinueux et très-étroits, où quelquefois peut à peine pénétrer un stylet boutonné ou une sonde cannelée; de plus, la présence d'un semblable instrument qui doit rester en place dans l'anus pendant plusieurs jours, c'est-à-dire pendant tout le temps nécessaire pour obtenir la mortification des parties comprimées entre les mors de l'entérotome, doit être bien désagréable et très-pénible pour les malades, sans compter qu'il peut en résulter des inconvénients bien grands pour la défécation.

Il arrive assez souvent que l'instrument explorateur ne se trouve plus séparé de l'indicateur que par une pellicule mince comme une feuille de papier, et cependant on ne peut le faire entrer à nu dans l'intestin; il glisse avec liberté dans toutes les directions sans la moindre peine; on sent que la membrane muqueuse est amincie, décollée, et pourtant on voit qu'il reste en dehors de l'organe. Y a-t-il une ouverture sur un point différent ? n'est-ce pas plutôt une fistule borgne externe ? On l'ignore. Il faut néanmoins prendre un parti; ce cas, fort embarrassant autrefois, est des plus désagréables encore pour les chirurgiens qui ne croient pas devoir opérer, sans avoir traversé d'outre en outre le conduit fistuleux; et comme ces cas sont les plus fréquents, c'est-à-dire comme les fistules borgnes externes sont les plus communes, on se dispense d'opérer ou on court les risques, si on opère dans ce cas et si on perce l'intestin au-dessus du décollement, de voir le mal persister. Avec les injections iodées, ces explorations deviennent inutiles, ces inconvénients ne sont plus à craindre, et c'est surtout dans les cas de fistules borgnes externes, les plus nombreuses de toutes les fistules à l'anus, qu'elles fournissent de prompts et beaux résultats. Avec elles on n'est pas exposé à couper l'intestin lorsqu'il est sain, on ne craint ni les rétrécissements de l'anus, ni les incontinences de matières fécales, comme il arrive quelquefois à la suite des opérations qui ont fait subir une perte de substance considérable. Avec cette méthode, point de mèches, pendant plusieurs semaines. point de pansements.

Les circonstances qui peuvent encore porter à préférer la méthode des injections iodées sont la faiblesse du sujet, la crainte de blesser quelques vaisseaux importants, la frayeur du malade pour l'instrument tranchant et sa mauvaise constitution. Le seul inconvénient qu'on aurait peut-être à leur reprocher, c'est de ne laisser apercevoir leur insuffisance que lorsqu'on a sacrifié un temps très-long au traitement de la maladie qui paraissait les réclamer; et comme dans ces cas particuliers l'opération n'est pas toujours applicable, le chirurgien n'aura aucun regret à éprouver de ce retard dans une guérison qu'on n'aurait pas obtenue autrement.

Ceci posé, voyons si par les injections iodées nous pouvons remplir cette importante indication, de modifier le trajet fistuleux de manière à en favoriser l'adhésion. Pour que les injections iodées agissent dans cette circonstance avec tout l'avantage qu'on doit en attendre, il importe d'observer certaines règles et de remplir certaines conditions qui nous paraissent indispensables; ainsi, dans les cas simples, on se servira de teinture d'iode pure, on prolongera son séjour dans le trajet fistuleux pendant plusieurs minutes, et on aura soin de faire pénétrer l'injection dans tous les points de la fistule, dans le but d'y produire une inflammation assez vive et de faire en un mot que, par suite du gonflement provoqué par l'inflammation, le contact des parois de la fistule soit assez uniforme pour mettre toutes les parties de la cavité fistuleuse en rapport réciproque.

(La fin au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR L'EMPLOI DE LA POUDRE A CANON DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA; par A. L. ROUX.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de faire connaître le résultat de mes essais, pendant l'épidémie de 1849 et de 1853, avec la poudre à canon, dans le traitement du choléra.

En 1849, parmi les remèdes préconisés, un médecin allemand affirmait avoir fait usage de la poudre à canon pulvérisée, sans en fixer la dose ni le mode d'administration, et en avoir obtenu des effets miraculeux. Quoique en acceptant avec défiance une pareille médication, j'essayai son emploi, qui me paraissait rationnel. Il me restait trois ou quatre cartouches dans ma giberne de garde national, et, chose étrange, l'une d'elles me servit à la guérison de deux malades le plus gravement atteints, tandis que la poudre des autres, employée de la même manière, ne me donna que des résultats négatifs. A quoi attribuer cette différence? Était-ce dans la manière dont chaque poudre avait été fabriquée, d'autant mieux que la première cartouche avait une enveloppe plus blanche que celle des autres, ou bien était-elle due à ce hasard indéfinissable qui fait qu'en subissant le même traitement et dans les mêmes circonstances, celui-ci meurt, quand celui-là guérit? Je voulus, comme on dit, en avoir le cœur net. Prenant pour point de départ les matières contenues dans la poudre : le charbon, le soufre et le nitrate de potasse (le premier comme antiputride, le second comme diaphorétique, le troisième comme diurétique), je fis faire des prises contenant 15 centigrammes de chacune de ces substances. A partir de ce moment, j'obtins coup sur coup vingt et une guérisons. Le choléra, il est vrai, quoique atteignant aussi mortellement certains malades, était sur son déclin; peut-être encore cette circonstance pourrait-elle paraître favorable au traitement, mais l'amélioration qui survient presque instantanément à la suite de cette médication n'est-elle pas déjà une preuve de son efficacité? Du reste, le cas de cette année doit détruire tout doute à cet égard.

Voici maintenant la manière d'opérer qui m'a si bien réussi. Sans dédaigner les frictions toniques et tous les moyens mis en usage pour rétablir la chaleur, je fais prendre de quart d'heure en quart d'heure, mêlée à un peu de gelée de groseilles, une des prises ci-dessus indiquées. Généralement la poudre, entraînée dans les premières garde-robes, se manifeste en

petits filaments noirs ou en forme de boule; mais plus tard la matière séreuse en prend la teinte, et à mesure que l'assimilation augmente, les garde-robes deviennent de plus en plus odorantes et bien moins fréquentes. A partir de cet instant, j'administre 60 grammes d'huile de ricin dans du bouillon de viande bien dégraissé et tiède, et du thé léger pour aider l'action du purgatif. Les évacuations, en se succédant, dégagent une odeur qui va jusqu'à la fétidité parfois la plus repoussante; alors la réaction est complète, et, ce qui m'a toujours surpris, tous les phénomènes vers le retour à la vie ont lieu en quelques heures, si bien qu'au troisième jour le malade est en pleine voie de convalescence.

J'aurais voulu joindre ici plusieurs observations et le témoignage irrécusable de quelques confrères; mais j'ai craint que ma lettre ne vous parût déjà trop longue, et puis qu'apprendraient-elles de plus aux praticiens, alors qu'ils ont sous les yeux la composition du remède et son mode d'administration?

Agréez, etc.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite.)

III. ALLGEMEINE MEDIZINISCHE CENTRAL ZEITTUNG,

Rédigée par le docteur Posner.

(Août à décembre 1852.)

CROUP BRONCHIAL CHEZ UN HOMME DE VINGT-DEUX ANS; par le docteur Bezeth, à Rotterdam.

Obs. — Le sujet de cette observation est un ouvrier vigoureux, qui avait eu l'année précédente une pneumonie dont il s'était complétement remis. Le 3 février il fut pris d'une forte oppression qui se termina par le rejet d'une membrane croupale présentant la forme des grosses et des petites bronches. Cependant l'état général était satisfaisant. On prescrivit le soufre doré et un vomitif pour le cas où de nouveaux accidents surviendraient.

Le 5 février, nouvelle expectoration de fausses membranes, sans que le malade quitte pour cela son ouvrage.

Du 5 au 10, rien de particulier.

Le 10, plusieurs fausses membranes.

Le 21, augmentation de la toux; expectoration de mucus visqueux, sans membranes.

Le 26 février, nouveau rejet de fausses membranes; toux encore plus forte, dyspnée, accélération du pouls; du reste le malade se trouve bien. (Soufre doré et calomel.)

Les dernières fausses membranes furent évacuées le 29 février.

Cette observation, dont nous ne rapportons que les principaux points, est remarquable par l'absence de symptômes graves, malgré la production de fausses membranes répétée pendant un temps assez long, fait qui montre que ce ne sont pas tant ces productions pathologiques qui donnent de la gravité au croup que certaines dispositions individuelles ou la nature même de laphlegmasie.

DE L'EFFICACITÉ DE LA CRÉOSOTE DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA; par C. Weben, chirurgien à Arneburg.

Comme il est de la plus haute importance d'arrêter le plus promptement possible les premiers symptômes du choléra, nous notons ici en quelques mots les quatre observations relatées par l'auteur.

Trois de ces observations se rapportent à des enfants de 9, 11 et 18 mois. Il y avait vomissements et selles caractéristiques, enrouement, chute des forces, refus des aliments et embarras gastrique. On prescrivit toutes les deux heures une cuillerée à café d'une décoction de salep (3 onces), dans laquelle on avait mis une goutte de créosote. Dès les premières doses, les vomissements s'arrêtèrent, et bientôt les malades furent rétablis.

La quatrième observation concerne un homme de 44 ans qui, depuis la veille, avait des vomissements bilieux, des selles blanches extrêmement abondantes et des crampes dans les mollets, le tout accompagné d'une extrême prostration. On prescrivit deux gouttes de créosote dans 5 onces de décoction de salep et une once de sirop de guimauve, à prendre toutes les deux heures par cuillerée à bouche; trois cuillerées suffirent pour faire cesser les évacuations.

EMPLOI DU COLLODION CONTRE LA CORDE VÉNÉRIENNE; par J. Doringer.

Obs. — M..., 20 ans, avait déjà été atteint deux fois de gonorrhée, et avait éprouvé des érections tellement douloureuses qu'il lui était impossible de garder le lit. Atteint une troisième fois du même mal, il vint consulter l'auteur. Celui-ci, dans le but d'empêcher l'afflux du sang vers l'organe, conseilla de le frotter de collodion dans toute son étendue, après l'avoir préalablement ramené à l'état de flaccidité par des fomentations d'eau froide. Ce moyen eut un plein succès; les douleurs cessèrent, et même le lendemain, lorsque le malade eut enlevé les couches de collodion, à cause de la gêne qu'il en éprouvait, elles furent beaucoup moins intenses.

IV. VIERTELJAHRSCHRIFT FUR DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE,

Publié par le professeur Halla et le docteur Hasner (de Prague).

La neuvième année (1852) comprenant quatre volumes (les tomes XXXIII à XXXVI de la collection générale) renferme les articles originaux suivants: 1° *Rapport sur le service des syphilitiques, dirigé par le docteur Waller, au grand hôpital de Prague;* par le docteur Suchanek. (Travail de statistique médicale.) 2° *Sur l'inflammation de la substance musculeuse du cœur;* par le professeur Dittrich. (Études sur la myocardite, suivies de nombreuses observations, les unes propres à l'auteur, les autres extraites de divers recueils.) 3° *Sur le mode d'action et sur la valeur de l'invagination dans les hernies inguinales mobiles;* par le docteur Streubel. 4° *Sur le changement des cysticerques en ténias;* par le docteur Küchenmeister. 5° *Sur les injections iodées;* par le docteur Spengler. 6° *Sur l'idée qu'on doit se faire de la physiologie, sur ses rapports avec les autres sciences, la manière de l'enseigner et de former des physiologistes et sur la création d'un institut physiologique;* par le professeur Purkyne. (Discours lu à l'ouverture de l'institut physiologique de Prague. Il existe en Allemagne un certain nombre d'instituts physiologiques, c'est-à-dire d'établissements dans lesquels les jeunes gens sont exercés aux dissections, aux observations microscopiques, aux expériences; ils sont dirigés par un professeur et se familiarisent ainsi peu à peu aux recherches scientifiques. Ce sont des institutions excellentes, qui ont déjà rendu d'éminents services à la science, et qu'il serait vivement à désirer qu'on établit aussi parmi nous.) 7° *Matériaux pour servir à l'histoire de la rage;* par le docteur Bruckmüller. 8° *Histoire des affections typhoïques dans les temps modernes;* par le docteur Hirsch. 9° *Sur les rapports du goître avec la tuberculose;* par le docteur W. Hamburger. 10° *Statistique de 700 malades atteints de lésions de la parole et de l'ouïe;* par le docteur E. Schmalz. 11° *Recherches du pouvoir réfringent des corps transparents à l'aide du microscope, sans mesure directe des angles;* par le docteur Ryba. 12° *Sur l'hypertrophie et l'atrophie de la sclérotique, et sur la formation du staphylome;* par le docteur Pilz. 13° *Sur la présentation du placenta;* par le docteur B. Seyfert. (Études sur l'influence que l'insertion vicieuse du placenta exerce sur la mère et sur le fœtus, et indication du traitement quand l'insertion est latérale ou quand elle est centrale.) 14° *Fragments de médecine opératoire;* par le docteur Jean Czermak. (Paracentèse de la poitrine pratiquée à l'aide d'un trocart particulier inventé par l'auteur.) 15° *Sur le traitement des luxations anciennes du bras;* par le docteur Simon. (Il s'agit d'une luxation qui datait de deux ans et qui fut réduite à la suite d'extensions pratiquées chaque jour pendant une dizaine de minutes, et cela pendant plus de deux mois et demi. On avait préalablement détruit de nombreuses adhérences par des incisions sous-cutanées; la tête de l'humérus rentra peu à peu dans sa capsule. 16° *Quelques mots sur les brûlures au point de vue médico-légal;* par le docteur Maschka. (Relation d'expériences entreprises sur le cadavre pour constater les effets des brûlures; l'auteur fait voir que les différences qu'on a voulu établir entre ces brûlures et celles qui ont lieu pendant la vie ne sont pas aussi tranchées qu'on l'a prétendu, et que souvent même ces différences n'existent pas.) 17° *Les accidents secondaires de la syphilis;* par le docteur Suchanek. (Description des différentes formes de la syphilis secondaire observées à la clinique du professeur Waller, sous le point de vue statistique, nosographique et thérapeutique.) 18° *Trois cas de morve aiguë observés sur l'homme;* par le docteur W. Bernatzig. 19° *Théorie de la percussion du thorax fondée sur des expériences directes et sur de nombreuses observations;* par le docteur J. F. Mazonn. 20° *Sur une forme particulière de la choroïdite partielle;* par le docteur Ryba. (Inflammation partielle de la choroïde décrite par Ammon et Sichel; observations propres à l'auteur; réflexions sur cette maladie et sur son traitement.) 21° *Emploi du collodion dans la variole et l'érysipèle;* par le docteur Christen. 22° *Physiologie pathologique de la pneumonie;* par le docteur G. Zimmermann. (Histoire très-détaillée d'un cas de pneumonie avec indication, jour par jour, de la température, de l'état du pouls, des signes physiques et autres symptômes, de l'analyse du sang, de celle de l'urine. L'auteur a donné cette relation pour servir de type et pour faire voir comment il conviendrait d'étudier les maladies pour

avoir des notions plus précises sur leur marche et sur leur nature.) 23° *Sur la structure et sur l'essence du staphylome de la cornée*; par le docteur Heymann. 24° *L'inflammation de la sclérotique*; par le docteur Pilz. (Études détaillées sur les différentes formes que présente cette phlegmasie et sur les exsudations qui en sont la suite.)

SUR LE MODE D'ACTION ET SUR LA VALEUR DE L'INVAGINATION DANS LES HERNIES INGUINALES MOBILES; par le docteur C. STREUBEL, à Leipzig.

L'auteur a eu l'occasion de faire l'autopsie de deux personnes opérées avec succès et mortes plusieurs années après du choléra. Il a pu de cette manière examiner avec soin l'état du canal inguinal et juger du mérite de ce procédé opératoire.

OBS. I. — Un ouvrier, âgé de 40 ans, portait une hernie scrotale du côté gauche, de la grosseur d'un petit poing; il ne pouvait pas supporter de bandage et réclamait une opération qui le délivrât de cette infirmité. L'auteur pratiqua l'invagination en introduisant une mèche de charpie épaisse. Au bout d'un mois le malade quitta le lit, mais on vit que la hernie se reproduisait; cependant il y avait une amélioration sensible. Quand l'opéré se fut entièrement remis, on lui proposa une seconde opération qu'il accepta. L'auteur poussa plus avant le morceau de peau invaginé jusqu'à l'anneau inguinal interne. Cette fois l'opération réussit complétement; aucune anse intestinale ne pénétra plus dans le canal; l'ouvrier put reprendre ses travaux comme s'il n'avait jamais eu de hernie. Cet homme mourut subitement du choléra deux ans et demi après l'opération.

Voici les résultats de l'autopsie :

Après l'incision de la peau, on put s'assurer par la simple vue, comme par le toucher, de l'élargissement considérable du canal inguinal. Le col du sac herniaire était oblitéré et formait un cordon épais et résistant qui recouvrait le cordon spermatique; les parois du sac herniaire étaient tellement adhérentes que ce sac formait une masse fibreuse impossible à séparer. Ces adhérences cessaient à quelques lignes au-dessous de l'anneau externe.

OBS. II. — Le second cas concerne un ouvrier maçon auquel feu le docteur Baumgarten (de Dresde) avait deux fois pratiqué l'invagination, six années auparavant. L'opération avait réussi au point de lui permettre tous les travaux de son état. Cet homme étant mort du choléra en 1850, l'auteur put examiner la région inguinale. La peau de cette région était épaissie, comme dans le cas précédent, et peu mobile. Le tissu cellulaire sous-cutané était aussi épaissi et adhérait à la paroi antérieure du canal. Après qu'on eut préparé l'anneau externe, on put pénétrer avec le doigt jusqu'à 2 pouces de profondeur. Quand on eut incisé la paroi antérieure du canal, on vit apparaître une tumeur en forme de bourse qui s'étendait en bas jusque tout près de l'anneau externe et, s'élargissant en entonnoir vers le haut, remplissait l'anneau interne. Ce sac était formé par le péritoine et renfermait une anse intestinale; il adhérait au tissu cellulaire sous-aponévrotique. L'ancien sac herniaire recouvrait, comme d'une masse fibreuse, le cordon spermatique, et se trouvait en partie oblitéré.

Ces deux autopsies montrent donc que l'invagination a pour effet de déterminer par compression et par inflammation adhésive l'oblitération du col du sac herniaire; il n'y a pas d'oblitération réelle du canal inguinal; celui-ci était, dans les deux cas, resté libre, et avait permis la formation d'un commencement de second sac herniaire.

SUR LES CHANGEMENTS DES CYSTICERQUES EN TÉNIAS; par le docteur KUCHENMEISTER.

Dans l'analyse que nous avons donnée du riche travail du professeur Leuckart sur les parasites, nous n'avons fait qu'indiquer les expériences du docteur Küchenmeister relatives aux métamorphoses des cysticerques (GAZ. MÉD., 1853, p. 294). Voici quelques détails sur ces expériences.

Siebold et Thompson avaient déjà émis l'opinion que le cysticerque des rats et des souris (*cysticercus fascicolaris*) devenait le *tænia crassicollis* des chats, lorsqu'il avait passé dans le canal intestinal de ces derniers; mais ce fait n'avait pas été prouvé expérimentalement, et, d'un autre côté, on ne savait comment interpréter la vessie dont sont pourvus les cysticerques; on se bornait à dire que le cysticerque était un jeune ténia dégénéré, arrêté dans son développement et devenu en quelque sorte hydropique. L'auteur rejette cette manière d'envisager les cysticerques; il les regarde comme des larves, et pense que leur vessie est un organe transitoire qui leur sert de provision de nourriture, et constitue ainsi pour eux une sorte de réservoir nutritif.

Pour arriver à la démonstration expérimentale des faits annoncés théoriquement par MM. Siebold et Thompson, et que M. Van Beneden avait aussi établis par ses études sur le développement des ténias, M. Küchenmeister fit avaler à des chiens et à des chats un certain nombre de cysticerques appartenant à diverses espèces (*le c. pisiformis*, le *c. tenuicollis*, le *c. fasciolaris* et le *longicollis*). Le *c. cellulosæ* ne donna aucun résultat, l'auteur ne l'ayant pas obtenu assez frais. Les chiens ou chats en expériences étaient mis à mort plus ou moins longtemps après l'administration des derniers cysticerques, de manière qu'on pouvait observer les divers degrés de leurs métamorphoses. L'auteur a remarqué que ces dernières se faisaient d'après un type général assez uniforme.

Le cysticerque, dès qu'il est parvenu dans l'intestin, allonge sa tête, perce son enveloppe, sort de celle-ci par l'ouverture qu'il s'est pratiquée, se fixe aux parois de l'intestin; enfin sa vésicule s'atrophie en perdant le liquide qu'elle renferme. L'auteur a trouvé le *c. pisiformis* dans cet état, chez le chat, trois heures déjà après son introduction. Le kyste reste encore quelque temps adhéreut au corps du cysticerque, et la vésicule de ce dernier, devenue flasque, ressemble à un article allongé. Dès cet instant le cysticerque est devenu un ténia. La longueur de ce dernier est égale, dans le principe, à la longueur de la tête du cysticerque, plus celle de son col, et varie conséquemment d'après la longueur de celui-ci.

Un résultat que l'on pourrait prévoir, c'est que chaque espèce de cysticerque ne prospère pas également dans le chien et dans le chat. Ainsi le *c. pisiformis* n'acquiert ses articles, au bout d'une dizaine de jours, que dans le chien; dans le chat, au contraire, il reste stationnaire et finit par s'atrophier. La même chose a lieu pour le *tænia crassicollis* dans l'intestin du chien. Ceci explique pourquoi certaines espèces d'animaux nourrissent telle ou telle espèce de ténia, à l'exclusion des autres. Ainsi toutes les espèces de cysticerques avalées par des animaux ne deviennent pas nécessairement des ténias; un grand nombre sont évacués sans avoir subi de métamorphoses.

L'auteur s'occupe, dans un article particulier, de rechercher quelles sont les espèces correspondantes des ténias et des cysticerques. Le *c. fasciolaris* du foie des souris produit le *tænia crassicolis* des chats; le *c. pisiformis* donne naissance à une espèce particulière au chien, mais que l'auteur ne détermine pas; le *tenuicollis* produit le *tænia serrata*; enfin le *c. cellulosæ*, si abondant chez le porc, se transforme en *tænia solium*.

Ces faits bien authentiques, constatés avec soin sur les animaux, jettent un grand jour sur la production des ténias, et expliquent leur abondance chez certaines nations ou dans certaines localités.

SUR LES INJECTIONS IODÉES; par le docteur SPENGLER, à Herborn.

L'auteur a pratiqué sans succès des injections iodées dans un cas d'ascite chez une jeune fille de 21 ans, ascite produite par une induration du foie et de la rate. On pratiqua successivement trois ponctions qui furent suivies d'une injection d'iode avec iodure de potassium. Ces injections produisirent chaque fois de vives douleurs. La malade mourut au bout de trois mois de traitement. Malgré cet insuccès, que l'on comprend facilement d'après l'état du foie et de la rate, le fait en lui-même montre que la présence, dans la cavité péritonéale, d'une substance aussi irritante que l'iode, n'offre pas de danger réel, et que ce mode de traitement, employé du reste avec succès par quelques praticiens, mérite d'être pris en considération.

M. Spengler rapporte ensuite deux observations d'hydrocèles guéries par les injections iodées. Dans le premier cas, l'hydrocèle avait été préalablement opérée par excision, ce qui n'avait pas empêché la récidive. Les injections de vin rouge et les médicaments externes s'étaient montrés tout à fait inefficaces. Les seules injections iodées ont amené une guérison radicale. L'auteur saisit cette occasion pour combattre la cure de l'hydrocèle par l'excision, qu'on a regardée à tort comme le moyen le plus rationnel; car, outre l'observation qui lui est propre, il rapporte avoir vu une hydrocèle double récidiver des deux côtés, après l'excision de lambeaux considérables de la tunique vaginale.

La seconde observation offre ceci de remarquable que le testicule fut atteint et blessé par le trocart lors de la ponction; cependant l'orchite qui en résulta guérit assez rapidement, malgré l'injection iodée.

L'auteur se loue aussi beaucoup de ces mêmes injections dans le traitement des abcès froids. Il rapporte, comme exemple, l'observation d'une femme de 60 ans qui portait à la fesse droite un abcès chronique très-profond qui s'était ouvert spontanément. Par suite d'une abondante suppuration, la malade dépérissait et était prise d'accès fébriles tous les soirs. Après l'emploi inutile de divers moyens, entre autres le quinquina à l'intérieur et des injections d'une solution de nitrate d'argent, l'auteur eut recours à l'iode et injecta tous les jours une solution d'un scrupule d'iode sur 2 d'iodure potassique, dans 4 onces d'eau. La suppuration diminua, et la malade guérit rapidement.

MATÉRIAUX POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA RAGE; par le docteur BRUCKMULLER, répétiteur à l'Institut vétérinaire de Vienne.

On avait cru jusqu'ici, et les vétérinaires comme les médecins, comme les gens du monde, croient encore que la rage peut se reconnaître pendant la vie et après la mort sur les animaux, particulièrement sur les chiens. Le mémoire que nous avons sous les yeux tend à établir le contraire et à jeter le médecin dans un scepticisme complet, au sujet d'une maladie

terrible dans ses effets, et qui a résisté jusqu'à présent à tous les agents thérapeutiques.

Cette opinion, qui surprend au premier abord, n'est cependant pas émise à la légère : elle repose sur des recherches nombreuses faites avec soin, et elle vient d'un homme placé dans des conditions favorables pour bien observer.

Sur 90 autopsies de chiens qui ont été faites depuis le 1er octobre 1850 jusqu'à la fin d'août 1851, il y en avait 8 de chiens atteints de rage furieuse, 7 de chiens affectés de rage tranquille et 13 cas douteux. Un seul de ces animaux avait eu la rage par suite de morsure ; la maladie s'était développée spontanément chez les autres.

L'auteur décrit en détail les lésions cadavériques observées sur les 8 chiens atteints de rage furieuse, et il constate, par la comparaison de ces lésions entre elles, qu'il n'en existe aucune qui soit caractéristique, c'est-à-dire qui se rencontre chez tous les sujets. Jamais il n'a trouvé de vésicules, soit sous la langue, soit sur cet organe ou sur un point quelconque de la cavité buccale. La muqueuse du pharynx était ordinairement d'un rouge pâle et sèche. Les lésions les plus communes consistaient dans un catarrhe aigu de l'estomac et de l'intestin, avec infiltration sanguine et hypérémie veineuse de presque toutes les parties du corps, signes qu'on rencontre fréquemment sur des chiens qui n'ont pas été enragés : d'où l'on est amené à conclure qu'il n'existe dans le cadavre aucun signe caractéristique qui puisse annoncer que la rage a existé pendant la vie.

L'autopsie des sept chiens atteints de rage tranquille a donné les mêmes résultats ; les lésions différaient des précédentes, mais variaient suivant les sujets, au point qu'aucune d'elles ne peut être regardée comme constante.

Enfin des résultats semblables sont encore fournis par l'examen des chiens simplement soupçonnés de rage ; de sorte qu'on est assez disposé à regarder la tendance à mordre comme un symptôme de plusieurs sortes de maladies. Parmi les signes nécroscopiques, l'auteur s'arrête à la vacuité de l'estomac, qui a été assez souvent rencontrée, et il fait remarquer qu'on l'observe aussi sur des chiens qui ne sont nullement enragés. Il examine ensuite un à un les autres signes regardés comme caractéristiques par les auteurs, et fait voir qu'aucun d'eux ne saurait être considéré comme tel.

Après avoir déduit de ses recherches ce résultat inattendu, savoir l'absence complète de signes cadavériques propres à caractériser la maladie, l'auteur s'occupe des symptômes observés pendant la vie, et examine en particulier ceux qui ont été surtout regardés comme appartenant en propre à la rage, tels que la tendance à fuir le domicile du maître, la déglutition d'objets non susceptibles d'être digérés, l'altération de la voix et l'envie de mordre. Il fait voir que ces symptômes n'appartiennent pas à tous les chiens affectés de rage, et qu'on les observe quelquefois sur des chiens qui en sont tout à fait exempts ; en sorte qu'il arrive à conclure que la rage n'est pas une affection spécifique, c'est-à-dire une maladie particulière, distincte des autres maladies par des signes qui lui soient propres, mais que les phénomènes de la rage peuvent accompagner les affections morbides les plus diverses, et dès lors doivent être regardés comme secondaires, souvent même comme produits par des influences extérieures.

L'auteur en vient ensuite à l'examen de la contagion, et cherche à démontrer que les faits sont plutôt contre ce mode de transmission qu'en sa faveur. Il fait d'abord observer que, pour qu'une forme morbide soit contagieuse, il faut que l'inoculation reproduise la maladie avec les caractères qui lui sont propres. Or les symptômes de la rage chez l'homme, par exemple, sont très-différents de ceux qu'on observe chez le chien, et chez les chiens eux-mêmes, les signes morbides diffèrent les uns des autres. L'auteur n'hésite donc pas à formuler cette conclusion, que la maladie qui se développe chez l'homme par suite de la morsure d'un animal enragé ou simplement surexcité n'est pas provoquée par un *contagium* particulier, mais qu'elle constitue un véritable tétanos. Les inoculations qui ont été pratiquées jusqu'à présent ne démontrent nullement l'existence d'un principe contagieux ; car le travail morbide qui s'en est suivi ne ressemble souvent pas du tout à la rage, et ne doit être regardé que comme le résultat d'une forte excitation du système nerveux.

En résumé, l'auteur regarde la rage comme une forme de tétanos. Cette manière de voir est certes plus rassurante que l'opinion généralement reçue, et il est à désirer qu'elle se confirme. Il est certain que toutes les morsures faites par des animaux enragés ne sont pas nécessairement suivies du développement de la rage, et que le débridement, comme dans le tétanos traumatique, est rangé au nombre des meilleurs moyens thérapeutiques ; mais, d'un autre côté, l'opinion du docteur Bruckmüller ne doit pas nous faire désister des mesures de prudence et des précautions que l'on a coutume de prendre contre cette terrible affection. Quand bien même on viendrait à rayer la rage du cadre nosologique, elle n'en restera pas moins comme une forme morbide redoutable qui peut se transmettre, ou, si l'on aime mieux, qui peut être provoquée par une morsure et déterminer la mort.

(La fin au prochain numéro.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

L'Académie a procédé, dans sa séance du 19 décembre, à la nomination d'un secrétaire perpétuel en remplacement de M. Arago.

La commission chargée de présenter une liste de candidats a présenté les candidats suivants par ordre alphabétique :

MM. Ch. Dupin,
Lamé,
Pouillet.

Sur la proposition d'un membre, l'Académie a décidé que le nom de M. Élie de Beaumont serait ajouté à la liste.

Le scrutin a donné le résultat suivant :

Au premier tour :

Sur 52 votants, M. Élie de Beaumont a obtenu		19 voix.
M. Ch. Dupin.	—	16
M. Lamé.	—	8
M. Pouillet.	—	7
M. de Sénarmont. . .	—	1
Billet blanc.		1

Au second tour :

Sur 53 votants, M. Élie de Beaumont a obtenu		29 voix.
M. Ch. Dupin.	—	17
M. Pouillet.	—	5
M. Lamé.	—	1
M. de Sénarmont. . .	—	1

En conséquence M. Élie de Beaumont a été proclamé secrétaire perpétuel.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'empereur.

SÉANCE DU 12.

— M. GOUYON, médecin à Clermont, adresse une note sur l'intérêt qu'il y aurait, pour le traitement des maladies dont l'invasion est soudaine et la marche très-rapide, à pouvoir porter directement dans les veines les médicaments jugés nécessaires. Il a imaginé à cet effet, et principalement en vue des cas de choléra-morbus, une seringue munie d'un petit trocart, instrument à l'aide duquel l'ingestion doit, suivant lui, se faire facilement, promptement et sans danger immédiat.

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

— M. BELON adresse une note sur le choléra-morbus et ses moyens préservatifs, suivie de considérations physiologiques et pathologiques.

L'auteur croit voir, dans la suspension du travail éliminatoire des reins, la source principale des désordres qui rendent si grave cette maladie. En conséquence la médication qu'il propose a surtout pour objet de rétablir la sécrétion de l'urine. Les moyens préservatifs qu'il indique sont aussi conçus conformément à cette idée. (Même section.)

L'Académie renvoie à l'examen de la même section trois notes également relatives au choléra et au traitement qui lui convient, de MM. CAVAILLON, BONSQUET et LIMOSIN.

— M. CUINET (MICHEL) annonce être en possession d'une méthode de traitement, au moyen de laquelle il guérit les dartres les plus rebelles ; il pense que cette méthode est un titre à recevoir un des encouragements du legs Bréant. (Même section.)

SUR L'ALTÉRATION DU SANG DANS LA FIÈVRE JAUNE.

M. CHASSANIOL, chirurgien-major au 1er régiment d'infanterie de marine à la Basse-Terre (Guadeloupe), adresse sous ce titre un mémoire qu'il résume en ces termes :

Appelé, par mes fonctions de chirurgien-major, à donner mes soins aux familles des officiers de mon régiment, j'ai cru de mon devoir, en présence de la fièvre jaune qui sévit sur nos jeunes soldats, de suivre avec attention les différents modes de traitement opposés à ce terrible fléau. Ayant enfin fait choix d'une médication, j'ai cherché à m'expliquer comment ce mode de traitement pouvait rendre compte des avantages qu'on en retirait.

Voici, en quelques mots, le point de départ de mon hypothèse : les signes observés dans cette pyrexie sont, pour tous les médecins, de nature à se partager en deux périodes bien tranchées : l'une, que j'appellerai de réaction contre l'agent délétère à l'état latent dans l'air atmosphérique, l'autre de dissolution du fluide sanguin par un agent septique puisé dans l'économie. Or la médication, dans cette seconde période, est essentiellement tonique et fébrifuge ; si nous ajoutons qu'il est impossible qu'elle ne soit pas antiseptique, nous aurons l'explication de son efficacité au point de vue de notre hypothèse.

Continuant notre raisonnement, nous avons dû rechercher si la chute de la première période à la seconde n'était pas le résultat du passage et du séjour prolongé d'un agent septique provenant de la sécrétion urinaire ; car il est d'observation constante que, dans la seconde période de la fièvre jaune, cette importante sécrétion est considérablement diminuée. Nous avons de suite pensé à l'urée, et recherché si ce principe se trouvait dans le sang en quantité notable ; nous avons dû en même temps constater son absence dans l'urine.

Les recherches ont été entreprises avec le concours de M. Vardon, pharmacien de la marine.

RECHERCHE DE LA QUANTITÉ D'URÉE CONTENUE DANS LES VEINES ET DANS LE SANG DE SUJETS ATTEINTS DE FIÈVRE JAUNE ; par M. VARDON, pharmacien de la marine.

Urine recueillie sur le cadavre quelques heures après la mort.—200 grammes d'urine ont été évaporés au bain-marie jusqu'en consistance sirupeuse. Cette masse, reprise par l'alcool et filtrée, a également été évaporée en consistance de sirop. La liqueur sirupeuse, traitée par l'acide azotique, a donné de l'azotate d'urée qui a été recueillie sur un filtre taré. Après avoir été lavé, il a été exprimé entre des doubles de papier joseph, puis séché et pesé. D'après le poids de l'azotate, la quantité d'urée a été trouvée de 1,90.

Cette urine contenait en outre 0,45 p. 100 d'albumine. Aucune trace d'acide urique n'a été dénotée.

Sang du même sujet recueilli à l'autopsie. — 200 grammes de sérum ont été évaporés au bain-marie jusqu'à siccité. Cette masse a ensuite été broyée dans un mortier, puis traitée par l'alcool, lequel en a précipité presque toute l'albumine. La liqueur alcoolique, séparée par le filtre du coagulum albumineux, a été chauffée à la température de l'ébullition, filtrée afin de séparer une nouvelle quantité d'albumine, qu'une trop forte proportion d'alcool avait tenue en solution, et enfin évaporée en consistance sirupeuse. Cette liqueur sirupeuse a été délayée dans un peu d'alcool, puis soumise à l'ébullition. Une nouvelle quantité d'albumine s'est encore séparée. Cette dernière solution alcoolique, privée enfin d'albumine, a été filtrée et évaporée au bain-marie en consistance de sirop. Ce sirop, refroidi, a été traité par l'acide azotique, et il s'est formé de l'azotate d'urée. Nous l'avons dissous dans l'eau et fait cristalliser. La quantité que nous avons obtenue a été très-sensible.

En présence d'un pareil résultat, nous avons eu à cœur de faire d'autres essais, afin de déterminer le plus exactement possible la quantité d'urée contenue dans le sang et la diminution sensible de cette substance dans les urines. De nombreuses autopsies faites par MM. Chassaniol, chirurgien de première classe, et Huard, chirurgien de troisième classe, nous en ont fourni les moyens.

Urine recueillie sur le cadavre quelques heures après la mort.—15 grammes d'urine ont été soumis à l'analyse, et nous ont donné 0,08 d'urée, 0,50 d'albumine ; aucune trace d'acide urique.

Sang du même sujet pris dans le cœur. —50 grammes de sang ont donné 0,21 d'urée.

D'autres essais ont encore été faits, et nous avons obtenu à peu près les mêmes résultats.

Enfin nous avons fait une dernière analyse d'urines recueillies à la première période de la maladie et quelques heures après la mort.

Les résultats de cet examen font voir combien est sensible la diminution de l'urée contenue dans les urines, et combien est grande la quantité de cette substance dans le sang. Nous pensons même que tout le sang que nous avons examiné doit contenir une plus grande proportion d'urée, et que la quantité qui a échappé à notre investigation s'est trouvée probablement dérobée par l'albumine, qui, en raison de sa coagulation, a dû en empêcher la séparation complète.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1853, — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre du commerce transmet :

1° Le rapport final de M. le docteur Bourdin, médecin cantonal à Gesmes (Haute-Saône), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Clamecy, depuis le 20 septembre jusqu'au 20 octobre dernier. (Comm. des épid.)

2° Le rapport final de M. le docteur Despiotte, médecin des épidémies du canton de Grassery-le-Château, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Sulives (Côte-d'Or). (Même comm.)

3° Une lettre écrite par M. le docteur Lalagade (d'Albi) et un mémoire de ce médecin sur un nouveau procédé dont il prétend se servir avec avantage pour la conservation du virus-vaccin ; ainsi qu'un instrument dont il se sert pour introduire le vaccin dans les tubes destinés à conserver ce fluide. (Comm. de vaccine.)

4° Une demande d'analyse de la source des Dames à Cusset (Allier) et de l'une des sources de Plombières (Vosges). (Comm. des eaux min.)

— Le ministre de l'instruction publique informe l'Académie qu'il approuve la décision prise par son conseil d'administration de faire remettre à M. Chaix-d'Est-Ange, qui a assisté l'Académie avec le plus noble désintéressement dans la contestation élevée entre cette compagnie et les héritiers d'Argenteuil, une médaille, comme témoignage de sa gratitude.

— M. BEAUREGARD (de Graville-le-Havre) adresse un rapport général sur les ravages du choléra dans l'arrondissement du Havre. (Comm. du choléra.)

SUR LA SENSIBILITÉ MUSCULAIRE ET SUR LE SENS MUSCULAIRE.

M. DUCHENNE (de Boulogne) communique un mémoire intitulé : RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR LA SENSIBILITÉ MUSCULAIRE ET SUR LE SENS MUSCULAIRE.

En voici les conclusions :

1° Il paraît exister un sens qui siége dans le muscle et qui sert à l'accomplissement de la contraction musculaire volontaire, c'est lui qui, excité par le cerveau et réagissant sur lui, l'éclaire pour ainsi dire sur le choix des muscles dont il doit provoquer la contraction. Je propose de l'appeler *sens musculaire*.

2° Il ne faut pas confondre le sens musculaire qui, dans l'acte des mouvements volontaires, semble précéder et déterminer la contraction avec la sensation qui donne la conscience de la pesanteur de la résistance et qui a été justement appelée par M. Gerdy *sensation d'activité musculaire*. Cette dernière est le résultat ou le produit de la contraction musculaire. On doit distinguer aussi le sens musculaire général, sensibilité caractérisée par la douleur qui résulte d'une cause externe, l'excitation électro-cutanée, la pression, la contusion, etc.

3° Le sens musculaire peut exister indépendamment de la sensation d'activité musculaire.

4° Le sens musculaire est nécessaire à la contraction musculaire volontaire et à la cessation de cette contraction ; cependant le sens de la vue est l'auxiliaire du sens musculaire, qu'il peut suppléer.

5° La perte simultanée du sens musculaire et du sens de la vue produit conséquemment la paralysie des mouvements volontaires. (Comm. nommée, M. Bérard, rapporteur.)

— L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement du bureau.

Sur la proposition de M. le président, appuyée par plusieurs membres, l'Académie adopte en principe qu'à l'avenir, au lieu de désigner le président sortant pour faire partie du conseil d'administration, on désignera le vice-président. Cette proposition sera ultérieurement soumise, s'il y a lieu, à une commission pour être régularisée.

Le scrutin donne le résultat suivant :

Président. — 69 votants.

M. Nacquart obtient. . 56 voix.
M. Laugier 9
M. Jobert. 1
Billet blanc. 1

M. Nacquart est nommé président.

Vice-président. — 60 votants.

M. Jobert (de Lamballe) obtient 39 voix.
M. Laugier 20
M. Renault 1
M. Larrey. 1

M. Jobert (de Lamballe) est nommé vice-président.

Secrétaire annuel. — 58 votants.

M. Gibert obtient 50 voix.
Voix perdues.. 8

M. Gibert est réélu secrétaire annuel.

Membres du conseil d'administration. — Sont nommés : MM. Jobert, Michel Lévy et Soubeiran.

INJECTION DE PERCHLORURE DE FER DANS LA CAROTIDE D'UN CHEVAL.

M. LEBLANC présente l'artère carotide droite d'un cheval, auquel il a pratiqué avec le concours de M. Debout, une injection de trente gouttes de perchlorure de fer à 15 degrés préparé par M. Soubeiran, entre deux points comprimés distants l'un de l'autre de 10 centimètres. Cette injection a eu pour résultat de déterminer la production d'un magma cylindrique de 8 centimètres de long et de 1 centimètre de diamètre, qui a favorisé la formation de caillots sanguins obturateurs solides et adhérents. Le magma a pu être absorbé, à quelques vestiges près, en vingt-deux jours. Ce résultat a été obtenu sans accident grave et sans que l'animal ait présenté de symptômes généraux de quelque durée et de quelque importance.

La pièce soumise aux recherches de M. Charles Robin a donné les résultats suivants :

L'extrémité libre de caillot, du côté opposé au point où a été faite l'injection, se compose de fibrine très-nettement caractérisée par son aspect fibrillaire et par les fines granulations dont elle est partout parsemée. Elle offre de plus de nombreux globules blancs du sang. L'extrémité de ce caillot correspondant à la cavité qui contenait le magma diffère de la précédente en ce que la fibrine a perdu son aspect fibrillaire et est devenue complétement homogène, finement granuleuse ; elle est encore parsemée de globules blancs semblables à ceux de l'autre extrémité du caillot. Elle renferme en outre des globulins dits de la lymphe ou du sérum. Enfin elle contient des globules rouges, mais devenus irréguliers de teinte plus foncée qu'à l'état normal ; ils ont perdu leur élasticité et ont une plus grande consistance qu'à l'ordinaire.

Il existe au milieu de ces globules de petits fragments de même couleur et de même aspect qui semblent n'être que des fragments de globules désagrégés. Ces fragments se distinguent du perchlorure par une coloration moins foncée et plus de transparence.

Les tractus rougeâtres qui unissent les portions de caillots voisines de la cavité aux parois du vaisseau, sont formées uniquement de fibrine nettement fibrillaire, coloré, par des globules sanguins un peu irréguliers, mais parfaite-

ment reconnaissables. Ils ne sont mélangés d'aucun fragment de perchlorure de fer. On n'y trouve que de rares globules blancs.

Au niveau de ces tractus la couche unique de cellules épithéliales pavimenteuses du vaisseau est parfaitement intacte. Ces cellules sont très-transparentes, étroites, un peu allongées, pourvues d'un noyau ovale, etc. L'épithélium au-dessous de la couche mince de perchlorure est complétement détruit. La membrane interne de l'artère est à découvert.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA PNEUMONIE D'AFRIQUE; par M. CATTELOUP. — Paris, 1853; in-8°.

Nous n'avons jamais caché notre prédilection pour l'étude des maladies des pays chauds, de nos colonies en particulier : de nouveaux et vastes horizons s'y découvrent tous les jours, tandis que chez nous, la plupart des hommes les plus considérables ne trouveraient guère, comme titres à la célébrité, que le mérite d'avoir aperçu quelques détails dans les horizons déjà connus, d'avoir mieux fixé les lignes d'objets depuis longtemps esquissés, d'avoir mieux interprété, mieux observé des faits dont la science était déjà en possession. Nous n'avons pas non plus caché notre peu de sympathie pour l'esprit étroit qui nous semble animer l'École de Paris et la médecine française en général; on ne fait qu'une pathologie de clocher, passez-nous l'expression; une fois qu'on sait plus ou moins bien ce qui se passe dans son cercle, on croit tout savoir; on s'inquiète fort peu des faits et des doctrines du dehors; on attache une importance majeure à une minime découverte faite dans ses foyers, mais on ignore on l'on prise peu les découvertes d'un ordre bien plus élevé nées hors de chez soi; ignorant des choses du dehors, on marche à tâtons dans des voies déjà éclairées ailleurs par la lumière de la science, et bien souvent, quand on se croit un découvreur, on n'est qu'un imitateur. Nous avons toujours rêvé quelque chose de mieux pour Paris. Attirant des élèves de toutes les parties du monde, cette école ne devrait-elle pas leur donner au moins quelques notions de la pathologie du monde? Que voulez-vous que fasse au Brésil ou sur les rives de la Plata, un Hispano-Américain auquel notre Faculté n'aura appris que notre fièvre typhoïde, notre pneumonie, notre phthisie? Une école universelle n'est point un rêve irréalisable; et en attendant, sans viser aussi loin, il nous semble qu'on pourrait élargir le cercle, étendre le champ d'exploration, ne pas borner son érudition à la connaissance des auteurs français, ne plus décrire les maladies comme si elles étaient partout ce qu'on les observe aux alentours de son clocher, et enfin, peut être, créer une chaire, soit de géographie médicale, soit de topographie médicale, soit de maladies des pays chauds, une chaire, en un mot, qui, quel que soit son nom, permît au professeur de promener son œil médical sur toute la surface du globe, d'élargir son esprit et celui de ses auditeurs.

Pour arriver à fournir la matière d'un tel enseignement, il faudrait qu'on eût plus souci de faire passer dans notre langue les ouvrages de tant d'auteurs étrangers, anglais surtout, qui ont observé dans des pays si divers, et qu'on apportât plus d'attention aux publications françaises relatives à nos colonies, à l'Algérie, aux Antilles, au Sénégal, aux Guyanes, aux îles de l'océan Pacifique, enfin aux régions que nous occupons passagèrement, soit comme protecteurs, soit comme conquérants.

En attendant, descendons de ces hautes régions, et restreignons-nous au rôle modeste de bibliographe des travaux publiés sur les contrées chaudes, en joignant aux faits et aux interprétations d'autrui les faits et les interprétations recueillis par nous-même sur la terre étrangère.

M. Catteloup est loin d'être inconnu aux lecteurs de la GAZETTE : nous avons déjà rendu compte de ses travaux sur la dysenterie et sur la cachexie paludéenne. (GAZ. MÉD., 1851, p. 701, et année 1852, p. 453.)

Poursuivant ses recherches, ce laborieux observateur nous fait connaître aujourd'hui la pneumonie d'Afrique, sujet des plus intéressants, et qui, ajouté à l'excellent livre de M. Grisolle, légitimerait davantage son titre : TRAITÉ DE LA PNEUMONIE, tandis qu'aujourd'hui il mériterait plutôt celui de TRAITÉ DE LA PNEUMONIE DE PARIS, restriction et spécialisation, du reste, qui incombent à aussi juste titre à toute monographie, à tout traité publiés chez nous, mais surtout à Paris, car Strasbourg s'éclaire un peu, trop peu, il est vrai, de l'Allemagne, et Montpellier de l'Espagne, de l'Italie et des pays chauds en général.

Le travail de M. Catteloup, comme tout ce qui est sorti de la plume de ce médecin militaire, est pratique, précis, sobre de développements non indispensables, ennemi des digressions et des hypothèses.

M. Catteloup a été chargé de services médicaux à Oran, Tlemcen, Sidi-bel-Abbès, trois localités ayant chacune son type : Oran, ville chaude, maritime, en proie aux dysenteries et aux affections de foie; Tlemcen, ville de la zone moyenne, située à 800 mètres d'altitude, sujette à une faible impaludation, ayant un climat déjà radouci en été, déjà froid en hiver; enfin Bel-Abbès, contrée chaude et palustre. Il ne manque à l'observation de M. Catteloup, que les hauts postes de la région montagneuse, comme Constantine, Médéah, et surtout Tiaret, localités qui se rapprochent de notre climat, et dont la pathologie présente un intermédiaire entre celle de la France et celle du littoral algérien torride et souvent palustre. Sur ces plateaux on observe des pneumonies analogues aux nôtres, franchement inflammatoires, vives dans leurs allures, décidées dans leurs terminaisons, nettes dans leurs caractères, à moins pourtant qu'elles ne sévissent sur des sujets qui, nouvellement arrivés dans ces hautes régions, y apportent une constitution modifiée par les milieux chauds et palustres du littoral ou des terres basses de l'intérieur.

M. Catteloup n'eût pas mal fait de commencer son travail par quelques lignes consacrées à la topographie médicale de l'Algérie, et à la détermination de l'influence des sites sur la pneumonie : il serait arrivé, nous n'en doutons pas, à ces conclusions : que la pneumonie est d'autant plus modifiée qu'on envisage des zones ou des lieux plus déclives, plus fortement impaludés, plus chauds, plus sujets aux endémo-épidémies palustres et climatiques; tandis qu'au contraire, sur les hauts plateaux, sur les cimes montagneuses, dans les régions où les foyers miasmatiques sont rares, où l'endémo-épidémie est peu marquée, la pneumonie se rapproche de celle qu'on observe en France, voire même à Paris.

Les modifications de la pneumonie d'Afrique sont en raison composée des sites, comme nous venons de le dire, et de l'état de l'organisme de l'individu affecté. Si M. Catteloup a négligé le premier point de vue, il a attaché une importance extrême et légitime au second; il a fait clairement ressortir que les individus modifiés par un séjour plus ou moins long en Algérie et affectés de maladies indigènes endémo-épidémiques, présentent des pneumonies ayant des caractères spéciaux d'autant plus tranchés que cette modification est plus profonde. Je sais qu'on peut m'objecter qu'en définitive si, dans les contrées hautes et plus tempérées, les pneumonies sont plus franches, c'est non parce que le climat est tel, mais parce que la pneumonie trouve des organismes disposés d'une certaine façon par les influences de ces milieux. Cette objection a bien sa valeur, mais non pas une valeur absolue. Et d'abord, fût-elle absolue, il n'eu serait pas moins intéressant et utile de faire ressortir la géographie médicale de la pneumonie, sa confluence ou sa rareté, son affectation de tels ou tels caractères selon les lieux. Mais il y a plus : on ne saurait nier que tel génie, inflammatoire, catarrhal, etc., ne règne dans certaine contrée, non pas tant à cause des dispositions individuelles que parce que ce milieu engendre par ses propres qualités un genre morbide qu'un autre milieu sera inapte à produire. Ces questions touchent à la fois à l'étiologie et à l'hygiène, à la climatologie et à la pathologie.

De même qu'un individu offrira en Algérie une pneumonie d'autant plus française, passez-moi l'expression, qu'il sera plus récemment débarqué, de même aussi cette affection se rapproche d'autant plus de celles qu'on observe chez nous, qu'elle se développera, toutes autres conditions égales, dans la saison de l'année la plus froide et en même temps la plus éloignée de l'endémo-épidémie passée. Ainsi, en novembre, décembre, janvier et février, l'organisme est trop modifié encore par la saison précédente avec ses influences palustres et climatiques, pour se prêter aux évolutions d'une franche et alerte pneumonie. En mars et avril, au contraire, l'économie a eu le temps de se refaire, les chaleurs n'ont pas encore paru, et les pneumonies nous rappellent davantage ce que nous avons observé en France. A Rome, en 1850, c'est également en mars que nous avons traité le plus grand nombre de pneumonies (GAZ. MÉD., 1851, p. 671, HISTOIRE MÉD. DE L'ANNÉE 1850).

M. Catteloup divise en quatre groupes ses observations, peut-être un peu courtes et trop peu nombreuses, des pneumonies d'Afrique : 1° pneumonies franches survenant chez des individus très-peu modifiés par le climat; 2° pneumonies à caractère inflammatoire, modifiées par le climat seul et par les maladies presque exclusivement développées sous son influence; 3° pneumonies accompagnées de fièvre d'accès ou paludéenne; 4° pneumonies survenues dans la cachexie paludéenne.

Les pneumonies du premier genre, dans les contrées algériennes chaudes et palustres, diffèrent déjà notablement des nôtres pour les symptômes, mais surtout pour les exigences thérapeutiques. On sera plus sobre d'antiphlogistiques, sous peine de jeter dans l'anémie, dans la prostration, et de livrer ainsi en victimes des individus qui auront à subir les influences nouvelles et perturbatrices de la chaleur, du miasme des marais, qui auront à braver la dysenterie et les affections du foie.

Deuxième groupe. La pneumonie coïncide surtout avec la diarrhée ou la dysenterie, plus rarement avec les maladies du foie. Bien souvent ce n'est pas une simple juxtaposition, mais une véritable combinaison, une maladie complexe, résultant de la fusion de deux éléments morbides. La pneumonie est souvent obscure, tardivement reconnue. Plu-

sieurs signes habituels en France font défaut; on ne la reconnaît quelquefois qu'arrivée au deuxième degré. Une saignée et des évacuations sanguines locales suffisent en général dans ces pneumonies accompagnées de peu de réaction, d'une fièvre médiocre. Nous voulons parler surtout ici des cas les plus fréquents, de l'existence d'une pneumonie avec un flux intestinal; si, chose plus rare, l'affection de poitrine marche avec une hépatite aiguë, les antiphlogistiques seront plus franchement abordés. Le tartre stibié paraît inopportun et nuisible à M. Catteloup quand il existe un flux intestinal, tandis que le kermès lui a rendu les plus grands services. En général, dans toute pneumonie d'Afrique développée chez un sujet déjà modifié par le climat ou par l'endémo-épidémie, il faut faire immédiatement suivre les antiphlogistiques de l'usage des antimoniaux. Les révulsifs interviendront également de bonne heure; car, d'une part, il est rare que la suracuité s'oppose à leur emploi, et d'autre part, l'évolution de ces pneumonies est fort rapide : vite tombe le mouvement fébrile, vite commence la résolution, et, dans ces circonstances, elle est puissamment aidée par des révulsifs.

Troisième groupe. Pneumonies accompagnées de fièvre d'accès ou paludéenne. Ce groupe est fort intéressant. Ici encore il y a bien souvent, non pas simple accolement, mais fusion intime. Il serait digne d'intérêt de catégoriser les faits sous les chefs suivants : accolement fortuit des deux affections, combinaison telle qu'elles deviennent solidaires, cas où la pneumonie n'est qu'un simple épiphénomène, une forme, un masque de la pyrexie palustre. Nous nous bornons ici à ces simples indications.

Souvent, dans ces pneumonies comme dans celles du groupe précédent, le caillot n'a point de couenne. On sera sobre de saignées; les antimoniaux suivront les antiphlogistiques, et le sulfate de quinine marchera parallèlement avec cette thérapeutique. Dans un cas, M. Catteloup, praticien très-expérimenté cependant, néglige un premier accès survenu pendant le cours d'une pneumonie déclarée; un deuxième accès revient, avec le caractère pernicieux, et le sulfate de quinine est aussitôt largement donné, mais il ne peut prévenir le cinquième accès qui emporte le malade. La fièvre ne paraît influencer favorablement la pneumonie dans aucun cas, tandis que la réapparition d'un flux intestinal qui s'était apaisé sous l'influence de la pneumonie, ou son exacerbation momentanée, exercent, d'après M. Catteloup, une incontestable et salutaire influence sur la phlegmasie pulmonaire, en opérant une sorte de révulsion, de dérivation, de spoliation sur la surface intestinale. Il ne faudrait pas trop étendre ce principe, car, dans des cas assez nombreux, chez des sujets affaiblis par une pneumonie déjà ancienne et peu vive dans ses allures, la dysenterie ou la diarrhée ne sont plus que d'ultimes et funestes complications qui hâtent le terme fatal.

On peut dire qu'en général la pneumonie survenant chez un sujet dyssentérique, diarrhéique, hépatisant, fébricitant, ou simplement modifié par le climat, sans atteinte d'aucune affection déterminée, est plus obscure, accompagnée de moins de réaction, trahie par moins de signes physiques ou rationnels, indique la sobriété dans l'usage de la phlébotomie, le recours prompt aux antimoniaux, et surtout un traitement contemporain dirigé contre l'affection qui marche de pair avec la phlegmasie pulmonaire.

Quatrième groupe. Pneumonies survenues dans la cachexie paludéenne. Affections le plus souvent latentes, obscures, insidieuses, sans fièvre, qu'on doit deviner à un signe, et qu'il ne faut presque pas traiter. Si les pneumonies existent avec l'état scorbutique et la profonde détérioration palustre du sang, ne saignez jamais, ne mettez même ni ventouses scarifiées ni sangsues, mais excitez, tonifiez, relevez le malade par tous les moyens possibles; car le mal local n'est ici presque rien en comparaison de l'état général. Mettez avant tout l'économie dans le cas de pouvoir procéder à la résolution de l'affection pulmonaire.

En Afrique, la formule inflexible pour la guérison des pneumonies, mauvaise en France, compterait tant de victimes, qu'elle reculerait bientôt elle-même épouvantée. Nous l'avons dit maintes fois, en Algérie la doctrine de Broussais n'eût pas même été viable.

Un mot de résumé maintenant sur les caractères de la pneumonie d'Afrique; nous suivrons M. Catteloup dans cette exposition, en ayant soin de n'insister que sur les points réellement importants.

Symptomatologie. — Ces beaux types de pneumonie, fortune des cliniciens, triomphe des élèves, marchant avec le cortége complet de tous les signes rationnels et physiques, sont chose inconnue chez les individus modifiés par le climat des contrées chaudes et palustres de l'Algérie : prodromes peu marqués, courts, fugitifs, latents; douleur souvent absente; la toux ne manque presque jamais, mais l'expectoration est très-inconstante, n'existe même pas; elle est rarement bien caractéristique et fortement sanglante; la dyspnée n'est pas toujours proportionnée à l'intensité du mal; la circulation ne se trouble pas aussi violemment qu'en France et la fièvre peut manquer; le pouls est même ralenti dans certains cas de concomitance avec l'ictère; le sang est loin de présenter toujours de la couenne. Voyons enfin ce que peuvent apprendre la percussion et l'auscultation.

Aucun signe n'est constant, et leur ordre d'apparition est lui-même souvent singulier. Quelquefois la matité et le souffle tubaire sont les premiers phénomènes qu'on saisit, les crachats sanglants ayant manqué et la pneumonie ayant succédé à une bronchite dont les râles sonores et bruyants ont étouffé les râles crépitants pneumoniques. La transformation de la bronchite en pneumonie est une évolution fréquente en Afrique, ce qui expliquerait peut-être pourquoi les pneumonies doubles y sont plus communes que chez nous. Dans les cas dont nous parlons, et où le râle crépitant a passé inaperçu et quelquefois même n'a pas existé, le râle de retour est saisi par l'oreille lorsque la résolution s'effectue. Ce râle crépitant, soit primitif, soit de retour, est souvent mêlé de râles plus gros, plus irréguliers, plus humides; il se rapproche du râle sous-crépitant. Enfin, ces râles sont difficilement perçus dans les pneumonies centrales ou disséminées, lobulaires, cas dans lesquels la percussion dénote difficilement la matité. A bien considérer les observations de M. Catteloup, et abstraction faite des pneumonies centrales et des pneumonies lobulaires très-éparpillées, c'est encore la matité et le souffle tubaire qui seraient les signes les moins inconstants de la pneumonie d'Afrique.

Anatomie pathologique. — Ce chapitre est l'un des plus remarquables et des plus neufs. Chez les individus modifiés par le climat, mais surtout chez les cachectiques et les scorbutiques, l'hépatisation franche est un phénomène rare, et la carnification ainsi que la sphénisation sont beaucoup plus fréquentes que chez nous. Souvent c'est un mélange d'oedème, d'oedème, d'ecchymoses, de congestions, de noyaux apoplectiques, d'hépatisation dure ou molle, de granulations grises et sanieuses, de tissus nets à la coupe, de tissus granulés à la section, de rouge, de brun, de gris, de bleu, etc., etc., toutes altérations qui semblent chacune la traduction d'un des éléments qui entrent dans la composition de la maladie complexe et qui trahissent les produits multiples regardés comme incompatibles, et néanmoins coexistants, de la phlegmasie, de la débilité, des congestions actives et des infiltrations scorbutiques, etc. Voilà, certes, un sujet des plus intéressants, non-seulement comme anatomie pathologique, mais comme pathologie, voire même comme doctrine.

La pneumonie d'Afrique paraît moins grave que la nôtre, et M. Catteloup n'a perdu qu'un homme sur douze. Une médecine rationnelle, analysant tous les éléments, les prenant en considération pour sa thérapeutique, consultant et l'état général et la lésion locale, vient ordinairement à bout de ces pneumonies dans un assez court espace de temps. Nous ne parlons pas ici des pneumonies survenant sur des sujets épuisés par les excès et la cachexie.

En 1851, nous consacrions dans la Gazette Médicale, p. 669 (Histoire médicale de l'année 1850 à l'armée de Rome), quelques paragraphes à l'étude des pneumonies de Rome, contrée analogue à beaucoup de régions palustres et moyennement chaudes de l'Algérie, aux pays de Saïda, de Daya, aux plaines qui s'étendent sous Sebdou, etc., etc. Or, deux ans avant M. Catteloup, nous faisions des observations concordantes avec celles qu'il a ensuite publiées d'une manière bien plus complète, car nous n'avons fait qu'esquisser des considérations, tandis qu'il est auteur d'un bon mémoire. Mais ces concordances sont à signaler, car elles corroborent l'une par l'autre le résultat auquel nous sommes arrivés chacun de notre côté.

Nous avons remarqué à Rome, comme M. Catteloup en Afrique :

1° Que les pneumonies sont surtout catarrhales et lobulaires;

2° Qu'elles ne sont souvent que la transformation de simples bronchites, et qu'alors elles sont fréquemment doubles;

3° Que, dans ces cas de transformation, le râle crépitant peut ne pas exister, ou qu'il est voilé par les râles muqueux ou secs, sonores et bruyants;

4° Que le râle crépitant est assez rarement sec, typique, isolé, comme en France, mais mélangé à d'autres bruits, etc.; qu'il se rapproche souvent du râle sous-crépitant de la bronchite capillaire;

5° Qu'en conséquence le râle crépitant n'a pas, dans les pneumonies de Rome, la même valeur séméiologique que chez nous;

6° Que, dans certains cas, le souffle bronchique et même tubaire s'est manifesté avant que nous n'eussions pu saisir le râle crépitant;

7° Qu'on doit être modéré dans l'emploi des antiphlogistiques, recourir aussitôt après aux antimoniaux (émétique, kermès) et aux révulsifs.

Nous ajouterons que nous favorisions la tolérance de l'émétique par l'adjonction de l'opium, et que le nitre nous a rendu quelques services. Dans plusieurs cas très-graves de pneumonies accompagnées d'état typhoïde, il a fallu s'abstenir complétement de saignées; les toniques et les purgatifs nous ont alors paru une bonne médication. Si nous pouvons tirer des conclusions d'une douzaine de cas, les purgatifs seraient alors beaucoup plus utiles que les vomitifs, que les antimoniaux.

Félix Jacquot.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

MM. les abonnés de la GAZETTE MÉDICALE sont prévenus qu'à dater du premier numéro de janvier, le journal sera imprimé en caractères neufs. Ils trouveront la table des matières pour l'année 1853 à la fin du présent numéro. La table des auteurs et le titre du journal leur seront envoyés avec le numéro prochain.

CHOLÉRA-MORBUS.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Deuxième article. — (Voir le numéro précédent.)

II. — TRAITEMENT DE LA PÉRIODE PRODROMIQUE.

Le traitement de la période prodromique du choléra peut être *empirique*, *symptomatique* ou *rationnel*. Ces trois modes de traitement répondent à une notion différente de la maladie, et ils supposent d'abord l'existence bien déterminée en fait de cette période prodromique. Or, bien que le doute ne paraisse plus permis à l'égard de cette notion préalable, quelques développements nouveaux ne seront pas moins utiles pour en fixer l'étendue que pour y conquérir définitivement la partie flottante de l'opinion.

Nous le répétons, on ne conteste plus l'existence de la diarrhée prodromique ou prémonitoire du choléra. La règle est reconnue et acceptée; on n'en discute plus que le degré de fréquence. Mais si le moment n'est pas venu de vider cette question, dont nous avons précédemment posé les termes et indiqué les conditions de solution, nous pouvons signaler, chemin faisant, les éléments qui s'ajoutent chaque jour à ceux que nous possédons pour achever la conviction des esprits. C'est ainsi que L'UNION MÉDICALE fait connaître, dans son dernier numéro, le chiffre des diarrhées prémonitoires sur la presque totalité des malades admis jusqu'ici dans les hôpitaux. D'après ce relevé, dont nous sommes à même d'attester l'exactitude, il y aurait eu du 7 novembre au 15 décembre inclusivement, sur 675 admissions, 505 diarrhées, sans compter 66 malades sur lesquels il n'avait pas été possible d'obtenir des renseignements précis. Voilà un résultat qui, sans être absolument conforme à ceux qui ont été publiés précédemment, donne une proportion suffisante pour maintenir la généralité de la règle entre les deux extrêmes en plus et en moins, publiés jusqu'à ce jour.

Mais à mesure que le fait de la diarrhée prémonitoire devient de plus en plus certain et que, par son caractère de phénoménalité concrète, il se prête merveilleusement à introduire dans les esprits la notion dont il est en quelque sorte l'élément matériel, c'est-à-dire de la période prodromique du choléra, il importe de ne pas trop personnifier cette période par la diarrhée, dans la crainte d'amoindrir et d'effacer d'autres éléments de cette période, qui, eux aussi, ont leur degré d'importance, soit pour en donner une détermination plus complète, plus impartiale et plus vraie, soit pour offrir à la pratique des indications complémentaires ou supplémentaires. En effet, la diarrhée prémonitoire n'est pas toute la période prodromique: si c'en est le phénomène le plus fréquent et le plus important, d'autres phénomènes en font partie qui méritent aussi une sérieuse attention. C'est même, on peut le dire, de la considération collective de ces phénomènes que peut se déduire non-seulement la vraie signification de la période prodromique du choléra, mais encore, et surtout, la vraie signification de la diarrhée prémonitoire.

Un phénomène auquel on n'a pas porté assez d'attention jusqu'ici ouvre presque toujours la scène prodromique: c'est la sécrétion gazeuse des intestins, caractérisée par les borborygmes. Presque tous les sujets qui ont eu la diarrhée ont commencé par avoir des borborygmes. Leur présence est peut-être même plus générale que celle de la diarrhée; car bon nombre de ceux qui n'ont pas éprouvé l'une ont éprouvé les autres, tandis que l'existence de la première implique presque toujours celle des seconds. Or que sont les borborygmes à l'égard de la diarrhée et à l'égard de la période prodromique du choléra, sinon, sous une forme plus ténue, sous la forme gazeuse, le premier phénomène de fermentation et d'élimination de l'élément morbifique du choléra? Cette explication peut déplaire à quelques-uns; mais l'existence et la valeur du fait ne sont pas conditionnels à la théorie. On peut même, pour ménager toutes les susceptibilités, se borner à dire que la sécrétion gazeuse prémonitoire est un élément presque nécessaire de la période prodromique du choléra, et qu'il témoigne au moins d'un commencement de trouble physiologique de la fonction intestinale, dont la diarrhée est un degré plus avancé.

Après les borborygmes, après la diarrhée, on pendant, on même avant cette première manifestation cholérique, se présentent les envies de vomir. Pour l'ordre d'apparition et la fréquence, les nausées ont moins d'importance que les deux précédents symptômes, et lorsqu'elles se manifestent, elles sont un avertissement beaucoup moins équivoque que la diarrhée, par exemple, qui peut exister sans aucun autre trouble dans la santé, et peut coïncider avec un appétit très-développé. Les nausées supposent donc un degré plus prononcé de la période prodromique, et elles sont avec l'absence d'appétit le signe presque certain d'un embarras gastrique. La liaison de la nausée avec l'excrétion gazeuse ou diarrhéique de l'intestin a à peine besoin d'être indiquée. L'alternative à laquelle sont soumises les personnes prises de nausées établit seule cette liaison. Tout le monde a pu constater en effet que les envies de vomir sont presque toujours accompagnées d'éructations gazeuses de l'estomac; que celles-ci font presque toujours cesser celles-là; et pour suivre la filiation des phénomènes jusqu'où elle s'étend, la nausée, l'éructation et le vomissement ne sont-ils pas comme des manifestations diverses d'un même état, et la reproduction dans l'estomac de ce qui se passe sous une forme un peu différente dans l'intestin? Il y a donc des *prodromes gastriques*, comme il y a des *prodromes intestinaux*.

Mais il faut étendre l'observation plus loin encore. Le théâtre des prodromes cholériques n'est pas seulement le tube digestif, c'est l'économie entière, c'est le système nerveux, ce sont les principales fonctions qu'il dessert et anime, c'est la sensibilité, c'est la motilité, c'est la calorification, ce sont les forces, en un mot c'est l'état général de l'économie. Il est à peine nécessaire de rappeler les troubles prémonitoires qui se rattachent à chacune de ces dépendances du système fonctionnel, pour montrer l'étendue, la marche et la diversité des formes que peut affecter la période prodromique du choléra.

Les *crampes* sont à la fois le symptôme le plus significatif et le plus

Feuilleton.

A PROPOS DU NOUVEL AN.

Heu! fugaces... labuntur anni.

Une année finit, une autre commence, un point indivisible du temps les sépare, et forme la limite entre le passé qui n'est plus et l'avenir qui n'est pas encore. Ce phénomène se produit à chaque révolution diurne de la terre, à chaque heure, à chaque minute du jour, à chaque instant de la durée infinie. A tout moment un cycle périodique de la marche des astres s'achève et un autre commence, de même que le soleil se couche dans un lieu au même instant qu'il se lève dans un autre. Tous les jours sont donc le premier ou le dernier de l'an, de même qu'il est toujours midi quelque part. Ainsi le veut la loi astronomique abstraite du temps; mais de par l'almanach il en est autrement. Il lui a plu, après bien des variantes, de fixer le commencement de l'année au dix-neuvième jour avant le moment précis où le soleil entre dans le signe du verseau, c'est-à-dire le 1[er] janvier. C'est à cette période de sa course éternelle que le vieux Saturne est tenu de renverser son sablier. Telle est la règle parmi les peuples chrétiens de l'Occident, excepté les Russes. Fions-nous donc et obéissons à l'almanach qui est le plus véridique de tous les livres, le plus absolu de tous les codes.

Avant d'inaugurer l'année médicale naissante par les souhaits, les vœux, les espérances et les horoscopes dont on entoure le berceau de tout ce qui entre dans la vie en ce monde, on doit quelques mots d'oraison funèbre à celle qui vient d'expirer. Ce soin pieux appartient naturellement à la presse périodique qui a tenu registre des faits et gestes de la trépassée et l'a suivie pas à pas dans sa carrière. Il revient particulièrement à la GAZETTE MÉDICALE, qui, elle-même très-vieille (mais encore assez verte) a déjà accompagné un si grand nombre de ces convois; elle dont les interminables volumes alignés composent une des plus vastes nécropoles d'hommes, de choses et d'idées que le temps ait hâties!

Nous voudrions avoir à inscrire sur la pierre tumulaire quelqu'une de ces découvertes qui tranchent vivement sur le fond habituel, assez monotone d'ordinaire, de la science, et qui peuvent s'énoncer, en style lapidaire, par un seul mot, comme VACCINE, CIRCULATION DU SANG, LITHOTRITIE. L'occasion de ces belles épitaphes est rare. Celle de l'année 1846 peut montrer avec quelque orgueil, ÉTHÉRISATION, et celle de 1847, CHLOROFORME. Celles des années suivantes n'offrent aucun mot aussi voyant; non plus que celle de la dernière défunte, 1853. On pourrait cependant, si l'on était allemand, lui faire un titre avec la PROTOPINTIQUE du professeur d'hygiène, Ernest Manher, de Halle, l'ODIO-MAGNÉTISME du baron de Reichenbach, ou le SOMMEIL HYPNOTIQUE du docteur Braid. Mais ces mots sonnent mal aux oreilles scientifiques françaises.

A défaut de ces découvertes éclatantes, qui sont des coups de fortune en même temps que des coups de génie, l'année médicale de 1853 a été honorablement remplie par des travaux importants dans toutes les branches de la science et de l'art. Jamais l'ardeur de l'étude n'a été plus excitée, l'esprit de

fréquent d'une altération de la sensibilité et de la motilité; elles occupent presque exclusivement les mollets. Il est telles personnes de notre connaissance qui ont éprouvé des crampes, même assez prononcées, pendant toute la durée de l'épidémie de 1849, et qui depuis le commencement de l'épidémie actuelle n'ont cessé d'en souffrir. D'en souffrir, c'est peut-être trop dire: les crampes n'existent presque toujours, en tant que symptômes prémonitoires, qu'à un degré très-faible, et plutôt comme sensation particulière que comme douleur. Mais c'est à ce degré précisément que leur existence doit être remarquée; car elles projettent sur la signification du phénomène plus important de la diarrhée une lumière propre à éclairer sa véritable origine et son traitement.

La tendance au refroidissement alternant avec des sueurs froides, des vertiges, un affaiblissement général, un sentiment de malaise dans tout le système, sont des formes accessoires, et comme le fond sur lequel se dessine la période prodromique du choléra. Sans avoir besoin d'insister sur chacun des accidents qui composent cet ensemble, on peut donc dire, d'après leur simple rappel, que, outre les prodromes *gastriques* et *intestinaux*, il existe encore des prodromes *généraux*; que, considérer la diarrhée prémonitoire en dehors de ce cortége de symptômes où elle a la première et sans doute la plus importante place, c'est tout à la fois rétrécir et altérer le caractère purement objectif du phénomène et se priver des lumières qui peuvent en donner la vraie signification.

Or ainsi accompagnée, ainsi entourée, ainsi complétée, qu'est-ce que la diarrhée prémonitoire, si ce n'est une manifestation évidente de l'influence cholérique, un commencement de choléra, le choléra lui-même? Les esprits sceptiques, qui se piquent de sévérité — sévérité stérile et aveugle, — ne parviennent à détacher le symptôme de la maladie qu'à la condition de l'isoler, de l'amoindrir, de le dénaturer. Mais rétabli, comme nous venons de le faire, dans ses rapports de filiation et de connexité, est-il possible de nier l'identité de l'une avec l'autre sans se refuser à l'évidence? Nous n'invoquons pas au secours de nos convictions d'autres arguments d'un ordre différent: comme les caractères inhérents à la nature, à la composition, au mode de manifestation, des produits de la diarrhée prodromique, à la filiation successive et naturelle de la diarrhée prémonitoire avec la diarrhée cholérique. Tous ces faits, qui trouveront leur place dans une étude plus approfondie et plus détaillée du sujet, seraient ici superflus; ceux d'un ordre plus élevé, que nous avons rappelés plus haut, suffisent pour établir très-certainement que la diarrhée prémonitoire ou prodromique est bien une manifestation de l'influence cholérique, un premier degré, une première ébauche du choléra, le choléra lui-même. C'est dans ce sens que nous avons dit, dès longtemps, «la cholérine c'est le choléra.» Nous n'avons pas besoin d'ajouter que cette doctrine, qui a la prétention de formuler un grand nombre de faits, ne prétend pas les formuler tous; il ne lui répugne pas plus d'admettre que sous l'influence de la constitution cholérique il peut y avoir des diarrhées non cholériques, qu'il ne lui répugne de reconnaître que sous le règne de la cause épidémique, il peut exister d'autres causes morbides concomitantes; c'est à l'observation à régler la part d'action et la caractéristique de chacune d'elles; notre théorie fait les réserves nécessaires au profit de toutes, c'est donc à l'observation de régler leur part respective.

D'après les données qui précèdent, quelle est la valeur des différents traitements institués jusqu'ici au point de vue *empirique*, *symptomatique* et *rationnel* de la période prodromique du choléra en général et de la diarrhée prémonitoire en particulier?

Il n'existe jusqu'ici à proprement parler aucun traitement empirique de la cholérine, du moins il n'en existe pas qui, sous cette dénomination, mérite d'être rappelé; nous ferons grâce à nos lecteurs du catalogue de ces prétendus remèdes. Le véritable remède empirique de la cholérine n'est pas trouvé, et s'il l'était ce serait le spécifique du choléra. A vrai dire la méthode empirique ferait mieux de s'appeler analogique; car il est rare que l'imagination laisse au hasard seul le soin de l'inspirer; c'est presque toujours par des analogies qu'elle se laisse guider, et alors la méthode empirique touche de bien près à la méthode symptomatique. Quoi qu'il en soit, et faisant toute réserve au profit du remède empirique de la cholérine, qui ne serait ni analogique ni symptomatique, nous confessons que jusqu'ici l'art ne possède rien dans ce genre qui mérite d'être rappelé. Passons donc à la méthode symptomatique.

Ici les tentatives sont nombreuses et les agents sont aussi divers que les symptômes que l'on a en vue de combattre. La *diarrhée*, les *nausées*, les *éructations*, les *borborygmes*, les *coliques*, le *refroidissement*, les *lipothymies*, les *vertiges*, les *crampes*, ont tour à tour inspiré les *opiacés*, les *astringents*, les *émollients*, les *stimulants*, les *antiseptiques*, les *réchauffants*, les *styptiques*, les *substitutifs*, et une foule d'autres médications d'un caractère moins tranché. Nous ne comprenons pas dans la catégorie des remèdes symptomatiques les *évacuants* purgatifs ou vomitifs, bien qu'ils soient inspirés aussi par certains symptômes; mais une distinction est utile à établir entre les méthodes qui se proposent de combattre un symptôme qu'elles considèrent comme l'élément générateur ou principal de la maladie, et celles qui considèrent le symptôme comme une indication de la nature présumée du mal. Entre les deux manières de voir, il y a toute la différence de la méthode symptomatique et de la méthode rationnelle, ainsi que nous le montrerons plus loin. Procédons d'abord à l'inventaire des remèdes symptomatiques.

Employés en vue de supprimer la diarrhée, les astringents, les opiacés et les émollients atteignent assez bien leur but; on peut dire même qu'ils l'atteignent dans le plus grand nombre des cas. Aussi cette méthode est-elle, à l'heure qu'il est, la plus répandue et la plus autorisée. On peut dire encore que les grands comme les petits l'emploient. La thériaque, le laudanum, le cachou, la limonade sulfurique, les lavements amylacés, émollients ou astringents, telle est la formule la plus générale de la pratique de Paris, de la France, peut-être même de l'Europe entière. Nous le répétons, cette méthode atteint presque toujours le but qu'elle se propose: elle supprime la diarrhée. Mais que vaut le résultat? Répond-il théoriquement et expérimentalement au but qu'on doit se proposer? Nous disons résolûment non. Théoriquement, ils réduisent la maladie à un symptôme; or on sait si la diarrhée prémonitoire est toute la période prodromique. Et les nausées, et l'anorexie, et les crampes, et les lipothymies, et les vertiges, et le refroidissement, et tout l'ensemble, en un mot, de ce diminutif du choléra, de cet empoisonnement général, a-t-il sa raison d'être dans la diarrhée, et le remède qui supprime la diarrhée en fait-il justice? C'est à l'expérience de répondre. Or voici ce qu'elle dit: 1° Bon nombre de malades chez lesquels on a supprimé la diarrhée continuent à être malades; ils ont tout le reste de la période prodromique, moins la diarrhée. 2° Un certain nombre (et nous en possédons de curieux exemples) passent, malgré cette suppression, au choléra confirmé; il en est même chez lesquels

---

recherche plus actif et plus entreprenant. L'Académie de médecine, dans le sein de laquelle viennent toujours, à la longue, se produire toutes les idées et se débattre toutes les questions pratiques, doctrinales ou professionnelles, a largement pris part au mouvement scientifique par des discussions du plus haut intérêt. Il suffit de rappeler les débats si animés sur la question de la surdi-mutité, où la lumière n'a pu pénétrer que par éclairs et au milieu de l'orage, mais desquels une critique loyale et intelligente saura tirer, en temps opportun, les éléments d'une solution légitime. On s'est plaint que cette solution n'ait pas été dogmatiquement formulée par l'Académie. Mais qui peut ignorer que les corps savants discutent plus qu'ils ne délibèrent sur les questions apportées à leur barre. En matière de pure doctrine, ils opinent; ils ne jugent pas. Tout ce qu'on peut demander, c'est qu'ils aient une opinion et la disent nettement. On a le droit surtout d'attendre et d'exiger d'eux l'indépendance scientifique et morale qui se trouve rarement dans les individus, tous sont plus ou moins entraînés par les suggestions intéressées de la passion et de l'amour-propre. Là est le principe et la raison de leur autorité. A ce point de vue, une Académie est, si l'on nous passe la comparaison, comme un *tribunal d'honneur* de la science, prononçant équitablement sur les prétentions des idées, sans acception des personnes. Certaines circonstances de la discussion relative à la surdi-mutité auraient pu donner et laissent peut-être quelque à-propos à ces remarques.

C'est encore à l'Académie que la doctrine de la syphilisation est venue subir un examen approfondi et un échec dont elle ne se relèvera pas probablement de longtemps. Ajoutons que le principal résultat de la controverse n'est pas cette espèce de condamnation portée contre un système aventureux, encore mal affermi lui-même dans ses positions, et qu'on a traité assez justement comme un candidat au baccalauréat qui se présente avec aplomb, quoique peu en fonds d'études et de connaissances, et qu'on renvoie à ses livres jusqu'à nouvel ordre. Qu'il revienne ou non à la charge, la doctrine de la syphilis n'en aura pas moins été remuée jusque dans ses fondements, et par elle la question pathologique si profonde, et encore si peu avancée, des maladies qu'on n'a qu'une fois, et la question connexe des vaccines. Si l'on disait qu'il est sorti de ces débats plus de doutes que d'affirmations positives, il faudrait répondre que les doutes scientifiques motivés sont des lumières, et que douter, en sachant bien pourquoi et sur quoi, n'est pas ignorer.

Le cadre nosologique s'est enrichi, s'il est permis d'employer cette expression, d'une maladie nouvelle: l'Atrophie musculaire paralytique. Introduite par M. le professeur Cruveilhier, elle a été admise sous ce patronage imposant après de courtes explications, et il n'en a plus été question depuis. On y reviendra néanmoins; car, si l'espèce de signalement donné par le savant anatomo-pathologiste, confirmé et doté de quelques nouveaux traits par d'autres observateurs, suffit pour faire *reconnaître* cette affection singulière, il ne suffit pas, d'après une distinction formulée par M. J. Guérin, pour la faire *connaître*.

Puis est venue, en dernier lieu, la grande querelle du perchlorure de fer qui a mis en émoi tout le camp chirurgical de l'Académie, des hôpitaux et de la Faculté. Quoique l'Académie n'ait rien décidé, il a paru résulter des débats une opinion peu favorable à ce nouveau procédé curatif des anévrismes. Le souvenir de la discussion et des faits qui l'ont provoquée est si frais, qu'il serait oiseux

on était parvenu à supprimer trois ou quatre fois la diarrhée. 3° Bon nombre de ceux qui guérissent ne reprennent que lentement les attributs de la santé, le sommeil, l'appétit, les forces, etc. 4° Un plus grand nombre, cela est vrai, guérissent complétement, radicalement et rapidement. Voilà ce que dit très-impartialement l'expérience. Mais un instant; deux faits vrais ne peuvent se contredir, et ces différents résultats, d'un côté fâcheux ou douteux et de l'autre heureux et concluants, ne peuvent être le produit de la même cause; et en effet, on oublie qu'avec les opiacés, les émollients ou les astringents, on emploie la chaleur, la diète et le repos au lit. Or nous sommes très-porté à croire que ces auxiliaires sont plus puissants que la médication principale. Cette vérité sera mieux établie plus loin. Pour l'infirmer, il faudrait qu'on pût obtenir les bons résultats attribués aux opiacés, sans le secours du repos, de la diète et de la chaleur, et que ces derniers, employés seuls, ne les produisissent pas plus souvent et plus complétement même. C'est ce que nous prions les partisans de la méthode opiacée ou astringente d'examiner; pour nous, nous sommes entièrement fixé à cet égard.

Que dire des autres médications symptomatiques : de l'éther, des stimulants diffusibles contre les nausées, du charbon contre les borborygmes et même la diarrhée, de la craie, de la créosote, du bismuth, on ne sait trop dans quel but, des lavements iodés ou au nitrate d'argent, de la quinine? Rien, si ce n'est que moins efficaces que les opiacés dans leurs effets suppressifs du symptôme auquel ils s'adressent, ils ont aussi peut-être moins d'inconvénients. Ajoutons que, très-heureusement pour les malades, ces remèdes, ou prétendus tels, ne négligent ni la diète, ni le repos, ni la chaleur du lit, ni les bains aqueux chauds, etc.

Reste à examiner le traitement rationnel. Cette question est assez importante pour mériter qu'on la traite séparément. C'est ce que nous nous proposons de faire dans le prochain numéro.

JULES GUÉRIN.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

DE L'ÉLECTRICITÉ DANS L'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE ; par le docteur JOBERT (de Lamballe).

(Suite et fin. — Voir les numéros 36, 37, 41, 42, 45 et 49.)

Pour terminer ce qui a rapport à l'anesthésie chirurgicale, il me reste à dire quelques mots de l'influence de l'électricité sur le système nerveux dont les fonctions sont incomplétement abolies.

Les expériences faites à l'aide de cet agent énergique et puissant sur le système nerveux sont inépuisables; aussi tous les jours voit-on paraître sur son mode d'action des recherches intéressantes et curieuses. Tous les travaux qu'ont publiés MM. Flourens, Magendie, Longet, Ch. Bernard, Ch. Bayle, Bonilland, Lallemand, Duchenne (de Boulogne), Becquerel, etc., prouvent incontestablement tout ce que l'on peut espérer d'un pareil moyen.

Lorsque j'ai entrepris des expériences sur les animaux, je n'avais lu dans les ouvrages que j'ai compulsés sur l'action de l'éther et du chloroforme aucun travail qui eût rapport à celles que j'ai entreprises. Je n'ai jamais prétendu avoir eu l'idée première de l'application de l'électricité aux accidents anesthésiques.

Je n'avais donc aucune connaissance des recherches qui ont été l'objet d'une réclamation de la part d'un médecin militaire distingué, M. Abeille. Je partageais sous ce rapport l'ignorance des auteurs qui ne font aucune mention du travail de notre confrère.

Je savais d'ailleurs que MM. Abeille et Wartemann (de Genève) se disputaient l'honneur de la priorité de l'application de l'électricité aux accidents chloroformiques.

Les expériences de M. Abeille n'ayant pas été imprimées, je n'ai donc pu m'en servir.

Voici d'ailleurs ce qui se trouve textuellement rapporté dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES (p. 425, octobre 1851) :

« L'auteur ayant eu, dans le cours de sa pratique chirurgicale, l'occasion » de remarquer que l'on ne pouvait profiter, pour les sujets soumis à la » galvano-poncture, de l'insensibilité produite par l'inhalation de l'éther, » l'action du galvanisme réveillant aussitôt le sentiment, pensa que ce fait » qui lui était offert par le hasard, et qu'il ne tarda pas à voir se repro» duire, pouvait être le point de départ de recherches utiles. Il entreprit, en » conséquence, une série d'expériences sur les animaux vivants, et vit se » confirmer l'espoir qu'il avait conçu. Ces expériences font le sujet du » mémoire qu'il présente aujourd'hui au jugement de l'Académie, et qu'il » termine dans les termes suivants :

» L'électricité mise en jeu au moyen d'aiguilles implantées sur divers » points du corps, et surtout dans la direction de l'axe cérébro-spinal, ré» veille la sensibilité et met immédiatement en jeu les muscles en état de » relâchement; elle constitue, d'après mes expériences, le moyen le plus » prompt, le plus efficace (je dirai même le seul efficace), de ramener à la » vie des malades chez lesquels les inhalations chloroformiques ont été » prolongées au delà du temps prescrit par la prudence. C'est le premier » moyen auquel on doive avoir recours, et des tentatives faites dans une » autre direction ne m'ont paru amener autre chose qu'une perte de temps » qui pourra être parfois funeste. »

Le BULLETIN ne fait mention d'aucune expérience détaillée, et il en est de même des faits relatifs à l'homme. En supposant que nous eussions connu ce passage, il est évident qu'il n'eût pas pu nous servir de guide dans les expériences que nous avons entreprises.

D'ailleurs, je ne voulais pas me mêler à une discussion de priorité, et si j'avais cité M. Abeille, il aurait bien fallu aussi parler de M. Wartemann (de Genève), homme éminemment intelligent, et qui a réclamé dans les termes suivants, par l'organe de M. Arago, dans le BULLETIN DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES (p. 522, année 1851). Voici ce passage :

« J'ai l'honneur de rappeler à l'Académie que j'ai publié, il y a plus de » *quatre ans*, des expériences qui m'ont conduit aux mêmes résultats. » Elles sont rapportées au chapitre XV de mon quatrième MÉMOIRE SUR » L'INDUCTION. Ces expériences ont été reproduites en Suisse et à l'étranger » avec un succès constant. »

Les expériences que je vais rapporter ont principalement pour but de prouver que le cœur est, comme les autres muscles, soumis à l'influence énergique du chloroforme, et qu'il est important de le surveiller continuellement pour prévenir les accidents les plus redoutables. Les expériences qui vont suivre ont encore pour but de démontrer que l'électricité, par son action puissante sur les nerfs et les muscles, soutient les contractions

---

d'en dire un mot de plus ici. Il suffit de la mentionner très-honorablement parmi les travaux académiques et scientifiques de l'année.

Observons cependant, sous forme de parenthèse, à ce propos, que l'Académie n'est pas très-disposée, en général, à accueillir favorablement les inventions thérapeutiques de quelque nature qu'elles soient et d'où qu'elles viennent. La découverte d'un moyen curatif, surtout si on le présente comme certain et, qui pis est, nouveau, lui est tellement suspecte qu'elle ne veut pas en entendre parler. C'est un peu là aussi la tendance de notre esprit médical français, fort sceptique à l'endroit de la puissance de l'art. L'Académie est, il est vrai, et à bon escient, dégoûtée à cet endroit par cette avalanche de remèdes secrets qui encombrent ses cartons et son laboratoire, et qui grossit sans cesse, malgré les proscriptions en masse opérées par le terrible comité de salut public chargé d'exécuter ses ordres impitoyables. On en est venu à ce point, dans notre médecine, que l'annonce d'un traitement ou remède curatif du cancer, des tubercules, du choléra, de la fièvre typhoïde, des affections cutanées, de la goutte ou de telle autre forme pathologique, est considérée *à priori* comme une illusion de l'ignorance ou une manœuvre de charlatanisme; et le prétendant à la découverte est d'ordinaire mis plus ou moins poliment à la porte, comme on fait à l'Académie des sciences à l'égard des inventeurs du mouvement perpétuel et de la quadrature du cercle. Le cas n'est pas pourtant le même, et il s'en faut. N'est-ce pas d'ailleurs encourager indirectement le charlatanisme médical que de déclarer plus ou moins explicitement incurables les maladies les plus dangereuses, les plus cruelles et les plus communes qui affligent l'humanité; celles, par conséquent, qu'il importe le plus de guérir? Si la science se récuse, fût-ce à bon droit, comment s'étonner ou même se plaindre que l'industrialisme se présente pour faire sa besogne? Il est permis sans doute de croire que ces graves maladies et bien d'autres encore sont au-dessus des ressources de l'art; mais ce qu'il y a de plus sûr encore, c'est que le remède, s'il existe, ne sera pas trouvé par ceux qui, le croyant impossible, ne veulent ni le chercher, ni le laisser chercher aux autres. Nous voudrions donc que l'Académie, sans sortir de la légitime réserve que lui impose le soin de sa dignité scientifique, sans abdiquer la défiance que doit inspirer toujours la nature de ces communications et trop souvent la personne de ceux qui les font, se relâchât un peu, ainsi que la science dont elle est le premier des ministres, de ce rigorisme rigide et de ce parti pris de dénégation absolue à l'égard des tentatives thérapeutiques. Nous aurons peut-être, avant peu, à demander la faveur d'une audience pour un jeune confrère qui fait, dit-on, ce qu'aucun de nous, académicien ou non, ne saurait faire : il guérit la goutte, *tutò*, *citò* et *jucundè*. S'il se présente, écoutons-le.

Toute médaille a son revers. L'Académie a essuyé au milieu de ses triomphes scientifiques des tribulations et des douleurs domestiques. Le procès qu'elle a soutenu contre les héritiers du marquis d'Argenteuil, son bienfaiteur, a mis son bureau et son conseil d'administration à la plus rude des épreuves. Les incidents de cette étrange cause rivalisent d'imprévu avec ceux de la grande affaire de la comtesse de Pimbesche. Battue en première instance (je parle de l'Académie), elle est enfin demeurée victorieuse en appel, grâce à son bon droit et à l'éloquence de Me Chaix-d'Est-Ange, qui a gracieusement apporté le secours de sa puissante parole. Ce bon marquis d'Argenteuil fut certes de son vivant un digne homme, et à Dieu ne plaise de rien dire ni penser de défavorable à sa mémoire.

du cœur et permet au toxique, en maintenant la circulation, de s'évaporer par les surfaces d'exhalation ou de sécrétion.

Ces mêmes expériences établissent, en outre, d'une manière certaine, l'insuffisance de l'électricité, comme de tout autre moyen, pour rappeler l'animal à la vie, lorsque les battements du cœur ont cessé, et qu'ils sont réduits à l'état d'oscillation. Les appareils par induction ou à auge, par l'électricité qu'ils fournissent, n'agissent donc pas en neutralisant l'action des anesthésiques, mais bien en retardant l'abolition des fonctions des principaux organes essentiels à la vie. Ces expériences ont été pratiquées sur différents animaux tels que chiens, chats, lapins, etc., que j'ai placés dans les conditions suivantes :

Tantôt la tête de l'animal a été plongée dans une vessie qui ne renfermait que des vapeurs chloroformiques ;

Tantôt elle a été plongée dans une vessie où la vapeur du chloroforme était mélangée à une certaine quantité d'air atmosphérique ;

Tantôt enfin le chloroforme a été administré au moyen d'une éponge concave que l'on approchait graduellement du museau de l'animal, et que l'on maintenait au devant des fosses nasales, de manière qu'il s'y introduisit naturellement un libre courant d'air et de chloroforme.

Il en est résulté trois séries d'expériences dans lesquelles nous avons pu étudier les différents effets produits par le chloroforme :

1° Lorsqu'il agit seul ;

2° Lorsqu'il est mélangé à une certaine quantité d'air ;

3° Lorsqu'il est aspiré naturellement dans une atmosphère libre.

Dans le premier cas, l'action du chloroforme est instantanée et souvent foudroyante ; le cœur et la respiration sont arrêtés subitement.

Dans le second cas, les mêmes phénomènes se sont produits, mais non pas avec la même instantanéité.

Enfin, dans le troisième mode d'expérimentation, la marche des phénomènes a été lente, comparée à ce qui s'est produit dans les deux autres.

Dans la première série d'expériences, où la quantité de chloroforme absorbée était considérable, tous les phénomènes se sont pour ainsi dire confondus, tant l'intoxication était rapide ; la résolution, l'absence de respiration, la cessation des contractions du cœur avaient lieu pour ainsi dire en même temps.

Tandis que ces mêmes phénomènes ont été distincts et faciles à analyser dans les expériences où l'hématose se produisait en même temps que l'anesthésie, lorsque le chloroforme a été administré sans mélange, nous avons pu, malgré ses effets foudroyants, rappeler à la vie un petit nombre d'animaux dont le cœur se contractait encore, bien qu'on n'en sentît plus les battements. Lorsqu'une faible quantité d'air était mêlée au chloroforme, la respiration et les battements du cœur persistaient plus longtemps, et nous avons eu moins de peine à obtenir le même résultat.

J'insisterai plus particulièrement sur les effets obtenus dans la troisième série d'expériences, où nous avons exactement employé les mêmes moyens que lorsque nous avons à soumettre un malade aux vapeurs anesthésiques ; car, ainsi que nous l'avons annoncé, ces expériences ont été exécutées à l'aide d'une éponge concave, sur laquelle on versait une certaine quantité de chloroforme, et que l'on approchait lentement et graduellement du nez de l'animal.

Pour que rien ne manquât à la rigueur de nos observations, j'embrassais chaque fois le sternum de l'animal avec les doigts, de manière à juger mathématiquement les battements du cœur, dont je pouvais ainsi apprécier le nombre, la variété et l'étendue :

1° Lorsque l'expérience est bien faite, la sensibilité de la peau et des muqueuses s'éteint d'abord.

2° La myotilité cesse ensuite d'exister, mais irrégulièrement ; les contractions des muscles disparaissent avant les contractions du diaphragme et des côtes, mais la respiration est ralentie et comme intermittente.

3° Les battements du cœur, facilement appréciables par la main qui entoure le sternum, se précipitent très-passagèrement d'abord, puis se ralentissent, puis s'éloignent, s'affaiblissent, s'affaissent enfin, et disparaissent tout d'un coup. La main et l'œil ne découvrent plus ni respiration ni circulation. C'est alors, et quelquefois avant cette période de l'expérimentation, que les évacuations ont lieu.

Sur les lapins, dont la poitrine se prête à un examen plus facile, on constate presqu'en même temps la modification des battements du cœur et l'insensibilité des téguments.

Bien que ralentis, éloignés ou affaiblis, les battements du cœur se font encore sentir après que les grands muscles ont cessé de se mouvoir, et continuent aussi longtemps que le jeu de la glotte.

4° Lorsque la respiration et les mouvements du cœur reparaissent, la myotilité et la sensibilité ne sont pas encore rétablies.

C'est tout d'un coup que le cœur reprend son impulsion, puis ses battements se précipitent et ne tardent pas à se régulariser.

Ces phénomènes généraux exposés, examinons jusqu'où peut aller la puissance des moyens dont nous disposons lorsqu'il s'agit de ranimer une existence prête à s'éteindre.

Il m'a paru clairement démontré que lorsque le cœur a cessé de fonctionner depuis quelques instants, il est inutile de chercher à rappeler une vie qui n'est plus.

Mais il m'a paru également prouvé que lorsque le cœur éprouve des contractions, si inappréciables qu'elles soient, ces contractions sont susceptibles d'être rappelées à leur régularité par des excitants énergiques du système nerveux tels que l'électricité. J'ai étudié les effets de cet agent à toutes les époques de la chloroformisation, depuis la période irritative jusqu'au moment où les battements du cœur avaient cessé d'être perceptibles, et j'en ai recueilli des observations que je crois dignes d'attention.

Deux méthodes ont été employées pour diriger l'électricité sur les organes animateurs ou sur les agents qui leur transmettent le mouvement et la sensibilité. Tantôt elle a été mise en jeu à la surface du corps au moyen d'éponges excitatrices, et tantôt elle a été poussée au travers des organes, à l'aide de l'électro-puncture. Son action sur la partie sensitive et motrice du corps humain a été constante, et lorsque dans ce grand appareil toute vitalité n'était pas éteinte, elle a toujours réveillé le système nerveux, renouvelé les fonctions, et rappelé les contractions musculaires.

Le sentiment est-il aboli par l'oppression du système nerveux, la myotilité est-elle affaiblie, le courant électrique ne tardera pas à faire disparaître ces symptômes. La stupeur du système nerveux est-elle portée au point de produire un trouble grave dans les sens, la respiration et la circulation, l'électricité fera cesser cette perturbation.

Tant que la circulation de l'air se fait dans la poitrine, même imperceptiblement, tant que le cœur se contracte même d'une manière inappréciable, tant que le sang y arrive et en est chassé même irrégulièrement, l'action de l'électricité est encore assez puissante pour remettre l'animal sur

---

C'était sans doute aussi une bien digne femme que cette pauvre dame de Civrieux, qui paraît avoir tant souffert de ses nerfs ; mais il serait fort à souhaiter que les fondateurs de prix académiques n'eussent pas la prétention de rédiger eux-mêmes le programme des questions et des sujets mis au concours.

L'Académie n'aura pas le même casse-tête à l'occasion de la magnifique dotation d'Orfila. Ce bienfaiteur entendait également bien la science et les affaires. Il a distribué ses legs et pourvu aux voies et moyens de leur exécution, avec la précision et la sûreté qu'il mettait à une expérience de chimie. Nous espérons voir cette année même s'élever le monument honorifique voté par la reconnaissance de l'Académie et de tous les amis de la science à Orfila. Mais l'habile architecte chargé de l'exécution n'a pas terminé l'étude de son œuvre. L'inauguration ne pourra avoir lieu que dans le cours de l'année qui s'ouvre. Ce sera une fête pour la science et pour la profession.

Nous devons, à propos de monuments, une réparation d'honneur à la gloire de Desault qui, à ce qu'on nous apprend, est en voie de monter, sous forme de statue, sur le piédestal préparé depuis dix ans par ses compatriotes franc-comtois de Lure et lieux circonvoisins. La statue, à la vérité, n'est encore qu'en plâtre. Il s'agit de la convertir en bronze. Or le bronze et la main-d'œuvre de la fonte coûtent bon. On réclame de nouveau la publicité de la GAZETTE MÉDICALE pour stimuler le zèle des souscripteurs. Notre caisse, restée ouverte pendant plusieurs années, n'a jamais reçu, nous le disions dernièrement avec amertume, que la somme de deux francs qui même furent repris. Néanmoins nous rouvrons bravement le registre, et nous convions, de notre plus grosse voix, tous nos confrères français et étrangers à concourir à cette juste et tardive glorification d'un des plus grands noms de la chirurgie française, de l'illustre maître de Bichat.

La perte d'Orfila n'est pas la seule que l'Académie et la science aient eu à déplorer. Nous comptons dans nos rangs beaucoup de morts, la plupart éminents dans la science et dans l'exercice de l'art : Husson, dont le nom restera attaché à l'introduction de la vaccine en France ; Andral père, si digne de l'illustration donnée à son nom par son fils ; Récamier, qui porta dans la pratique de l'art la ferveur de l'apostolat, l'autorité religieuse et morale du sacerdoce, l'enthousiasme du poëte et quelquefois les excentricités de l'illuminé ; Cornac, le rigide censeur des mœurs médicales, le gardien de la dignité professionnelle et académique ; Richard, le maître respecté, le précepteur et le guide chéris de la jeunesse, le professeur modèle, âme honnête, esprit droit, cœur dévoué, sincère dans la vie comme dans la science ; Villeneuve, dont les solides connaissances en obstétrique étaient souvent invoquées par ses confrères ; Foncault, correspondant de l'Académie, travailleur zélé, esprit original et chercheur, et enfin le Nestor de l'Académie, Bonriat.

La profession et l'enseignement, depuis la grave mesure qui a supprimé le concours, n'ont présenté, que nous sachions, aucun événement bien notable, sauf l'institution toute récente de la chaire de pharmacie, et celle des nouveaux médecins de bureaux de bienfaisance appointés. Espérons encore que l'épidémie qui rôde en quelque sorte autour de nous, *quærens quem devoret*, usera ses forces dans ces combats d'avant-poste et s'arrêtera devant les obstacles que la science et la bienfaisance publique lui opposent. Si, malgré l'habileté de la défense, elle entre dans la place, nous pouvons compter que ces nouveaux soldats sauront faire leur devoir.

ses pieds; tandis que dans cet état *dit syncopal*, il est presque certain que l'eau, l'air et les autres excitants habituels seraient vainement appliqués sur toutes les muqueuses.

Mais lorsque les contractions du cœur ne sont plus qu'une irritabilité musculaire, lorsque les muscles de la glotte ont cessé leur action, l'électricité ne produit plus que des contractions irrégulières comme la pile en provoque dans les muscles lorsqu'ils viennent d'être séparés du corps. La vie est éteinte et l'électricité est impuissante à la ranimer.

Toutes les personnes qui nous suivront dans la voie de ces nouvelles expériences, seront frappées comme nous du résultat obtenu par l'électricité employée comme moyen de combattre l'action stupéfiante du chloroforme. Soumise à l'action de la pile, toute la machine animale se réveille rapidement!

A mesure que l'on multiplie les rapprochements entre le point fixe et le point mobile, on voit les muscles précipiter leur contraction; les muscles intérieurs et extérieurs sont également atteints par l'influence du fluide régénérateur, de telle sorte que la sensibilité et la myotilité sont à la fois ranimées, et c'est là, suivant moi, le but vers lequel doit tendre l'opérateur.

A quel autre agent pourrait-on demander des résultats aussi complets et aussi immédiats? C'est encore dans les paralysies partielles, résultant de l'administration du chloroforme sur les animaux, que l'électricité manifeste sa puissance. Nous avons multiplié les expériences à ce sujet, et nous avons vu tous les phénomènes de la paraplégie disparaître pour ainsi dire instantanément sous l'influence d'un choc électrique.

Quelle peut être l'action de l'électricité dans les expériences dont nous venons de signaler les résultats? Son effet est-il de maintenir la vitalité de l'animal et de laisser au chloroforme le temps d'épuiser son influence toxique, ou bien agit-elle en neutralisant directement l'influence de ce précieux médicament? Cette question est difficile à résoudre; mais tout me porte à croire que ses effets sont d'augmenter l'influence nerveuse, et partant de maintenir l'action musculaire et la vitalité jusqu'à la disparition complète du chloroforme, soit qu'il s'évapore par les surfaces muqueuses, particulièrement par les poumons, soit qu'il s'échappe par les sécrétions.

Les expériences auxquelles je me suis livré ont été nombreuses et variées; je les ai renouvelées dans ces derniers temps en présence de plusieurs de mes élèves MM. Rozé, Rigal, Jaillard, Gratiot, etc., qui ont bien voulu me servir d'aides.

Dans l'application de l'électricité par contact, j'ai choisi particulièrement pour l'application des deux pôles les points ou les muqueuses se réunissent aux téguments, c'est-à-dire les deux extrémités opposées du corps. Cette expérience a été pratiquée avec la pile de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), en portant les excitateurs sur les extrémités buccale et rectale des muqueuses; au moment du contact il se produisait des contractions musculaires sur tous les points du corps qui semblait se pelotonner lorsque le courant venait très-fort.

J'ai aussi fait usage de l'électro-puncture, dont une des propriétés remarquables est que les effets ne se prolongent pas au delà de l'expérience, et s'arrêtent pour ainsi dire à la volonté de l'opérateur; sons son influence énergique et violente, les mouvements et la sensibilité ne tardent pas à reparaître. Les contractions rapides qu'elle faisait naître accéléraient la circulation et les battements du cœur, et provoquaient même des cris aigus et plaintifs chez l'animal soumis à l'expérience.

L'opération a été exécuté de différentes manières, soit en plongeant deux aiguilles métalliques, l'une au cou et l'autre à l'extrémité inférieure du tronc, de manière a comprendre pour ainsi dire toute la longueur de la moelle épinière entre les deux pôles, soit en plongeant une des aiguilles dans la nuque, et l'autre dans les muscles de la poitrine.

Parmi les expériences que j'ai pratiquées, j'ai choisi celles qui suivent comme ayant présenté les phénomènes les plus intéressants.

Exp. I. — Un chien de petite taille et bien portant fut soumis, le 13 août 1853, aux inhalations chloroformiques. Le museau de l'animal était entièrement plongé dans une vessie vidée préalablement de l'air qu'elle pouvait contenir; en sorte qu'il respirait, à peu près sans mélange, les vapeurs de l'agent anesthésique. Au bout d'une minute, et après avoir donné les signes d'une agitation violente, ce chien tomba dans la prostration la plus complète. Les yeux étaient convulsés et largement ouverts, les battements du cœur à peine perceptibles; en un mot, son état devint tel qu'il était facile de prévoir une mort imminente.

A ce moment, on plongea deux aiguilles, l'une dans la région fessière, l'autre dans la partie inférieure et latérale du cou: l'introduction de ces aiguilles ne détermina aucune douleur; à peine l'appareil fut-il mis en mouvement, que des contractions violentes se manifestèrent, les membres se roidirent, l'animal releva la tête et poussa des cris plaintifs; au bout de deux minutes environ, on le posa à terre, d'où il essaya de se relever; mais bientôt il tomba en avant sur la tête, puis sur les côtés, et demeura dans une sorte d'immobilité comme s'il eût été plongé dans l'ivresse la plus complète, ce qui m'obligea à répéter l'électro-puncture. Aussitôt les courants électriques établis, l'animal poussa des cris, l'état titubant disparut, il reconnut les personnes, et se mit à courir sans hésitation. Cinq minutes après, il était entièrement revenu à lui. Rien de particulier ne s'était manifesté depuis un quart d'heure environ, lorsque le chien se mit à vomir une assez grande quantité de matières jaunâtres (il avait mangé le matin); une bave incolore et abondante s'échappait encore de sa gueule au moment où nous l'avons abandonné.

Plusieurs expériences furent pratiquées dans les mêmes conditions et poussées jusqu'au point où la respiration et les battements du cœur avaient cessé complètement; mais ni l'électricité appliqué à l'aide des excitateurs, ni l'électro-puncture ne purent alors rappeler à la vie les animaux sur lesquels nous opérions.

Des chats forts et vigoureux furent soumis à l'influence du chloroforme, la tête plongée dans des vessies remplies de cet agent anesthésique.

Ces animaux nous ont paru mieux supporter que les chiens l'influence chloroformique. Bien que l'opération ait été poussée jusqu'au moment où les battements du cœur étaient devenus imperceptibles et la respiration insensible, ils ont pu être rappelés à la vie par l'influence des deux formes d'électricité dont j'ai parlé plus haut. Un seul a définitivement succombé à la troisième expérience, lorsque les battements du cœur avaient cessé depuis un certain temps. Quelques contractions se sont produites dans le corps de l'animal, mais elles n'ont jamais pu ramener les mouvements réguliers du cœur et de la respiration.

EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ APRÈS CESSATION DES BATTEMENTS DU CŒUR.

Exp. II. — Le 20 août 1853, nous soumettons un lapin aux inhalations chloroformiques. Au lieu de faire usage d'une vessie comme dans les expériences précédentes, nous employons cette fois une éponge creuse que nous plaçons au devant et presque au contact du museau de l'animal.

L'expérience a commencé à neuf heures trente-sept minutes du matin; presque immédiatement, les mouvements du cœur se ralentissent d'une manière notable.

Cette dangereuse constitution médicale se complique d'une autre, non moins fâcheuse peut-être, et contre laquelle il serait grand temps de prendre quelques mesures préventives et d'instituer un mode de traitement approprié. Les tables tournantes ont pris décidément un caractère épidémique. Il se produit en ce moment dans les esprits, à l'endroit de ces faits extraordinaires, une préoccupation, une inquiétude, un ébranlement profond. Les cas de folie se multiplient. En Amérique, l'épidémie intellectuelle a fait de tels progrès, qu'elle menace de troubler les rapports sociaux. On peut s'en faire une idée par ce fait que, dans la seule ville de Philadelphie, il y a trois cents sociétés se réunissant plusieurs fois par semaine pour évoquer les morts et converser avec les esprits. Dans quelques États, le gouvernement songe sérieusement à intervenir. En France, à Paris surtout, la Tablomanie se propage avec une rapidité et une généralité alarmantes. L'autorité religieuse s'en est émue, et combat le mal avec les armes spirituelles qui lui sont propres. Enfin, la situation est grave, plus grave que ne pourrait le faire croire une observation superficielle. Il est temps d'y aviser. Une *démonomanie* épidémique en plein XIX[e] siècle! en face de l'Académie des sciences et de l'Académie des sciences morales et politiques, au temps de la vapeur, des chemins de fer, de la télégraphie électrique, de la photographie! Qui l'eût pu prévoir? mais le mal existe; il n'est plus possible de le nier; il ne s'agit donc plus que d'en chercher la cause, et, si c'est possible, le remède.

C'est à la science qu'incombe et le soin et le devoir de dissiper ce cauchemar intellectuel. Jusqu'ici elle s'est en quelque sorte récusée par des motifs qui ne sont plus acceptables. Des faits singuliers, extraordinaires, étranges, contraires en apparence à toutes les données acquises en physique et en psychologie, se produisent chaque jour, à toute heure, sous les yeux de quiconque a la curiosité de les voir. Toute part faite à l'exagération, la réalité de ces faits ne peut guère être raisonnablement contestée en gros. Ils ont été constatés dans toutes les conditions d'une expérience légitime et sincère, par des hommes de science. On ne peut donc plus les repousser par de simples fins de non-recevoir tirées de leur prétendue impossibilité. Il faut les aborder directement et résolûment. La question, autant que nos propres recherches nous autorisent à le croire, ne porte plus sur l'existence et la réalité objective des phénomènes, mais uniquement sur leur interprétation. C'est cette interprétation qui, en l'absence de la science qui se tient à l'écart, livrée à l'élaboration des esprits mystiques et superstitieux, constitue l'état morbide des intelligences, et est un scandale pour la raison. La philosophie et la science, qui ont chassé du monde et de l'esprit humain tant de fantômes, auront, quand elles voudront, raison de ceux-ci. Ce sont là, provisoirement, les seuls exorcismes qu'il faut employer, et on n'aura pas probablement à recourir à d'autres.

Pour dissiper les vapeurs noires engendrées par la double constitution médicale, physique et intellectuelle, régnante, nous annoncerons pour étrennes aux amis et connaissances de la GAZETTE qu'il lui est né depuis peu une fille. Elle est en nourrice à Liége, et a pour parrains les docteurs Lombard et H. Boens. Nous souhaitons, comme de raison, toutes sortes de prospérités à cette jeune feuille et une aussi longue vie qu'à sa mère spirituelle de Paris. Nous faisons le même vœu pour les autres journaux de médecine qui dans l'année écoulée se sont levés sur l'horizon. Que le ciel leur dispense une manne abondante

Au bout de deux minutes et demie, la main, placée sur la paroi thoracique, au niveau de la région précordiale, ne perçoit plus les battements de l'organe central de la circulation.

L'œil est largement ouvert, la pupille dilatée, l'insensibilité complète, la respiration presque nulle, les muscles dans la résolution ; enfin, l'animal laisse échapper une quantité assez notable d'urine. A ce moment, neuf heures dix minutes, on procède à l'électrisation ; l'appareil dont nous nous servons est celui de M. le docteur Duchenne (de Boulogne.)

Deux excitateurs en éponge, dont l'un est placé au museau de l'animal, et l'autre au contact de l'anus, établissent le courant électrique. Aussitôt des contractions violentes se manifestent, les battements du cœur paraissent reprendre un instant pour disparaître de nouveau. (Nous devons faire observer que le courant était interrompu de temps à autre, attendu que les contractions produites par l'électricité ne permettaient pas de maintenir régulièrement les excitateurs en contact avec les parties indiquées.)

Après avoir opéré de la sorte pendant cinq minutes, on a eu recours à l'électro-puncture ; l'une des aiguilles est enfoncée dans la région fessière, l'autre dans la région du cœur, puis vers l'angle de la mâchoire inférieure.

On continue l'électrisation pendant dix minutes encore, mais sans succès aucun.

Les battements du cœur ont complétement cessé, il est impossible de les faire renaître.

EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ AVANT LA CESSATION DES BATTEMENTS DU CŒUR.

Exp. III. — Cette première expérience terminée, nous faisons subir les mêmes épreuves à un autre lapin. En moins d'une minute, la respiration devient difficile, haletante, laborieuse, les battements du cœur sont à peine sensibles ; la résolution est complète. L'animal est alors soumis à l'influence de l'électricité ; en moins d'une minute, il revient à lui ; placé à terre, il se traîne sur les pattes de devant, le train de derrière paraît faible et comme paralysé. On l'électrise de nouveau pendant une minute encore ; au bout de ce temps, il est complétement remis en marche sans difficulté.

Nous tentons enfin une troisième expérience ; au bout d'une minute, l'insensibilité et la résolution sont complètes ; les mouvements du cœur, ralentis dès le début, sont entièrement inappréciables. Trois minutes après le commencement de la chloroformisation, on enfonce alors deux aiguilles à électro-puncture dans la région lombaire ; et le courant électrique est à peine établi que le lapin fait entendre des cris plaintifs. On prolonge l'opération pendant une minute, et les battements du cœur deviennent très-précipités ; l'action de l'électricité est alors suspendue pendant quelques secondes, et reprise de nouveau ; au bout d'un temps très-court, l'animal a repris entièrement l'usage de ses sens. L'expérience totale a duré quatre minutes.

Le dimanche 21 août, à dix heures trente-huit minutes du matin, nous procédons à une quatrième expérience, en nous plaçant dans des conditions identiques à celles de la veille. L'appareil est le même ; le lapin est aussi un de ceux sur lesquels nous avons précédemment opéré. Dès que l'éponge chloroformique est placée sous le museau de l'animal, les battements du cœur se ralentissent ; ils retrouvent au contraire leur rapidité normale dès qu'en s'éloignant, on permet l'accès d'une certaine quantité d'air atmosphérique. A dix heures trente-neuf minutes l'insensibilité et la résolution sont complètes.

A dix heures trente-neuf minutes et demie le courant électrique est établi de la même manière que précédemment. Aussitôt les battements du cœur reparaissent, ils deviennent rapides et violents. On suspend l'action de l'électricité pour soumettre de nouveau l'animal aux inhalations du chloroforme. Celles-ci sont suspendues à leur tour et suivies de nouvelles secousses électriques : chaque fois nous observons les mêmes phénomènes.

Enfin, à onze heures moins un quart, le lapin est une dernière fois soumis aux inhalations chloroformiques, et nous continuons l'action jusqu'à la cessation complète des battements du cœur. Cet organe est alors mis à nu par une incision pratiquée à son niveau sur la paroi thoracique. On constate qu'il ne se contracte plus, qu'il est à peine le siége de quelques oscillations, que la respiration est nulle. On donne une décharge électrique, des soubresauts considérables se manifestent, et les oscillations du cœur se précipitent un peu, mais ne tardent pas à disparaître. Des aiguilles enfoncées dans le diaphragme et dans l'une des oreillettes n'amènent aucune contraction. Le cœur retiré de la poitrine demeure affaissé, et des courants électriques n'y développent aucun phénomène de contraction. Le sang contenu dans le cœur est noir et liquide.

EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ APRÈS CESSATION COMPLÈTE DES BATTEMENTS DU CŒUR.

Exp. IV. — Le 22 août, nous expérimentons sur des chiens : celui que nous soumettons le premier aux inhalations chloroformiques est de moyenne taille, bien portant, très-gras et très-musclé. A onze heures moins quatorze minutes, l'éponge chargée du liquide anesthésique est placée sous le museau de l'animal et rapprochée par degrés presque jusqu'au contact. Cinq minutes après, les battements du cœur ralentis dès le début sont complétement suspendus, la respiration a cessé, l'insensibilité et la résolution sont complètes. On établit alors le courant électrique : des contractions violentes se manifestent par tout le corps, les mâchoires s'écartent l'une de l'autre ; dans la région du cou et de la poitrine on observe quelques mouvements qui ressemblent tout à fait à des mouvements respiratoires. Le courant est maintenu pendant un quart d'heure sans qu'il soit possible de rappeler l'animal à la vie.

EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ AU MOMENT OU VENAIT DE CESSER LA RESPIRATION.

Exp. V. — Le second chien est vigoureux, de grande taille ; il est onze heures sept minutes lorsque nous commençons à le soumettre aux inhalations chloroformiques. A onze heures douze minutes, c'est-à-dire cinq minutes après le commencement de l'expérience, l'insensibilité et la résolution sont complètes, les battements du cœur sont excessivement lents, et c'est à peine si on peut les sentir ; bientôt ils cessent complétement d'être appréciables au travers de la poitrine. La respiration se fait à peine, des cris plaintifs que poussait l'animal ont cessé, et la respiration disparaît. C'est alors que l'électro-puncture est employée ; aussitôt que le courant électrique est établi, des contractions violentes se manifestent, mais les battements du cœur et la respiration ne se dessinent qu'au bout de quelques instants ; enfin l'animal commence à pousser quelques gémissements incomplets et peu bruyants qui se transforment en cris violents et intermittents. A ce moment il laisse échapper une quantité considérable d'urine et de matières fécales ; à onze heures un quart on suspend l'action de la pile. L'animal déposé à terre reste immobile et ne donne aucun signe de sensibilité, bien que les battements du cœur aient reparu ainsi que la respiration. Soumis de nouveau au courant électrique dont on prolonge l'action pendant une ou deux secondes, l'animal ressent deux violentes secousses et pousse quelques cris. Les battements du cœur et la respiration sont complétement rétablis. Le chien ne donne aucun signe de douleur lorsqu'on retire les aiguilles de son corps ou qu'on les y replonge, mais il s'échappe aussitôt que le courant est rétabli.

Il est à ce moment onze heures dix-huit minutes. Au bout de quelques instants, l'animal rend une grande quantité de bave écumeuse ; vingt minutes après il boit et mange avec appétit.

Dans le courant de ces expériences, nous avons vu se dérouler sous nos yeux, à mesure que le chloroforme sidérait les parties composantes du système nerveux, toutes les variétés de phénomènes si remarquablement décrites par le savant secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, M. Flourens.

Comme je l'ai d'ailleurs constaté dans mon MÉMOIRE SUR LES ANESTHÉSIQUES, le système nerveux est toujours incontestablement frappé le premier

---

d'abonnements. Nous les prions tous, les nouveaux et les anciens, d'agréer notre carte de visite.

Nos souhaits de nouvel an pour toute la famille médicale se résument dans la formule donnée par le *præses*, dans la cérémonie du MALADE IMAGINAIRE : *Salus, honor et argentum, atque bonum appetitum.* Ce vœu général nous dispense de vœux particuliers. Il remplit à peu près la capacité des désirs de toute créature humaine, médicale ou non. Qu'il soit exaucé, sinon pour tous et en tout, du moins pour le grand nombre et en bonne partie, et notre âme sera radieuse de contentement et d'allégresse.

Nous ne nous aviserons pas de prophétiser : c'est l'affaire des tables et des almanachs. Nous en serions bien tentés cependant au sujet de certains contingents futurs, dont la réalisation projetée, promise et désirée ne saurait se faire bien longtemps attendre. Quelle agréable étrenne pour nos confrères de Paris et des départements d'être assurés par exemple, de la publication du fameux poëme sur *l'immortalité de l'âme*, inopinément enfanté par un savant professeur de la Faculté, et du rétablissement de l'ancien costume médical ; non point la longue robe noire et le chapeau en forme d'éteignoir, si impudemment exhibés sur la scène par l'impertinent Molière, mais l'habit français, avec jabot, culottes courtes, perruque, boucles d'argent aux souliers, et la canne à pomme d'or ou à bec de corbin !

Mais ces événements et d'autres moins importants sont encore sous le voile qui cache aux faibles mortels les choses à venir :

Prudens futuri temporis exitum
Caliginosa nocte premit deus.

Nous terminerons ici ces commérages sur le passé et sur l'avenir, que le désœuvrement du premier jour de l'an autorise. La GAZETTE MÉDICALE n'a rien à promettre de nouveau à ses abonnés, si ce n'est qu'elle sera imprimée prochainement en caractères neufs, d'un type net et élégant. Elle s'efforcera de mériter la continuation du solide attachement que lui témoigne sa vieille clientèle. Elle s'attend bien à quelques infidélités, mais elle sait par expérience que *uno avulso non deficit alter*. Elle pardonne volontiers aux inconstants, accueille à bras ouverts les nouveaux venus, et souhaite à tous, *toto corde*, la *bonne année*.

L. P.

— NOMINATION DU CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES. — Le concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques s'est terminé aujourd'hui par la nomination de M. Jarjavay, qui a obtenu quatre voix contre trois données à M. Sappey. Ont voté pour M. Jarjavay : MM. Cruveilhier, Cloquet, Malgaigne et Moreau ; ont voté pour M. Sappey : MM. Bérard, Denonvilliers et Nélaton.

— M. le professeur Lombard (de Liége) vient d'être l'objet d'une distinction bien méritée. Par un arrêté récent, S. M. le roi des Belges vient de l'élever à la dignité d'officier de l'ordre Léopold.

par le chloroforme, et les autres appareils soumis à son action ne se prennent qu'en second lieu. C'est là un fait qui, si je ne me trompe, restera désormais acquis à la science. Ajoutons que, chez les animaux comme chez l'homme, le sang ne subit aucune altération ni dans sa nature, ni dans sa couleur, tant que la circulation et la respiration n'ont pas été interrompues.

Par ces moyens, je crois avoir mis hors de doute que la meilleure manière d'apprécier le degré de saturation de l'organisme par le chloroforme consiste à étudier les changements qui ont eu lieu dans la circulation et la respiration.

La sensibilité générale et la myotilité ne donnent qu'une idée imparfaite de l'action du chloroforme sur l'économie animale, et sont loin de fournir avec exactitude des indices suffisants pour juger s'il est opportun de suspendre ou de continuer l'opération.

L'agitation de l'animal, les mouvements, les cris mêmes ne disent rien relativement au degré de saturation de ses organes, car il peut arriver que ces cris ne précèdent que d'une minute l'instant où il cesse de vivre.

Les mouvements du cœur et les impulsions communiquées aux artères sont pour moi le thermomètre de la vitalité des animaux.

L'affaiblissement des phénomènes mécaniques de la respiration, la rareté des inspirations et des expirations donnent bien la mesure de l'action anesthésique ; mais ces changements survenus dans les phénomènes physiologiques n'indiquent pas le péril où se trouve l'animal, comme les modifications survenues dans les battements du cœur et des artères.

La respiration peut être suspendue sans que la mort s'ensuive ; mais il n'en est pas de même du cœur qui, une fois paralysé, amène une perturbation violente et la mort instantanée. Les mouvements de la poitrine peuvent être ramenés, mais il ne nous semble pas possible de rappeler les contractions rhythmées du cœur lorsqu'elles ont disparu. C'est, en conséquence, vers le cœur et les artères que l'opérateur doit diriger toute son attention, en faisant usage pour cette appréciation du toucher et de l'auscultation.

Nos expériences constatent, en effet, qu'aussitôt que le système nerveux est modifié par le chloroforme, ce que l'on reconnaît à l'insensibilité des téguments, on ne manque jamais de s'apercevoir que le cœur éprouve dans ses contractions des modifications qui varient suivant la force ou l'espèce des animaux sur lesquels on opère. Toujours nous avons senti ces battements, de tumultueux qu'ils étaient, se ralentir, s'éloigner et s'affaiblir avant de disparaître. La chloroformisation est-elle suspendue, le cœur reprend bientôt sa première fréquence pour retomber ensuite, lorsque l'éponge chloroformique est rapprochée de nouveau du nez de l'animal. Que l'expérience soit continuée jusqu'à la cessation des battements du cœur et de la respiration, que l'animal soit ouvert, on ne découvrira dans le cœur que de faibles oscillations (véritable irritabilité) qui ne sont pas la contraction proprement dite. Le cœur retiré de la poitrine ne laisse plus voir que des mouvements fibrillants, et l'on n'aperçoit plus ces bonds et ces contractions que l'on observe dans cet organe, extrait de la cavité pectorale d'un animal qui n'a pas subi l'influence du chloroforme.

L'opérateur se guidera donc sur les battements du cœur, et il devra toujours s'arrêter dès qu'il s'apercevra de la rareté de ses mouvements, de leur éloignement et de leur faiblesse.

L'électricité, malgré son énergie, ne peut rappeler les contractions du cœur lorsqu'elles ont été abolies; mais lorsque la circulation n'est pas encore complétement arrêtée, lorsqu'il existe encore une certaine vitalité chez l'animal, il résulte de toutes ces expériences que l'électricité, appliquée sur les surfaces muqueuses buccale et rectale, suffit pour ramener les organes et pour rappeler les fonctions de l'organisme. Dans les cas extrêmes, lorsque la vitalité n'est plus qu'un souffle, il conviendra de recourir à l'électro-puncture, qui peut seule offrir assez de puissance pour retirer les organes de leur torpeur et de leur sidération. Dans des circonstances aussi périlleuses, le rétablissement de la circulation et de la respiration ne se fera pas immédiatement, et il sera nécessaire de prolonger l'opération pendant un certain laps de temps. On n'arrêtera les courants et les chocs électriques que lorsque l'animal poussera des cris, et lorsque la respiration et la circulation s'exécuteront de manière à ne plus laisser de doute sur le retour du système nerveux à sa puissance régulatrice et à son influence définitive sur tous les organes qui reçoivent les impressions.

Dans notre MÉMOIRE SUR LES ANESTHÉSIQUES, nous avons été conduit à admettre que le système nerveux est directement et exclusivement frappé par le chloroforme; à l'appui de cette théorie, nous pouvons ajouter maintenant la disparition si complète et instantanée de la sidération du système nerveux par l'énergique action du fluide électrique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DE LA FISTULE A L'ANUS PAR LES INJECTIONS IODÉES; par M. le docteur BOINET, membre de la Société de chirurgie de Paris, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

Avant de dire quel est, suivant nous, le mécanisme de la guérison par les injections iodées et de décrire la manière de s'en servir, nous ferons connaître des observations qui prouvent : 1° que cette méthode s'applique non-seulement aux fistules incomplètes externes, mais encore aux fistules complètes ou avec perforation de l'intestin; 2° que les avantages de l'injection iodée ne sont pas fondés seulement sur le raisonnement, mais encore sur des faits.

FISTULE A L'ANUS GUÉRIE PAR LA TEINTURE D'IODE PURE.

On lit dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (décembre 1843) l'observation suivante, tirée d'un journal anglais, intitulé: MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW (octobre 1843) :

OBS. I. — Un chirurgien anglais, M. Charles Clay, a donné une extension nouvelle à l'emploi de la teinture d'iode, dont les résultats dans l'hydrocèle et dans d'autres cas chirurgicaux sont connus de tous. Il l'a employée à obtenir, au moyen de l'inflammation, l'oblitération d'une fistule à l'anus. La première injection du liquide dans le trajet fistuleux fut suivie d'une douleur très-vive pendant quelques minutes, et ensuite de démangeaisons qui durèrent deux ou trois heures. On répéta l'injection sept jours de suite, et au bout de ce temps le canal de la fistule était parfaitement oblitéré et son ouverture extérieure entièrement fermée. Il importe, observe M. Clay, que le liquide parcoure toute la longueur du trajet fistuleux; pour cela, on y place une mèche de charpie qui doit arriver dans le rectum ; on reconnaît que le liquide a bien pénétré si la mèche se colore. Dans l'observation dont il s'agit, il fut impossible à la troisième injection de faire passer la mèche dans l'intestin, car l'orifice interne était déjà oblitéré.

Le chirurgien anglais fait observer avec raison qu'il est important que le liquide de l'injection parcoure tout le trajet fistuleux, et il recommande pour y parvenir de placer une mèche de charpie qui doit arriver dans le rectum ; mais cette application d'une mèche de charpie dans une fistule à l'anus est-elle toujours possible, et si elle est possible, peut-elle être faite facilement et sans douleur? D'ailleurs dans quel but cette mèche de charpie? Dans celui de permettre à l'injection iodée de parcourir le trajet fistuleux dans toute son étendue, comme si, pour pénétrer dans toute l'étendue d'une fistule, un liquide quelconque avait besoin d'une autre précaution que celle d'y être poussé par une seringue. Le point le plus important, selon nous, n'est pas de pousser l'injection, mais de la maintenir quelques minutes au moins dans le trajet fistuleux, et si la fistule n'était pas complète, comme c'est le cas le plus ordinaire, aurait-on jamais la certitude, en supposant qu'on en ait la possibilité, d'avoir introduit la mèche de charpie jusqu'au fond de la fistule? Pour permettre cette introduction, il faut des fistules dont le trajet ne soit pas sinueux et dont l'orifice externe ait des dimensions plus grandes que celles qu'on rencontre habituellement.

Cette observation n'en est pas moins intéressante, au point de vue de l'efficacité des injections de teinture iodique, dans les fistules à l'anus, et à l'avantage d'être, sinon la première au moins une des premières où l'on ait appliqué des injections iodées dans cette variété des trajets fistuleux.

FISTULE COMPLÈTE DE L'ANUS, GUÉRIE PAR LES INJECTIONS DE TEINTURE D'IODE; par le docteur VANCAMP. (ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS, août 1847; UNION MÉDICALE, n° 103, p. 431, août 1847.)

OBS. II. — Le nommé N..., ouvrier à l'arsenal militaire d'Anvers, d'une constitution faible et grêle, âgé de 24 ans, vint me consulter dans le courant du mois de janvier 1846, pour un énorme abcès à l'anus, sur lequel je lui fis appliquer des fomentations émollientes et des cataplasmes de farine de graines de lin.

Peu de jours après, lorsque la fluctuation fut manifeste, j'ouvris l'abcès, et je constatai, au moyen du stylet boutonné, un grand décollement des tissus environnant l'intestin rectum. Je fis continuer les cataplasmes émollients. La marche régulière de la maladie m'autorisa à espérer une guérison prompte et radicale.

Malheureusement il n'en fut pas ainsi. Quatre semaines après l'ouverture de l'abcès, il restait encore une fistule, que je reconnus être complète en y passant un stylet qui vint sortir très-haut dans l'intestin rectum et toucher le doigt indicateur introduit dans cet organe. Outre ce signe certain d'une fistule anale complète, les matières fécales se faisaient jour par l'orifice extérieur.

Le succès que j'avais obtenu, il y a quatre ans, dans une fistule borgne externe, par les injections d'une solution très-concentrée de nitrate d'agent, m'engagea à employer de nouveau ce moyen ; mais la réussite ne répondit pas à mon attente.

Le grand nombre de guérisons radicales d'hydrocèle, obtenu par les injections de teinture d'iode, m'engagèrent, avant d'en venir à une opération, à tenter

également ce moyen, dans le but de provoquer une inflammation adhésive. Deux injections furent faites par jour, avec une solution à parties égales de teinture d'iode et d'eau. Les premières furent suivies de douleurs intenses. Je continuai ces injections pendant cinq jours. Comme l'inflammation me parut alors assez forte, je crus convenable de suspendre les injections pendant trois jours pour en connaître le résultat; après ce laps de temps, je fus obligé d'y revenir, car une petite quantité de pus sortait encore par l'ouverture extérieure, sans être mêlé cependant à des matières fécales, lorsque le malade avait des selles. Je reconnus au moyen du stylet que la fistule ne s'étendait plus qu'à une profondeur d'un pouce. La guérison fut complète le sixième jour.

Ainsi une fistule complète, s'étendant très-haut dans l'intestin, compliquée de vastes décollements, survenue à la suite d'un vaste abcès, est guérie en cinq jours avec des injections iodées, composées seulement de parties égales d'eau et de teinture d'iode. Pour obtenir un pareil résultat avec les procédés ordinaires, même dans une fistule simple, il eût fallu cinq ou six semaines au moins, sans compter bien d'autres inconvénients. L'auteur n'indique pas les précautions qu'il a prises pour faire ces injections, qui ont d'abord produit des douleurs très-vives. Nous pensons que les douleurs proviennent de la pénétration du liquide iodé dans l'intérieur de l'intestin, et qu'il sera toujours facile d'éviter cette pénétration, en trop grande quantité, en mettant en usage le procédé que nous employons.

L'observation suivante est un exemple qui prouve les avantages des injections iodées, là où toute opération est contre-indiquée et n'aurait aucune chance de succès.

FISTULE A L'ANUS GUÉRIE PAR L'INJECTION IODÉE.

OBS. III. — Un homme de 30 ans environ, pâle, maigre, cachectique, s'enrhumant facilement et ayant des tubercules au sommet des deux poumons, était depuis longtemps affecté d'une fistule à l'anus, formée à la suite d'un abcès qui s'était ouvert seul et avait donné issue à une grande quantité de pus. Cette fistule existait depuis plus de deux ans, et divers praticiens consultés avaient engagé ce malade à ne rien faire. Cette fistule se dirigeait en arrière et vers le sacrum, et le stylet introduit pénétrait à 10 ou 12 centimètres de profondeur, et semblait ne pas arriver jusque dans l'intestin. Jamais le malade n'avait remarqué de pus sur les matières fécales. Il s'écoulait de cette fistule une humeur sanieuse et fétide. L'idée d'une opération ne me vint pas chez un individu aussi chétif et pour une fistule si profonde et de cette nature. Je me décidai à faire une injection iodée, persuadé que j'étais que s'il n'en résultait rien de bien, il n'en adviendrait au moins rien de mal.

C'était le 6 novembre 1846; une petite sonde en gomme élastique fut introduite aussi loin que possible, afin de porter la teinture d'iode jusqu'au fond de la fistule; 15 à 20 grammes de liquide iodé furent injectés. Le malade ressentit une vive douleur qui se dissipa aussitôt que le liquide de l'injection put s'écouler, ce qui eut lieu en partie, quand je retirai la sonde quatre ou cinq minutes après l'injection.

Les jours suivants une matière purulente de bonne nature, ensuite séro-purulente, puis séreuse, s'écoula par la fistule, et au bout de quinze jours la guérison était complète, et l'état général du malade paraissait lui-même s'être amélioré.

FISTULE A L'ANUS, TRAITÉE SANS SUCCÈS PENDANT PLUSIEURS ANNÉES PAR L'INCISION ET L'EXCISION; GUÉRISON RADICALE PAR LES INJECTIONS IODÉES.

OBS. IV. — M. Corn, âgé d'environ 35 à 40 ans, de bonne constitution, de haute stature, jouissant habituellement d'une bonne santé, est entré à la Charité le 16 mai 1851, pour une fistule à l'anus qui depuis 1848 avait résisté à de nombreux traitements. Ce malade raconte qu'en franchissant une barricade, lors des événements de juin 1848, il fit une chute qui amena un abcès près de l'anus. Admis à l'hôpital militaire du Gros-Caillou le 9 septembre 1848, on ouvrit cet abcès avec le bistouri; mais la cicatrisation ne fut jamais complète. La plaie se fermait pendant quelques jours, puis se rouvrait de nouveau, donnant issue à de la matière purulente. Sorti de l'hôpital du Gros-Caillou, non guéri et après avoir subi plusieurs fois l'opération de la fistule à l'anus, il réclama les soins de plusieurs médecins, qui ne purent arriver à une guérison radicale. Après des médications nombreuses et infructueuses, il entra à la Charité, dans le service de M. le professeur Velpeau. Cet habile chirurgien l'opéra à son tour d'une fistule borgne externe, le 24 mai 1851, et le soumit à des pansements réguliers et bien faits. En raison des désordres graves, des décollements, des clapiers qui existaient, il subit plusieurs opérations qui n'amenèrent pas sa guérison, et le 16 juillet suivant, il sortit de l'hôpital de la Charité non guéri, mais bien amélioré.

Ennuyé d'attendre si longtemps sa guérison, ce malade se mit entre les mains des charlatans et des somnambules. Son mal s'aggrava, malgré l'usage de l'onguent Conel, de l'eau Brochieri et de plusieurs autres panacées qui toutes furent aussi inefficaces les unes que les autres.

Ce malade me fut alors adressé par un élève externe du service de M. Velpeau; c'était dans le courant du mois d'octobre 1851. Il était dans l'état suivant : on observait au pourtour de l'anus du côté gauche les cicatrices de plusieurs incisions; une plaie suppurante, qui s'étendait à plusieurs centimètres de profondeur, avec decollement de la membrane muqueuse rectale. On remarquait encore sur le trajet de la dernière incision des chairs fongueuses de mauvais aspect. Dans plusieurs points, le doigt introduit dans le rectum sentait des inégalités, était séparé du stylet, introduit, par sa membrane muqueuse, qui paraissait amincie supérieurement et était décollée dans une assez grande étendue. Cet examen était très-douloureux pour le malade, qui avait peine à le laisser faire, malgré tout le désir qu'il en avait. Le linge était habituellement taché par l'écoulement d'une assez grande quantité de matière purulente.

Le 24 octobre, je fis une première injection iodée, et comme il était difficile de la maintenir longtemps en contact avec les parties malades, j'appliquai sur la plaie et dans l'ouverture anale, jusque dans le rectum, de la charpie imbibée de teinture d'iode pure, recommandant au malade de renouveler ce pansement matin et soir. Cinq ou six injections de teinture pure d'iode furent faites à quatre ou cinq jours d'intervalle. Sous l'influence de ce traitement, la guérison marcha rapidement et la cicatrisation paraissait complète, lorsqu'il reçut l'ordre de partir pour l'Algérie, le 25 novembre 1851. Ce voyage le fatigua beaucoup; cependant ses fistules ne se rouvrirent pas, et pendant plusieurs semaines il se crut entièrement guéri, lorsque, le 9 février 1852, il fut obligé d'entrer à l'hôpital d'Oran, où deux jours après il subit une nouvelle opération de fistule à l'anus. Il resta à l'hôpital jusqu'au 25 mai, sans obtenir de guérison; alors il revint en France. Je le soumis à de nouvelles injections iodées; c'était dans le courant de juillet 1852. Il avait encore une fistule borgne externe. Trois injections iodées, faites, une par semaine seulement, suffirent pour amener la cicatrisation de ce foyer fistuleux. Depuis lors la guérison ne s'est pas démentie, et le malade est reparti pour l'Algérie dans le courant de février 1853. Cette guérison a été constatée par MM. Velpeau et Gerdy, auxquels j'ai présenté ce malade.

Ces deux dernières observations, en démontrant les avantages immenses des injections iodées dans des circonstances où, dans le premier cas, l'opération avait été jugée impraticable à cause de l'étendue, de l'ancienneté de la fistule et de la mauvaise constitution du malade, et dans le second, où, après avoir été tentée plusieurs fois, elle avait toujours échoué, prouvent que les fistules anales qui sont difficiles, dangereuses ou impossibles à opérer par le bistouri, peuvent guérir radicalement en très-peu de temps, en deux ou trois semaines, à l'aide des injections de teinture d'iode. N'est-elle d'autre avantage que celui d'être applicable dans les cas où l'opération n'est pas possible, et qui par conséquent sont considérés comme au-dessus des ressources de l'art, cette méthode des injections iodées serait assurément une ressource encore bien précieuse pour les pauvres malades, qu'on était obligé d'abandonner ainsi à tous les inconvénients et à tous les dégoûts d'une pareille affection; mais si cette méthode est efficace dans les cas de fistules graves, compliquées, elle ne l'est pas moins dans les fistules simples, dans celles où l'opération fournit d'habitude d'excellents résultats, obtenus, il est vrai, avec tous les ennuis qui accompagnent et suivent l'incision. Parmi plusieurs exemples que nous pourrions rapporter, nous nous contenterons de citer les deux suivants; l'un de fistule borgne externe, l'autre de fistule complète.

FISTULE ANALE INCOMPLÈTE; UNE SEULE INJECTION IODÉE; GUÉRISON RAPIDE EN DEUX JOURS.

OBS. V. — Dans le courant de juin 1850, le colonel P..... ayant lu dans les COMPTES RENDUS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES que j'avais traité et guéri des abcès, des trajets fistuleux, par les injections iodées, vint m'ameuer son fils, atteint d'une fistule à l'anus depuis environ une année, avec le désir et dans l'espoir que je pourrais le guérir sans opération sanglante, moyen qui avait été déjà proposé maintes et maintes fois par un savant chirurgien du Gros-Caillou et par divers autres médecins appelés à donner des soins au fils de M. P....., qui, plus que le malade encore, redoutait toute opération avec le bistouri. Cette fistule était la suite d'un abcès, survenu sans cause connue au pourtour de l'anus; cet abcès avait été plusieurs fois ouvert avec le bistouri. La santé de ce jeune homme, étudiant en droit, âgé d'environ 20 ans, a toujours été très-bonne.

Un stylet boutonné, introduit par l'orifice externe, qui est situé à plus d'un centimètre de l'anus sur la fesse droite, pénètre, en se dirigeant vers la muqueuse intestinale, à une profondeur de 5 ou 6 centimètres. Le doigt indicateur de la main gauche, introduit dans l'anus, sent très-bien le stylet à travers la muqueuse soulevée et amincie, surtout à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'anus. Quelque soin que j'y puisse mettre, il m'est impossible de reconnaître l'orifice interne de cette fistule, que je regarde comme une fistule borgne externe, le malade affirmant n'avoir jamais remarqué le passage du gaz par cette fistule, qui a résisté à tous les moyens mis en usage jusqu'à ce jour.

Après avoir purgé le malade, le 20 juin je pratiquai une injection de teinture pure d'iode, additionnée d'iodure de potassium dans la fistule. Cette injection n'est nullement douloureuse, et est faite avec les précautions suivantes : d'abord un stylet cannelé, boutonné à son extrémité, est introduit jusqu'au fond de la fistule; puis le doigt indicateur de la main gauche est placé dans le rectum, aussi profondément que possible, de manière à boucher l'orifice interne de la fistule, si par hasard il existe, et à exercer une compression de dedans en dehors, dans le but d'empêcher le liquide injecté de pénétrer dans l'intestin. Cela étant fait, je place dans la cannelure du stylet le bout très-effilé d'une petite seringue en ivoire chargée d'iode, et je l'enfonce de manière à fermer hermétiquement l'orifice externe de la fistule pour que le liquide injecté ne puisse pas ressortir; puis enfin je pousse l'injection, que je laisse séjourner dans le trajet fistuleux environ six ou sept minutes, ayant soin pendant tout ce temps, d'une part, d'exercer une compression soutenue avec le bout du doigt placé

dans l'anus; de l'autre, de maintenir la seringue dans l'orifice externe, le pouce de la main droite appuyé sur le piston de la seringue. De cette façon le liquide injecté dans la fistule ne pouvait ni pénétrer dans l'intestin, en supposant que la fistule fût complète, ni ressortir par l'ouverture externe, qui était fermée par le stylet et par la canule de la seringue, et pouvait de cette façon rester en contact avec les parois de la fistule aussi longtemps qu'il est nécessaire pour modifier ces parois et les rendre propres à l'adhésion.

La seringue retirée, le liquide injecté s'est écoulé aussitôt hors de la fistule, et le doigt, retiré du rectum, m'a donné la preuve indubitable que la fistule n'était pas complète, puisqu'il n'était pas coloré par la teinture iodique.

Cette injection ne fut suivie ni de douleur ni de réaction, et dès le jour même de cette opération, le malade put se lever et continuer sa vie ordinaire. Le 22 juin, c'est-à-dire le second jour après l'injection, je plaçai dans le rectum une mèche assez grosse, qui y resta vingt-quatre heures. Mon but, en agissant ainsi, était d'exercer une compression de dedans en dehors sur toute la longueur de la fistule et de mettre dans un contact plus immédiat ses parois avivées, enflammées par l'injection, de manière à favoriser leur recollement.

Ces seuls moyens ont suffi pour guérir radicalement cette fistule, qui existait depuis une année, et dont le malade s'est trouvé débarrassé depuis le jour de l'injection. Il y a bientôt trois ans que cette guérison a eu lieu, et elle ne s'est pas démentie depuis. Le malade, que je vois de temps en temps, jouit de la santé la plus parfaite.

FISTULE ANALE COMPLÈTE; PLUSIEURS INJECTIONS IODÉES; GUÉRISON.

Obs. VI. — Un propriétaire de Passy, âgé de 50 ans environ, atteint d'hémorrhoïdes et ayant toujours eu une bonne santé, vint me consulter, dans le mois de juin 1852, pour un mal qu'il avait à l'anus. Ce mal n'était autre chose qu'un abcès, que j'ouvris avec le histouri. Après cette petite opération, des bains, des cataplasmes émollients, le gonflement inflammatoire qui siégeait au pourtour de cet abcès se dissipa promptement; mais la cicatrisation ne se fit pas complétement, ce qui, avec quelques autres signes indiqués par le malade, tels que le passage de vents par l'ouverture de l'abcès, me fit soupçonner que cette lésion s'était terminée par une fistule, ce qui fut rendu évident par l'examen des parties. Cette fistule était complète et avait son orifice interne à 1 centimètre au moins au-dessus du sphincter du côté gauche; elle avait une profondeur d'environ 3 ou 4 centimètres. Ce malade était dans l'inquiétude la plus grande; car il savait que son mal ne pouvait être guéri que par une opération qu'il redoutait on ne peut plus et qu'il avait toujours crainte; aussi, lorsqu'il apprit qu'il était possible de le guérir autrement que par le bistouri et qu'on pouvait lui épargner une opération sanglante, il me pria sur-le-champ d'employer ce nouveau moyen, disant qu'il serait toujours assez tôt d'en venir à une opération, qui l'effrayait plus que sa maladie.

Le 28 juin, je fis une injection avec de la teinture pure d'iode. J'étais seul pour faire cette injection; aussi fut-elle mal faite et d'une manière incomplète. Le liquide iodique pénétra à peine dans le trajet fistuleux, n'y séjourna pas et n'amena aucune modification.

Le 5 juillet, nouvelle injection. Cette fois j'étais assisté d'un confrère; malgré cela, cette opération fut encore mal faite, et une certaine quantité de teinture d'iode ayant pénétré dans l'intestin, le malade en ressentit des douleurs si vives qu'il m'empêcha de terminer cette injection convenablement, en ne me permettant pas de laisser séjourner le liquide injecté dans le trajet fistuleux le temps nécessaire, c'est-à-dire pendant six ou sept minutes. Cette seconde injection, quoique faite incomplétement, paraissait cependant avoir produit un bon résultat, et le malade se croyait guéri, lorsque, dans la nuit du 11 juillet, il fut pris de coliques hépatiques atroces, qui me décidèrent à le faire partir immédiatement pour les eaux de Vichy, à cause de la saison, qui était déjà avancée. J'appris bientôt qu'il croyait que sa fistule n'était pas entièrement guérie, parce que de temps en temps il croyait qu'elle laissait passer des vents; cependant il disait qu'il allait bien mieux, et que son linge n'était plus taché comme auparavant.

De retour des eaux et de plusieurs autres voyages qu'il avait faits pendant les vacances, il vint de nouveau réclamer mes soins. Je constatai que la fistule existait encore. Le 7 octobre 1852, assisté de M. le docteur Mesnet, ancien interne des hôpitaux, je pratiquai une nouvelle injection iodée. Cette injection fut faite d'une manière complète et avec toutes les précautions qu'il est indispensable de prendre pour réussir. Le succès a été rapide et complet, et depuis cette époque ce malade, qui est particulièrement connu de MM. Cazalis, médecin de la Salpêtrière, et Beclard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est radicalement guéri. Le second jour de l'opération, une mèche fut placée dans le rectum, précaution que j'ai l'habitude de prendre, mais dont on pourrait peut-être se dispenser.

VASTE ABCÈS A L'ANUS, FISTULE COMPLÈTE AVEC DÉCOLLEMENTS PROFONDS; OPÉRATION PAR INCISION SANS RÉSULTAT; INJECTIONS IODÉES; GUÉRISON; PLUSIEURS HÉMOPTYSIES.

Obs. VII. — Dans le courant de février 1853, un négociant de Paris, âgé d'environ 40 à 45, de constitution en apparence robuste, mais ayant eu plusieurs hémoptysies graves, fut consulter M. le professeur Velpeau pour une affection qu'il avait au fondement depuis plusieurs mois, et qu'il prenait pour des hémorrhoïdes enflammées. Cette affection n'était autre chose qu'un vaste abcès, que M. Velpeau conseilla d'ouvrir. Ce malade m'ayant été adressé, je trouvai en effet qu'il existait un énorme abcès sur le point de s'ouvrir spontanément. Une incision pratiquée immédiatement dans le point où la peau était rouge, violacée, amincie, donna issue à une quantité de pus plus considérable que ne paraissait le comporter le volume de cet abcès, qui suppura abondamment pendant plusieurs semaines; deux mois après cette opération, il ne paraissait avoir aucune tendance à la guérison. Le gonflement du pourtour de l'anus et la rougeur avaient entièrement disparu depuis longtemps déjà, et l'ouverture que j'avais faite avec le bistouri était restée fistuleuse. Il n'était pas douteux que ce malade avait une fistule à l'anus; mais plein de pusillanimité, il n'avait jamais voulu consentir à un examen, qu'il accepta enfin après lui avoir répété bien des fois qu'il était impossible de tenter aucun traitement s'il ne voulait pas laisser examiner. Une sonde cannelée introduite avec une grande facilité, mais non sans provoquer les cris et les plaintes du malade, ne laissa aucun doute sur l'existence d'une fistule complète, qui s'étendait profondément à plusieurs pouces au-dessus de l'anus avec complication de vastes décollements de la peau et de la muqueuse intestinale qui avait subi une perte de substance d'environ un centimètre, ce qu'il était facile de constater avec le doigt introduit dans le rectum, la sonde cannelée étant placée dans l'orifice externe de la fistule. Au-dessus de cet orifice fistuleux interne, la muqueuse était décollée par en haut dans une assez grande étendue; ce qui donnait lieu à un cul-de-sac profond.

Ce malade, que son médecin avait craint d'opérer à cause du fâcheux état de sa poitrine, et que la peur éloignait d'ailleurs de toute opération, ne permit de l'examiner que dans l'espoir que je lui éviterais une opération sanglante; cet examen fut pénible pour le patient, à cause de sa poltronnerie, et comme il ne m'aurait pas été permis d'y revenir, j'en profitai pour faire l'opération par surprise, ce dont il me sut beaucoup de gré par la suite. Avec le bout de l'indicateur droit introduit dans l'anus, je ramenai en dehors de cette ouverture l'extrémité de la sonde et incisai rapidement et sans en prévenir le malade, qui croyait toujours que j'en étais encore à m'éclairer sur l'étendue de son mal. Cette opération ne fut qu'incomplétement faite, car il restait des lambeaux de téguments décollés à exciser, et un cul-de-sac situé profondément sous la muqueuse décollée à inciser, mais il ne voulut pas y consentir, malgré toutes mes instances..... Pendant près de deux mois des mèches furent appliquées tous les jours; rien n'annonçait la guérison; une suppuration intarissable et très-abondante avait toujours lieu. Le doigt introduit dans le rectum constatait au delà de l'ouverture anale une cavité au fond de laquelle existait un repli assez épais formé par la muqueuse décollée; ce repli séparait la cavité intestinale du cul-de-sac sous-muqueux qui s'étendait à une hauteur de 12 à 15 centimètres, ainsi qu'il était facile de s'en assurer par l'introduction d'un stylet ou d'une sonde cannelée. Il existait une fistule borgne, dont l'orifice externe se trouvait placé dans l'intérieur de l'intestin. Il n'y avait plus moyen de songer à une nouvelle opération, le malade n'y aurait pas consenti. J'eus recours alors aux injections iodées; mais plusieurs difficultés se présentaient.

La première était de retenir le liquide injecté dans le cul-de-sac, dont l'ouverture avait lieu dans le rectum à plus de 2 centimètres au-dessus de l'ouverture de l'anus; la seconde, de ne pas laisser l'injection se répandre dans le rectum, ce qui est toujours très-douloureux pour les malades. Je suivis le procédé suivant: une sonde en gomme élastique fut introduite jusqu'au fond du cul-de-sac; comme cette sonde était loin de remplir exactement l'embouchure de ce cul-de-sac ou de cette fistule borgne, et que le liquide injecté serait ressorti aussitôt et aurait inondé tout le rectum, je tamponnai l'ouverture de cette fistule avec des boulettes de charpie, de façon à faire de ce canal fistuleux une cavité close; puis le doigt introduit dans l'anus vint encore exercer une compression sur cette ouverture oblitérée par la sonde et par la charpie. Ces précautions prises, une injection de teinture pure d'iode fut faite par la sonde et retenue dans le trajet fistuleux pendant cinq ou six minutes, à l'aide de la seringue que je maintins appliquée tout ce temps. En retirant la seringue, le liquide injecté ressortit aussitôt par la sonde. Il ne s'en était écoulé qu'une très-minime partie entre la sonde et les boulettes de charpie que j'avais mises pour fermer cette fistule. J'appliquai ensuite une boulette de charpie imbibée de teinture d'iode, sur les parties molles, fongueuses qui existaient dans le rectum, à l'entrée du cul-de-sac dont je viens de parler, et continuai ce pansement pendant huit ou dix jours, puis une mèche assez grosse était introduite dans le rectum aussi profondément que possible; plus tard, je n'appliquai ces boulettes de charpie iodée que tous les trois ou quatre jours, me dispensant de mettre une mèche dans le rectum.

A partir de cette injection et des pansements iodés, la suppuration devint de moins en moins abondante, la cavité qu'on sentait dans le rectum, à l'entrée de la fistule, se combla peu à peu, la fistule s'oblitéra, et un mois après ce traitement, la guérison était radicale.

Dans le but de combattre les accidents qui auraient pu survenir du côté de la poitrine par suite de la guérison de cette fistule, le malade fut, pendant tout le traitement et même après, soumis à l'usage de l'huile de foie de morue et de l'iodure de potassium, à un régime tonique et fortifiant, il est allé, pour consolider sa santé qui est déjà excellente, passer la saison aux bains de mer (1).

A ces observations recueillies depuis longtemps déjà (2), nous pouvons en joindre trois autres plus récentes, qui viennent appuyer et confirmer la méthode nouvelle que nous proposons pour guérir les fistules à l'anus. La première appartient à notre savant confrère le docteur G. Dumont, et a été publiée dans le Moniteur des hôpitaux (numéro du 23 juillet 1853), ac-

(1) Un nouvel abcès, suivi d'une fistule à l'anus, est survenu chez ce malade depuis son retour des eaux; il est de nouveau soumis aux injections iodées.

(2) Notre travail sur le traitement des fistules à l'anus par les injections iodées était fait depuis longtemps et avait été mentionné à la Société de chirurgie dans la séance du 11 mai 1853, à l'occasion d'une communication faite par M. le professeur Gerdy, sur un nouveau mode de traitement de certaines fistules anales. (Bulletin de la Société de chirurgie, page 543, tome III, 1853.)

compagnée de réflexions judicieuses sur ce point de chirurgie. Les deux autres ont été lues à la Société de chirurgie dans la séance du 7 septembre 1853, par le docteur Piogey, ancien interne très-distingué des hôpitaux de Paris. Voici un extrait de ces observations :

Obs. VIII. — Dans le cas de M. Dumont, il s'agit d'une fistule borgne externe chez un homme de 35 ans, de constitution chétive et délicate et très-probablement atteint de phthisie; cette fistule était survenue à la suite d'un abcès phlegmoneux développé à la marge de l'anus, sans cause connue. Ce malade, né d'une mère morte d'une maladie de poitrine, toussait constamment, avait eu plusieurs extinctions de voix, avait craché du sang et considérablement maigri. L'auscultation ne faisait pas reconnaître de signes certains de tuberculisation, quoiqu'il en offrit tous les symptômes rationnels.

Ne voulant pas pratiquer une opération, dont il craignait l'insuccès dans de pareilles conditions, M. Dumont eut recours aux injections iodées. Il en fit neuf en augmentant progressivement la dose de la teinture d'iode, qu'il finit par employer presque pure. Ces injections furent faites les 26 avril, 1er, 4, 12, 16, 20, 25, 29 mai et 8 juin 1853, avec la sage précaution de chercher à mettre le liquide injecté en contact avec toutes les parties du trajet fistuleux. La douleur fut très-supportable, et le malade put vaquer à ses occupations pendant tout le traitement. Le 2 juillet, la fistule était complétement guérie, et depuis lors la guérison s'est maintenue.

Cette intéressante observation provoque, de la part de M. Dumont, des réflexions pleines de justesse; il rappelle qu'à l'époque où Louis XIV fut affecté de fistule à l'anus, plusieurs malades furent envoyés aux eaux de Baréges et aux eaux de Bourbon pour être traités par ces eaux sulfureuses, qui ne produisirent aucun effet, et il ajoute : « La manière dont les auteurs jugent les » injections, dans le traitement des fistules à l'anus, était peu faite pour en- » gager à les employer dans quelque cas que ce fût. Mais, à supposer que ces » injections aient été souvent pratiquées sans succès, il ne s'ensuivrait pas » que les injections iodées, qui n'ont encore pu être essayées que bien rare- » ment, si même d'autres praticiens que M. Boinet y ont eu recours, » n'aient une tout autre efficacité dans le traitement des fistules à l'anus. » Ces injections iodées donnent aujourd'hui de si beaux résultats, dans le » traitement des abcès par congestion, qu'il est bien permis de croire » qu'elles pourront être souvent utiles dans le traitement des fistules, et » l'observation que je publie est certes de nature à le faire penser.

» Ces injections iodées constituent, en effet, la seule ressource que l'on » ait, dans tous les cas semblables, où l'état de la poitrine ne permet pas » de pratiquer l'incision, et ces cas, il faut le dire, sont assez nombreux. » Mais pour accepter cette idée, il faut nécessairement ne pas craindre que » la guérison d'une fistule à l'anus puisse hâter le développement ou la » marche de la phthisie pulmonaire... Si la fistule à l'anus doit être respec- » tée chez les phthisiques, ce n'est pas parce que sa guérison aggrave la ma- » ladie principale; c'est, ainsi que le fait justement observer M. Velpeau, » par l'impossibilité d'en obtenir la cicatrisation après l'avoir opérée. Les » chairs restent molles, blafardes, la suppuration est intarissable; l'opération » est alors dangereuse et on peut dire impraticable, puisqu'elle ne doit » réussir que dans de très-rares exceptions. C'est en ce sens seulement que » la phthisie nous paraît constituer une contre-indication à l'opération. »

« Eh bien ! c'est dans ces cas précisément que les injections iodées pourront être d'une grande utilité. » L'observation de M. Dumont et celles que nous avons consignées dans ce travail démontrent qu'on peut les tenter avec succès dans toutes les fistules, qu'elles soient complètes ou incomplètes. « Quand même, ajoute notre confrère, ces injections ne devraient toujours » avoir un aussi beau résultat que dans le cas qui précède, ne vaut-il pas » beaucoup mieux les essayer que de se borner à recommander aux mala- » des des soins de propreté, après avoir déclaré leurs affections incu- » rables? »

Obs. IX. — La première observation de M. Piogey appartient à un homme de 50 ans, de bonne constitution, qui a eu une fistule complète à l'anus, à la suite d'un abcès dans cette région; cette fistule simple se trouvait au milieu de tumeurs hémorrhoïdaires. Le malade, qui avait eu son père atteint d'une fistule anale, pour laquelle M. Blandin avait fait plusieurs opérations très-douloureuses, redoutait le bistouri au delà de toute expression, et s'adressait à quiconque lui proposerait de le guérir sans opération. Il accepta avec empressement le traitement par les injections iodées qui lui fut conseillé par M. Piogey. Tous les deux jours, pendant quinze jours, au bout desquels il fut guéri, on fit, avec une petite seringue en verre une injection iodée de 5 ou 6 grammes, composée de

Teinture d'iode. . . .	2	gramm.
Iodure de potassium.	1	—
Eau distillée.	60	—

Ces injections, qui étaient douloureuses pendant quelques minutes seulement, ressortirent par l'anus.

Obs. X. — La seconde observation est celle d'un jeune garçon en pharmacie, âgé de 27 ans, qui avait eu, à l'anus, un abcès qui s'était terminé par une fistule complète, ayant deux orifices externes, à un pouce de l'ouverture anale. Cette fistule s'étendait très-haut dans l'intestin et offrait des sinuosités que le stylet ne pouvait suivre; de sorte qu'il fut impossible de constater avec cet instrument si la fistule était complète, ce qui devint évident en injectant de l'eau qui ressortit par l'anus. Dans ce cas, M. Piogey eut encore recours aux injections iodées avec succès. Il en fit quatre en quinze jours, et la guérison fut radicale. Dès la première injection la suppuration avait diminué. L'injection qu'il employa était composée de

Teinture d'iode. . . .	4	gramm.
Iodure de potassium.	1	—
Eau distillée.	40	—

Il se servit d'une petite seringue en verre et injecta 5 ou 6 grammes de teinture à chaque fois.

Ces deux malades ne cessèrent pas de vaquer à leurs occupations pendant ce traitement.

A ces observations nous pourrions encore joindre deux autres cas de guérison, que nous avons obtenue par le même traitement depuis la lecture de notre mémoire à l'Académie des sciences.

Ces observations nous apprennent qu'il ne faut pas trop se hâter, dans les fistules à l'anus, de pratiquer l'incision et l'excision des trajets fistuleux et des parties décollées, l'usage des injections iodées pouvant débarrasser les malades de leur incommodité; il faut donc en tenter l'emploi avant d'avoir recours au bistouri, qui doit être, dans ces cas, la dernière ressource du chirurgien. Que la fistule soit simple ou qu'elle présente un plus grand nombre d'ouvertures à l'extérieur, que son trajet soit direct ou sinueux, qu'il y ait entre ses deux extrémités des cavernes plus ou moins larges, que son orifice interne existe ou n'existe pas, qu'il soit près ou à une grande distance de l'anus, les injections iodées peuvent réussir. L'indication capitale est d'exciter une inflammation adhésive complète de tout le trajet fistuleux.

Un point qui a dû frapper en lisant ces observations, c'est la simplicité de cette opération, qui n'est ni difficile pour le chirurgien ni douloureuse pour le malade. Un seul aide suffit, et à la rigueur un chirurgien pourrait la pratiquer tout seul. Les précautions qui sont nécessaires avant l'opération se bornent, comme dans l'opération ordinaire, à purger le malade la veille de l'injection et à lui donner un lavement pour éviter que les garde-robes ne viennent, dans les jours qui suivront l'injection, troubler le travail de l'adhésion du trajet fistuleux.

Nous avons dit qu'il était important, pour obtenir de l'injection iodée les bienfaits qu'on en attend, de prolonger son séjour dans le trajet fistuleux pendant plusieurs minutes, cinq ou six au moins. Si la fistule est borgne externe, il suffit, pour y arriver, de boucher l'orifice externe de la fistule; si elle est complète, il faut introduire le doigt dans le rectum pour fermer l'orifice interne. Voici comment nous procédons. D'abord un stylet cannelé, boutonné, est introduit jusqu'au fond de la fistule, puis le doigt indicateur de la main gauche est placé dans le rectum aussi profondément que possible, de manière à boucher l'orifice interne de la fistule, si par hasard il existe, et à exercer une compression du dedans au dehors, dans le but d'empêcher le liquide injecté de pénétrer dans l'intestin. Cela fait, on place dans la cannelure du stylet le bout très-effilé d'une petite seringue en ivoire chargée de teinture d'iode, et on l'enfonce de manière à fermer hermétiquement l'orifice externe de la fistule, pour que le liquide injecté ne puisse ressortir; après cela, on pousse l'injection qui doit être laissée six ou sept minutes dans le trajet fistuleux, ayant soin pendant tout ce temps, d'une part, d'exercer une compression soutenue avec le bout du doigt placé dans l'anus, de l'autre, de maintenir la canule de la seringue dans l'orifice externe, le pouce de la main droite appuyé sur le piston de la seringue. De cette façon, le liquide injecté dans la fistule ne peut ni pénétrer dans l'intestin, en supposant que la fistule soit complète, ni ressortir par l'ouverture externe qui est fermée par le stylet et par la canule, et est forcé de rester en contact aussi longtemps qu'il est nécessaire, pour modifier les parois de la fistule et les rendre propres à l'adhésion.

On retire la seringue, et le liquide injecté s'écoule aussitôt. Le doigt retiré du rectum indique, s'il est coloré par la teinture d'iode, que la fistule est complète; dans le cas contraire, on est certain que la fistule est incomplète. Le lendemain de l'opération, on introduit dans le rectum, pendant vingt-quatre heures, une mèche assez grosse pour exercer sur le trajet fistuleux une compression du dedans en dehors. Cette compression, dont on pourrait se dispenser, à la rigueur nous paraît utile pour rapprocher les parois du trajet fistuleux et favoriser, dans un moment convenable, leur recollement. Dans les fistules simples et récentes, il suffit d'une seule injection iodée pour procurer la guérison; dans celles qui sont anciennes, compliquées de larges décollements, ou qui dépendent d'une altération des os, de quelque lésion profonde de l'intérieur du bassin, il en faut pratiquer plusieurs, et on doit les continuer en les répétant tous les cinq ou six jours ou même plus souvent, tous les huit ou dix jours, suivant des indications

particulières, jusqu'à ce que la guérison s'ensuive. Pour les fistules qui s'étendent profondément, j'ai fait fabriquer une sonde creuse en argent, de la forme et de la grosseur d'un stylet ordinaire. Cette sonde-stylet est percée de plusieurs trous latéraux à son extrémité anale; son extrémité externe est en forme d'entonnoir, il peut recevoir le bout de la seringue pour pratiquer l'injection, qui de cette façon est portée jusqu'au fond de la fistule.

La teinture d'iode mise en usage est celle du Codex ou de M. Guibourt; seulement pour que la solution soit complète, nous avons l'habitude d'ajouter un gramme d'iodure de potassium par 25 grammes de teinture d'iode pure. Dans les fistules simples, ordinaires, qu'elles soient complètes ou incomplètes, nous employons la teinture d'iode pure; dans celles qui s'étendent profondément et qui sont compliquées de vastes clapiers, on devra commencer par des injections moins concentrées et composées de parties égales d'eau distillée et de teinture d'iode, ayant soin d'augmenter la force de l'injection à mesure que le foyer fistuleux diminue d'étendue.

Maintenant, quel est le mécanisme de la guérison? Après l'injection, il se développe immédiatement une irritation, une inflammation sous l'influence de laquelle une couche de lymphe coagulable est sécrétée à la surface interne de la fistule. La partie enflammée devient plus rouge, les parties touchées par la teinture iodique paraissent plus vasculaires que dans l'état naturel, et très-probablement elles le sont en effet, tant parce qu'il se forme de nouveaux vaisseaux dans les anciens tissus, que parce que la matière adhésive de nouvelle formation devient vasculaire. Ces nouveaux vaisseaux ont leur utilité dans la période adhésive et dans celle de suppuration: dans le premier cas, ils confèrent à la nouvelle substance la puissance d'action qui s'oppose à la suppuration; dans le second, ils offrent une base au développement des granulations.

Comme le trajet fistuleux est également modifié dans tous ses points par l'injection, l'inflammation devient générale, et, par suite de l'extravasation de la lymphe coagulable, les parties se tuméfient généralement, se gonflent et viennent se toucher par tous leurs points. Ces phénomènes sont en proportion de l'inflammation, et le gonflement est plus marqué là où l'inflammation est le plus intense, c'est-à-dire dans le point même sur lequel a porté l'irritation; puis il se perd graduellement dans les parties environnantes. Cependant le succès de l'opération n'est nullement en proportion de la somme d'inflammation produite, bien qu'une certaine quantité d'inflammation soit indispensable pour que l'effet curatif soit produit. L'inflammation causée par l'injection dépasse rarement la période adhésive: cela pourrait cependant arriver quelquefois, quoique nous ne l'ayons jamais vu dans les fistules où il existe des décollements profonds et considérables, ce qui peut être dans le premier temps un obstacle au rapprochement des parois du trajet fistuleux et favoriser la suppuration.

Le gonflement, en portant au contact les surfaces irritées, enflammées, retient ainsi la lymphe plastique extravasée, mais vivante, qui, en se coagulant, sert de moyen d'union, les orifices des vaisseaux se ferment et la lymphe inutile est absorbée.

Si les surfaces ne peuvent pas être rapprochées de manière à s'unir, ainsi si la lymphe plastique perd son principe vital dans quelques points, elle devient une source d'irritation, fait naître l'inflammation suppurative et retarde la guérison: dans ces cas, il faut recourir à de nouvelles injections.

Ces injections iodées produisent donc les effets locaux suivants: douleur, gonflement et rougeur liés tous trois à une seule et même cause et se manifestant en même temps. Cette inflammation, résultat de l'injection donne à son tour naissance à plusieurs autres effets également locaux qui peuvent être appelés secondaires, comme les adhérences.

D'après cela, on ne doit donc voir dans l'inflammation produite par les injections iodées que l'effet d'un trouble local, qui réclame un mode d'action nouveau, mais salutaire, pour rendre les parties à cet état, dans lequel les actions naturelles doivent s'accomplir nécessairement, son but étant d'établir entre les parties, au moyen de la lymphe coagulable et de la sérosité qui sont sécrétées, des adhérences qui empêchent ou limitent la suppuration.

Le meilleur moment pour faire réunir les parties irritées est celui où le gonflement se manifeste par l'extravasation des liquides et où la lymphe plastique coagulable est sécrétée, c'est-à-dire dans la période adhésive ou première période de l'inflammation; c'est pour cela qu'il est important de chercher à rapprocher les parois fistuleuses vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'injection iodée, en introduisant pendant quelques heures (vingt-quatre heures environ) une mèche dans le rectum, ou bien un petit instrument dilatateur de M. Gariel.

Des observations et des réflexions consignées dans ce mémoire, il nous paraît résulter que les injections iodées pratiquées convenablement et avec toutes les précautions que nous avons indiquées peuvent guérir radicalement les fistules à l'anus, qu'elles soient complètes ou incomplètes, simples ou compliquées:

1° Qu'elles guérissent plus promptement que la méthode employée aujourd'hui et exposent à moins de dangers et à moins d'inconvénients;

2° Qu'elles ne produisent aucune douleur et sont plus faciles à pratiquer;

3° Qu'elles n'empêchent pas les malades de vaquer à leurs affaires, et les mettent à l'abri d'un long séjour au lit et de pansements répétés tous les jours;

4° Qu'elles sont applicables dans tous les cas, et surtout dans ceux où les opérations de l'incision et de l'excision sont ou inapplicables ou très-dangereuses à appliquer;

5° Enfin, qu'elles n'aggravent jamais la position du malade, même dans le cas où elles seraient inefficaces, et qu'il est rationnel de les mettre en usage, avant de recourir à l'instrument tranchant.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

KYSTES MULTIPLES DUS A LA DILATATION DES GLANDES SUDORIPARES; NOUVELLE VARIÉTÉ DE TUMEUR SOUS-CUTANÉE; par le docteur Ar. Verneuil, agrégé de la Faculté.

Obs. — Un homme de 40 ans environ, couché dans une des salles de l'hôpital du Midi, porte à la région supérieure du cou une tumeur du volume d'une grosse amande. Elle est située au-dessous et un peu en arrière de l'apophyse mastoïde, sur la face externe du muscle sterno-mastoïdien, plus haut et plus en arrière que le bord postérieur de la parotide. Peu mobile, quoique indépendante du squelette, cette tumeur est mollasse, sans fluctuation manifeste. Le toucher y reconnaît des bosselures, et elle offre la consistance de certaines productions vasculaires veineuses. La peau qui la recouvre est mobile et peut être soulevée en pli; elle n'offre, du reste, aucune altération de couleur ni de consistance, et on n'aperçoit à sa surface aucun pertuis. La tumeur n'est point réductible à la pression et ne présente pas de battements; elle s'est développée lentement sans cause connue; elle n'a jamais été douloureuse, mais elle s'accroît, et le malade désire en être débarrassé.

Le diagnostic de la nature de cette production est assez obscur. La fixité, le peu de consistance excluent l'idée d'un engorgement ganglionnaire; l'insensibilité, l'absence de battements et de changement de coloration de la peau ne permettent pas de songer à une production vasculaire. Restent deux hypothèses: celle d'une tanne, c'est-à-dire d'un kyste formé par un follicule sébacé hypertrophie, et celle d'un lipôme. L'état de la peau, l'absence du pertuis qu'on retrouve si souvent sur la surface des loupes d'un petit volume, nous engagent à pencher vers la seconde opinion.

M. Follin procède à l'ablation: une incision longitudinale divise la peau suivant le grand axe de la tumeur. Le tegument aminci étant disséqué à droite et à gauche, on arrive sur une masse rougeâtre molle formée de plusieurs bosselures à parois minces et distendues par du liquide. Les adhérences assez fortes de cette masse rendent l'énucléation impossible. On est obligé de disséquer toute sa circonférence, et le bistouri ouvre ainsi successivement plusieurs poches d'où s'écoule un fluide clair, ténu, semblable à cette sérosité sanguinolente qui remplit certaines phlyctènes. L'extirpation est achevée avec les ciseaux courbes.

Je procède immédiatement à l'examen de cette production. Deux petits kystes étaient restés intacts au milieu de la masse; à un faible grossissement, ils se présentent sous la forme de vésicules translucides munis d'une paroi bien distincte et assez épaisse. Une pression entre deux plaques de verre fait crever ces poches d'où s'écoule un liquide semblable à celui qui remplissait les poches plus volumineuses. Ce liquide, examiné à un grossissement de 500 diamètres environ, renferme une grande quantité de cellules épithéliales libres; ce sont des cellules d'épithélium pavimenteuses très-bien conservées, à parois claires et munies d'un noyau bien caractéristique. On voit, de plus, nager un grand nombre d'épithéliums nucléaires pâles, réguliers, arrondis ou à peine polygonaux. Ces éléments sont mélangés d'une assez notable proportion de globules sanguins et de quelques rares corpuscules granuleux.

Indépendamment de ces éléments flottants, on voit: 1° des plaques plus ou moins étendues en forme de membranes et constituées, celles-ci, par des couches d'épithélium nucléaires d'une parfaite régularité, rendues polygonales par la pression réciproque de leurs bords, et en tout semblables aux noyaux flottants décrits plus haut: ces épithéliums ne sont point stratifiés; ils forment une couche unique. 2° Des plaques tout à fait semblables sont formées par des cellules complètes d'épithélium pavimenteuses à bords irréguliers par pression réciproque, mais qui pourraient également servir de type de cet élément anatomique; ces cellules sont assez variables en volume, presque aucune d'elles n'atteint le diamètre des cellules pigmentaires, et elles ne présentent pas traces de granulations graisseuses.

Au reste, l'élément graisseux manque absolument dans les diverses parties de cette production.

J'examinai également le liquide que je pus exprimer du reste de la masse et qui distendait préalablement les grandes vésicules, et j'obtins des résultats tout à fait identiques.

La tumeur, après l'évacuation du liquide, se trouvait réduite à un très-petit volume qui semblait seulement un lambeau de tissu cellulaire. J'en soumis plusieurs échantillons au microscope, et je ne trouvai qu'un tissu cellulaire délicat;

pourtant, en plusieurs points, je retrouvai des fragments plus ou moins longs, mais très-reconnaissables de glandes sudoripares. Avant et après l'examen microscopique, plusieurs hypothèses se présentèrent à mon esprit. Je pensai d'abord, d'après la ténuité des parois, la multiplicité des loges et l'aspect du liquide, à la possibilité d'un hygroma; on sait, en effet, que les environs de l'oreille et de l'apophyse mastoïde présentent quelquefois des bourses séreuses sous-cutanées accidentelles. Une production de cette nature aurait pu devenir le siége d'un épanchement; mais si la durée de la maladie écartait déjà cette hypothèse, la présence d'un revêtement épithélial la renversait complétement, car, jusqu'à ce jour, je n'ai jamais rencontré d'épithélium ni dans les bourses séreuses sous-cutanées normales, ni dans celles qui se développent autour des tumeurs et qui deviennent le siége d'hygromas accidentels.

Je pus me demander avec M. Follin, en présence de ce liquide rougeâtre et de la multiplicité des poches, s'il ne s'agissait point de cette variété de kystes multiloculaires dus à une altération particulière des tumeurs érectiles, lésion sur laquelle MM. Holmes Coote et Bickerstesh ont récemment attiré l'attention et qui vient à l'appui d'une théorie depuis longtemps formulée par M. Cruveilhier, théorie dans laquelle on suppose que des oblitérations partielles dans le système vasculaire peuvent donner naissance à des kystes.

L'absence de traces d'une tumeur vasculaire antécédente, la présence des épithéliums m'engagèrent, nonobstant l'abondance assez grande des globules sanguins mêlés au liquide, à rejeter cette hypothèse.

Il s'agissait donc évidemment dans ce cas d'un kyste ayant pour point de départ une glande. Les nombreuses recherches que j'ai faites sur ce genre de lésions ne laissent dans mon esprit aucun doute; mais cela n'est pas tout, et il faut déterminer le véritable point de départ. La dilatation kystique siége-t-elle dans quelques granulations écartées de la parotide? Je ne le pense pas, d'abord, à cause du siége et de l'indépendance de la tumeur, puis par les caractères de l'épithélium nucléaire, qui diffère notablement de celui qui tapisse les culs-de-sacs de la glande salivaire. Avons-nous affaire à une dilatation des follicules sébacés de la peau, mais la masse est bien évidemment sous le derme, elle est formée de plusieurs poches, remplies d'un liquide aqueux entièrement dépourvu de graisse.

Par élimination, nous arrivons à une opinion qui est pour nous presque une certitude. Les glandes sudorifères de la peau sont le siége d'une dilatation kystique. Plusieurs glandes sont envahies par cette altération, on bien le tube qui constitue l'une de ces glandes présente des dilatations multiples. Au reste, nous ne fondons pas notre assertion seulement sur des arguments négatifs; car non-seulement la nature du liquide exclut l'idée du produit d'une glande sébacée, non-seulement l'épithélium n'est pas celui de l'une de ces glandes ni d'un tissu parotidien, mais ses caractères le rapprochent tout à fait de l'épithélium nucléaire qu'on voit chez les fœtus, par exemple, tapisser l'intérieur des glandes tubuleuses de la peau. M. Robin, avec lequel j'ai répété l'examen de la pièce, s'est complétement rallié à mon hypothèse, en se fondant surtout sur la ressemblance anatomique.

Une seule objection se présente, elle est tirée de la présence de cellules complètes d'épithéliums pavimenteux. Les glandes sudoripares, en effet, n'en présentent ordinairement pas; mais qui ne sait que dans les hypertrophies glandulaires, les épithéliums nucléaires passent facilement à l'état de cellules complètes, comme j'ai eu l'occasion de le dire dans d'autres communications. J'attache beaucoup d'importance dans la détermination du point de départ des kystes glandulaires aux caractères fournis par les épithéliums, et surtout lorsqu'il s'agit de kystes d'un volume très-minime dans lesquels la paroi et sa sécrétion ont encore presque tous les caractères anatomiques et physiologiques normaux.

J'ai donné beaucoup d'extension à cette note, j'ai été prolixe dans la description et dans la discussion, et c'est à dessein que j'en ai agi ainsi. Depuis longtemps je cherchais à observer des kystes des glandes sudorifères pour compléter la série de ces altérations, qu'au jour actuel j'ai pu constater directement ou par les faits publiés, dans la plupart des organes sécréteurs. Ces kystes de la peau n'ont pas encore, que je sache, été décrits ni même soupçonnés parce que, d'abord, les exemples en sont rares, et que, d'ailleurs, personne n'a été conduit comme moi à les rechercher par l'induction. L'observation qui précède me paraît donc établir que certaines tumeurs sous-cutanées sont formées par des kystes sudoripares. Le volume que peuvent acquérir, dans l'état morbide, les glandes si ténues de la peau, ne constitue nullement une fin de non-recevoir, quand des corpuscules de Malpighi acquièrent dans le rein, quand des vésicules de de Graaf révèlent dans l'ovaire, etc., etc., des proportions minimes par rapport à leurs dimensions normales.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

(Suite et fin.)

IV. VIERTELJAHRSCHRIFT FÜR DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE.

SUR LES RAPPORTS DU GOITRE AVEC LA TUBERCULOSE; par le docteur HAMBURGER.

Désirant arriver à quelque chose de positif concernant la relation qui peut exister entre ces deux maladies, l'auteur a examiné les organes thoraciques sur 100 strumeux. Sur ce nombre, il y avait 9 hypertrophies du cœur, 28 emphysèmes pulmonaires, 3 laryngites chroniques, 2 laryngosténoses et 19 tuberculeux; 5 individus avaient la moitié du thorax déprimée par suite d'ancienne pleurésie; les 34 restants n'offraient aucune trace d'affection des organes thoraciques.

L'auteur expose en détail ces différents cas, particulièrement ceux relatifs aux individus affectés de tuberculose, et formule les conclusions suivantes :

1° Il n'est pas rare de rencontrer sur la même personne le goître et la tuberculose.

2° C'est un fait d'observation que, lorsque le goître et la tuberculose sont réunis, cette dernière reste stationnaire et ne manifeste sa présence que par les signes physiques : circonstance qui explique pourquoi elle a été méconnue par divers médecins.

3° Je n'ai pas le moindre doute sur ce fait que le goître peut venir se joindre à une tuberculose déjà existante; mais je ne connais pas un seul cas de tuberculose qui se soit déclarée lorsque le goître existait déjà; je doute qu'un individu affecté de goître puisse devenir tuberculeux.

4° Jamais je n'ai vu, chez un goîtreux, les tubercules passer à l'état de ramollissement. Lorsque des goîtreux devenaient phthisiques, le goître avait toujours été guéri ou, tout au moins, avait considérablement diminué, soit spontanément, soit par l'effet du traitement. Ainsi donc, si le goître n'exclut pas la tuberculose, il exclut positivement la phthisie.

TROIS CAS DE MORVE AIGUE OBSERVÉS SUR L'HOMME; par le docteur BERNATZIG, médecin à l'hôpital militaire de Prague.

Personne aujourd'hui ne doute plus de la transmission de la morve du cheval à l'homme; cependant il n'est pas sans intérêt d'enregistrer les faits qui se présentent, afin de constater, autant que possible, les circonstances dans lesquelles la maladie s'est communiquée.

Le premier cas, sur lequel on n'a pas eu de renseignements très-détaillés, concerne un homme affecté d'une pyémie chronique que l'on crut d'abord s'être développée spontanément; mais on apprit qu'il avait soigné un cheval morveux et qu'il avait couché dans son écurie.

Pendant le cours de la maladie de cet homme, un autre soldat qui avait soigné le même cheval depuis l'absence de son camarade tomba aussi malade le 4 octobre, et entra à l'hôpital. Les premiers symptômes furent des douleurs lancinantes dans les membres, surtout dans les articulations, avec fièvre, insomnie et agitation. Des foyers purulents de la grosseur d'une noisette à celle d'une petite pomme existaient sous la peau, aux extrémités et sur plusieurs points du tronc. Un érysipèle phlegmoneux avait envahi le coude gauche et les deux articulations du pied; un phlegmon de la largeur de la main siégeait à la partie supérieure de la poitrine, du côté droit. Le 10 octobre, on voyait plusieurs points gangréneux et des phlyctènes; ces points s'étendirent rapidement; la fièvre prit un caractère adynamique, la soif devint plus intense, la langue sèche et fendillée, le délire continu. Une éruption cutanée de taches rouges et de petits tubercules se montra dans la journée.

Le lendemain tous les symptômes avaient pris plus de développements et les taches gangréneuses plus d'extension; les forces s'épuisèrent rapidement, et le malade mourut le 12, dans un état soporeux.

Six jours après la mort de cet homme, une troisième victime fut transportée à l'hôpital : c'était le soldat qui avait succédé aux deux précédents et avait couché dans l'écurie empestée. Les symptômes furent à peu près les mêmes que dans le cas précédent, et le malade mourut le sixième jour.

Le 12 novembre, le cheval morveux fut enfin abattu.

L'autopsie montra dans les fosses nasales les signes caractéristiques de la maladie.

L'auteur rapporte encore un quatrième cas produit, comme les précédents, par la contagion. Il n'y avait eu, ni dans ce cas, ni dans les autres, aucune lésion extérieure qui eût pu donner passage au poison; en sorte

qu'on est conduit à admettre que l'intoxication a eu lieu soit par l'air, soit, ce qui est plus probable, par le contact de la peau et de la muqueuse avec le virus.

SUR L'EMPLOI DU COLLODION DANS LA VARIOLE ET DANS L'ÉRYSIPÈLE ; par le docteur CHRISTEN.

L'auteur n'a pas eu à se louer du collodion dans le traitement abortif de la variole. Il l'a appliqué dès la première apparition des pustules sur la figure et sur les extrémités en quantité plus ou moins grande. Sa présence avait pour résultat de faire pâlir les petites pustules et de faire disparaître le léger œdème de la peau, mais il survenait une tension des téguments tellement pénible qu'elle devenait presque insupportable et qu'on était obligé d'enlever le collodion en totalité ou en partie. Le développement ultérieur de la variole n'était ni arrêté ni même diminué, mais les pustules s'aplatissaient, devenaient confluentes et formaient une couche purulente presque continue. Le collodion empêchait l'évaporation des parties liquides du pus, si bien que les places recouvertes étaient encore liquides, alors que toutes les autres étaient desséchées; il en résultait une suppuration plus profonde et conséquemment des cicatrices plus prononcées.

Les effets du collodion dans le traitement de l'érysipèle varient suivant la nature de ce dernier. Quand il est symptomatique, le collodion est tout au moins inutile, car il n'empêche pas la maladie de se reproduire et ne saurait agir sur les symptômes généraux; cependant la rougeur et la tuméfaction disparaissent, la douleur locale diminue; mais comme l'érysipèle ne tarde pas à se reproduire ailleurs, le résultat obtenu n'est que passager.

Dans les érysipèles idiopathiques, au contraire, le collodion se montre très-utile; ainsi dans les plaies érysipélateuses, dans les ulcères de même nature, les brûlures légères, etc., son emploi est réellement efficace. La rougeur, la tuméfaction et la douleur disparaissent rapidement. Dans un cas d'érysipèle vésiculeux très-intense produit par une insolation prolongée et siégeant sur la face dorsale des deux mains, on recouvrit l'une des mains de collodion, tandis que l'autre fut simplement entourée de fomentations froides. L'application du collodion fit disparaître immédiatement la douleur qui fut remplacée par une sensation d'engourdissement et de roideur; les vésicules déjà très-étendues et l'œdème considérable s'affaissèrent rapidement; tandis que sur l'autre main, les phlyctènes prirent plus de développement, celles qui étaient vides se remplirent de nouveau, l'œdème ne céda que lentement et la sensibilité devint plus vive par la dénudation de la peau. Cette main était encore douloureuse et tuméfiée le dixième jour, tandis que la première était déjà guérie le cinquième jour.

V. VERHANDLUNGEN DER PHYSICALISCH-MEDIZINISCHEN GESELLSCHAFT IN WURZBURG;

Par KOLLIKER, SCANZONI et SCHERER.

Le tome III contient les articles suivants concernant l'anatomie, la physiologie et la pathologie : 1° *Sur le développement des fibres nucléaires, des fibres élastiques et du tissu connectif*; par Kolliker. 2° *Sur l'ostéotomie*; par le docteur Mayer. (Redressement des deux extrémités inférieures par une resection partielle du tibia; réussite complète de l'opération.) 3° *Sur quelques maladies épidémiques dans les îles Feroë, en Islande et dans le Danemark*; par P. Pannm. 4° *Sur un cas d'ichthyose cornée*; par H. Müller. (Description d'une ichthyose observée par l'auteur dans un hôpital de Naples, sur un jeune homme de 21 ans dont le corps était couvert de croûtes brunes d'une épaisseur extraordinaire). 5° *Sur le développement des ténias*; par le professeur Roll. 6° *Sur les nerfs du cœur*; par Cloetta. (Recherches confirmatives des descriptions que Remak et, plus récemment Robert Lee (1851) ont faites des nerfs du cœur.) 7° *Études hygiéniques faites d'après les listes de recrutement du royaume de Bavière*; par le professeur Eschérich. 8° *Sur la différence entre la phthysie et la tuberculose*; par R. Virchow. 9° *La famine dans le Spessart*; par le même. (Esquisse médicale sur les effets produits par la rareté des subsistances et par la misère.) 10° *Sur l'épidémie produite par la famine dans la Franconie inférieure, de 1771-1772*; par le même. (Renseignements officiels sur les effets désastreux de la famine.) 11° *Rapport sur 38 cas de pneumonie observés à l'hôpital des ouvriers du chemin de fer*; par le docteur Rubach. 12° *Recherches comparatives des matières rendues par l'urine dans les 24 heures*; par le docteur Scherer. 13° *Sur l'urémie et sur le caractère urémique des maladies*; par le docteur Eisenmann. (Recherches sur les caractères que donne aux maladies la présence de l'urée dans le sang; études sur la maladie de Bright et sur l'hypérémie du rein.) 14° *Sur l'épythélium du larynx*; par le docteur Rheiner. (Trajet que parcourt l'épithélium, et variétés de nature qu'il présente dans les diverses régions du larynx.) 15° *Description d'un ozonomètre*; par H. Osann. 16° *Sur les mouvements de rotation imprimés à la tête du fœtus à l'aide du forceps*; par le professeur Scanzoni. 17° *Sur l'extension du crétinisme dans la Franconie inférieure*; par R. Virchow. 18° *Cas d'éclampsie pendant la grossesse*; par le docteur Lobach. 19° *Cas de calcul vésical et de gravelle*; par Textor. 20° *Cas remarquable d'anus contre nature produit par un étranglement herniaire, guéri d'abord spontanément, puis suivi de récidive et terminé par la mort*; par le même; 21° *Sur l'anatomie et la physiologie de la rétine*; par A. Kolliker. 22° *Remarques sur la structure et sur les fonctions de la rétine*; par H. Muller. 23° *Accouchement par les voies naturelles, dans un cas de rétrécissement transversal considérable du bassin*; par le docteur Bernard Seyfert. (Le rétrécissement était tel qu'on ne pouvait introduire la main; l'opération césarienne était indiquée; mais le fœtus était mort, on fit la perforation du crâne, ce qui permit de l'extraire. L'accouchée, infectée de syphilis, mourut à la suite d'une affection cérébrale.) 24° *Observations d'anatomie pathologique*; par R. Virchow : 1° *Grossesse tubaire terminée par guérison*; *ratatinement du fœtus*. (Il s'agit d'une femme qui ne savait pas avoir été enceinte et qui mourut de pneumonie; on trouva à l'autopsie un fœtus d'environ 4 mois qui avait dû, d'après les renseignements qu'on a pu prendre, exister dans la trompe depuis plusieurs années. 2° *Hermaphroditisme féminin*. (Développement considérable du clitoris avec hypospadias; mais, du reste, conformation des organes génitaux comme chez la femme; utérus peu développé; absence de corps jaunes et de follicules de Graaf; cette femme était morte à 77 ans; elle avait été mariée, mais n'était jamais devenue enceinte.) 3° *Occlusion complète de l'œsophage par les masses confervoïdes*. (Enfant de 7 semaines chez lequel la déglutition, d'abord devenue difficile, finit par être complétement empêchée par la présence de masses confervoïdes qui s'étaient accumulées dans l'œsophage et le bouchaient dans une grande étendue: les aliments avaient pénétré dans les voies aériennes et y avait déterminé des productions analogues; la muqueuse stomacale était parfaitement saine et n'offrait aucun filament confervoïde.) 4° *Communication fistuleuse entre la vésicule biliaire et le colon; dégénérescence du pancréas, etc.* 5° *Adipocire*. (Sous ce titre, l'auteur décrit le changement complet en adipocire, d'une pièce anatomique que l'on faisait macérer.) 25° *Difformité des organes génitaux chez un enfant*; par le docteur Rosenthal. (Hypospadias qui pouvait faire croire, au premier aspect, à un hermaphroditisme, à cause de la difficulté de constater la présence des testicules.) 26° *Sur la contagion de la syphilis constitutionnelle*; par le professeur Rinecker.

SUR LE DÉVELOPPEMENT DES FIBRES NUCLÉAIRES, DES FIBRES ÉLASTIQUES ET DU TISSU CONNECTIF; par A. KOLLIKER.

L'auteur confirme l'opinion de Wirchow et de Donders, qui regardent les fibres nucléaires comme produites par des cellules et non par des noyaux; mais il n'est pas de leur avis quand ils disent que les cellules fusiformes de l'embryon sont toutes l'origine des fibres nucléaires et quand ils prétendent que le tissu connectif ne provient pas de cellules. Il n'y a qu'une très-petite partie de ces cellules fusiformes qui se changent en fibres nucléaires. M. Kolliker regarde ces dernières fibres comme des fibres élastiques. Il a remarqué que partout où l'on doit rencontrer du tissu élastique, chez l'adulte, on trouve dans l'embryon des fibres nucléaires, et que, conséquemment, ces deux formes élémentaires sont identiques. Il en résulte que les fibres élastiques doivent aussi être produites par des cellules, ce que l'observation a confirmé pour le ligament cervical, la tunique élastique des artères et le *fascia* superficiel de l'abdomen.

Le tissu connectif se développe d'une autre manière. Celui qui est mou (tissu connectif sous-cutané, sous-muqueux) apparaît dans l'embryon sous la forme d'une gelée transparente. Celle-ci se compose essentiellement de cellules fusiformes ou radiées, formant, par leurs anastomoses, des réseaux dans les mailles desquels est déposée une substance gélatineuse transparente avec d'autres cellules arrondies, sans caractère déterminé. Telle est, entre autres, la structure de la gélatine de Wharton. Le réseau des cellules étoilées devient de plus en plus serré et les cordons du réseau se changent peu à peu en faisceaux de fibrilles: pendant ce temps, la substance gélatineuse est résorbée pour servir à la formation de nouvelles cellules, et ces dernières suivent un développement varié, suivant les lieux. Les unes deviennent du tissu connectif; d'autres se réunissent pour former des fibres élastiques, des vaisseaux, des nerfs; la plupart se changent en cellules graisseuses. (Cette origine et cette évolution du tissu connectif rappellent la dénomination de tissu muqueux donnée par Bordeu au tissu cellulaire et l'opinion de Reichert, qui regarde le tissu connectif, même celui qui a atteint son développement, comme une substance muqueuse homogène).

Le tissu connectif solide, celui qui forme les tendons et les ligaments, provient directement de cellules, sans substance intermédiaire. Les tendons des jeunes embryons ne se composent que de cellules fusiformes dont les unes sont destinées aux fibres élastiques, les autres aux fibrilles de tissu

connectif. Ces dernières cellules sont beaucoup plus grosses, plus pâles que les cellules formatrices des fibres élastiques, et elles ont de plus gros noyaux.

SUR LE DÉVELOPPEMENT DES TÉNIAS; par le professeur ROLL (de Vienne).

M. Küchenmeister, dans ses ingénieuses recherches sur les métamorphoses des cysticerques en ténias (voy. plus haut, au compte rendu du journal de Prague), se demande si tous les ténias commencent par être des cysticerques, ou s'ils ne peuvent pas devenir ténias sans passer par cette dernière forme. M. Roll a en l'occasion d'observer des faits qui confirment cette dernière manière de voir; à côté de ténias adultes, il a trouvé de jeunes individus de la même espèce en quantités innombrables. Ses observations ont été faites sur plusieurs chiens, dans l'intestin grêle desquels il a rencontré, au milieu de ténias bien développés, des corps filiformes très-grêles, qui, examinés au microscope, se sont trouvés être de jeunes ténias composés de deux articles et d'une tête avec suçoirs et crochets. L'auteur convient lui-même que l'observation n'est pas suffisamment probante, parce qu'il ignore ce que les chiens ont mangé, et qu'il se pourrait bien qu'ils eussent avalé des cysticerques; cependant il fonde son opinion sur les circonstances suivantes, qui ne sont pas sans valeur.

1° Il a vu, dans le même intestin, des ténias adultes ayant leurs articles mûrs et pleins d'œufs, des fragments détachés avec des œufs contenant de nombreux embryons, de pareils œufs libres, enchâssés dans le mucus intestinal, d'autres sur le point d'éclore, des coques vides, et enfin de jeunes ténias, composés d'une tête et de deux articles. Il serait étrange, dit-il, que l'animal sortant de l'œuf dans l'intestin, abandonnât celui-ci pour se changer en cysticerque et revenir bientôt dans le lieu qu'il avait quitté.

2° Les jeunes ténias existaient par millions, et avaient tous le même degré de développement. Cette considération est surtout frappante, car on ne peut supposer que les chiens aient avalé une aussi énorme quantité de cysticerques dans l'espace de quelques heures.

3° Les jeunes ténias observés par l'auteur montraient déjà des œufs dans leur dernier article, tandis que ceux qui proviennent des cysticerques, d'après M. Küchenmeister, n'en ont pas encore. Ce dernier fait est difficile à expliquer; il indique évidemment une lacune entre l'époque de l'éclosion et l'état sous lequel le ver s'est montré à l'observateur. Quoi qu'il en soit de cette remarque, il paraît que le fait de la métamorphose des ténias n'est pas général, du moins est-il difficile de le concilier, dans sa généralité, avec les observations dont nous venons de rendre compte.

SUR LA DIFFÉRENCE ENTRE LA PHTHISIE ET LA TUBERCULOSE; par RUD. VIRCHOW.

L'auteur rappelle qu'après avoir établi, dans des communications antérieures, l'origine inflammatoire et locale de certaines tuberculoses, et après avoir trouvé la formation des cavernes et l'ulcération des poumons indépendantes, dans beaucoup de cas, de la tuberculose, il était arrivé à admettre qu'un grand nombre de formations nouvelles peuvent subir la métamorphose tuberculeuse sans pour cela être des tubercules. (Voyez GAZ. MÉD. 1853, p. 313.) Il a montré qu'il n'existe pas d'exsudation tuberculeuse avec des caractères spécifiques, mais que le tubercule se produit partout aux dépens des éléments organisés de nos tissus.

Cependant l'expression de métamorphose tuberculeuse qu'il avait proposée pour désigner cette modification morbide des tissus, ne lui paraît pas convenable, et il la remplace aujourd'hui par la dénomination de métamorphose *caséeuse* (*kasige metamorphose*), afin de mieux faire ressortir ses caractères. Le tubercule peut donc devenir caséeux, comme le pus, le cancer, le sarcome; en d'autres termes, la nature caséeuse ne constitue pas un caractère spécifique du tubercule, elle n'est qu'une forme, à la vérité très-fréquente, de sa métamorphose.

On a tort de regarder la phthisie pulmonaire et la tuberculose comme identiques. L'infiltration caséeuse du parenchyme pulmonaire, soit qu'elle se rattache au véritable tubercule ou à un épaississement du produit de la sécrétion bronchique, n'est pas une condition nécessaire de la phthisie.

Reinhardt et Carswell ont clairement démontré qu'une grande partie des désordres des poumons que l'on attribue à des tubercules proviennent de pneumonies anciennes suppurées. Les masses caséeuses que ces auteurs ont trouvées dans les bronches et dans les alvéoles des poumons, et qu'ils ont montrées provenir d'un pus épaissi, ne méritent pas le nom de tubercules; car on trouve quelquefois, au milieu de ces masses, ou sans elles, le vrai tubercule tel qu'il se caractérise si bien dans la méningite tuberculeuse. La tuberculose aiguë du poumon, pas plus que la tuberculose chronique, ne dérive du pus; l'une et l'autre proviennent d'amas gris, celluleux, d'abord mous, puis plus consistants, remarquables par la friabilité des cellules et par la fréquence des noyaux, et qu'on ne peut nulle part mieux distinguer et reconnaître que dans la muqueuse des bronches. Il existe donc une bronchite tuberculeuse dans laquelle la muqueuse bronchique sécrète du pus et contient des tubercules, comme nous voyons la méningite produire des infiltrations purulentes à côté des granulations tuberculeuses qui la caractérisent.

Il convient donc de circonscrire l'idée du tuberculose pulmonaire et de la séparer de la phthisie. Les questions relatives à l'antagonisme entre la phthisie et certaines maladies ou certaines régions, ne pourront que gagner à cette séparation. Il en est de même pour ce qui concerne l'étiologie des deux affections. Habitué qu'on était à regarder le tubercule comme un produit dyscrasique, comme une exsudation spécifique qui faisait nécessairement supposer l'altération spécifique du sang, on arrivait à envisager la phthisie pulmonaire comme l'expression, la localisation d'une dyscrasie particulière contre laquelle on avait d'autant moins d'espoir de réussir qu'on pourrait le plus souvent en attribuer la cause à l'hérédité. Cette dernière cause est certainement de la plus haute importance, mais elle constitue une base constitutionnelle et non dyscrasique de la maladie. Or cette distinction n'est pas purement théorique; elle peut avoir des applications pratiques importantes. La disposition héréditaire se lie presque toujours à une faiblesse native de l'organe menacé, et l'on comprend qu'il n'est pas impossible, par des soins bien entendus, de combattre les effets de cette disposition.

CAS D'ÉCLAMPSIE PENDANT LA GROSSESSE; par le docteur LOBACH.

Nous reproduisons cette observation pour faire connaître les bons effets que l'auteur a retirés de l'emploi de la noix vomique contre les vomissements, et de la teinture d'acétate de cuivre contre les crampes.

OBS. — Une femme de 43 ans, enceinte pour la sixième fois, sujette aux crampes pendant ses grossesses antérieures, fut prise, dans le cours de cette sixième grossesse, de crampes plus fortes que les précédentes, et en même temps de vomissements tellement opiniâtres que l'estomac ne supportait aucune espèce d'aliments; la maigreur était devenue extrême. L'auteur prescrivit la teinture de noix vomique à la dose de 3 à 4 gouttes toutes les deux heures, médicament qu'il avait souvent employé avec succès dans des cas semblables. Les vomissements s'arrêtèrent, mais les crampes continuèrent à se manifester avec violence. On prescrivit alors la teinture d'acétate de cuivre à très-faible dose, mais elle ne fut pas supportée. L'usage du fer fut suivi de quelque amélioration; mais bientôt les crampes reparurent et persistèrent, malgré l'emploi de la valériane, du castoréum et d'autres moyens de traitement. Peu à peu cependant, après l'usage de la teinture d'ambre et de musc, du fer, de la noix vomique, l'état de la malade s'améliora de lui-même vers le milieu de la grossesse. Trois mois plus tard, les mêmes symptômes ayant reparu, on revint à l'emploi de la teinture d'acétate de cuivre, une goutte d'abord toutes les heures, puis on augmenta insensiblement jusqu'à 6 gouttes; l'action fut des plus remarquables: au bout de trente-six heures tous les accidents avaient cessé. La fin de la grossesse fut encore très-orageuse; cependant on parvint à soulager la malade, et l'on combattit de nouveau les crampes par l'usage de l'acétate de cuivre. Cette femme mit au jour un enfant délicat qui ne paraissait pas être tout à fait à terme. Les suites de couches n'offrirent rien de particulier.

Parmi les remarques qui suivent cette observation, nous nous bornerons à résumer celles qui ont trait aux bons effets de la noix vomique et de l'acétate de cuivre. L'auteur a fait la remarque singulière que dans tous les cas de vomissements, pour ainsi dire incoercibles, contre lesquels la noix vomique s'est montrée efficace, il existait toujours une affection quelconque, plus ou moins développée, du foie. La noix vomique arrêtait les vomissements et faisait cesser la constipation en produisant des selles régulières. Quant à l'acétate de cuivre, l'auteur fait remarquer avec quelle rapidité il a calmé les crampes. Il a été conduit à en faire usage par les bons succès qu'il en avait retirés dans les crampes hystériques, dans les paralysies suite d'apoplexie, et dans l'apoplexie elle-même.

SUR L'ANATOMIE ET LA PHYSIOLOGIE DE LA RÉTINE; par A. KOELLIKER.

La rétine est un des organes les plus difficiles à étudier à cause de la transparence des parties dont elle se compose; aussi est-on loin d'être d'accord sur l'arrangement de ses éléments et sur leurs usages. C'est surtout la couche extérieure de cette membrane, la couche de bâtonnets, qui a exercé la sagacité des anatomistes et des physiologistes, et cependant, encore aujourd'hui, on n'en connaît pas la véritable destination.

Treviranus d'abord, en 1835, puis Gottsche et Henle, pensèrent que les bâtonnets étaient des terminaisons nerveuses; plus tard, Bidder et Hannover, au contraire, nièrent toute communication entre les bâtonnets et les nerfs. M. Kolliker rappelle un travail publié par Henri Müller dans le JOURNAL DE ZOOLOGIE de Siebold et Kolliker (t. III), travail concernant l'anatomie de l'œil des mammifères, des oiseaux, des reptiles et des poissons, et dans lequel le professeur Müller démontre la communication des bâtonnets avec les fibres du nerf optique.

M. Kolliker s'est occupé de cette question importante en préparant les

matériaux du chapitre relatifs aux organes des sens, pour son anatomie microscopique. Voici les principaux résultats de ses recherches sur l'œil de l'homme.

La rétine de l'homme se divise, en allant de dehors en dedans, en cinq couches : 1° la couche de bâtonnets; 2° la couche granuleuse, formée d'un feuillet extérieur plus épais et d'un feuillet intérieur plus mince; 3° la couche de substance nerveuse grise; 4° l'expansion du nerf optique, et 5° la membrane limitante.

La couche de bâtonnets se compose de deux éléments, les bâtonnets et les cônes. Ces derniers sont disposés en dedans des bâtonnets et se prolongent en fils déliés, comme les bâtonnets eux-mêmes; ils renferment une espèce de noyau qui leur donne quelque ressemblance avec des cellules. L'auteur a trouvé, comme le professeur Henle (voy. plus haut), que le nombre des cônes varie suivant les points de la rétine; c'est la tache jaune qui en a le plus, tandis qu'elle est dépourvue de bâtonnets libres.

Le fait capital de ces recherches concerne l'existence constante de filaments déliés qui terminent les bâtonnets et les cônes. Ces filaments étaient restés inconnus; c'est à H. Müller qu'on en doit la découverte dans l'œil des vertébrés, et M. Kolliker les a retrouvés dans l'homme. Ils pénètrent dans l'épaisseur de la rétine, jusqu'à la couche granuleuse, communiquent avec chacune des granulations de cette couche, puis continuent leur marche jusqu'à la surface interne de l'expansion du nerf optique, où ils disparaissent. Les fils qui terminent les cônes se comportent de la même manière. Il suit de là que les corpuscules de la couche granuleuse, qui paraissent être des espèces de cellules, sont unis, d'une part, aux bâtonnets et aux cônes, et d'un autre côté au nerf optique. M. Kolliker a cherché à déterminer le rapport de ces fils déliés avec les éléments du nerf optique, mais jusqu'à présent il n'a pu trouver entre eux aucune communication directe; ils cheminent par petits faisceaux entre les ramifications de ce nerf et se terminent par de petits renflements triangulaires ou en pinceaux très-déliés.

Après ces détails anatomiques qui confirment, pour l'œil de l'homme, les découvertes de H. Müller sur l'œil des animaux, l'auteur s'occupe de la physiologie de la rétine, et, contrairement à l'opinion la plus généralement reçue, il admet que la couche de bâtonnets est réellement un appareil nerveux et que c'est cet appareil qui reçoit les impressions lumineuses. Il discute avec soin les opinions de Hannover et de Brücke, et fait voir que son hypothèse est maintenant la seule qui soit réellement satisfaisante; cependant il ne dénie pas à la couche de bâtonnets la faculté d'agir en même temps comme un appareil de catoptrique.

La note de M. H. Müller, imprimée à la suite du mémoire intéressant du professeur Kolliker, traite de la structure de l'œil des céphalopodes et confirme de nouveau ses autres recherches, ainsi que celles de son savant et habile collègue.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

— M. Thénard lit un rapport sur une note de M. Chatin, concernant la présence de l'iode dans les eaux courantes et les plantes des Antilles et des côtes de la Méditerranée. M. le rapporteur conclut en proposant d'insérer cette note dans le compte rendu. (La Gazette médicale a déjà publié cette note).

— M. Pétrequin adresse un mémoire sur l'emploi du perchlorure de fer dans certains anévrismes, en associant les injections coagulantes à la méthode de Brasdor (V. l'avant-dernier numéro de la Gazette Médicale, où ce mémoire a été publié tout entier). (Comm. nommée pour les précédentes communications de l'auteur sur le même sujet.)

— M. Duchenne (de Boulogne) communique des recherches électro-pathologiques sur les usages de la sensibilité musculaire (V. les conclusions de ce mémoire dans le dernier numéro). (Comm. : MM. Becquerel, Despretz, Rayer.)

L'Académie reçoit de MM. Martin, Joseph, Loison, Carmentres, Massias, Pelset et Everarts-Déversal diverses communications relatives au choléra, et toutes des tinées au concours pour le prix Bréant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le ministre du commerce transmet : 1° Un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Bar-le-Duc sur une épidémie de variole qui règne depuis la fin d'octobre dernier dans l'asile des aliénés de Fains (Meuse);

2° Un rapport de M. le docteur Rousset, médecin cantonal, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans treize communes de l'arrondissement de Sarreguemines (Moselle);

3° Un rapport de M. le docteur Chapel, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Malo, sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans cet arrondissement, depuis le mois de mars 1852 jusqu'au mois de février 1853;

4° Une demande d'analyse de la source du plan de Phazy (Hau'es-Alpes);

5° Divers documents transmis par les médecins-inspecteurs des établissements thermaux compris dans le département des Pyrénées-Orientales.

— M. Pitancier de Montigny (de Madon) adresse une nouvelle note à l'appui de la proposition qu'il a émise dans une précédente communication, « que tous les organes sont susceptibles de pneumatose, même le cerveau. » Sa nouvelle note a pour objet de prouver que les apoplexies sans lésion sont dues à un gaz développé dans le cerveau.

— M. Lepage, pharmacien à Gisors, adresse une observation relative à la préparation de la digitaline. Le but de cette note est de faire connaître une cause d'impureté dans ce nouvel agent thérapeutique. (Comm. nommée, M. Bouchardat, rapporteur.)

— M. Laurencin, chirurgien en chef, président du conseil de santé de la marine à Rochefort, adresse une observation d'anévrisme de l'artère crurale pour laquelle il a pratiqué la ligature de l'iliaque externe. (Comm. : MM. Velpeau, Laugier et Roux.)

— M. le Président annonce à l'Académie que M. Chélins est présent à la séance.

L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement partiel des commissions permanentes.

— M. Robinet, pendant que l'on procède au scrutin, lit une série de rapports officiels sur des demandes d'application des décrets relatifs aux remèdes secrets ou nouveaux. Il n'y a lieu de faire à aucune de ces demandes l'application des décrets en question.

L'Académie adopte sans discussion les conclusions du rapporteur.

SUR LES ALIMENTS ET LES NUTRIMENTS.

M. Lucien Corvisart lit sous ce titre le résumé d'un mémoire volumineux qu'il dépose sur le bureau. Voici quelques-unes des propositions par lesquelles l'auteur résume ce travail.

L'aliment n'est qu'une substance brute qui laisse périr d'inanition celui qui ne digère point; de même que l'œuf brut reçoit tout à coup par la fécondation l'aptitude à faire un nouvel être, l'aliment brut par la digestion acquiert tout à coup une aptitude à nourrir, ou si l'on veut, à faire vivre.

Lorsqu'il a acquis cette propriété élevée, je l'appelle nutriment.

Le nutriment a par lui-même la propriété de nourrir même celui qui ne digère pas.

L'albuminose est un nutriment, mais il est loin d'être le seul.

Il y a plusieurs nutriments azotés; il y a plusieurs manières de faire des nutriments azotés; plusieurs sortes de nutriments azotés sont aussi nécessaires pour faire vivre que plusieurs aliments azotés, et par la même raison.

On reconnaît un nutriment à ce qu'il agit à la manière des substances digérées, quand on l'introduit dans la profondeur des tissus, quoiqu'on ne lui permette pas de toucher les organes digestifs.

Toute substance soluble qui n'est pas utilisable pour l'économie et qui y pénètre, est rejetée par les sécrétions (surtout l'urinaire), ainsi des poisons, des médicaments, ainsi des aliments bruts.

Toute substance utilisable comme est le nutriment est retenue, utilisée, et n'est pas rejetée par les urines.

L'injection dans les veines d'un animal, pourvu qu'on observe nombre de précautions opératoires, permet de reconnaître à l'instant un aliment d'un nutriment.

Ni les caractères physiques, comme croyait Spallanzani, etc., ni les caractères chimiques, comme il résulterait des travaux de M. Mialhe, ne peuvent faire reconnaître un nutriment, le caractère physiologique ou organoleptique seul est irréfragable.

Les aliments de combustion ou respiratoires destinés à entretenir la chaleur animale et le jeu des organes, ne font que passer dans l'organisme, n'y acquièrent qu'une organisation infime, et ne servent précisément qu'au moment où ils rentrent tout à fait dans le domaine des corps inorganiques. Aussi, si quelques-uns ont besoin pour devenir nutriments d'une digestion, c'est d'une digestion tout élémentaire, la plupart n'en ont même pas besoin, une opération purement chimique les convertit en nutriment (fécule convertie en glucose); il y en a même qui sont déjà nutriment (sucre de raisin, graisses). Il y a donc des nutriments de combustion : 1° produits de digestion; 2° produits de l'art; 3° naturels.

Les aliments de composition ou azotés sont destinés à former la substance de tout ce qui vit en nous, nos parties les plus organisées, et pour une longue durée. Les parties les plus organisées, la viande, le sang, le lait des animaux, les parties les plus complexes des végétaux nous les donnent; mais tous se réduisent en albumine, fibrine, musculine, caséine, etc., chacune de ces dernières substances a son analogue chez les animaux aussi bien que chez les végétaux; herbivores, carnivores, omnivores, s'alimentent en définitive avec les mêmes principes dont la différence est d'avoir revêtu la forme de viande ou de gluten, par exemple, différence de forme et non de fond.

L'auteur envisage ensuite successivement à ce point de vue l'albumine, la fibrine, le bouillon, etc., et continue en ces termes :

Chacun des nutriments précédents, qu'il soit obtenu 1° par la cuisson de l'albumine; 2° par l'action du principe digestif sur l'albumine; 3° par la cuisson de la fibrine; 4° par l'action du principe digestif sur la fibrine; 5° extrait de la viande, non-seulement diffère des autres, mais chacun a ses caractères physi-

ques propres, ses caractères chimiques propres, son degré nutrimentaire propre.

On a prouvé qu'un seul aliment ne peut suffire à l'entretien de la vie, c'est parce qu'il ne fournit qu'un seul nutriment.

De même qu'il faut associer les aliments dans l'alimentation, il faut associer les nutriments dans la nutrimentation des malades dont l'estomac ne digère point. Les malades qui, ne digérant point, sont soutenus par les bouillons, les pastilles alimentaires, ne le doivent qu'aux nutriments imparfaits qu'ils contiennent, et qui viennent de la cuisson. Ils sont insuffisants, parce que leur qualité nutrimentaire est imparfaite et la variété des nutriments trop restreinte. Il faut administrer un mélange d'un grand nombre de nutriments, car un seul nutriment laisserait périr plus ou moins vite d'inanition comme un seul aliment.

La méthode nutrimentaire ne s'adresse qu'aux maladies où il y a viciation du principe digestif et de son action.

On sait que dans une bonne digestion les aliments azotés pris avec appétit arrivent de l'estomac, s'y dissolvent, s'y transforment en nutriments, qu'ils passent doucement dans les intestins où les parties absorbables sont absorbées, les autres expulsées au dehors et sans diarrhée; tous ces phénomènes s'accompagnent d'un sentiment de bien-être.

Le dérangement de chacun de ces phénomènes peut dépendre d'une viciation du principe digestif.

Ici M. Corvisart énumère les divers phénomènes morbides de l'estomac contre lesquels peut être appliquée avec avantage sa méthode : sensations douloureuses, vomissements, anorexie, etc.

Dans diverses maladies lucnrables qui amènent un tel trouble que le dépérissement a lieu malgré tout, on pourra, ajoute l'auteur, prolonger, autant que possible, la vie des malades par la nutrimentation; mais ma méthode sera tout à fait impuissante si les forces assimilatrices sont perdues. M. Corvisart termine en formulant les préceptes d'application de sa méthode.

(Le travail de M. Corvisart est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Louget, Londe, Bouchardat).

DE L'ALIMENTATION INSUFFISANTE. — DE LA NÉCESSITÉ DU PHOSPHATE DE CHAUX DANS LA NUTRITION.

M. BOUCHARDAT lit un rapport sur un mémoire de M. Mouriès ayant pour titre : NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ALIMENTATION INSUFFISANTE.

L'auteur aborde dans ce mémoire les questions les plus diverses et les plus intéressantes qui se rapportent au rôle du phosphate de chaux dans la nutrition des animaux, et à l'influence que l'emploi bien entendu de ce sel peut exercer pour diminuer la fréquence des maladies et la mortalité des enfants dans les villes.

M. le rapporteur, avant d'analyser le mémoire de M. Mouriès, commence par établir en principe que certains aliments qui, au premier abord, paraissent très-dissemblables, soumis à un examen plus attentif, présentent des analogies qui étonnent; que les aliments les plus divers peuvent, à l'aide de certaines modifications, se substituer les uns aux autres sans dommage pour la santé....; et enfin que certains composés inorganiques jouent un rôle exclusif parfaitement défini dans les organismes vivants, et que non-seulement ils ne peuvent faire défaut sans déterminer des troubles dans la santé, mais qu'ils ne peuvent être remplacés que dans des limites très-restreintes, et qui ne sont pas encore bien fixées par l'observation, par des composés qui offrent avec eux la plus grande analogie : dernière proposition qui rentre dans le cercle d'études abordées par M. Mouriès.

Parmi les sels inorganiques indispensables aux animaux supérieurs, le phosphate de chaux des os vient au premier rang : c'est de l'appréciation de son rôle que M. Mouriès s'est exclusivement occupé dans ce mémoire.

Partant de ce principe démontré par Chossat, vérifié et formulé par M. Boussingault, développé par M. Bérard et admis aujourd'hui par tous les physiologistes, que l'alimentation est insuffisante quand les aliments ne contiennent pas assez de phosphate de chaux pour restituer à l'économie celui qui en est continuellement expulsé, M. Mouriès a cherché à établir que l'alimentation communément en usage dans les villes ne contient pas une proportion suffisante de phosphate de chaux, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte et d'une nourrice.

Il commence par fixer la quantité de phosphate de chaux qui doit être ingérée dans les vingt-quatre heures. Il y arrive d'une façon détournée par l'examen des *excreta*.

En prenant le chiffre de 6 grammes par jour comme la dose nécessaire à l'entretien de la santé, M. Mouriès cherche à prouver que, dans bien des circonstances, cette quantité ne se trouve pas dans les aliments des nourrices des villes. Il a constaté que les urines des femmes à la campagne donnent 5 grammes de phosphate par jour, tandis qu'elle oscille de 1 gramme à 5 dans les villes.

M. Mouriès a cherché des preuves directes à l'appui de la thèse qu'il soutient; il a examiné si la ration journalière de la femme des villes renfermait les 6 grammes de phosphate de chaux qu'il croit nécessaires à la santé. Il arrive à formuler une insuffisance journalière de moitié environ.

Des recherches exécutées par l'auteur sur les laits dans lesquels il a dosé le phosphate de chaux, il résulte que le lait des femmes est peu riche en sels fixes et surtout en phosphate terreux.

Enfin, dans une troisième partie de son mémoire, M. Mouriès a réuni des faits cliniques pour établir l'utilité de l'intervention du phosphate de chaux dans l'alimentation, quand ce sel important fait défaut dans le lait d'une nourrice.

Voici en résumé les conclusions qu'il déduit des expériences qu'il a exécutées, et de la comparaison des faits que la science possède :

1° Le phosphate de chaux joue chez les animaux un rôle plus important qu'on ne le pensait jusqu'à ce jour. Indépendamment de son influence sur la production du système osseux, ce sel agit en entretenant l'irritabilité, sans laquelle il n'y a ni assimilation ni conséquemment nutrition. Aussi son influence, très-accusée, produit-elle la mort avec tous les symptômes de l'inanition, tandis qu'une insuffisance moins marquée fait naître la série des maladies lymphatiques.

2° L'alimentation des villes est insuffisante sous ce rapport. Le lait des femmes a conséquemment le même défaut, et l'enfant comme le fœtus souffrent de l'absence de cet élément indispensable à leur vie et à leur développement. De là une des principales causes de l'énorme accroissement du chiffre des mort-nés et de celui de la mortalité des enfants dans les villes.

3° L'addition de ce sel, uni à une matière animale, complète les aliments et prévient les maladies et la mort, qui suivent toujours l'absence ou l'insuffisance du phosphate des os.

M. le rapporteur, tout en considérant les résultats des expériences de M. Mouriès comme insuffisants pour juger une question aussi grave, pense qu'ils méritent de fixer l'attention. Il propose, en conséquence, de remercier l'auteur de son intéressante communication, et de l'engager à poursuivre des recherches auxquelles l'Académie prend un grand intérêt.

M. LONDE regarde comme un peu absolu le chiffre fixe de 6 grammes de phosphate de chaux donné par l'auteur comme la quantité journellement nécessaire pour l'entretien de la santé. Cette dose doit varier évidemment suivant les âges qui introduisent de si grandes modifications dans la composition du système osseux.

M. BOUCHARDAT : Le chiffre de 6 grammes est effectivement un peu arbitraire; il représente la moyenne constatée par M. Mouriès pour les adultes, mais il ne préjuge rien en ce qui regarde les enfants et les vieillards.

M. MOREAU demande sur quelles données M. Mouriès appuie cette opinion que le lait des nourrices de la campagne contient plus de phosphate de chaux que celui des nourrices de Paris. Il ne dit pas sur quelles nourrices de Paris ont porté ses observations. Il y a des nourrices de conditions bien diverses, et il n'y a aucune comparaison à établir entre les nourrices de la classe riche ou aisée et celles de la classe pauvre. Les nourrices de la classe aisée sont évidemment supérieures aux autres, et même à celles qui viennent de la campagne. Enfin, il n'a pas été tenu compte des modifications que subissent, par suite du changement de nourriture et d'habitudes, les nourrices de la campagne qui viennent à Paris nourrir sur lieu.

M. DEPAUL parle dans le même sens que M. Moreau. Pour lui, l'observation clinique doit évidemment être tenue en beaucoup plus grande considération que les expériences chimiques dans une pareille question. Ce n'est pas qu'il rejette les lumières que peut fournir la chimie dans l'étude d'un pareil sujet, mais il ne lui paraît pas que l'auteur ait suffisamment tenu compte des conditions diverses d'état des nourrices que l'observation pratique seule fait connaître. Il y aurait quelques réserves à faire dans les conséquences que l'auteur déduit de ses recherches.

M. BOUCHARDAT comprend parfaitement la portée des observations de MM. Moreau et Depaul; mais tout en laissant voir des lacunes dans le travail de M. Mouriès, il n'en reste pas moins établi un fait important, qu'il ne faudrait pas repousser sous prétexte qu'il n'émane que d'expériences chimiques. Ce fait est établi sur différents ordres de preuves irrécusables et dont le rapporteur a lui-même vérifié la justesse. Il y aurait quelque injustice à ne point le reconnaître.

M. CAVENTOU trouve que M. le rapporteur a apporté des réserves suffisantes dans ses conclusions, et il les approuve pour sa part; mais il regrette que l'auteur ait cru devoir borner ses recherches au phosphate de chaux, et qu'il ait fait abstraction des autres éléments inorganiques des os, dont il eût été intéressant de tenir compte dans un semblable travail.

M. GIBERT saisit cette occasion de s'élever avec énergie contre le danger des tendances actuelles à résoudre par la chimie et par le microscope des questions médicales dont l'appréciation échappe à ces moyens d'investigation. C'est ici une question toute d'observation et de bon sens. Tout le monde sait que les meilleures nourrices sont celles de la classe aisée qui vivent dans l'abondance et au milieu de toutes les bonnes conditions d'hygiène. On ne trouve, ni dans le mémoire ni dans le rapport, aucune preuve qui puisse justifier l'usage que l'on propose d'introduire dans la pratique, d'administrer du phosphate de chaux aux nourrices. M. Gibert demande, en conséquence, que M. Bouchardat veuille bien modifier ses conclusions.

M. BOUCHARDAT ne voit de danger que dans l'ignorance et non dans l'application des données de la chimie aux questions médicales, surtout lorsque ces applications sont inoffensives comme celle dont il s'agit ici. Il persiste à penser que M. Mouriès est dans une bonne voie, et qu'il mérite les encouragements de l'Académie.

Sur la proposition de quelques membres, M. le rapporteur consent à modifier sa conclusion en ce sens, que M. Mouriès est invité à continuer ses recherches, en les complétant par des observations multipliées et variées.

Ces conclusions ainsi modifiées sont mises aux voix et adoptées.

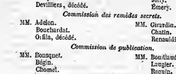
Voici le résultat du scrutin pour les commissions permanentes :

Commission des épidémies.

Membres sortants :	Membres rentrants
MM. Rostan.	MM. Bégin,
Michel Lévy.	Collineau.

Commission des eaux minérales.

MM. Jolly,	MM. Pâtissier.
Pâtissier,	Nacquart,



Commission de vaccine.

MM. Girardin, Danyau. Devilliers, décédé. — MM. Depaul. Jolly. Émery.

Commission des remèdes secrets.

MM. Adelon. Bouchardat. Orfila, décédé. — MM. Girardin. Chatin. Renauldin.

Commission de publication.

MM. Bousquet. Bégin. Chomel. Bussy. Bouley jeune. — MM. Bouillaud. Laugier. Requin. Boutron. Leblanc.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

BULLETIN DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN. — 1853.

Rien de plus utile pour l'art et la science que la publication des faits de tout ordre, physiologiques, pathologiques ou thérapeutiques, qui viennent s'offrir à l'observation des praticiens et qui sont jugés dignes, à l'un de ces titres quelconques, d'être signalés à l'attention publique. Ce sont autant d'éléments nouveaux à classer dans les archives de la science où ils viennent incessamment grossir ses richesses, et qui sont destinés ultérieurement à confirmer, à modifier les lois déjà connues ou à en établir de nouvelles. C'est à ce titre surtout que se recommandent les bulletins et comptes rendus des sociétés médicales des départements; tel est en particulier le caractère d'intérêt que l'on trouvera dans le BULLETIN DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE ROUEN, pour l'année 1853, auquel nous allons faire quelques emprunts.

Sous le titre d'ANOMALIES DE L'ORGANISATION, nous trouvons la relation de deux cas intéressants: l'un relatif à un vice de conformation du cœur, observé par M. le docteur Gressent sur un jeune homme de 24 ans, consistant en une large communication des deux ventricules à leur base, par suite d'un arrêt de développement de la cloison interventriculaire qui manquait à sa base dans une étendue du quart de sa hauteur environ. Il résultait de cette disposition une large communication entre les cavités droite et gauche. Le trou de Botal était oblitéré. Le cœur, dans son ensemble, était d'un volume moindre que d'habitude. Le ventricule droit, non dilaté, avait ses parois trois fois plus épaisses qu'à l'état normal. L'orifice de l'artère pulmonaire était très-rétréci et pouvait à peine admettre une plume à écrire. Quant au ventricule gauche, il était très-petit: l'orifice aortique était situé plus en avant que celui de l'artère pulmonaire. Les symptômes corrélatifs à cet état anormal du cœur, pendant la vie, avaient consisté en une cyanose habituelle, dyspnée, infiltration des membres inférieurs, hémoptysies fréquentes, sensation habituelle de froid, même pendant les plus fortes chaleurs, qui le portait à se tenir constamment auprès du feu. Ce malade fut apporté à l'Hôtel-Dieu de Rouen, mourant et atteint depuis quatre jours d'une hémiplégie complète du côté gauche, avec persistance de l'intelligence. A l'autopsie, on trouva, en outre, toute la paroi supérieure du ventricule droit du cerveau ramollie dans une épaisseur considérable.

Le second cas de vice de conformation, observé par M. le docteur Grout, est une absence congéniale du col de l'utérus. Ce vice de conformation n'est pas seulement intéressant par sa rareté, il l'est surtout par cette circonstance que la jeune femme, qui en était affectée, a pu, nonobstant cette anomalie d'organisation, concevoir deux fois et accoucher à terme, heureusement et sans aucune difficulté, ce qui, entre autres conséquences, conduirait à celle-ci, savoir: que l'absence de la cavité du col utérin n'exclut point la conception et toutes ses conséquences, et que la fonction attribuée au col de retenir le fluide fécondant n'est point rigoureusement nécessaire.

M. le docteur Desbois rapporte un fait de physiologie pathologique assez commun d'ailleurs, et qui n'offrirait par lui-même qu'un médiocre intérêt si ce n'était le degré tout à fait insolite du phénomène dont il s'agit. Il est, en effet, assez commun d'observer une croissance rapide chez les enfants en proie à certaines affections aiguës graves, mais nous doutons que, dans aucun des faits consignés jusqu'ici dans les annales de la science, il existe un exemple d'une croissance aussi rapide et aussi considérable que celle qu'a constatée M. Desbois. Chez un jeune garçon de 11 ans et demi, atteint d'une entéro-céphalite à laquelle il a succombé le quinzième jour, M. Desbois a constaté par des mesures rigoureuses une croissance de 6 pouces. Le même phénomène s'est produit, mais à un moindre degré, chez la sœur de ce petit garçon, moins âgée que lui d'une année, et qui fut prise, un mois après lui, de la même affection. Celle-ci fut assez heureuse pour guérir, et après sa guérison, on constata une croissance de 3 pouces. L'auteur se demande si ce moindre accroissement, dans des conditions d'ailleurs identiques, ne tiendrait pas à ce que des émissions sanguines abondantes avaient été pratiquées chez la seconde malade, tandis que chez le premier, par suite de circonstances inutiles à rappeler ici, une seule émission sanguine avait eu lieu. Nous n'oserions sur un seul fait résoudre la question posée par M. Desbois, et nous resterons, à cet égard, dans le doute qu'il exprime lui-même.

Les faits de l'ordre pathologique occupent la plus grande partie de ce recueil. Ne pouvant les résumer tous, nous nous bornerons à les énumérer, en nous arrêtant quelques instants seulement sur ceux qui nous ont paru offrir un intérêt plus particulier.

La première observation que nous trouvons à signaler est un cas de gangrène de la bouche avec nécrose et issue de plus de la moitié du maxillaire inférieur, suivi de guérison. L'élimination de cette partie considérable du squelette et d'une portion des parties molles de la face n'a été suivie d'autre incommodité qu'un écoulement de la salive, auquel on a remédié au moyen d'une opération autoplastique, qui a consisté à reconstituer la lèvre inférieure en partie détruite par un lambeau emprunté à la joue. Cette observation est de M. le docteur Rœhrig.

M. Grout, l'auteur de la communication précédente relative à un vice de conformation de l'utérus, a publié, en outre, dans ce recueil, une observation de grenouillette congéniale énorme existant depuis vingt-six ans, et dont il a obtenu la guérison définitive par le placement à demeure d'une canule d'argent, et la relation d'un cas de fracture mortelle d'une portion des deux condyles de la mâchoire inférieure chez un adulte, méconnue pendant la vie. Ce dernier fait mérite que nous nous y arrêtions comme exemple de diagnostic rendu extrêmement difficile par l'absence de tout signe pathognomonique d'une lésion cependant aussi grave.

Un homme fait une chute d'un lieu élevé. Vu le lendemain par M. Grout, il ne présente autre chose à constater qu'un peu de difficulté à ouvrir la bouche, une sensation de bruissement dans les oreilles, de la céphalalgie, de la soif, de l'anorexie, de la douleur épigastrique et un endolorissement général. Du sang en petite quantité s'écoulait par les deux conduits auditifs; les deux articulations temporo-maxillaires et la région parotidienne, notamment la droite, étaient gonflées. M. Grout crut devoir diagnostiquer une contusion des deux articulations temporo-maxillaires, et fit ses prescriptions en conséquence. Le lendemain le sang continuait à s'écouler par gouttes des conduits auditifs, les articulations de la mâchoire inférieure étaient déjà moins gonflées; le surlendemain les mâchoires pouvaient s'écarter avec facilité. Quelques jours après, le malade mangeait, mais seulement des potages et des aliments de peu de consistance, une mastication un peu forte donnant lieu à des douleurs dans les articulations temporo-maxillaires. Le malade est perdu de vue pendant quelque temps dans cet état. Puis M. Grout est rappelé auprès de lui, vingt jours après l'accident, à l'occasion d'un érysipèle occupant le côté gauche de la face. Le conduit auditif de ce côté, très-rétréci par le gonflement, était le siége d'un écoulement purulent. Les articulations temporo-maxillaires, *à peine gonflée*, étaient indolores: état général d'ailleurs assez grave, fièvre intense, etc. Des accidents graves s'étant successivement manifestés du côté des principaux appareils organiques, le malade finit par succomber cinquante-deux jours après l'accident primitif. Or voici ce que révéla l'autopsie, en ce qui concerne seulement le point qui nous intéresse. L'extrémité supérieure de chacune des branches de la mâchoire inférieure baignait dans un pus abondant et épais. Les articulations temporo-maxillaires ayant été ouvertes, on trouva de chaque côté une fracture oblique des condyles. L'erreur commise ici par M. Grout et partagée par un de ses plus habiles confrères de Rouen, l'honorable M. Flaubert, eût certainement été commise par les plus expérimentés comme par les plus attentifs chirurgiens, si l'on songe que non-seulement il n'a pu être constaté dans cette circonstance aucun signe direct de fracture, mais encore qu'avec une semblable lésion l'articulation de la mâchoire a pu continuer ses fonctions sans gêne sensible et presque sans aucune douleur. Cet exemple rare doit néanmoins être mis à profit pour l'avenir, en appelant dans des cas douteux l'attention des praticiens sur la possibilité d'une semblable fracture, alors même qu'elle ne se révèle par aucun des signes classiques et prévus, soit par la théorie, soit par l'expérience.

Dans un cas analogue au précédent, mais qui en diffère par plusieurs circonstances capitales, et en particulier par la précision avec laquelle le diagnostic a pu être porté, et où il s'agissait d'une luxation du côté droit de la mâchoire inférieure, avec fracture de la branche du côté opposé, M. le docteur Melays a vu, après les tentatives de réduction les plus rationnelles et les plus persévérantes faites sans aucun résultat, la réduction de la luxa-

tion s'opérer spontanément par l'action de la mastication. Il n'y a plus en ensuite qu'à s'occuper de la contention nécessaire pour la réunion des fragments osseux.

Nous signalerons parmi les observations qui à des titres divers présentent de l'intérêt, mais dont il ne nous est pas possible de donner ici l'analyse, une observation de plaie du rein, sans autre accident du côté de cet organe que de l'hématurie, par M. Melays; — un cas d'imperforation du rectum pour lequel M. le docteur Pillore a pratiqué un anus contre nature dans la région lombaire, d'après le procédé de M. Amussat, et dont il a fait suivre la relation de judicieuses observations sur les motifs qui doivent faire préférer l'établissement d'un anus à la région lombaire à celui d'un anus périnéal, dans les cas où le cul-de-sac rectal se trouve élevé à une certaine hauteur au-dessus du plan périnéal, ce qui était le cas du jeune sujet auquel il a eu affaire; — une observation de tubercule de la trachée avec imminence d'asphyxie, à laquelle M. le docteur Gressent a remédié par la trachéotomie; mais une masse tuberculeuse beaucoup plus considérable ayant fait irruption de nouveau dans le tube aérien, le jeune enfant qui avait été sauvé une première fois d'un accident semblable par l'incision de la trachée, succomba rapidement sans qu'il fût possible, cette fois, de s'y opposer; — un cas de dégénérescence rare de la tunique albuginée du testicule (production cartilagineuse), par M. le docteur Flaubert; — un cas de tumeur fibreuse énorme de l'utérus, compliquant la grossesse, et ayant permis, en raison de sa mobilité, l'accouchement artificiel; — la relation d'un cas d'opération césarienne nécessitée par la présence d'une tumeur fibreuse irréductible qui occupait l'excavation pelvienne, par M. Pillore (l'auteur propose, pour l'opération césarienne, un mode particulier de réunion par suture qu'il appelle *utéro-abdominale*, et qui consiste à réunir chaque lèvre de la plaie utérine à la lèvre correspondante de la plaie abdominale, de manière à isoler de la cavité péritonéale la plaie et la cavité utérines, lesquelles sécrètent incessamment les liquides dont le contact enflamme le péritoine et entraîne la mort des opérées); — l'histoire d'un hoquet avec *aura singultiva*, par M. le docteur Hellis; — une note de M. le docteur Ballay sur les effets des préparations opiacées prises à doses élevées; — un cas d'arrachement de la totalité du cuir chevelu, suivi de mort au bout de vingt-huit jours; — un cas de hernie du trou sous-pubien chez une femme portant deux hernies crurales, par M. Gressent. — Enfin des recherches intéressantes sur la luxation sous-coracoïdienne de l'humérus, par M. Mélays, un mémoire de M. Delbois sur les erreurs médico-légales, dont de fréquents exemples l'ont conduit à établir en principe la nécessité d'appeler deux médecins dans les affaires criminelles qui peuvent entraîner la peine capitale, et une histoire statistique du choléra de Rouen en 1849, terminent ce recueil, qui mérite de prendre place à côté de ses aînés, en même temps qu'il nous fait désirer d'en voir continuer la publication.

H. Brochin.

VARIÉTÉS.

BULLETIN DU CHOLÉRA DU 23 AU 29.

Hôpitaux. — Entrées		60
— Décès		38

Total jusqu'au 29 au soir:

Entrées, 931. — Sorties, 336. — Décédés, 421.

Restant en traitement, 174.

Total général des décès connus :

Hôpitaux (jusqu'au 29 inclusivement)	421
A domicile (ville)	293
Dans les communes rurales (jusqu'au 27 inclus)	94
Hôpitaux militaires	49
	857

ÉPISODE MÉDICO-CHIRURGICAL DU COMBAT NAVAL DE SINOPE.

Monsieur,

Je crois que vous recevrez avec intérêt quelques détails que je vous trace, *currente calamo*, sur un épisode maritime qui, pour ce qui nous concerne, au point de vue médico-chirurgical, ne manque pas d'intérêt.

Le 4 décembre, à six heures du matin, la frégate à vapeur *le Mogador*, qui, sous tous les rapports, fait l'admiration des deux escadres anglo-françaises, recevait, en même temps que *la Rétribution*, frégate à vapeur anglaise, l'ordre d'appareiller et d'aller dans un but d'humanité, avec un personnel chirurgical augmenté, porter des secours aux blessés qui devaient se trouver à Sinope, où, d'après un vapeur turc qui était parvenu à s'échapper, une division turco-égyptienne, imprudemment mouillée, avait été très-maltraitée par une forte division russe. (Sept frégates turques et quelques navires moins grands contre six vaisseaux russes, dont trois à trois ponts et plusieurs frégates.) Le résultat ne devait pas être douteux. A notre départ, la mer était grosse, et nous nous en allions en tanguant côte à côte de notre compagnon *la Rétribution*, que nous étions obligé d'attendre. Enfin, après quarante-huit heures d'une traversée plus heureuse que nous ne pensions, nous doublâmes le cap qui cache la ville de Sinope; et ce qui nous frappa alors, ce fut l'absence complète de navires sur une rade où, quelques jours avant, un combat sanglant avait eu lieu. En approchant, nous commençâmes à apercevoir à fleur d'eau et tout à fait à la plage des masses noires fumantes; c'étaient les carcasses des navires turcs. La plage par le travers d'une frégate qui, nous le sûmes plus tard, avait sauté après une demi-heure de combat, était blanche de cadavres qu'on hallait sur les hauteurs pour les enterrer. Il y avait, avant le combat, en tout 5,000 hommes. On estime que les deux tiers ont été tués. Bien au loin dans l'intérieur, le sol est couvert de débris de toutes sortes. Je ne vous dépeindrai pas toutes les impressions que j'ai ressenties en visitant, pendant que les commandants étaient à terre, ce lieu de combat. Je comprends que les esprits soient portés vers la paix. On a raison. Après avoir fait une visite à terre, les commandants anglo-français, décidèrent, d'un commun accord, que la ville était par trop désolée et par trop dénuée de toute ressource pour laisser les blessés et quelques chirurgiens, comme on en avait d'abord l'intention. Je reçus l'ordre, avec le chirurgien-major anglais, d'aller à terre avec tout le personnel chirurgical, chacun de notre bord, et de nous partager la besogne. Il s'agissait de porter à bord tout ce qui donnait quelque espoir de guérison. Nous fûmes le plus larges possible pour le nombre à conduire. Nous procédâmes aux pansements qui avaient pour but: d'abord de nous montrer le degré de la lésion et ensuite de nettoyer jusqu'à un certain point, à cause du bord, des plaies qui répandaient une odeur infecte. Ce qui nous a frappés, en découvrant ces vastes lésions datant déjà de sept jours, c'est l'effort que fait la nature pour amener à bien des désorganisations profondes; en somme, les plaies avaient bonne apparence. Nous avons remarqué beaucoup de fractures comminutives de jambes, peu de cuisses; beaucoup de plaies par des éclats; de vastes surfaces, même musculaires profondes, enlevées; beaucoup de brûlures : c'était la lésion prédominante. Ce qui s'explique bien facilement par l'issue, puisque tous les navires turcs ont brûlé et sauté. Je pratiquai là, sur les lieux, une amputation d'un membre supérieur, au-dessus du coude, entièrement ouvert. Je fis pratiquer la même opération par M. Vincent, chirurgien de deuxième classe du vaisseau *le Valmy*. L'avant-bras était entièrement sphacelé. Nous dûmes tenir bon pour les opérations; à quatre heures on devait appareiller, et nous avions bien des blessés à panser. Le sentiment d'humanité animait chacun à un haut degré, et il est difficile de se figurer ce que peuvent faire cinq chirurgiens excités comme nous l'étions et aidés par de braves matelots qui, volontairement, servaient comme infirmiers. Personne ne sentait la faim, et ce ne fut qu'à quatre heures que nous revînmes à bord, avec nos derniers blessés, prendre quelque repos. 87 blessés, dont 55 très-graves, se trouvaient sur *le Mogador*. Tous avaient été transportés à l'aide des bateaux-tambours. La batterie avant leur fut entièrement consacrée, et l'équipage fut relégué dans la batterie arrière. Fort heureusement qu'en retournant à Constantinople la traversée fut heureuse, et que nous pûmes aérer, en laissant les sabords ouverts. J'ai pratiqué une amputation de jambe pendant la traversée au lieu d'élection. Les deux tiers inférieurs avaient été enlevés, et la peau qui restait au-dessous du genou était dans un état lardacé qui ne permettait pas de la relever : je débridai en dedans. J'abrège, monsieur, tous ces détails chirurgicaux à cause du temps qui me presse. J'ai visité tous ces blessés à l'hôpital de la marine à Constantinople; ils nous saluaient par des cris de reconnaissance. Tous nos amputés vont bien. Je n'ai pas le temps de relire ma lettre, monsieur : le canot qui va porter nos lettres attend.

Le chirurgien-major du Mogador,
Giraudy,
Docteur-médecin, chevalier de la Légion d'honneur.

Bosphore, à bord du *Mogador*, 14 décembre 1853.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Dans son habile lettre, M. Pétrequin est parvenu à prouver deux choses : 1° que M. Charles Pravaz a eu le premier l'idée d'appliquer le perchlorure de fer à la coagulation du sang dans les anévrysmes; 2° qu'il est le seul inventeur de la seringue qui sert aux injections. Je prends acte de ces deux déclarations, et je m'estime heureux de les avoir obtenues.

Quant à la question de priorité des injections coagulantes, je la laisse à débattre entre Monteggia et Leroy-d'Etiolles, et M. Pétrequin pour l'histoire complète de la galvano-puncture, je renvoie le lecteur impartial aux deux mémoires que B. Phillips, chirurgien de l'hôpital de Westminster, a adressé à l'Académie des sciences en 1832 et 1835; à la thèse inaugurale de M. Clavel (1857, n° 183), et au discours de M. Velpeau, séance de l'Académie de médecine du 15 novembre dernier, je verrai, en outre, sans inquiétude, M. Pétrequin publier la pièce qu'il dit avoir entre les mains.

Agréez, etc.

J. Pravaz.

—MM. les professeurs G.-J. Mulder et R. Van Rees viennent d'être élevés à la dignité de commandeurs de l'ordre de la Couronne de chêne, et les professeurs F.-C. Donders et P. Fremery à celle de chevaliers de l'ordre du Lion néerlandais.

Le rédacteur en chef, Jules Guérin.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME HUITIÈME

DE LA TROISIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

POUR L'ANNÉE 1853.

A

B

C

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

